สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
The Nurse's Association of Thailand

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ

Journal of Nursing and Therapeutic Care

ปีที่ 43 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน) 2568
Volume 43 No.2 (April – June) 2025

ISSN 2985-1432 (Online)

INTC

http://www.natne.or.th

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

เจ้าของ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ที่ปรึกษา นางสาวกรรณิกา โหตกษาปน์กุล
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ข้าราชการเกษียณอายุ
ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	ข้าราชการเกษียณอายุ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ	นายกสภาการพยาบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวมาศ คุณล้าน เถื่อนนาดี	นายกกิตติมศักดิ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์ทิรา เจียรณัย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภวดี แถวเพีย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
อาจารย์ ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
อาจารย์ ดร.กชกร เพียซ้าย	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ดร.จีรนุช สมโชค ไวท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรังศรี	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ ดร.มาริสา ไกรฤกษ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ ดร.เสาวคนธ์ วีระศิริ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ข้าราชการเกษียณอายุ)
รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัญญา จุฬารี	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กีรดา ไกรนุวัตร	วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
อาจารย์ ดร.สาดี แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Mr. Kent Dale Hamilton	Faculty of Liberal Art Ubon Ratchathani University (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านภาษาอังกฤษ)
ดร.ศศิมา ทองสาย	สถานส่งเสริมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสถิติ)
ดร.เอกชัย ภูผาใจ	โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

ฝ่ายจัดการ

อาจารย์ นุชพร ดุมใหม่	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ศุจิรัตน์ ปัญญาแก้ว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
อาจารย์ ขนิษฐา พรมกระโทก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พว.นิพนธ์ วาตาดา	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
พว.กนกนาถ กิ่งสันเทียะ	นักวิชาการอิสระ
พว.พัชรี จันทะจร	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
นางสาวภานุมาศ หาญสุริย์	สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ
JOURNAL OF NURSING AND THERAPEUTIC CARE

International Editorial Board

Journal of Nursing and Therapeutic Care

Professor Patraporn Bhatarasakoon	Faculty of Nursing, Chiang Mai University, TH
Professor Wilaiporn Rojjanasrira	Graceland University School of Nursing, Independence, Missouri, USA
Professor Suparp Aree-Ue	[1]Department of Epidemiology and Biostatistics [2]Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH
Associate Professor Chantira Chiaranai	Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, TH
Associate Professor Jom Suwanno	Faculty of Nursing, Walailak University, TH
Associate Professor Wasana Ruaisungnoen	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH
Associate Professor Samoraphop Banharak	Faculty of Nursing, Khon Kaen University, TH
Associate Professor Buratin Khampirat	Institute of Social Technology, Suranaree University of Technology, TH (Statistician)
Associate Professor Inthira Roopsawang	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, TH
Professor Benno von Bormann	Independent researcher and Visiting Professor, Institute of Medicine, Suranaree University, TH

วัตถุประสงค์

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

ข้อเขียนหรือบทความใดๆ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ฉบับนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะตัวของผู้เขียน กองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยและไม่มีข้อผูกพันประการใด

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. ศ.ดร.สุภาพ อารีเอื้อ
2. รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
3. รศ.ดร.มนพร ชาติชำนิ
4. รศ.ดร.พิชญ์ประอร ยังเจริญ
5. รศ.ดร.ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง
6. รศ.ดร.พรชัย จูลเมตต์
7. รศ.ดร.กันตพร ยอดใชย
8. รศ.ดร.วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์
9. รศ.ดร.มาริสา ไกรฤกษ์
10. รศ.ดร.นุจรี ไชยมงคล
11. รศ.ดร.อินทิรา รูปสว่าง
12. รศ.ดร.จอนผะจง เพ็งจาด
13. รศ.ดร.เรวดี เพชรศิราสัณห์
14. รศ. ดร.อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์
15. ผศ.ดร.ธิดารัตน์ เลิศวิทยากุล
16. ผศ.ดร.วารี กังใจ
17. ผศ.ดร.อภิญญา วงศ์พิริยโยธา
18. ผศ.ดร.ฐิตาพร วรภัณฑ์วิศิษฎ์
19. ผศ.ดร.พีรนันท์ วิศาลสกุลวงษ์
20. ผศ.ดร.สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์
21. ผศ.ดร.ดวงพร ปิยะคง
22. ผศ.ดร.ทิพมาส ชิณวงศ์
23. ผศ.ดร.ธนกมณ ลีศรี
24. ผศ.ดร.น้ำอ้อย ภักดีวงศ์
25. ผศ.ดร.อาริยา สอนบุญ
26. ผศ.ดร.เจนเนตร พลเพชร
27. ผศ.ดร.วรรณา พาหุวัฒนกร
28. ผศ.ดร.สุพิศ ศิริอรุณรัตน์
29. ผศ.ดร.ศุภวดี แถวเพีย
30. ผศ.ดร.อรอนงค์ วิชัยคำ
31. ผศ.ดร.ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา
32. ผศ.ดร.รัชนี นามจันทรา
33. ผศ.ดร.ธัญลักษณ์ โอบอ้อม
34. อาจารย์ ดร. ลักขณา ไชยนอก
35. อาจารย์ ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์
36. อาจารย์ ดร.สืบสาน รักสกุลพิวัฒน์
37. อาจารย์ ดร. ณัฐฐิตา เพชรประไพ
38. ดร.เอกชัย ภูผาใจ
39. ดร.ศศิมา ทองสาย
40. พว.นิพนธ์ วาตาดา

สารบัญ

บทบรรณาธิการ 1-8

บทความวิจัย

✱ ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี — กชกร เพียซ้าย สิริกร ขาวบุญมาศิริ ปนัดดา เมินธนู ขวัญนรา ผะกาแย้ม ณัฐชยา หาสุข ศุภศร อินทรลี ธิติยา ลี้ภัยรัตน์ — e277655 (1-14)

✱ ผลของการจัดการความปวดแบบพหุวิธีต่อคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามมาตรฐานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48-72 ชั่วโมง — พรชนก โสรัตน์ ภาวิณี จิตรนอก อริญชย์ เมตรพรมราช — e277749 (1-16)

✱ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา — ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ จงกลณี ตุ้ยเจริญ ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก — e277766 (1-13)

✱ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย — เกษรา โคตรภักดี — e278148 (1-15)

✱ ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวนบ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา — น้ำฝน วรวะลัย อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ ปาลิตา โพธิ์ตา ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ — e278226 (1-15)

✱ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา — มะลิ โพธิพิมพ์ วลัญช์ชยา เขตบำรุง จุน หน่อแก้ว ธีรยุทธ อุดมพร ธนบดี ชุ่มกลาง — e278077 (1-13)

✱ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด — นวลปราง เห็มนุช กุมาลีพร ตรีสอน — e278725 (1-13)

✱ ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาซ้ำ — ศิริลักษณ์ ภูนาสี อนุชา ไทยวงษ์ สายวลุน จันทคาม กำทร ดานา พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว — e278840 (1-15)

✱ การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน: ประสิทธิภาพและผลกระทบต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก — จารุวรรณ จิตรักษา ทัศณีย์ หนูนารถ — e278133 (1-15)

สารบัญ

✱ การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเพื่อยกระดับคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาล: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา	อัจฉราพรรณ องอาจ กัลยกร ลักษณะเลขา วรรณพร ศรีสุนทร	e277934 (1-13)
✱ การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา	สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์	e279020 (1-18)
✱ ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร กำทร ดานา สุมาลี คงเอี่ยม สุภาวดี ปักสังคะเนย์ ญาณพันธุ์ ถายา	e278238 (1-15)
✱ ปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่	กนกนาถ กิ่งสันเทียะ สุมลชาติ ดวงบุบผา อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ	e279178 (1-15)
✱ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป	พลับพลึง โคตรฐิติธรรม รุ่งทิวา บุญประคม	e279069 (1-15)

✱ อื่น ๆ

✱ คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

Editorial Message

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ: สถานการณ์ ปัจจัยเสี่ยง และแนวทางการจัดการในยุคดิจิทัล

ศรัญญา จุฬารี ปรด[1]

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุและปัจจัยอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ภาวะทุพพลภาพ การพึ่งพิง และภาระด้านเศรษฐกิจของทั้งปัจเจกและระบบสุขภาพ ในยุคดิจิทัล เทคโนโลยีมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลสุขภาพดิจิทัล การคัดกรองความเสี่ยงด้วยอุปกรณ์อัจฉริยะ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันและเทคโนโลยีแบบโต้ตอบ บทความนี้มุ่งวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้ม ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ พร้อมเสนอแนวทางการพยาบาลเชิงรุกโดยใช้แนวคิด P4s ได้แก่ การปรับให้เหมาะกับรายบุคคล การทำนายความเสี่ยง การป้องกันและการมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบรายบุคคลที่มีประสิทธิภาพในบริบทของการเปลี่ยนผ่านสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การหกล้ม เทคโนโลยีดิจิทัล

[1]รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Saranya.c@sut.ac.th Tel: 0651545398

Falls in Older Adults: Situations, Risk Factors, and Management Approaches in the Digital Era

Saranya Chularee PhD[1]

Abstract

Falls among older adults are a major public health concern worldwide, particularly in Thailand, which is rapidly transitioning into a complete aged society. The risk of falling increases with age and is influenced by both intrinsic and extrinsic factors, affecting not only physical health but also quality of life, disability, dependence, and the economic burden on individuals and the healthcare system. In the digital era, technology plays a vital role in supporting care for older people, especially through the use of digital health data, risk screening via smart devices, and promoting older people engagement through interactive applications. This article analyzes the current situation, trends, risk factors, and impacts of falls in older adults, and proposes a proactive nursing approach guided by the P4s model—Personalization, Prediction, Prevention, and Participation—to enhance individualized, efficient, and data-driven elderly care in the context of digital health transformation.

Keywords: older adults, falls, digital technology

[1]Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

[1]Corresponding author Email: saranya.c@sut.ac.th Tel: 0651545398

บทนำ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ รวมถึงประเทศไทยซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) อย่างชัดเจน โดยข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2567 ระบุว่า ผู้สูงอายุมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งหมด[1] (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) แนวโน้มของการพลัดตกหกล้มจึงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ภาวะการหกล้มในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะการเกิดกระดูกหัก ภาวะเลือดออกในสมอง ความกลัวการหกล้มซ้ำ การสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหว รวมถึงภาวะซึมเศร้า ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและเพิ่มโอกาสของการเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว[2] ดังนั้น การพลัดตกหกล้มจึงถือเป็นภาระด้านสุขภาพที่สำคัญ ทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพโดยรวม ในบริบทของ ยุคดิจิทัล ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงปลายศตวรรษที่ 20 และขยายตัวรวดเร็วในศตวรรษที่ 21 เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง อุปกรณ์อัจฉริยะ (Smart devices) ระบบปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) ไปจนถึงเทคโนโลยีสื่อสารทางไกล (Telehealth) ลักษณะสำคัญของยุคนี้คือการขับเคลื่อนบริการสุขภาพด้วยข้อมูล (Data-driven care) การทำงานเชิงรุกผ่านระบบอัตโนมัติ และการออกแบบบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered innovation)

ผลกระทบด้านบวกของยุคดิจิทัลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่รวดเร็วแม่นยำ การประเมินความเสี่ยงส่วนบุคคลผ่านอุปกรณ์ wearable การติดตามการเคลื่อนไหวแบบเรียลไทม์ การออกกำลังกายผ่านแอปพลิเคชันหรือ Virtual reality (VR) และการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องผ่านระบบเตือนหรือโต้ตอบแบบโต้กลับ (Feedback-based systems) ตัวอย่างเช่น เทคโนโลยี mobile health (mHealth) และ exergames ถูกนำมาใช้ในการฝึกสมดุลและส่งเสริมความมั่นใจของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม[3-4] อย่างไรก็ตาม ด้านลบของยุคดิจิทัลก็ไม่อาจมองข้ามได้ โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดทักษะด้านดิจิทัลหรืออาศัยในพื้นที่ที่ขาดโครงสร้างพื้นฐาน เช่น อินเทอร์เน็ตหรืออุปกรณ์อัจฉริยะ นอกจากนี้ เทคโนโลยีบางประเภท เช่น ระบบเตือนภัยอัตโนมัติ หรือแอปพลิเคชันสุขภาพที่ซับซ้อน อาจสร้างความสับสนและความเครียดทางจิตใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางสติปัญญา ส่งผลให้เกิดการต่อต้านหรือไม่ยอมรับเทคโนโลยี และอาจทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือแยกตัวทางสังคมมากยิ่งขึ้น

ในบริบทดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพในยุคดิจิทัลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมทางเทคโนโลยีของผู้สูงอายุ การคัดกรองความเสี่ยง การวางแผนดูแลเฉพาะบุคคล และการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความมั่นใจของผู้ป่วย เพื่อให้การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเป็นเครื่องมือเสริมสร้างสุขภาพที่เท่าเทียม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

สถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

ในบริบทของประเทศไทย แนวโน้มการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอุบัติการณ์การหกล้มอยู่ในช่วงร้อยละ 28–35 ต่อปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 32–42 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป[5] (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, ม.ป.ป.) ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสังคมของผู้สูงอายุที่จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ร้อยละ 5.60 ของผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์การหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา โดยเพศหญิงมีแนวโน้มการหกล้มสูงกว่าเพศชาย และพบว่าอุบัติการณ์การหกล้มสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 8.80 เมื่อเทียบกับกลุ่มวัยกลาง (70–79 ปี) และวัยต้น (60–69 ปี) ที่มีอุบัติการณ์อยู่ที่ร้อยละ 6.30 และ 4.70 ตามลำดับ[1]

เมื่อพิจารณาสาเหตุของการหกล้ม พบว่าเหตุการณ์ส่วนใหญ่มักเกิดจากการสะดุดสิ่งกีดขวาง คิดเป็นร้อยละ 46.50 รองลงมา คือ การลื่นไถล (ร้อยละ 29.50) การเดินผ่านพื้นที่ต่างระดับ (ร้อยละ 10.80) และอาการหน้ามืดหรือวิงเวียนศีรษะ (ร้อยละ 6.50) ส่วนสถานที่ที่เกิดการหกล้มครั้งสุดท้ายมากที่สุดคือบริเวณโดยรอบตัวบ้าน (ร้อยละ 50.50) รองลงมาคือภายในตัวบ้าน (ร้อยละ 32.40) และบริเวณนอกบ้าน เช่น ทางเดินหรือพื้นที่สาธารณะ (ร้อยละ 17.10)[1] ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงความสำคัญของการประเมินและปรับสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุไม่เพียงส่งผลต่อการบาดเจ็บทางกาย แต่ยังส่งผลในระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวและระบบสุขภาพ รวมทั้งภาวะทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น จากรายงานของนิพา ศรีช้างและคณะ[6] พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยที่หกล้มต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยในมากกว่า 89,355 รายต่อปี และเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกถึงกว่า 180,000 รายต่อปี ซึ่งส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก ทั้งยังเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง เช่น การสูญเสียสมรรถภาพทางกายและการพึ่งพิงผู้อื่นอย่างถาวร ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากกองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค[7] อ้างอิงจากทะเบียนมรณบัตร ระบุว่าอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2565 อยู่ในช่วง 10.20 ถึง 12.10 ต่อประชากรสูงอายุหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพที่รุนแรงและจำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การศึกษาข้อมูลจากทั่วโลก ของ Salari et al.[8] ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 104 การศึกษา ครอบคลุมผู้สูงอายุ 36 ล้านคนทั่วโลก พบว่าความชุกของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 26.50 โดยภูมิภาคโอเชียเนียมีอัตราสูงสุด (ร้อยละ 34.40) รองลงมาได้แก่ อเมริกา (ร้อยละ 27.90) เอเชีย (ร้อยละ 25.80) แอฟริกา (ร้อยละ 25.40) และยุโรป (ร้อยละ 23.40) ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละภูมิภาค สะท้อนถึงสภาพแวดล้อมที่หลากหลาย ระบบสุขภาพที่ต่างกัน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการ รวมถึงวิถีชีวิตและวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้การทำความเข้าใจความแตกต่างเหล่านี้จะช่วยสนับสนุนการออกแบบนโยบายและมาตรการป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่มีสาเหตุซับซ้อนและหลายมิติ ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่ ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) การทำความเข้าใจปัจจัยเหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบมาตรการป้องกันที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1. ปัจจัยภายใน ปัจจัยภายในประกอบด้วยลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่

1.1 อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น โดยเมื่ออายุมากกว่า 80 ปี ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นอีก 1.50–1.80 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60–65 ปี[9-11]

1.2 เพศ เพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าเพศชายประมาณ 1.2–1.8 เท่า อย่างไรก็ตาม เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงกว่าเพศหญิงถึงร้อยละ 50[10]

1.3 ดัชนีมวลกาย พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงมีความเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำ[10]

1.4 โรคประจำตัว ได้แก่ ก. โรคระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มความเสี่ยงหกล้มถึง 3 เท่า[10] ข. โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายขณะเดินหรือเคลื่อนไหว ค. โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะภาวะความดันโลหิตต่ำ อาจทำให้เกิดอาการหน้ามืดและเสียการทรงตัว[12] ง. ความบกพร่องของประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็นผิดปกติ เพิ่มความเสี่ยงหกล้ม 1.30–2.80 เท่า[10,11]

1.5. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน อาจทำให้ผู้สูงอายุต้องรีบลุกขึ้นเดินไปห้องน้ำ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม

1.6 ประวัติการหกล้ม การหกล้มในอดีตเป็นตัวทำนายที่สำคัญของการหกล้มซ้ำ โดยผู้ที่เคยหกล้มมีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 3 เท่า[10] เนื่องจากความกลัว ความวิตกกังวล และการลดลงของการเคลื่อนไหวส่งผลให้สมรรถภาพร่างกายลดลง

1.7 ภาวะจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะสมองเสื่อม ส่งผลให้การรับรู้และการตัดสินใจลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม

1.8 การใช้ยา โดยเฉพาะการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) รวมถึงยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับ ยาคลายเครียด ยาแก้ปวด และยาจิตเวช เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถึง 1.60–3.10 เท่า[10-12]

2. ปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายนอกเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมและบริบททางสังคม เช่น

2.1 สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทั้งในบ้านและในชุมชน เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ ห้องน้ำไม่มีราวจับ หรือมีสิ่งกีดขวางทางเดิน[11]

2.2 การแต่งกายที่ไม่เหมาะสม เช่น เสื้อผ้าที่ยาวหรือหลวมเกินไป รวมถึงการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่ได้มาตรฐาน

2.3 พฤติกรรมเสี่ยง เช่น เคลื่อนไหวเร็วเกินไป ประเมินศักยภาพตนเองผิดหรือไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน

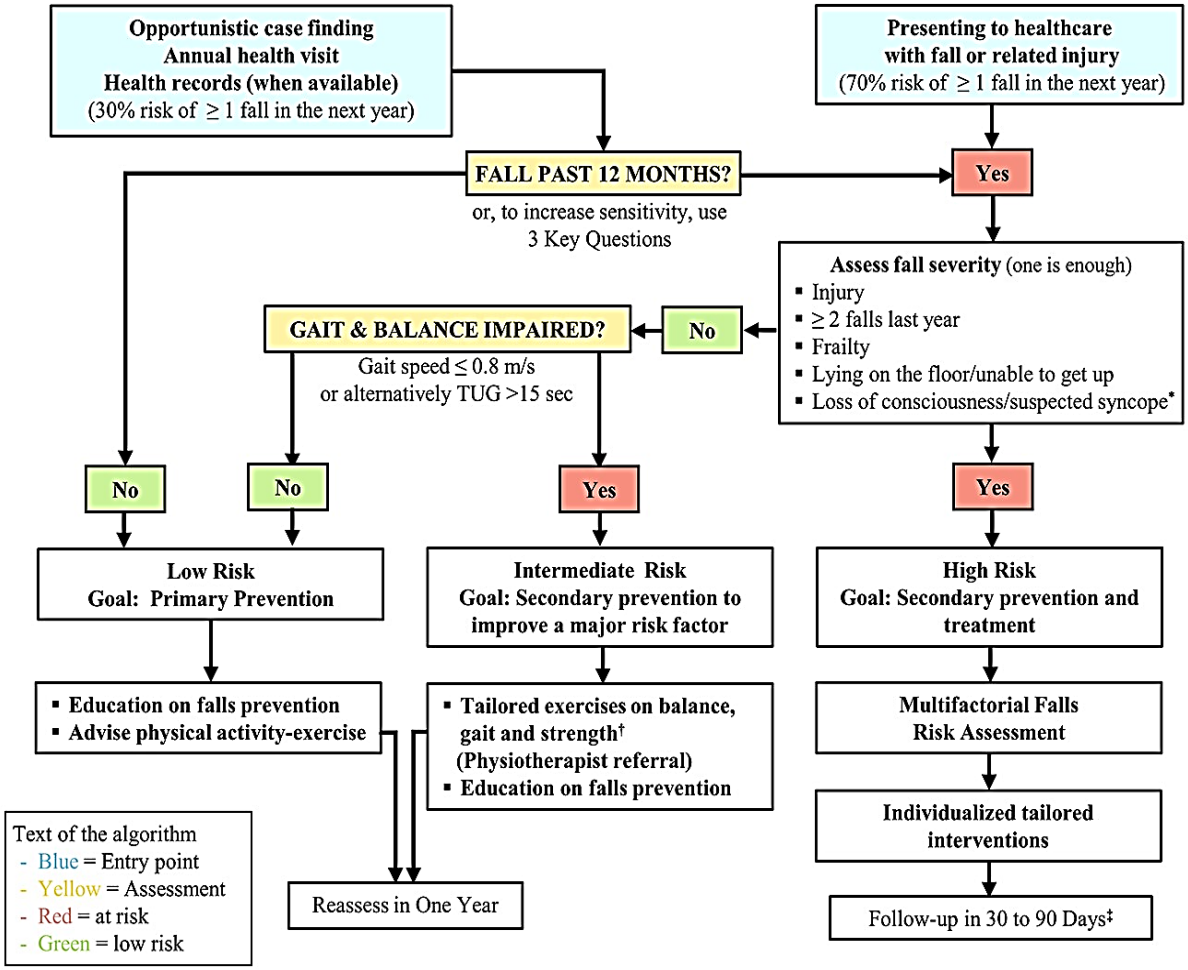
2.4 ปัจจัยทางสังคม เช่น การอาศัยอยู่ลำพัง ไม่มีผู้ดูแล หรือมีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ[9]

แนวทางการจัดการในยุคดิจิทัลสำหรับพยาบาลด้วยแนวคิด P4s (Personalization-Prediction-Prevention-Participation)

แนวคิด P4s ซึ่งประกอบด้วย การปรับให้เหมาะกับรายบุคคล (Personalization) การทำนายความเสี่ยง (Prediction) การป้องกัน (Prevention) และ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (Participation) เป็นแนวทางที่ริเริ่มโดย Hood & Friend[13] เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพไปสู่ Proactive precision medicineแนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีเพื่อป้องกันการพลักตกหกล้ม โดยมีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการประเมิน การวางแผน และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย[4,14]

1. การปรับให้เหมาะกับรายบุคคล (Personalization) ซึ่งเป็นการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเฉพาะบุคคล เช่น พฤติกรรมการเดิน การทรงตัว หรือประวัติการใช้ยา ร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล อาทิ แอปพลิเคชันสุขภาพ ระบบบันทึกสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ และอุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะ (wearable devices) ที่สามารถเก็บข้อมูลแบบ real-time และนำมาวิเคราะห์ด้วยเทคนิค machine learning เพื่อออกแบบแผนการดูแลที่สอดคล้องกับลักษณะและความต้องการเฉพาะบุคคล[15] ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Hsieh et al.[3] ที่พัฒนาแอปพลิเคชันมือถือเพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม และสามารถปรับคำแนะนำหรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทำนายความเสี่ยง (Prediction) โดยใช้เทคโนโลยีวิเคราะห์พฤติกรรมการเคลื่อนไหวจากอุปกรณ์ เช่น Smartwatches หรือเซ็นเซอร์ตรวจจับการเดิน (IMU) เพื่อระบุความเสี่ยงต่อการหกล้ม[16] นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือการคัดกรองเชิงพฤติกรรม เช่น แนวทางของ Montero-Odasso et al.[17] ที่เสนอคำถาม 3 ข้อเบื้องต้น ได้แก่ 1) การหกล้มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 2) ความรู้สึกว่ามีปัญหาด้านการทรงตัว หรือ 3) ความกลัวการหกล้ม โดยหากตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ จะถือว่ามีความเสี่ยง ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินเพิ่มเติม เช่น การใช้แบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT) ที่มีค่าจุดตัดมากกว่า 15 วินาที เพื่อแยกแยะกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[17] (ภาพที่ 1)



Notes: 3 Key Questions (3KQ) any positive answer to a) Has fallen in the past year? b) Feels unsteady when standing or walking? or c) Worries about falling? prompts to "fall severity" step. **Fall severity**: fall with injuries (severe enough to consult with a physician), laying on the ground with no capacity to get up, or a visit to the emergency room, or loss of consciousness/suspected syncope. **Frailty.** Commonly used frailty assessment tools include the Frailty Phenotype and the Clinical Frailty Scale.
*Syncope suspicion should trigger syncope evaluation/management. †Exercises on balance/leg strength should be recommended for the intermediate group. Evidence shows that challenging balance exercises are more effective for fall prevention. In several settings, this intermediate group is referred to a physiotherapist. ‡ High risk individuals with falls can deteriorate rapidly, and close follow up is recommended and should be guided on the frequency of consequent health service utilization. **TUG:** timed up and go test

ภาพที่ 1 Algorithm สำหรับการแบ่งกลุ่มความเสี่ยง การประเมิน และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ที่มา : Montero-Odasso et al.[17]

3. การป้องกัน (Prevention) ซึ่งควรออกแบบตามระดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลางถึงสูง โดยใช้แนวทางแบบบูรณาการ (Integrated approach) ที่รวมกิจกรรมการออกกำลังกาย การปรับสิ่งแวดล้อม และการให้ความรู้ งานวิจัย meta-analysis ของ Tricco et al.[18] พบว่าโปรแกรมที่มีองค์ประกอบหลายด้าน (Multicomponent interventions) เช่น การฝึกทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และกิจกรรมกลุ่ม มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาแบบวิเคราะห์อภิมาณของ Lee et al.[4] สนับสนุนว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสุขภาพ (Information and Communication technology: ICT) เช่น Exergames และ Smart home systems สามารถลดความเสี่ยงการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ ในประเทศไทย งานของจีระพรรณ ศรีหามี และอรวรรณ ชุบสุวรรณ[19] (2568) ได้นำแนวคิดนี้ไปประยุกต์เป็นโปรแกรมการออกกำลังกาย "ตาราง 9 ช่อง" สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าช่วยเสริมสร้างการทรงตัว ลดความกลัวการล้ม และเพิ่มความมั่นใจในตนเองได้

4. การมีส่วนร่วม (Participation) ซึ่งถือเป็นหัวใจของการส่งเสริมสุขภาพในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การใช้แอปพลิเคชัน Exergame ระบบ Telehealth และอุปกรณ์ VR สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น งานวิจัยนำร่องของ Ip et al.[20] เพื่อเปรียบเทียบการออกกำลังกายด้วย Virtual Reality (VR) กับการออกกำลังกายแบบกลุ่ม ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเล็กน้อย (Mild cognitive impairment; MCI) นาน 8 สัปดาห์ พบว่า VR ช่วยพัฒนาสมรรถนะด้านร่างกายและการทรงตัวได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีแนวโน้มช่วยปรับปรุงอารมณ์ การควบคุมตนเอง (Executive function) และความกลัวการล้มได้แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทสรุป (Conclusion)

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญยิ่งขึ้นในบริบทของสังคมสูงวัย โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลากหลายและส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลเปิดโอกาสให้เกิดแนวทางใหม่ในการป้องกันและดูแล โดยเฉพาะเมื่อพยาบาลสามารถใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อประเมิน วิเคราะห์ และออกแบบการดูแลที่ตอบโจทย์ผู้ป่วยรายบุคคล แนวคิด P4 ซึ่งเน้นการปรับให้เหมาะกับรายบุคคล การคาดการณ์ การป้องกัน และการมีส่วนร่วม จึงเป็นกรอบสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความแม่นยำ ยั่งยืน และเป็นมิตรกับผู้ใช้งานในยุคดิจิทัล การส่งเสริมบทบาทพยาบาลในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงจะเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้ สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

References

1. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. (2024). The survey of elderly population in Thailand 2024. Bangkok: National Statistical Office.
2. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill AM, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. Age and ageing, 2022;51(5): afac077. doi:10.1093/ageing/afac077.
3. Hsieh KL, Chen L, Sosnoff JJ. Mobile technology for falls prevention in older adults. The Journals of Gerontology: Series A. 2023;78(5):861–8. doi:10.1093/gerona/glac116.
4. Lee K, Yi J, Lee SH. Effects of community-based fall prevention interventions for older adults using information and communication technology: a systematic review and meta-analysis. Health Informatics Journal. 2024;30(2):14604582241259324. doi:10.1177/14604582241259324.
5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (n.d.). Anti-fall medicine: A guide to fall prevention in older adults. Bangkok: The Fairy Caravan Co., Ltd.
6. Srichang N, Singthimat S, Lertchirakarn P, Homhuan S & Ringthaisong K, Epidemiology of elderly injured by falls based on the case study in Regional Health 9. Academic Journal of Community Public Health. 2024;10(3):46-56.
7. Injury Prevention Division, Department of Disease Control. (2022). Annual report 2022: Injury prevention [Internet]. Ministry of Public Health. Retrieved September 14, 2023, from https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=34621&deptcode

8. Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Journal of orthopaedic surgery and research. 2022;17(1):334. doi:10.1186/s13018-022-03222-1.
9. Lecktip C, Woratanarat T, Bhubhanil S, Lapmanee S. Risk factors for falls in elderly. Journal of Medicine and Health Science. 2019;26(1):85-103.
10. Limpawattana, P. (Ed.). (2017). Geriatric syndromes and emerging health issues (2nd ed.). Khon Kaen: Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
11. Rodseeda P. Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):15-25.
12. Vaishya R, Vaish A. Falls in older adults are serious. Indian Journal of Orthopaedics. 2020;54(1):69–74. doi:10.1007/s43465-019-00037-x.
13. Hood L, Friend SH. Predictive, personalized, preventive, participatory (P4) cancer medicine. Nature Reviews Clinical Oncology. 2011;8(3):184–7. doi:10.1038/nrclinonc.2010.227.
14. Gulline H, Melder A, Barker A, Dickins M, Smith K, Ayton D. Opportunities to digitally enable falls prevention in older adults. The Gerontologist. 2025;65(4):gnaf016. doi:10.1093/geront/gnaf016.
15. Usmani S, Saboor A, Haris M, Khan MA, Park H. Latest research trends in fall detection and prevention using machine learning: a systematic review. Sensors (Basel, Switzerland). 2021;21(15):5134. doi:10.3390/s21155134.
16. Konara Mudiyanselage SP, Yao CT, Maithreepala SD, Lee BO. Emerging digital technologies used for fall detection in older adults in aged care: a scoping review. Journal of the American Medical Directors Association. 2025;26(1):105330. doi:10.1016/j.jamda.2024.105330.
17. Montero-Odasso MM, Kamkar N, Pieruccini-Faria F, Osman A, Sarquis-Adamson Y, Close J, et al. Evaluation of clinical practice guidelines on fall prevention and management for older adults: a systematic review. JAMA network open. 2021;4(12):e2138911. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.38911.
18. Tricco AC, Thomas SM, Veroniki AA, Hamid JS, Cogo E, Strifler L, et al. Comparisons of interventions for preventing falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2017;318(17):1687–99. doi:10.1001/jama.2017.15006.
19. Srihamee J, Chupsuwan. The Effects of 9-Square Exercise on Balance and Fear of falling in the Elderly with Falls Risk: at Junhan district, Roi-et Province. Journal of Research and Health Innovative Development. 2025;6(1):13-24.
20. Ip WK, Soar J, James C, Wang SY, Fong KNK. Virtual reality game-based training for preventing falls among community dwelling older adults with mild cognitive impairment: a pilot randomized control trial study. Virtual Reality. 2025;29(1):Article 18. doi:10.1007/s10055-024-01084-y.

ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผลการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

กชกร เพียซ้าย ปร.ด.[1] สิริกร ขาวบุญมาศิริ พย.ม.[2]
ปนัดดา เมินธนู นศ.พย.[3] ขวัญนรา ผะกาแย้ม นศ.พย.[3]
ณัฐชยา หาสุข นศ.พย.[3] ศุภศร อินทรลี นศ.พย.[3]
ธิติยา ลี้ภัยรัตน์ นศ.พย.[3]

(วันรับบทความ: 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 8 เมษายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 เมษายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

ปัจจุบันมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในชีวิตประจำวันจนเป็นการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนักศึกษา การติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้างและผลการเรียนของนักศึกษา การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 395 คน เก็บข้อมูลในเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ และ 2) แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 และ .99 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .89 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาปริญญาตรีมีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง ผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในระดับสูง (r= -0.642, p < .001) แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน ดังนั้น การเสพติดสื่อออนไลน์ของนักศึกษาอาจมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลรอบข้างในโลกของความจริง แต่การติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้ส่งผลเสียต่อผลการเรียนของนักศึกษาแต่อย่างใด การจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียนจึงควรเพิ่มกิจกรรมให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมากขึ้นแต่อาจปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการเรียนการสอนให้มีการค้นคว้าหรือการส่งงานผ่านระบบออนไลน์จึงจะเป็นการใช้ประโยชน์จากสื่อออนไลน์ในการเรียนมากขึ้น

คำสำคัญ: การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผลการเรียน นักศึกษาปริญญาตรี

[1]หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[2]อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[3]นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2567 สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: kanjana@sut.ac.th Tel: 081-3541674

The Correlations Between Social Media Addiction, Social Interaction, and Academic Performance Among Undergraduate Students

Kodchakon Piasai Ph.D.[1] Sirikon Khaobunmasiri M.N.S.[2]
Panadda Moentanoo NS.[3] Kwannara Phakayaem NS.[3]
Natchaya Hasuk NS.[3] Suphason Ainli NS.[3]
Thitiya Lipairat NS.[3]

(Received Date: January 28, 2025, Revised Date: April 8, 2025, Accepted Date: April 21, 2025)

Abstract

Nowadays, the use of social media has become an integral part of daily life, to the extent that it has led to social media addiction, particularly among undergraduate students. Social media addiction among undergraduate students affects their social interactions with those around them and their academic performance. This descriptive correlational research aimed to investigate the correlations between social media addiction, social interaction, and academic performance among undergraduate students of a university. The participants consisted of 395 undergraduate students, with data collection performed between October and November 2024. The instruments used in this study included: 1) The Social-Media Addiction Screening Scale (S-MASS) and 2) The Social Interaction Questionnaire (SIQ). The instruments had content validity index (CVI) values of 1 and .99, respectively, and Cronbach's alpha coefficients of .89 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficients.

The results of the study revealed that: undergraduate students exhibited an overall level of social media addiction categorized as moderate-risk; social interaction was at a moderate level; and the students' academic performance was at a moderate level. Additionally, social media addiction was negatively correlated with social interaction at a high level (r= -0.642, p < .001). However, there was no correlation between social media addiction and academic performance. Thus, social media addiction among undergraduate students may affect their real-world social interactions with others, but it does not negatively impact their academic performance. Therefore, education strategies should focus on incorporating more in-class activities that encourage students to interact with others, while also promoting the use of online platforms for information searches and assignment submission, thereby maximizing the benefits of online media in learning.

Keywords: social media addiction, social interaction, academic performance, undergraduate student

[1]Head of School of Pediatric and Adolescent Nursing, Suranaree University of Technology
[2]Lecturer of Psychiatric Nursing, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology
[3]The Third-year nursing student academic year 2024, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology
[2]Corresponding author, Email: kanjana@sut.ac.th Tel: 081-3541674

บทนำ

ปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัลที่ประชาชนใช้อินเตอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย มีรายงานว่าประชากรทั่วโลกใช้อินเตอร์เน็ต 5.35 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66 ของประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2567[1] และเพิ่มขึ้นเป็น 5.56 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 67.90 ของประชากรทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568[2] ในประเทศไทยมีผู้ใช้อินเตอร์เน็ตประมาณ 63.21 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 88 ของจำนวนประชากรไทยในปี พ.ศ. 2567[3] และเข้าถึงอินเตอร์เน็ตด้วยโทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.90[4] กลุ่มอายุที่มีการใช้อินเตอร์เน็ตมากที่สุดคือบุคคลช่วงอายุ 15-24 ปี ที่ใช้อินเตอร์เน็ตร้อยละ 99.10[5] ซึ่งเป็นช่วงวัยของนักเรียนนักศึกษา ในปี พ.ศ. 2565 – 2566 นักศึกษาระดับปริญญาตรีไทยใช้สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 96.90 และ 99.80 ตามลำดับ[6,7] โดยมีจำนวนชั่วโมงการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนและนักศึกษาเฉลี่ยต่อวันสูงที่สุดคือวันละ 12 ชั่วโมง 43 นาที และเป็นกลุ่มที่ติดสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95.30 ของผู้เสพติดสื่อสังคมออนไลน์[8] ซึ่งการใช้สื่อออนไลน์มีผลกระทบต่อบุคคลทั้งข้อดีข้อเสียขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้งาน

ข้อดีของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทำให้ผู้คนมีความสัมพันธ์อย่างกว้างขวางไม่จำกัดเวลาและสถานที่ โดยเฉพาะในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา มีการแพร่ระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนเกิดการทำงานรูปแบบใหม่ที่เรียกว่าทำงานจากที่บ้าน (Work from home) รวมถึงการศึกษาต้องปรับเปลี่ยนมาเป็นการเรียนออนไลน์ การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ให้ประโยชน์ในการเพิ่มความเชื่อมโยงทางสังคม รวมทั้งสามารถแบ่งปันข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ[9] ซึ่งจะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าสื่อสังคมออนไลน์สร้างความสะดวกสบายให้ผู้ใช้บริการเป็นอย่างมากและเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนสังคมในยุคนี้

อย่างไรก็ตามเมื่อมีการติดต่อสื่อสารทางออนไลน์หรือใช้สื่อสังคมออนไลน์ในชีวิตประจำวันมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิด การแสดงออกในด้านร่างกาย และสภาพจิตใจ ส่งผลต่อความไว้วางใจต่อบุคคลอื่นและการสื่อสารกับบุคคลอื่นโดยตรงลดลง จึงทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดน้อยลง[10] การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ[11] ส่งผลกระทบให้สภาวะทางอารมณ์ไม่มั่นคง ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ เมื่อมีความเครียดมากขึ้น จะส่งผลทำให้สมาธิในการเรียนลดลงและนอกจากนี้ยังเป็นสิ่งเร้าในการดึงดูดความสนใจ ทำให้นักเรียนไม่ทบทวนเนื้อหาการเรียน ความสนใจในการเรียนลดลงส่งผลประสิทธิภาพในการเรียน[10] การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อพฤติกรรมการแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อมีการทำกิจกรรมในสังคมออนไลน์ต่อเนื่องมากขึ้น จะขัดต่อการทำกิจกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างลดน้อยลง[10] และยังมีผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคทางสายตา โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ[11] นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อสภาวะอารมณ์ โดยเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล[12] ไม่ชอบไตร่ตรองแก้ปัญหา ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ และยังมีผลต่อสมาธิในการเรียนลดลง และยังเป็นสิ่งเร้าในการดึงดูดความสนใจของนักเรียนหรือนักศึกษา ทำให้ความสนใจในการเรียนลดลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียน[10]

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดจากการติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษา พบว่านักศึกษาที่มีเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับสูงมีความเครียดมากกว่านักศึกษาที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลางและระดับต่ำ[10] ปัจจัยส่วนบุคคลของนักศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี[13] และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ คือ วัตถุประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อแก้เบื่อ และทัศนคติในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อให้เป็นที่ยอมรับในสังคม[14] ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจจากการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์สามารถทำนายความหว้าเหว่ ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของนักศึกษาได้[6] นอกจากนี้ ในต่างประเทศมีการศึกษาผลกระทบของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความผาสุกของนักศึกษาแพทย์ พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการเข้าสังคม และความเหงา[15] และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในนักศึกษายังมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมทางวิชาการและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา[16]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดนี้ จึงพบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศไทย เพื่อจะนำผลการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางในการปรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรีเพื่อให้เหมาะสมกับลักษณะการใช้สื่อสังคมออนไลน์และเป็นการใช้ประโยชน์จากสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาเพื่อให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่ดีที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

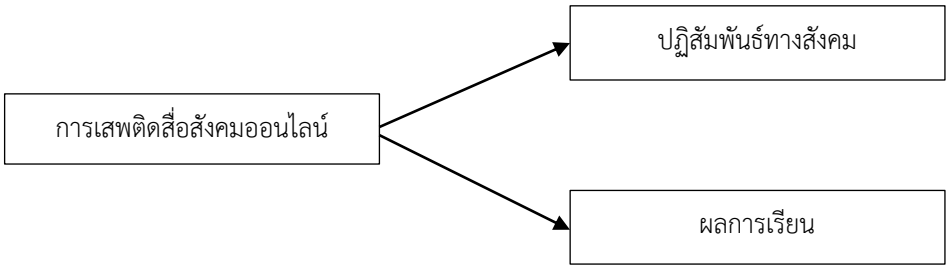
1. เพื่อศึกษาการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักศึกษาปริญญาตรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์การติดสื่อสังคมออนไลน์กับผลการเรียนของนักศึกษาปริญญาตรี

คำถามการวิจัย

1. นักศึกษาปริญญาตรี มีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่ อย่างไร
2. การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี มีความสัมพันธ์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมหรือไม่ อย่างไร
3. การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสพติด เป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งการเสพติด (Addiction) เป็นการกระทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ ๆ โดยไม่สามารถหยุดพฤติกรรมนั้นได้ ทั้งที่รู้ว่าจะเกิดผลเสียต่อตนเองหรือบุคคลอื่น[5] การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media use) เป็นการใช้สื่อออนไลน์สำหรับอ่าน เขียน ดู ฟัง หรือสื่อสารตอบโต้ระหว่างบุคคลโดยผ่านเว็บไซต์ (Website) หรือแอปพลิเคชั่น (Application) ต่าง ๆ การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social media addiction: SMA) การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ทั้งจำนวนชั่วโมงในการใช้สื่อออนไลน์ต่อวันหรือความถี่ของการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อวัน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้บุคคลเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ประกอบด้วยปัจจัยภายใน (การไม่เปิดเผยตัวตนทางอินเตอร์เน็ต หรือแรงผลักดันภายในในการแสดงออกทางสื่อสังคมออนไลน์) ที่เป็นกลไกการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมในสังคมออนไลน์ และปัจจัยภายนอก (ลักษณะสังคม สิ่งแวดล้อม) ที่มีการใช้อินเตอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ในชีวิตประจำวัน[17] ของวัยรุ่นยุคดิจิทัล (iGen หรือ Generation Z) ซึ่งเป็นกลุ่มคนในวัยนักศึกษาระดับปริญญาตรีในปัจจุบัน การที่บุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในสื่อสังคมออนไลน์ได้ จะส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นในด้านสำคัญในชีวิต ได้แก่ การทำงาน การเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำให้บุคคลนั้นขาดปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างในชีวิตจริง[18] การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ยังส่งผลให้เกิดอาการหงุดหงิดหรือไม่พอใจเมื่อไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ และกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง คือจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์กับคนรอบข้างและให้ความสนใจกับผู้คนที่อยู่ในสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า[19,20] นอกจากนี้การติดสื่อสังคมออนไลน์ยังส่งผลให้ผลการเรียนลดลง[21] เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์จะดึงดูดความสนใจของผู้ใช้ เบี่ยงเบนในการสนใจจากการเรียนไปอยู่กับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ตลอดเวลา ซึ่งสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และผลการเรียนของนักศึกษาปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีทุกชั้นปี ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2567 ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 16,041 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมการคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างง่ายของ Taro Yamane[22] โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ α เท่ากับ .05 และระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้จำนวนตัวอย่าง 391 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.43 ของนักศึกษาปริญญาตรีทั้งหมด สุ่มเก็บตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนนักศึกษาปริญญาตรีของแต่ละสำนักวิชาฯ ดังนี้ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์ จำนวน 20 คน สำนักวิชาเทคโนโลยีสังคม จำนวน 19 คน สำนักวิชาเทคโนโลยีการเกษตร จำนวน 19 คน สำนักวิชาแพทยศาสตร์ จำนวน 14 คน สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ จำนวน 249 คน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ จำนวน 9 คน สำนักวิชาทันตแพทยศาสตร์ จำนวน 6 คน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 24 คนและสำนักวิชาศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล จำนวน 31 คน แต่เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามออนไลน์จึงทำให้จำนวนตัวอย่างเกินจากที่คำนวณไว้ 4 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 395 ราย โดยแต่ละสำนักวิชาจะมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี 2) มีสถานภาพ กำลังศึกษา 3) ไม่อยู่ในระหว่างถูกพักการเรียน 4) มีผลการเรียนเฉลี่ยอย่างน้อย 1 ภาคการศึกษา และ 5) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกส่วน

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เลขที่รับรอง COE No. 125/2567 เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงจะสามารถเข้าตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หลังจากได้รับการรับรองด้านจริยธรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดีของแต่ละสำนักวิชา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด ในระบบคอมพิวเตอร์ มีการใส่รหัสที่คาดเดาได้ยาก โดยมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้ งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและไม่ระบุเจาะจงถึงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งคือ แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลผ่าน Google Form ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สำนักวิชาที่กำลังศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ประวัติการมีผลการเรียนต่ำหรือการพ้นสภาพการเป็นนักศึกษาและกลับมาเรียนใหม่ ประวัติผลการเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้รับระดับคะแนนตัวอักษร F) อุปกรณ์ที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ จุดประสงค์หลักของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ระยะเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์โดยเฉลี่ยต่อวัน ชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุด การรับรู้ผลกระทบของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียน และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของมหาวิทยาลัย 2) แบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (Social Media Addiction Screening Scale: S-MASS) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดลที่เป็นผู้พัฒนาแบบประเมินนี้ โดย S-MASS เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ใช่เลย (0 คะแนน) ไม่น่าใช่ (1 คะแนน) น่าจะใช่ (2 คะแนน) และใช่เลย (3 คะแนน) คะแนนรวมการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีค่าตั้งแต่ 0-48 คะแนนโดยการแปลผลระดับของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ ดังนี้

คะแนนที่ได้จากการแบบทดสอบ	ระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์
0-15 คะแนน	เสี่ยงต่อการเสพสื่อสังคมออนไลน์ระดับต่ำ
16-30 คะแนน	เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง
31-48 คะแนน	เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับสูง

และ 3) แบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้แปลจากแบบสอบถามปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction Questionnaire : SIQ) ของ Dewi และคณะ[23] จำนวน 23 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 มิติ ได้แก่ มิติของการสร้างสภาพแวดล้อมของการมีปฏิสัมพันธ์ (3 ข้อ), มิติของการสร้างบรรยากาศทางอารมณ์ (4 ข้อ), มิติของการมีจุดมุ่งหมายเฉพาะ (4 ข้อ), มิติของการดำรงอยู่ของผู้นำ (4 ข้อ), มิติของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย (3 ข้อ) และมิติของความเห็นอกเห็นใจ (5 ข้อ) คะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าตั้งแต่ 23-92 คะแนน การให้คะแนนแต่ละข้อของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

กรณีเป็นคำถามทางบวก		กรณีเป็นคำถามทางลบ	
ปฏิบัติสม่ำเสมอ/เกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน	ปฏิบัติสม่ำเสมอ/เกือบทุกครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 3 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ 2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	เท่ากับ 2 คะแนน	ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	เท่ากับ 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ 1 คะแนน	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ 4 คะแนน

แปลผลคะแนนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตั้งแต่ระดับต่ำสุดจนถึงสูงสุดโดยคะแนนต่ำหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมต่ำและคะแนนสูงหมายถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 ท่าน โดยได้ค่า content validity index ของแบบสอบถามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ และแบบสอบถามการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เท่ากับ 1.00 และ 0.99 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนไปทดลองใช้กับนักศึกษาปริญญาตรีที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และหาค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามได้ค่า α เท่ากับ 0.89 และ 0.84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงคณบดีทุกสำนักวิชา เพื่อขอประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยส่งลิ้งค์ (Link) และคิวอาร์โค้ด (QR code) สำหรับเก็บข้อมูลให้นักศึกษาทุกสำนักวิชา เพื่อทดลองใช้เครื่องมือ โดยให้อาสาสมัครที่มีลักษณะเหมือนตัวอย่างตอบแบบสอบถาม จำนวน 30 รายและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
3. ผู้วิจัยส่งลิ้งค์ (Link) และคิวอาร์โค้ด (QR code) สำหรับเก็บข้อมูลให้นักศึกษาทุกสำนักวิชา เพื่อเก็บข้อมูลออนไลน์แบบฟอร์มทางกูเกิ้ล (Google Form) โดยภายในลิ้งค์ (Link) สำหรับตอบแบบสอบถามจะประกอบด้วยคำชี้แจงอาสาสมัครและเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล และประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร
4. หลังจากอาสาสมัครอ่านคำชี้แจงการวิจัยแล้ว หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย อาสาสมัครจะต้องกดยืนยันเพื่อเข้าตอบแบบสอบถาม

5. ผู้วิจัยกำหนดจำนวนตัวอย่างของอาสาสมัครแต่ละสำนักวิชาเพื่อให้ได้จำนวนอาสาสมัครของแต่ละสำนักวิชาตามที่คำนวณไว้

6. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จนครบจำนวนตัวอย่าง แต่เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ทำให้ควบคุมจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามได้ยาก จึงมีอาสาสมัครเข้าตอบแบบสอบถามเกินจำนวนที่คำนวณขนาดตัวอย่างไว้ 6 ราย จึงมีอาสาสมัครตอบแบบสอบถามจำนวน 397 ราย แต่จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า อาสาสมัครจำนวน 2 ราย ที่ให้ข้อมูลไม่ครบ จึงตัดข้อมูลของอาสาสมัครทั้ง 2 รายออก รวมอาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นจำนวน 395 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นอกจากนี้ ยังใช้สถิติอ้างอิง (Inferential statistics) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์และผลการเรียน ด้วยสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.15 มีอายุเฉลี่ย 20.09 ปี (S.D.=1.28) กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 39.85 สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ ร้อยละ 60 ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม (GPAX) เฉลี่ย 2.69 (S.D.=0.69) ประวัติการมีผลการเรียนไม่ผ่านเกณฑ์ (ได้รับคะแนนตัวอักษร F) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติได้รับคะแนนตัวอักษร F ร้อยละ 65.82 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติกลับเข้าศึกษาใหม่ (Re ID) ร้อยละ 96.46 อุปกรณ์ที่ใช้สื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ใช้ Smartphone ร้อยละ 43.04 จุดประสงค์หลักในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อความบันเทิง ร้อยละ 60.51 ระยะเวลาที่ใช้สื่อต่อวันเฉลี่ย 8.06 ชั่วโมง (S.D.=3.67) โดยสื่อที่ใช้มากที่สุดคือ Instagram ร้อยละ 88.86 การรับรู้ผลกระทบของการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน ร้อยละ 54.18 ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมของมหาวิทยาลัยส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 37.72 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร		N	Percent	Mean	S.D.
เพศ	หญิง	206	52.15		
	ชาย	153	38.74		
	LGBTQ^{+}	23	5.82		
	ไม่ต้องการระบุเพศ	13	3.29		
อายุ	ตั้งแต่ 17 – 25 ปี			20.09	1.28
สำนักวิชา	วิทยาศาสตร์	21	5.32		
	เทคโนโลยีสังคม	24	6.08		
	เทคโนโลยีการเกษตร	31	7.85		
	แพทยศาสตร์/ทันตแพทย์	19	4.81		
	วิศวกรรมศาสตร์	237	60.00		
	พยาบาลศาสตร์	11	2.78		

ตัวแปร		N	Percent	Mean	S.D.
	สาธารณสุขศาสตร์	29	7.34		
	ศาสตร์และศิลป์ดิจิทัล	23	5.82		
ชั้นปีที่กำลังศึกษา	ชั้นปีที่ 1	90	22.84		
	ชั้นปีที่ 2	106	26.90		
	ชั้นปีที่ 3	157	39.85		
	ชั้นปีที่ 4	34	8.63		
	มากกว่าชั้นปีที่ 4	7	1.78		
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)	ตั้งแต่ 0.97 – 4.00			2.69	0.69
ประวัติผลการเรียนไม่ผ่านเกณฑ์	ไม่เคย	260	65.82		
(ได้คะแนนตัวอักษร F)	เคย	136	34.28		
ประวัติกลับเข้าศึกษาใหม่ (Re ID)	ไม่เคย	381	96.46		
	เคย	14	3.54		
อุปกรณ์ที่ใช้เข้าสื่อสังคมออนไลน์	Smartphone	170	43.04		
	iPad	21	5.32		
	หลายอุปกรณ์	204	51.64		
ระยะเวลาในการใช้สื่อ/วัน (ชั่วโมง)	ตั้งแต่ 1 – 23 ชั่วโมง			8.06	3.67
สื่อที่ใช้มาก 5 อันดับแรก	Instagram	351	88.86		
(ตอบได้มากกว่า 1 สื่อ)	YouTube	333	84.30		
	TikTok	309	78.23		
	Facebook	243	61.52		
	Line	228	57.72		
จุดประสงค์หลักที่ใช้สื่อ	เพื่อความบันเทิง	239	60.51		
	เพื่อการศึกษา	50	12.66		
	เพื่อติดต่อสื่อสาร	78	19.75		
	เพื่อติดตามข่าวสาร/อื่น ๆ	28	7.09		
การรับรู้ผลกระทบของการติด	ส่งผลดีต่อการเรียน	132	33.42		
สื่อสังคมออนไลน์ต่อการเรียน	ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน	214	54.18		
	ส่งผลเสียต่อการเรียน	49	12.41		
ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรม	ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม	17	4.30		
มหาวิทยาลัย	เข้าร่วมกิจกรรมนาน ๆ ครั้ง	149	37.72		
	เข้าร่วมกิจกรรมบางครั้ง	132	33.42		
	เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง	78	19.75		
	เข้าร่วมกิจกรรมเป็นประจำ	19	4.81		

การติดสื่อสังคมออนไลน์ (SMA) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SI) และผลการเรียน (GPAX) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ตั้งแต่ 0 – 48 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 24.32 (S.D. = 9.16) ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง คะแนนปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ระหว่าง 32 – 92 คะแนน เฉลี่ยเท่ากับ 67.77 (S.D.=11.41) ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 0.97 – 4.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยสะสมเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 (S.D. = 0.69) ส่วนระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.24 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรี

ระดับการติดสื่อสังคมออนไลน์	จำนวน	ร้อยละ
เสี่ยงต่อการติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับต่ำ (0-15)	127	32.15
เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง (16-30)	155	39.24
เสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับสูง (31-48)	113	28.61
รวมทั้งหมด	**395**	**100**

ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ แต่การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักศึกษาปริญญาตรี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (SMA) กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SI) และผลการเรียน (GPAX) ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี (n=395)

ตัวแปร	SMA	SI	GPAX
การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ (SMA)	1		
ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (SI)	-0.64*	1	
เกรดเฉลี่ย (GPAX)	0.05	0.03	1

*หมายเหตุ $p<.001$

การอภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาเพศหญิง อายุเฉลี่ย 20.09 ปี เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เรียนในหลักสูตรของสำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับสัดส่วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีที่สำนักวิชาวิศวกรรมศาสตร์ มีนักศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 63.56 ของจำนวนนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ส่วนใหญ่เข้าถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้วยอุปกรณ์หลายชนิดทั้งโทรศัพท์ Smartphone, iPad, คอมพิวเตอร์ หรือ Notebook สอดคล้องกับลักษณะสังคมในปัจจุบันที่แต่ละบุคคลจะมีอุปกรณ์สำหรับติดต่อสื่อสารมากกว่า 1 ชนิด[24] ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เฉลี่ยต่อเท่ากับ 8.06 ชั่วโมง/วัน สอดคล้องกับผลการศึกษาการใช้สื่อออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมปลายในเทศบาลนครหาดใหญ่ ที่พบว่านักเรียนมัธยมปลายใช้สื่อออนไลน์เฉลี่ย 8.38 ชั่วโมง/วัน[25] 8.51 ชั่วโมง/วัน[26] ใกล้เคียงกับการศึกษาของศิริกาญจน์ จันทร์วิชโนที่พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ 6-10 ชั่วโมง/วัน[27] แต่แตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าเด็กวัยรุ่นประเทศตุรกี ใช้สื่อออนไลน์มากกว่า 7 ชั่วโมง/วัน[28] นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิงและคิดว่าการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่ส่งผลกระทบต่อการเรียน ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในต่างประเทศที่นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลเสียต่อผลการเรียนของนักศึกษา[21] สื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาใช้มากที่สุดคือ Instagram

รองลงมาคือ YouTube และ TikTok สัมพันธ์กับการศึกษาการเสพติดสื่อออนไลน์ในนักเรียนมัธยมปลายที่ใช้ Instagram มากที่สุด[28] แต่แตกต่างกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่เด็กวัยรุ่นจะใช้ WhatsApp มากที่สุด[16,29,30] ในขณะที่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นใช้สื่อ Facebook มากที่สุด[31] อย่างไรก็ตามการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพราะในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทและความสำคัญในชีวิตประจำวันมากขึ้น และยังช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลอีกด้วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับเสี่ยงต่อการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ปานกลาง ร้อยละ 39.24 สอดคล้องกับผลการศึกษาการติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก ที่พบว่า นักศึกษาปริญญาตรีส่วนใหญ่ติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับปานกลาง[10] และผลการศึกษาของ ธีระ กุลสวัสดิ์ และปิยะ นาควัชระ[32] ที่พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยระดับปริญญาตรีในภาคตะวันออกมีพฤติกรรมการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับคลั่งไคล้ ซึ่งเทียบได้กับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับเสี่ยงปานกลางของแบบประเมิน SMASS

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับสูง (r = -.64, p < .001) นั่นหมายถึงหากนักศึกษามีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในระดับเสี่ยงสูง จะส่งผลให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้างลดลง ทั้งนี้เนื่องจากมหาวิทยาลัยมีนโยบายให้อิสระกับนักศึกษาในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมของส่วนรวมหรือกิจกรรมของมหาวิทยาลัย จึงทำให้นักศึกษาส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นน้อย ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนของรายวิชาหรือของสำนักวิชามีทั้งแบบเรียนในชั้นเรียนปกติ (Onsite) เรียนออนไลน์ (Online) หรือเรียนแบบผสมผสานทั้งในชั้นเรียนและออนไลน์ในเวลาเดียวกัน (Hybridge) และมีการเรียนในรูปแบบ E-courseware ที่จัดการศึกษาทั้งการเรียนการสอน การวัดและประเมินผลผ่านระบบออนไลน์ทั้งหมดจึงอาจทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักศึกษากับคนรอบข้างลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutikno และ Basit[33] ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้นักศึกษาติดต่อสื่อสารกับเพื่อน ๆ ได้สะดวก ทำให้การใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางออนไลน์กับบุคคลอื่น แต่ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนรอบข้างลดลง[33] ซึ่งมีผลการศึกษาที่สนับสนุนผลการวิจัยนี้คือ การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์มาก ๆ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมปกติมากขึ้น[34] นอกจากนี้ ยังมีผลการวิจัยที่ระบุว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่นจะส่งผลให้เกิดความขัดแย้งกับบิดามารดาและมีปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวลดลง[35] ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์กับผลการเรียน พบว่า การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนในระดับต่ำมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (r= 0.053, p= 0.298) อาจเนื่องมาจากนักศึกษามีการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์เพียงระดับปานกลาง จึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน สอดคล้องกับการศึกษาผลการศึกษาในประเทศตุรกี[36] ที่พบว่าการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาปริญญาตรีอยู่ในระดับปานกลาง และการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่สามารถทำนายผลการเรียนของนักศึกษาได้ ดังนั้นการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์จึงไม่ส่งผลเสียต่อการเรียนของนักศึกษา อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอื่นที่พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลให้ นักศึกษาในมหาวิทยาลัยมีความเชื่อมั่นในศักยภาพทางการเรียน ทักษะการแก้ปัญหา ความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลให้ผลการเรียนเพิ่มมากขึ้น[37] แต่อย่างไรก็ตามการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไปก็ส่งผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษา ทำให้ความสนใจในเรียนและระยะเวลาการพักผ่อนลดลง ลดโอกาสในการทบทวนเนื้อหาของการเรียน การเตรียมตัวสำหรับการสอบและสมาธิในการเรียนลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการเรียนรู้ลดลง และส่งผลให้ผลการเรียนลดลงตามลำดับ[18] นอกจากนี้การแจ้งเตือนของสื่อสังคมออนไลน์ ยังส่งผลให้แรงจูงใจในการเรียนลดลง จึงอาจสรุปได้ว่าระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผลการเรียนของนักศึกษาลดลง[21]

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียน (r = 0.031, p = 0.527) เนื่องจาก การจัดการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัยแห่งนี้เน้นให้นักศึกษาเรียนรู้แบบ Adults learning มุ่งเน้นให้นักศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วย Self-learning นักศึกษาจึงคุ้นเคยกับการใช้อินเตอร์เน็ตหรือสื่อออนไลน์ในการเรียน ดังนั้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์มาก ๆ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักศึกษา แตกต่างจากผลการศึกษาของ เรวัต สุขสิกาญจน์[37] ที่พบว่ากิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมให้นักศึกษามีคะแนนสูงขึ้น นักศึกษามีพัฒนาการทางการเรียนและมีผลการเรียนดีขึ้น

ซึ่งกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนเป็นการจัดให้นักศึกษามีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนในชั้นเรียนจึงทำให้ผลการเรียนของนักศึกษาดีขึ้น และการศึกษาของ ประภัสสร ชโลธร และอัจฉราพร ฉากครบุรี[38] พบว่า การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างอาจารย์กับนักศึกษาในยุคการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์อันดีทำให้ผลการเรียนของนักศึกษาดีขึ้น พัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ให้สูงขึ้น

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี มีระดับการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ระดับคลั่งไคล้การใช้สื่อสังคมออนไลน์ การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางลบกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการติดสื่อสังคมออนไลน์มาก ๆ จะทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในโลกของความจริงน้อยลง อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยมีความขัดแย้งการศึกษาก่อนหน้านี้ คือ การเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการเรียนของนักศึกษา เนื่องจากในสังคมปัจจุบันมีการใช้สื่อออนไลน์ต่าง ๆ มาส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษามากขึ้น นักศึกษาจึงมีความเคยชินกับการสืบค้นหรือหาความรู้ในเรื่องต่าง ๆ จากสื่อออนไลน์ รวมทั้งทัศนคติของนักศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่าไม่มีผลเสียต่อผลการเรียน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาจะส่งผลดีหรือผลเสียต่อผลการเรียนนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และรูปแบบการใช้งาน โดยนักศึกษาควรมีการจัดการเวลาในการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการเรียน การสื่อสาร และการพักผ่อน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทุกด้าน

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลจากนักศึกษาระดับปริญญาตรีเพียง 1 มหาวิทยาลัย และเก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ด้วยแบบฟอร์มทางกูเกิ้ล (Google form) จึงทำให้สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละสำนักวิชาไม่เป็นไปตามที่คำนวณไว้ในครั้งแรก แต่สัดส่วนของตัวอย่างแตกต่างจากการคำนวณเพียงเล็กน้อย

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ ควรใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของนักศึกษา เช่น การมอบหมายให้นักศึกษาค้นคว้าจากสื่อออนไลน์ การเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือข่าวสารจากสื่อออนไลน์ หรือการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ คิดค้นนวัตกรรมเกี่ยวกับการเรียนการสอนที่ใช้ผ่านสื่อออนไลน์ เพื่อช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา หรือการใช้สื่อออนไลน์ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ

การวิจัย ควรศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล สำนักวิชา หรือชั้นปีที่กำลังศึกษา มาวิเคราะห์เปรียบเทียบหรือหาความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ กับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและผลการเรียนของนักศึกษา

ควรศึกษาการใช้หรือการเสพติดสื่อสังคมออนไลน์ในกลุ่มเด็กนักเรียนหรือวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่อายุน้อยกว่านักศึกษาระดับปริญญาตรี และเป็นกลุ่มที่มีความยับยั้งช่างใจหรือความคุมการใช้สื่อออนไลน์ได้ยากกว่าเด็กวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ อาสาสมัครทุกท่านที่ให้ข้อมูล และขอขอบคุณสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่สนับสนุนให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

References

1. Kemp S. Digital 2024: Global overview report [Internet]. Singapore: 2024 [updated 2024 Jan 31; cited 2025 Feb 16]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2024-global-overview-report/.
2. Kemp S. Digital 2025: Global overview report [Internet]. Singapore: 2025 [updated 2025 Feb 5; cited 2025 Feb 16]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2025-global-overview-report/.

3. Kemp S. Digital 2024: Thailand [Internet]. Singapore: 2024 [updated 2024 Feb 23; cited 2025 Feb 16]. Available from: https://datareportal.com/reports/digital-2024-thailand
4. National Statistical Office Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 household survey on the use of information and communication technology (quarter 2) [Internet]. Bangkok: [publisher unknown]; 2024 [cited 2025 Feb 16] Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20240828141917_61315.pdf
5. Kalayasiri R. Addiction [Internet]. Bangkok: Psychiatry Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2019 [cited 2025 Feb 16] Available from: https://cads.in.th/cads/content?id=75#:~:text (in Thai)
6. Chupradit PW, Chupradit S. The influences of social media addiction on mental health status among university students in Thailand. Suthiparithat Journal. 2022;36(3):188-207. (in Thai)
7. Mongkolmafia S. The impact of social media usage on the social relationships of students in the faculty of business administration at Rajamangala University of Technology Rattanakosin, Wang Klai Kangwon Campus. Journal of Administrative and Management Innovation. 2023;11(2):25-36. (in Thai)
8. Petcharavej Hospital. Social addiction [Internet]. Bangkok: [publisher unknown]; 2021 [cited 2025 Feb 16]. Available from: https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Social-Addiction-Affects-Mental-Health (in Thai)
9. Kitisri N, Thapinta D, Skulphan S. Family function and internet addiction among early adolescents. Journal of Phrapokklao Nursing College. 2020;31(2):1-11. (in Thai)
10. Naksiang B, Hirunrattnapong P, Khammanee N, Changprachak P, Mekparyup J, Namfah W, et al. The effect of social media addiction, five-factor personality on the stress of students in Burapha University. CRRU Journal of Communication. 2020;3(2):43-64. (in Thai)
11. Orprasert P, Suggaravetsiri P. Prevalence and factors associated with smartphone addiction behavior among high school students in the municipality of Muang district Kalasin province. KKU Journal for Public Health Research. 2019;12(4):30-9. (in Thai)
12. Srisoem C, Chopsiang L. Social media use and mental health in adolescents: Strengths, limitation, and social media addiction. Journal of Legal Entity Management and Local Innovation. 2020;6(6):355-70. (in Thai)
13. Thongbang P. The relationship of social media addiction on adhd among college students Sirindhorn Public Health Suphanburi. Journal of Yanasangvorn Research Institute. 2021;12(2):1-15. (in Thai)
14. Ruengtawee W, Nonjui P. Proportion and associated factors of risk for social media addiction in undergraduate students, Khon Kaen University. Research and Development Health System Journal. 2022;15(1):28-42. (in Thai)
15. Singh A, Chaudhury S, Chaudhari B. Impact of social media addiction among medical students on their social interaction, well-being, and personality: A comparative study. Cureus. 2024;16(9):e70526.
16. Landa-Blanco M, García YR, Landa-Blanco AL, Cort´es-Ramos A, Paz-Maldonado E. Social media addiction relationship with academic engagement in university students: The mediator role of self-esteem, depression, and anxiety. Heliyon. 2024;10:e24384.

17. Wainner CN. Social media addiction and its implications for communication [Dissertation]. Tennessee, Knx: University of Tennessee; 2018.
18. Petcharavej Hospital. Social addiction risk of depression [Internet]. Bangkok: [publisher unknown]; 2021 [cited 2025 Feb 16] Available from: https://www.petcharavejhospital.com/th/Article/article_detail/Social-Addiction-Affects-Mental-Health (in Thai)
19. Alatawi A, Alrowili A, Alnomsi S. Albalawi M, AlSuhaimi N, Al-Habshan B, et al. The determinants of social media addiction among nursing students at University of Tabuk (UT): A cross-sectional study. Int International Journal of Medical Research & Health Sciences. 2024;13(7):29-43.
20. Thung-jan S, Sermsiri S, Jermjitpornchai S, Rattanametawee W, Suraphee S. A study on the effects of using social media on the risk of depression and suicidal ideation for the case study of high school students of the extra-large schools in Mueang Maha Sarakham District. Journal of Man and Society Faculty of Humanities and Social Sciences. 2022;8(1):149-65. (in Thai)
21. Talaue GM, AlSaad A, AlRushaidan N, AlHugail S. The impact of social media on academic performance of selected college students. J Adv Manuf Technol. 2018;8(4/5):27-35
22. Yamane T. Statistics, an introductory analysis, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.
23. Dewi R, Verawati I, Sukamton A, Hakim H, Burhaein E, Lourenco CC. The impact of basic motion activities on social interaction in elementary school students. Int J Hum Mov Sports Sci. 2023;11(1):143-51.
24. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. The 2024 household survey on the use of information and communication technology (Quarter 4). [Internet]. Bangkok: [publisher unknown]; 2024 [cited 2025 Feb 16] Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250228090924_45646.pdf
25. Muanjan M, Tangwongchai S. Social media addiction and self-esteem of high school students in Hat Yai municipality, secondary educational service area office 16, Thailand. Chulalongkorn Medical Journal. 2022;66(4):441-8. (in Thai)
26. Chanthasin W, Kaewchinda M, Somanandana V. A study of internet addiction among college student: Quality of life and other factors. Rajapark Journal. 2021;15(38):108-22. (in Thai)
27. Janwitchano S. Online social media literacy skills of undergraduates in autonomous universities in Bangkok [Master of Arts]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2021. (in Thai)
28. Avcı A, Ünal AS. Assessment of internet and social media addiction levels in adolescents aged 12-18 years by nurses: A multicenter cross-sectional study. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2024;37(4):e70004.
29. Sarialioğlu A, Oluç T. The relationship between social media addiction and perceived stress in adolescents. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2024;37(4):e70004.
30. Abdul-Latif CA, Maabobr Kor, JA, Stephen N. Social media addiction and it's impact on University of Cape Coast distance education students' academic achievement. J Educ Soc Behav Sci. 2024;37(6):105-18.
31. Chanpen S, Pornnoppadol C, Vasupanrajit A, Na Ayudhya QD. An assessment of the validity and reliability of the social-media addiction screening scale (S-MASS). Siriraj Med J. 2023;75(3):167-80.

32. Kulsawat T, Narkwatchara P. Factors affecting social media addiction of undergraduate students in the eastern region university. Journal of MCU Nakhondhat. 2021;8(10):1-15. (in Thai)
33. Sutikno H, Basit A. The impact of social media use on social interaction of students of the faculty of medicine, Jenderal Soedirman University. Int J Soc Sci Educ Commun Econ. 2023;2(2):227-82.
34. Azzaakiyyah HK. The impact of social media use on social interaction in contemporary society. Technol Soc Perspect. 2023;1(1):1-9.
35. Bilgin M, Şahin I, Togay A. Social media addiction in adolescents and parent-adolescent relationship. Educ Sci. 2020;45:263-81.
36. Aslan I, Polat H. Investigating social media addiction and impact of social media addiction, loneliness, depression, life satisfaction and problem-solving skills on academic self-efficacy and academic success among university students. Front Public Health. 2024;12:1-14.
37. Suksikarn R. A study on visual arts for industrial design learning achievement of drawing by buddy learning. J Educ. 2017;28(1):195-207.
38. Chalothorn P, Chakhornburi A. Positive interactions between teachers and higher education students through online teaching. Journal of MCU Palisueksabuddhaghosa Review. 2022;8(2):132-53. (in Thai)

ผลของการจัดการความปวดแบบพหุวิธีต่อคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามมาตรฐานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48-72 ชั่วโมง

พรชนก โสรัตน์ พย.บ.[1]
ภาวิณี จิตรนอก ส.ม.[1,2]
อริญชย์ เมตรพรมราช พย.ม.[1]

(วันรับบทความ: 4 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 1 เมษายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 21 เมษายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการความปวดแบบพหุวิธีต่อคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามมาตรฐานในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48-72 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็นที่อุณหภูมิ 18-22 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 20 นาที วันละ 2 ครั้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความปวดแบบตัวเลข ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเที่ยงด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้เท่ากับ .83 ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับข้อมูลทั่วไป ใช้ Chi-Square test และ Fisher's Exact test เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม ใช้ Wilcoxon Signed-Rank test เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และใช้ Mann-Whitney U test เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ควรนำการจัดการความปวดแบบพหุวิธีไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: การจัดการความปวดแบบพหุวิธี การประคบเย็น ความปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nwimon@kku.ac.th Tel: 089-7120876

Effects of Multimodal Pain Management on Median Sternotomy Wound Pain Scores Compared to Standard Nursing Care in Post-cardiac Surgery Patients within 48-72 Hours Post-operation

Pornchanok Sorat B.N.S.[1]
Pawinee Jitnok M.P.H.[1,2]
Alin Metprommarat M.N.S.[1]

(Received Date: March 4, 2025, Revised Date: April 1, 2025, Accepted Date: April 21, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of multimodal pain management on median sternotomy wound pain scores compared to standard nursing care in post-cardiac surgery patients within 48-72 hours post-operation. The sample consisted of 40 post-cardiac surgery patients, divided into experimental and control groups of 20 patients each. The experimental group received multimodal pain management comprised of analgesic medications combined with cold application at 18-22 degrees Celsius for 20 minutes, twice daily, while the control group received standard nursing care. Research instruments included a demographic data form and a Numerical Rating Scale for pain assessment. Content validity was verified by five experts with a content validity index of 1.00, and reliability testing using Pearson's correlation coefficient yielded a value of .83. The study was conducted from September 2024 to January 2025 at the Cardiac Surgery Semi-Intensive Care Unit of Queen Sirikit Heart Center. Data were analyzed using descriptive statistics for general information, Chi-Square tests and Fisher's Exact tests for comparing data between groups, Wilcoxon Signed-Rank tests for comparing pain scores before and after intervention within groups, and Mann-Whitney U tests for comparing pain scores between groups.

The research findings showed that: 1) The experimental group had statistically significantly lower pain scores compared to their pre-intervention measurements ($p < .001$), and 2) The experimental group had statistically significantly lower pain scores than the control group ($p < .05$). Therefore, multimodal pain management should be incorporated into nursing practice guidelines to enhance pain relief effectiveness in post-cardiac surgery patients.

Keywords: multimodal pain management, cold application, surgical wound pain, post-cardiac surgery patients

[1]Registered nurse (Professional level), Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University
[2]Corresponding author, Email: nwimon@kku.ac.th Tel: 089-7120876

บทนำ

ความปวดหลังการผ่าตัดหัวใจเป็นความปวดเฉียบพลันจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ[1] ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ความปวดสูงถึงร้อยละ 80 หากไม่ได้รับการประเมินและควบคุมอย่างเหมาะสม[2] การผ่าตัดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ (Major trauma) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดรุนแรงมากถึงร้อยละ 55 โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ตรงตำแหน่งกึ่งกลางหน้าอก (Median sternotomy)[3] ขณะที่การผ่าตัดอื่น ๆ อาจมีอาการปวดที่แตกต่างกันไปตามประเภทของการผ่าตัด วิธีผ่าตัดกระทำโดยแพทย์ใช้เลื่อยไฟฟ้าตัดเนื้อเยื่อผิวหนัง กล้ามเนื้อทรวงอก และกระดูก มีผลทำให้ปลายประสาทบริเวณเหล่านี้ถูกกระตุ้นให้หลั่งสารเคมีต่าง ๆ[4] ที่ก่อให้เกิดความปวด หากการจัดการความปวดไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nervous system) เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจและความดันโลหิตมีการหายใจตื้นประสิทธิภาพการไอลดลง เสี่ยงต่อปอดแฟบและติดเชื้อ ผลต่อระบบทางเดินอาหารและปัสสาวะ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะลดลง มีปัสสาวะคั่งค้าง และท่อปัสสาวะเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนความเครียด ระดับอินซูลิน (Insulin) ลดลง ผลทางจิตใจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึมเศร้าในกรณีรุนแรง และอาจพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรังได้ถึงร้อยละ 30-55[5] ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง การฟื้นตัวล่าช้า และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น[6] การจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจประกอบด้วย 2 แนวทางหลัก ได้แก่ 1) การใช้ยา โดยเฉพาะยากลุ่ม Opioids (Morphine, Fentanyl), Non-opioids (Acetaminophen, NSAIDs)[7] และ 2) วิธีการไม่ใช้ยา เช่น การให้ข้อมูล การผ่อนคลายและการมุ่งเน้นความสนใจหรือการประคบร้อน/เย็น[8] อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติมักจะใช้ยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งบรรเทาความปวดได้เพียงร้อยละ 40 และก่อให้เกิดอาการข้างเคียงสูง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ และง่วงซึม ถึงร้อยละ 61-75[9] แนวทางจัดการความปวดปัจจุบันจึงมุ่งเน้นการจัดการความปวดแบบพหุวิธี (Multimodal pain management) โดยผสมผสานระหว่างการใช้ยาและวิธีที่ไม่ใช้ยาเพื่อเสริมฤทธิ์กัน[10] การประคบเย็นเป็นวิธีการบำบัดความปวดแบบไม่ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้หลักการลดอุณหภูมิที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ส่งผลให้เส้นเลือดหดตัว ช่วยควบคุมภาวะเลือดออก ลดอาการบวม และบรรเทาความปวด[11] การประคบเย็นที่มีประสิทธิภาพควรใช้อุณหภูมิระหว่าง 18-22 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 15-25 นาที[12] ตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) โดยความเย็นจะช่วยลดการส่งสัญญาณประสาทความปวดในใยประสาทขนาดเล็ก พร้อมกับไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ เกิดการยับยั้งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยยังมีจำนวนน้อย แม้จะมีการศึกษาของ สุพัตรา พูลนุช และคณะ[13] ที่พบว่าการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดลดคะแนนความปวดอย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาในการติดตามผลหลังผ่าตัดเพียง 24-48 ชั่วโมง ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่มุ่งเน้นการใช้ความเย็นเพื่อลดความปวดเฉพาะขณะทำหัตถการ[14]

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสถิติการผ่าตัดหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 835, 802 และ 864 รายตามลำดับ[15] หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48-72 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะมีแผลผ่าตัดบริเวณกึ่งกลางหน้าอก พร้อมสายระบายทรวงอกเพื่อระบายเลือด น้ำ และลมที่ตกค้างรอบหัวใจและปอด ซึ่งก่อให้เกิดความปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่ต้องทำกิจกรรมลุกนั่งบนเตียง ฝึกกายบริหาร หรือฝึกหายใจ รวมถึงขั้นตอนการถอดสายระบาย ล้วนส่งผลให้ความปวดทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ พบว่าแม้ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ จะมีแนวทางในการจัดการความปวดโดยการประเมินความปวดแบบตัวเลขสำหรับผู้ป่วยที่สื่อสารได้ และให้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids และ Non-opioids เมื่อมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 20 ยังคงมีอาการปวดถึงแม้จะได้รับยาระงับปวดตามแผนการรักษา ทำให้ต้องเพิ่มขนาดยา ส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ ถึงร้อยละ 10 สะท้อนว่าการจัดการความปวดยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการจัดการความปวดแบบพหุวิธีที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะในระยะ 48-72 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเริ่มฟื้นฟูสมรรถภาพและมักมีกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิด

ความปวดมากขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิธีการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็นเป็นวิธีเสริม ซึ่งคาดว่าผลจากการศึกษาจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการจัดการความปวดแบบพหุวิธีที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

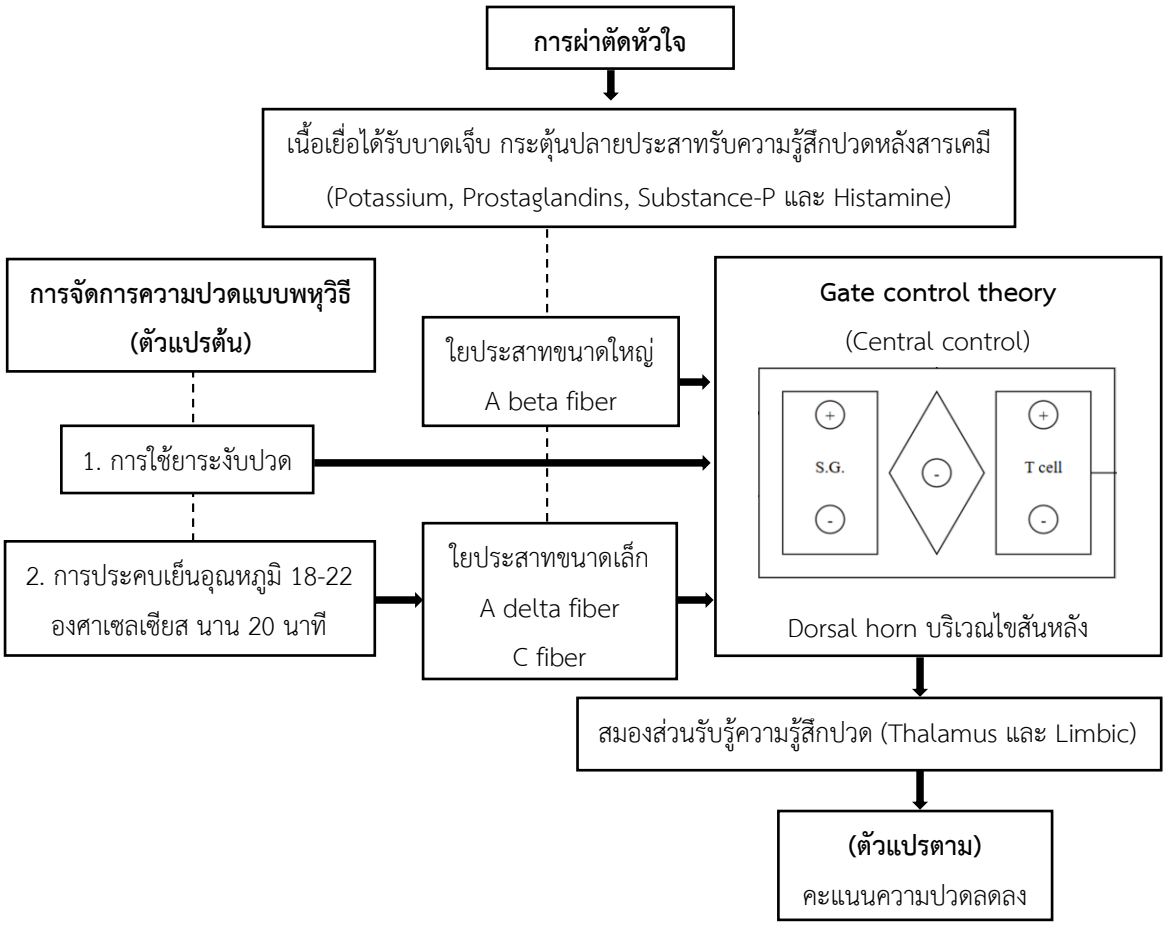
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48 และ 72 ชั่วโมงก่อนและหลังได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็น
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48 และ 72 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประควบเย็น กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48 และ 72 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประควบเย็น มีคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกต่ำลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับการจัดการความปวด
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48 และ 72 ชั่วโมง กลุ่มที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประควบเย็น มีคะแนนความปวดแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ของ Melzack and Wall[16] อธิบายถึงพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัดหัวใจ ส่งผลให้ปลายประสาทรับความรู้สึกปวดถูกกระตุ้นให้หลั่งสารเคมีต่าง ๆ เช่น Potassium, Prostaglandins, Substance-P และ Histamine สารเหล่านี้จะกระตุ้นตัวรับความรู้สึกส่วนปลายของใยประสาทขนาดใหญ่ A beta fiber และใยประสาทขนาดเล็ก A delta fiber และ C fiber แล้วไปสิ้นสุดที่ส่วน Dorsal horn ในไขสันหลัง โดยประสานการทำงานร่วมกับ Substantia gelatinosa (SG cell) ซึ่งเป็นเซลล์ที่ช่วยยับยั้งการทำงานของเซลล์ประสาทส่งต่อ Transmission cell (T cell) ที่จะส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นสมอง ประตูจึงเปิด (Open gate) เพื่อให้รับรู้ความรู้สึกปวด สำหรับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี เป็นการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็น ซึ่งการใช้ยาระงับปวดนั้นตัวยาจะออกฤทธิ์โดยจับกับ Opioid receptors ที่ SG cell ไม่ให้ T cell ที่ไขสันหลังส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง ร่วมกับการประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัด โดยความเย็นทำให้อัตราการส่งสัญญาณประสาทความปวดในใยประสาทขนาดเล็ก A delta fiber และ C fiber ลดลง พร้อมกับไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ A beta fiber ประสานงานร่วมกับ SG cell ยับยั้งสัญญาณประสาทความปวดไม่ให้ T cell ส่งสัญญาณประสาทไปยังสมองแปลผลการรับรู้ความปวด ประตูความปวดจึงปิด (Closed gate) ทำให้การรับรู้ความปวดลดลง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัย ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ชนิดที่มีแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอก ที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจระยะ 48-72 ชั่วโมง ชนิดที่มีแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอก ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตศัลยศาสตร์หัวใจ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 - มกราคม พ.ศ. 2568 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงจากการศึกษาของ สุพัตรา พูลนุช และคณะ[13] ที่พบความแตกต่างของคะแนนความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มที่ได้รับการประคบเย็น (กลุ่มทดลอง) เท่ากับ 3 [IQR: 3, 4] คะแนน และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เท่ากับ 2 [IQR: 2, 3] คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .008) ซึ่งสามารถนำมาคำนวณขนาดตัวอย่างในสูตร Two group comparison of untransformed medians[17]

สูตร N per group = $\frac{\left[\log\left(\frac{1}{2}+\sqrt{\frac{1}{4}+\frac{\phi_1^2}{m_1^2}}\right)+\log\left(\frac{1}{2}+\sqrt{\frac{1}{4}+\frac{\phi_2^2}{m_2^2}}\right)\right](z_{\frac{\alpha}{2}}+z_\beta)^2}{(\log(m_1)-\log(m_2))^2}$

กำหนดให้ N per group = จำนวนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$z_{\frac{\alpha}{2}}$ = The probability of type I error (Significance level) กำหนดให้ α = 0.05 ดังนั้น Z(0.975) จะได้เท่ากับ 1.96

z_β = Probability of type II error กำหนดให้ β = 0.20 Power = 1- β = 0.80 ดังนั้น Z(0.80) จะได้ 0.84

m_1 = คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มทดลองเท่ากับ 3 คะแนน

m_2 = คะแนนความปวดหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2 คะแนน

ϕ_1 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มทดลองเท่ากับ 1 คะแนน

ϕ_2 = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 คะแนน

จะได้ N per group = $\frac{\left[\log\left(\frac{1}{2}+\sqrt{\frac{1}{4}+\frac{1^2}{3^2}}\right)+\log\left(\frac{1}{2}+\sqrt{\frac{1}{4}+\frac{1^2}{2^2}}\right)\right](1.96+0.84)^2}{(\log(3)-\log(2))^2}$

= 15.69 ~ 16

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 ราย เพื่อลดโอกาสการถอนตัวจากการวิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20[18] รวมเป็น 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ระดับความรู้สึกตัวดี 3) สามารถสื่อสารด้วยวิธีการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) สัญญาณชีพหลังผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติอุณหภูมิร่างกาย (Body temperature) 36.5-37.2 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของชีพจร (Pulse rate) 60-100 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ (Respiratory rate) 15-25 ครั้ง/นาที และค่าความดันโลหิต (Systolic blood pressure) 90-140 mmHg.)[19] 5) มีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป 6) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรง ภาวะเลือดออกมาก แผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกแยกหรือติดเชื้อ 2) มีอาการทรุดลงระหว่างการทดลองจนต้องใส่คาท่อช่วยหายใจ 3) มีอาการแพ้หรือมีอาการผิดปกติที่ผิวหนังบริเวณที่ทำการประคบเย็น 4) ผู้ป่วยขอถอนตัวระหว่างการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การจัดการความปวดแบบพหุวิธี (Multimodal pain management) ซึ่งพัฒนาจากหลักการของ Charman[12] โดยใช้ทฤษฎีควบคุมประตูของ Melzack and Wall[16] เป็นกรอบแนวคิด ประกอบด้วย การใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็น ดังนี้

การใช้ยาระงับปวด เมื่อมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ผู้ป่วยจะได้รับยากลุ่ม Opioids (Morphine/Fentanyl), Non-opioid (Acetaminophen/NSAIDs) หรือยาอื่น ๆ ทั้งขนาด ปริมาณ และความถี่ที่ใช้ ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา มีการบันทึกชนิดของยา ขนาด ปริมาณ และเวลาในการบริหารยา

การประคบเย็น นำถุงเจลเย็นขนาดกว้าง 10 เซนติเมตร ยาว 25 เซนติเมตร นำไปแช่เย็นที่ช่องแช่แข็งนาน 2 ชั่วโมง แล้วออกจากช่องแช่แข็งวัดอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิตอลให้ได้อุณหภูมิอยู่ในช่วง 18-22 องศาเซลเซียส ใส่ถุงผ้าขนาดกว้าง 12 เซนติเมตร ยาว 26 เซนติเมตร หุ้มถุงเจลเย็นเพื่อป้องกันการสัมผัสความเย็นโดยตรง และไม่ให้เกิดการซึมของน้ำปนเปื้อนแผล จัดท่าผู้ป่วยนอนหงายและประคบตรงบริเวณแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกนาน 20 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด โรคประจำตัว ประสบการณ์ผ่าตัด และยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด 2) แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข (Numerical rating scale: NRS) เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน มีการนำมาใช้ประเมินความปวดในประชากรหลายกลุ่ม[20] โดยการซักถามให้ผู้ป่วยรายงานความปวดเป็นตัวเลข 0-10 โดยมีช่วงคะแนน 0 คือ ไม่ปวด, 1-3 ปวดเล็กน้อย, 4-6 ปวดปานกลาง, 7-9 ปวดมาก และ 10 ปวดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การจัดการความปวดแบบพหุวิธีและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Scale-level content validity index: S-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจ 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด 2 ท่าน และวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า S-CVI = 1.0 และทำการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย พบว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม 2) แบบประเมินความปวดแบบตัวเลข นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีวัดซ้ำก่อนนำไปใช้ (Test-retest procedure) และนำมาหาความสัมพันธ์กันด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้ค่า r = .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มจากศึกษาปัญหาในการปฏิบัติงาน และทบทวนวรรณกรรม ทดลองใช้ถุงเจลเย็นกับผู้ป่วย 5 ราย ซึ่งพบว่าเหมาะสม จากนั้นชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่ทีมพยาบาลและผู้เข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม 20 รายก่อน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง 20 ราย โดยใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching) ในด้าน 1) เพศเดียวกัน 2) อายุแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี 3) ชนิดการผ่าตัดเหมือนหรือคล้ายคลึงกัน 4) ยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัด มีแนวทางการให้ยาเหมือนกันทั้งชนิด ขนาด ปริมาณ ความถี่ หรือเมื่อผู้ป่วยต้องการ ก่อนเริ่มการทดลอง เพื่อควบคุมตัวแปรรบกวนที่อาจส่งผลต่อผลการวิจัย

การดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม จะได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน ดังนี้

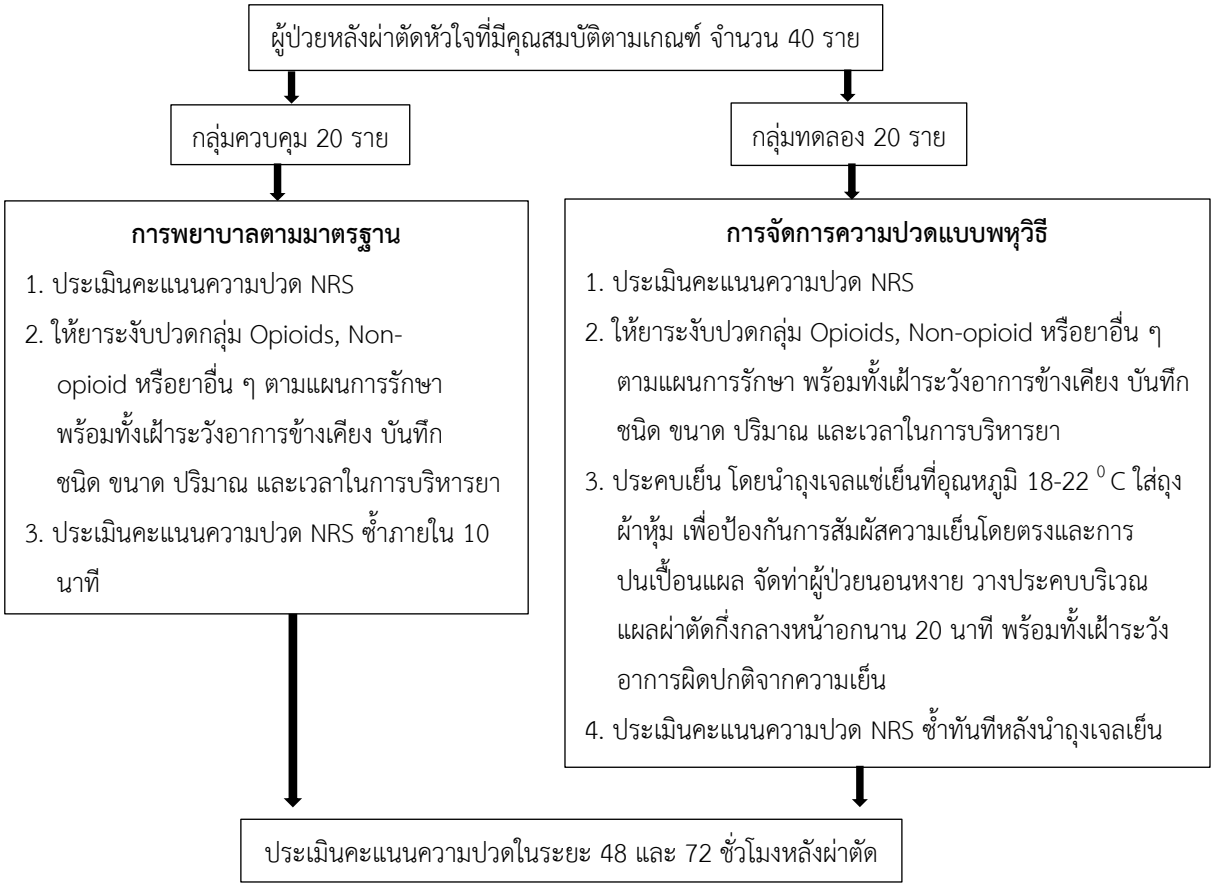
1. ประเมินคะแนนความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวด NRS
2. ให้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids (Morphine/Fentanyl), Non-opioid (Acetaminophen/NSAIDs) หรือยาอื่น ๆ ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น บันทึกชนิดของยา ขนาด ปริมาณ และเวลาในการบริหารยา
3. ประเมินคะแนนความปวด ตามแบบประเมินความปวด NRS ซ้ำภายใน 10 นาที

กลุ่มทดลอง จะได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธี ดังนี้

1. ประเมินคะแนนความปวดหลังผ่าตัด โดยใช้แบบประเมินความปวด NRS
2. ให้ยาระงับปวดกลุ่ม Opioids (Morphine/Fentanyl), Non-opioid (Acetaminophen/NSAIDs) หรือยาอื่น ๆ ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจากอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น บันทึกชนิดของยา ขนาด ปริมาณ และเวลาในการบริหารยา

3. ประคบเย็น โดยนำถุงเจลแช่เย็นให้ได้อุณหภูมิอยู่ในช่วง 18-22 องศาเซลเซียส ใส่ถุงผ้าหุ้มเพื่อป้องกันการสัมผัสความเย็นโดยตรงและการปนเปื้อนแผล จัดท่าผู้ป่วยนอนหงายเพื่อความสุขสบาย และวางตำแหน่งประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัดกึ่งกลางหน้าอกนาน 20 นาที พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากความเย็น เช่น ผิวมีรอยแดง บวม เปลี่ยนเป็นสีขาว แข็ง คัน ชา หรือปวดมากขึ้น หากมีอาการดังกล่าว ผู้วิจัยจะนำถุงเจลเย็นออกทันที

4. ประเมินคะแนนความปวด ตามแบบประเมินความปวด NRS ซ้ำทันทีหลังนำถุงเจลเย็นออก ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's Exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความปวดด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test

3. เปรียบเทียบคะแนนความปวดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลคะแนนความปวดด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ขนาดอิทธิพล (Effect size) เพื่อประเมินความสำคัญของผลลัพธ์ทางคลินิก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE671378 เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรผ่านแบบฟอร์มให้ความยินยอม (Informed consent form) ในวันก่อนผ่าตัด โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ดำเนินการ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ หากเกิดอาการผิดปกติจากการประคบเย็น จะหยุดทันทีและให้การดูแลที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันมากกว่า 60 ปี โดยกลุ่มควบคุมอายุเฉลี่ย 59.20 ปี (S.D. = 10.88) และกลุ่มทดลองอายุเฉลี่ย 59.80 ปี (S.D. = 10.25) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 65 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง (ร้อยละ 45 และร้อยละ 55 ตามลำดับ) การวินิจฉัยโรคพบมากที่สุดคือโรคลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหรือซ่อมลิ้นหัวใจ (ร้อยละ 50) ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 45 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) และไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน (ร้อยละ 55 และร้อยละ 70 ตามลำดับ) สำหรับการจัดการความปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับยา Morphine (ร้อยละ 85) เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					1.00 [a]
ชาย	7	35	7	35	
หญิง	13	65	13	65	
อายุ (ปี)					.802 [b]
18-40	2	10	1	5	
41-60	7	35	9	45	
มากกว่า 60	11	55	10	50	
	Mean 59.20, S.D. 10.88		Mean 59.80, S.D. 10.25		
สถานภาพสมรส					.307 [b]
โสด	2	10	4	20	
สมรส	12	60	14	70	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	6	30	2	10	
ระดับการศึกษา					.709 [b]
ประถมศึกษา	13	65	12	60	

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มัธยมศึกษา	1	5	3	5	
อนุปริญญา/ปวส.	1	5	0	0	
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	25	5	25	
อาชีพ					.12 [b]
ไม่ได้ทำงาน	7	35	2	10	
เกษตรกรรม/รับจ้าง	9	45	11	55	
รับราชการ	4	20	4	20	
ค้าขาย	0	0	3	15	
การวินิจฉัยโรค					1.00 [b]
โรคลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว	10	50	10	50	
โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	6	30	6	30	
โรคผนังกั้นหัวใจรั่ว	2	10	2	10	
โรคลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ/ผนังกั้นหัวใจรั่ว	2	10	2	10	
ชนิดการผ่าตัด					1.00 [b]
เปลี่ยนหรือซ่อมลิ้นหัวใจ	10	50	10	50	
ทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ	6	30	6	30	
ปิดผนังกั้นหัวใจ	2	10	2	10	
เปลี่ยนหรือซ่อมลิ้นหัวใจ/ปิดผนังกั้นหัวใจ	2	10	2	10	
โรคประจำตัว					.844 [b]
ไม่มี	9	45	12	60	
โรคเบาหวาน	3	15	3	15	
โรคไต	2	10	0	0	
โรคต่อมลูกหมากโต	2	10	1	5	
โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง	3	15	3	15	
โรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน/ไขมันในเลือดสูง/โรคไต	1	5	1	5	

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประสบการณ์ผ่าตัด					.902 [b]
ไม่เคย	11	55	14	70	
ผ่าตัดคลอดบุตร	1	5	1	5	
ผ่าตัดทำหมัน	2	10	2	10	
ผ่าตัดมดลูก	3	15	1	5	
ผ่าตัดไส้ติ่ง	2	10	2	10	
ผ่าตัดไส้เลื่อน	1	5	0	0	
ยาที่ใช้ในการจัดการอาการ					1.00 [b]
ปวดหลังผ่าตัด					
Morphine	17	85	17	85	
Fentanyl	3	15	3	15	

[a] = Chi-Square test, [b] = Fisher's Exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธีและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่าทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดหลังการทดลองต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในทุกช่วงเวลา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธีและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน (n = 20)

คะแนนความปวด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Z	*p*-value
	Median [IQR]	Median [IQR]		
กลุ่มควบคุม				
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
10.00 น.	5.00 [5.00, 6.75]	3.00 [2.00, 4.75]	-3.95	< .001***
14.00 น.	5.50 [5.00, 7.00]	3.00 [3.00, 5.00]	-3.942	< .001***
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
10.00 น.	5.00 [4.00, 6.75]	2.50 [1.00, 3.00]	-3.949	< .001***
14.00 น.	4.50 [4.00, 5.00]	1.50 [0.25, 3.00]	-3.972	< .001***
กลุ่มทดลอง				
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
10.00 น.	5.00 [5.00, 6.75]	1.50 [0.00, 2.00]	-3.969	< .001***
14.00 น.	5.00 [5.00, 6.75]	1.00 [0.00, 2.00]	-3.998	< .001***

คะแนนความปวด	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Z	*p*-value
	Median [IQR]	Median [IQR]		
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด				
10.00 น.	5.00 [4.00, 5.00]	0.00 [0.00, 1.00]	-4.024	< .001***
14.00 น.	4.00 [4.00, 4.75]	0.00 [0.00, 0.00]	-4.088	< .001***

*** $p < .001$; IQR = Interquartile range [Q_1, Q_3], Z = Wilcoxon Signed-Rank test

3. เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธีกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความปวดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา ($p < .05$) โดยมีขนาดอิทธิพลในระดับใหญ่ (r = 0.50 - 0.65) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดการความปวดแบบพหุวิธีกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน

คะแนนความปวด	กลุ่มควบคุม (n = 20)	กลุ่มทดลอง (n = 20)	Z	*p*-value	r
	Median [IQR]	Median [IQR]			
48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด					
10.00 น. ก่อนการทดลอง	5.00 [5.00, 6.75]	5.00 [5.00, 6.75]	-0.156	.876	0.02
หลังการทดลอง	3.00 [2.00, 4.75]	1.50 [0.00, 2.00]	-3.884	< .001***	0.61
14.00 น. ก่อนการทดลอง	5.50 [5.00, 7.00]	5.00 [5.00, 6.75]	-1.203	.229	0.19
หลังการทดลอง	3.00 [3.00, 5.00]	1.00 [0.00, 2.00]	-4.108	< .001***	0.65
72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด					
10.00 น. ก่อนการทดลอง	5.00 [4.00, 6.75]	5.00 [4.00, 5.00]	-1.108	.268	0.18
หลังการทดลอง	2.50 [1.00, 3.00]	0.00 [0.00, 1.00]	-3.141	.002**	0.50
14.00 น. ก่อนการทดลอง	4.50 [4.00, 5.00]	4.00 [4.00, 4.75]	-1.333	.183	0.21
หลังการทดลอง	1.50 [0.25, 3.00]	0.00 [0.00, 0.00]	-3.559	< .001***	0.56

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; IQR = Interquartile range [Q_1, Q_3], Z = Mann-Whitney U test, r = Effect size (0.10 = small, 0.30 = medium, 0.50 = large)

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงทั้งสองกลุ่ม มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันมากกว่า 60 ปี โดยกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 59.20 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.80 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหรือซ่อมลิ้นหัวใจ สอดคล้องกับระบาดวิทยาของโรคลิ้นหัวใจที่พบในเพศหญิงวัยสูงอายุ อาจเนื่องมาจากปัจจัยทางฮอร์โมนเพศในช่วงหลังวัยหมดประจำเดือนทำให้ระดับเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลง ซึ่งส่งผลต่อการเสื่อมของลิ้นหัวใจ[21] จากการศึกษาของ Aluru et al.[22] ได้อธิบายกลไกการเสื่อมของลิ้นหัวใจในผู้สูงอายุว่าเกิดจากการสะสมของแคลเซียมที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ส่งผลให้ลิ้นหัวใจมีความยืดหยุ่นลดลง นำไปสู่ภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจในประเทศกำลังพัฒนา เกิดจากโรคไข้รูมาติกเป็นสาเหตุหลักและมีอุบัติการณ์สูงในเพศหญิง[23] การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงยังสะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างเพศในการรับรู้และตอบสนองต่อความปวด โดยเพศหญิงมีแนวโน้มรายงานความปวดสูงกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา ระดับฮอร์โมน ซึ่งส่งผลต่อการจัดการความปวดในการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เครือวัลย์ เครือหงส์[24] ที่พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.80) มีช่วงอายุระหว่าง 29-60 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคลิ้นหัวใจที่ต้องรับการผ่าตัดซ่อมและเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและอาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/รับจ้าง จากการศึกษาของ Buatee[25] เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย พบความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงระดับการศึกษาและอาชีพ ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มต้นของโรค ทำให้โรคลุกลามถึงขั้นต้องได้รับการผ่าตัด นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวและไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อน ในด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดส่วนใหญ่ได้รับยา Morphine ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน[7]

2. ประสิทธิผลของการจัดการความปวดแบบพหุวิธี พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เมื่อพิจารณาความปวดภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ที่ความปวดต่ำลงจนถึงระดับ 0 ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของการจัดการความปวดแบบพหุวิธี ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สหัส บิลอะหลี[26] ที่พบว่าการจัดการความปวดโดยใช้ยาร่วมกับการประคบเย็นในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกมีประสิทธิภาพในการลดความปวดมากกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ($p < .001$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Khalkhali et al.[17] ที่พบว่าการประคบเย็นช่วยลดความปวดจากการหายใจลึกและการไอในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีความปวดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลาหลังการทดลอง โดยมีขนาดอิทธิพลสูงสุด ($r = 0.65$) ที่ระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เวลา 14.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ความปวดมักจะรุนแรงในระยะหลังผ่าตัด บ่งชี้ว่าผลลัพธ์มีความสำคัญทางคลินิกอย่างมาก ไม่เพียงแต่มีนัยสำคัญทางสถิติเท่านั้น ยังแสดงว่าการจัดการความปวดแบบพหุวิธีสามารถอธิบายความแปรปรวนของระดับความปวดได้ถึงร้อยละ 42 ($r^2 = 0.42$) ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก เนื่องจากผู้ป่วยสามารถรับรู้ความแตกต่างของระดับความปวดได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ยังพบว่าในกลุ่มทดลองมีแนวโน้มของคะแนนความปวดต่ำลงอย่างต่อเนื่องจนถึงระดับ 0 ในระยะ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และไม่พบอาการผิดปกติจากการประคบเย็น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา พูลนุช และคณะ[16] ที่พบว่าการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในระยะ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความปวดต่ำลงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .008$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีควบคุมประตู (Gate control theory) ร่วมกับทฤษฎีควบคุมความปวดภายใน (Endogenous pain control theory)[19] โดยการประคบเย็นที่อุณหภูมิ 18-22 องศาเซลเซียส นาน 20 นาที จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่ผิวหนังและไปกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ A beta fiber ซึ่งนำกระแสประสาทไวกว่าใยประสาท

ขนาดเล็ก A delta fiber และ C fiber ที่นำความรู้สึกปวด ทำให้เกิดการยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดในระดับไขสันหลัง โดยการกระตุ้น SG cell ให้หลั่งสาร Enkephalin ซึ่งยับยั้ง Substance-P ขณะเดียวกันยังกระตุ้นการหลั่งสาร Endogenous opioids ซึ่งมีประสิทธิภาพในการควบคุมความปวดในระดับต่าง ๆ กัน อีกทั้งยังลดการอักเสบเฉพาะที่และความไวของตัวรับความปวดที่ปลายประสาท ซึ่งเสริมฤทธิ์กับยา Morphine ที่ผู้ป่วยได้รับ (ร้อยละ 85) โดยจับกับ Opioid receptors ยับยั้งการส่งสัญญาณประสาทความปวดในระดับไขสันหลังด้วย ทำให้การบรรเทาความปวดมีประสิทธิภาพมากขึ้น การประคบเย็นยังช่วยลดการอักเสบเฉพาะที่โดยลดการสร้างและหลั่งสารสื่อการอักเสบ และลดความไวของตัวรับความปวดที่ปลายประสาท ซึ่งสอดคล้องกับค่าขนาดอิทธิพลที่พบสูงสุดในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เป็นช่วงที่มีการอักเสบสูงสุด อย่างไรก็ตาม แม้ผลการวิจัยจะแสดงประสิทธิภาพของการจัดการความปวด แต่มีงานวิจัยบางส่วนที่ให้ผลแตกต่าง เช่น การศึกษาของ Quinlan et al.[27] พบว่าการประคบเย็นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังไม่มีผลต่อระดับความปวด (p = .589) แต่ช่วยลดการใช้ยาในกลุ่ม Opioids ได้ (p = .042) ซึ่งมีประโยชน์ในการลดอาการข้างเคียงและความเสี่ยงต่อการติดยา ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็น มีประสิทธิภาพในการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสูงกว่าการใช้ยาระงับปวดเพียงอย่างเดียว ซึ่งควรนำวิธีการนี้ไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมาตรฐาน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพภายหลังการผ่าตัดให้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นทางเลือกที่คุ้มค่า เนื่องจากมีต้นทุนต่ำประมาณ 118 บาท/ชุด ใช้ซ้ำได้ 3-6 เดือน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายทางอ้อมได้ ทั้งการลดปริมาณการใช้ยาระงับปวดที่มีราคาสูง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ลดระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพซึ่งอาจช่วยลดวันนอนโรงพยาบาล และลดการใช้ทรัพยากรบุคลากรในการจัดการอาการข้างเคียงได้อีกทางหนึ่ง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ติดตามผู้ป่วยเพียง 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด อาจทำให้ไม่สามารประเมินผลของความปวดในระยะยาวได้
2. เนื่องจากบริบทการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจไม่สามารถสุ่มตัวอย่างได้อย่างสมบูรณ์ จึงเลือกใช้การวิจัยกึ่งทดลอง อาจทำให้ผลการทดลองได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น ๆ ที่ควบคุมไม่ได้ เช่น ช่วงเวลา หรือสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาล
3. การไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัด อาจมีความคลาดเคลื่อนในผลการวิเคราะห์
4. การวิจัยนี้ดำเนินการในโรงพยาบาลเดียว ผลการวิจัยอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำการจัดการความปวดแบบพหุวิธี โดยการใช้ยาระงับปวดร่วมกับการประคบเย็นไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบรรเทาความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ
2. ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการจัดการความปวดแบบพหุวิธี เพื่อพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ที่เน้นทักษะการประคบเย็นที่ถูกต้อง และติดตามประเมินผลเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายระยะเวลาติดตามความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจเป็น 7-14 วัน หรือนานกว่านั้น เพื่อประเมินผลระยะยาวต่อการฟื้นตัวและการพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง
2. ออกแบบการวิจัยแบบ Randomized controlled trial (RCT) ในการศึกษาครั้งต่อไป เพื่อลดอคติและปัจจัยแทรกซ้อน
3. เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยด้านการผ่าตัด เช่น ระยะเวลาการผ่าตัด หรือความซับซ้อนของหัตถการ
4. ทำการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการนำไปใช้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาให้คำแนะนำในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย รวมถึงครอบครัวที่เป็นกำลังใจสำคัญจนงานวิจัยสำเร็จลุล่วง

References

1. International Association for the Study of Pain [IASP]. IASP terminology [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 28]. Available from: https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?itemNumber=1698.
2. Gan TJ. Poorly controlled postoperative pain: prevalence, consequences, and prevention. J Pain Res. 2017;25(10):2287-98.
3. Farouk RS, Ali ZH. Assess the severity of pain among patients post cardiac surgery. Helwan Int J Nurs Res Pract. 2023;2(1):1-13.
4. Yaksh T, Woller S, Ramachandran R, Sorkin L. The search for novel analgesics: targets and mechanisms. F1000 Prime Rep. 2015;7(56):1-11.
5. Zubrzycki M, Liebold A, Skrabal C, Reinelt H, Ziegler M, Perdas E, et al. Assessment and pathophysiology of pain in cardiac surgery. J Pain Res. 2018;11:1599-611.
6. Saffari TM, Saffari S, Brower KI, Janis JE. Management of acute surgical pain in plastic and reconstructive surgery. Plast Reconstr Surg. 2024;153(4):838e-49e.
7. Royal College of Anesthesiologists of Thailand, The Pain Association of Thailand. Clinical guidance for acute postoperative pain management. 2nd ed. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2019. (in Thai)
8. The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, The Pain association of Thailand. Clinical guidance for management of acute postoperative pain. 1st ed. Bangkok: The Royal College of Anesthesiologists of Thailand; 2011. p. 52-5. (in Thai)
9. Adams KS. The effects of music therapy and deep breathing on pain in patients recovering from gynecologic surgery in the PACU [master's thesis]. Tallahassee (FL): Florida State University; 2005.
10. International Association for the Study of Pain [IASP]. Updated terminology for pain management: A position statement from the International Association for the Study of Pain. Pain. 2022;163(5):566-74.
11. Prentice WE. Infrared modalities. In: Therapeutic modalities for physical therapists. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 207-21.
12. Charman RA. Physiotherapy for the relief of pain. In: Carroll D, Bowsher D, editors. Pain management and nursing care. Oxford: Butterwort-Hienemann; 1993.pp.146-65.
13. Poolnuch S, Boonyaing N, Metharujiapanon J, Settawaisaiyapong C, Nootheppy L. Effects of cold compression on reducing chest surgical wound pain in patients after open heart surgery. In: Proceedings of the Public Health Conference, Health Region 2, Fiscal Year 2022; 2022; Phitsanulok, Thailand: Health Center Region 2, Ministry of Public Health. (in Thai)

14. Khalkhali H, Tanha Z, Feizi A, Ardabili S. Effect of applying cold gel pack on the pain associated with deep breathing and coughing after open heart surgery. Iran J Nurs Midwifery Res. 2014;19:545-9.
15. Thoracic Society of Thailand. Statistics of cardiac surgery in Thailand [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 28]. Available from: https://www.thaists.or.th/สถิติผ่าตัดหัวใจในประเ/. (in Thai)
16. Melzack R, Wall DP. Pain mechanisms: A new theory. Science. 1965;150(3699):971-9.
17. O'Keeffe AG, Ambler G, Baeber JA. Sample size calculations based on a difference in medians for positively skewed outcomes in health care studies. BMC Med Res Methodol. 2017;17:157.
18. Janwit K, Pitisuk S. Sample size in clinical research. In: Pitisutitham P, Peechaisunthon C, editors. Textbook of clinical research. 4th ed. Bangkok (Thailand): Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2013. (in Thai)
19. New York-Presbyterian Hospital. Vital signs New York-presbyterian hospital. New York: Columbia University College of Physicians and Surgeons; 2008.
20. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. Pain. 1986;27(1):117-26.
21. Aryan L, Younessi D, Zargari M, Banerjee S, Agopian J, Rahman S, et al. The role of estrogen receptors in cardiovascular disease. Int J Mol Sci. 2020;21(12):4314.
22. Aluru J, Barsouk A, Saginala K, Rawla P, Barsouk A. Valvular heart disease epidemiology. Med Sci. 2022;10(2):32.
23. Mulvagh S. Valvular heart disease. In: Oxford medicine online. Oxford: Oxford University Press; 2018.
24. Kruahong K. Effects of progressive muscle relaxation on acute pain and distress in patients after open heart surgery [master's thesis]. Khon Kaen (Thailand): Khon Kaen University; 2012. (in Thai)
25. Buatee S. Exploring the health care experiences of rural Thai people living with acquired valvular heart disease [doctoral thesis]. New Zealand: Massey University; 2010.
26. Bilalee S. Effects of evidence-based pain management program on pain management outcomes in patients with chest trauma [master's thesis]. Songkhla (Thailand): Prince of Songkla University; 2017. (in Thai)
27. Quinlan P, Davis J, Fields K, Madamba P, Colman L, Tinca D, et al. Effects of localized cold therapy on pain in postoperative spinal fusion patients: A randomized control trial. Orthop Nurs. 2017;36(5):344-9.

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ณิชกานต์ วงษ์ประกอบ พย.ม.[1]
จงกลณี ตุ้ยเจริญ วท.ม.[2]
ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก พย.บ.[3]

(วันรับบทความ: 5 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 18 เมษายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 28 เมษายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในเขตชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 234 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และแบบบันทึกระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด โดยมีค่า IOC เท่ากับ .91 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการใช้ยาและการพบแพทย์ ส่วนด้านการจัดการตนเองน้อยที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร และ 2) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =-.741, -.530, -.669, -.514 และ -.754, $p < .05$) ตามลำดับ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำสู่การควบคุมโรคเบาหวานได้

คำสำคัญ: เบาหวาน พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Nitchakan@knc.ac.th Tel: 098-5944635

The Relationship Between Self-Management Behaviors and Glycosylated Hemoglobin Levels Among Patients with Uncontrolled Diabetes in Urban Communities in the Mueang District of Nakhon Ratchasima Province

Nitchakan Wongprakob MS.N.[1]
Jongkolnee Tuicharoen M.S.N.[2]
Tidarat Nimkratoke B.N.S.[3]

(Received Date: March 5, 2025, Revised Date: April 18, 2025, Accepted Date: April 28, 2025)

Abstract

This descriptive correlational study aimed to investigate the level of self-management behaviors and their relationship with glycated hemoglobin (HbA1c) levels in diabetic patients with uncontrolled blood glucose living in the urban communities of Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. A total of 234 participants were selected using convenience sampling. Research instruments included a self-management behavior questionnaire and HbA1c records, with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.91. Data were collected from September to November 2024 and analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Pearson's correlation coefficients.

Results showed that the overall level of self-management behaviors was low. The highest scoring behavior was complication prevention, followed by medication adherence and medical visits, while dietary management had the lowest score. The five aspects of self-management behaviors, including dietary management, physical activity, medication adherence and medical visits, stress management, and complication prevention, were significantly negatively correlated with HbA1c levels (r = -0.741, -0.530, -0.669, -0.514, and -0.754, respectively; $p < .05$). These findings suggest that self-management behaviors have a significant impact on blood glucose control in patients with poorly controlled diabetes. Therefore, strategies to enhance patients' self-management skills should be promoted to improve diabetes management outcomes.

Keywords: diabetes mellitus, self-management behavior, average blood sugar level (HbA1C)

[1]Lecturer, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima Praboromarajchanok Institute
[2]Assistant Professor, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima Praboromarajchanok Institute
[3]Registered Nurse (Professional level), Khanai Subdistrict Health Promoting Hospital Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima
[1]Corresponding Author, Email: Nitchakan@knc.ac.th Tel: 098-5944635

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากถึง 537 ล้านคน โดยมากกว่าร้อยละ 90 เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยยังไม่ทราบว่าตนเองป่วย โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และอาจสูงถึง 783 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2588[1] สำหรับประเทศไทย พบว่าประชากร 1 ใน 10 คน หรือประมาณ 6.50 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2[2-4]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน โดยค่าฮีโมโกบินเอวันซี (HbA1C) เป็นค่าที่สำคัญค่าหนึ่งในการใช้วัดปริมาณน้ำตาลในเลือดสะสมในช่วงเวลา 3 เดือน โดยระดับ HbA1C ที่ไม่เกินร้อยละ 7 บ่งบอกถึงการควบคุมที่ดี[5] ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยมีค่าเฉลี่ยของระดับ HbA1C อยู่ที่ร้อยละ 8.10 ซึ่งระดับที่สูงเกินร้อยละ 7 นั้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน[6] สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมอาหาร การรับประทานยาอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการจัดการความเครียด มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจำนวนมากยังคงประสบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดความเสื่อมของหลอดเลือด การไหลเวียนโลหิตบกพร่อง และความเสียหายต่ออวัยวะสำคัญ เช่น สมอง ไต และจอประสาทตา ปัจจุบันแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management Support: SMS) ได้รับการบูรณาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย โดยเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะ และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรม[7] ทั้งนี้วิธีการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองที่ดี จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้และมีกิจกรรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) การประเมิน 2) การตั้งเป้าหมาย 3) การวางแผน 4) การปฏิบัติ และ 5) การประเมินผลและติดตาม[8] โดยผลลัพธ์ของการให้ความรู้โรคเบาหวานและสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง ลดความเสี่ยงในการเสียชีวิต และเพิ่มคุณภาพชีวิต[9-12]

ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมามีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 159,627 ราย โดยในเขตอำเภอเมืองมีผู้ป่วยจำนวน 29,335 ราย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย ซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอเมือง มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 874 ราย[3] ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนายตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระบุว่า ปี พ.ศ. 2565 - 2567 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 858, 892 และ 926 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คิดเป็นร้อยละ 60.02, 60.09 และ 59.50 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวนค่อนข้างสูง เมื่อวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า อาหารสุขภาพที่มีคุณภาพมักมีราคาค่อนข้างสูง ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจอาจไม่สามารถเข้าถึงได้ อีกทั้งเวลาที่จำกัดจากภาระหน้าที่ในการทำงานหรือดูแลครอบครัว ก็อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกกำลังกายหรือปฏิบัติตามคำแนะนำทางสุขภาพได้อย่างเต็มที่[13] สถานการณ์ปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และจากการนำแนวคิด Self-management Support (SMS) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันพบว่า ยังมีข้อจำกัดที่อาจส่งผลต่อประสิทธิผลของการจัดการตนเอง และพบปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังขาดความต่อเนื่อง และขาดการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพจากผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ[13]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

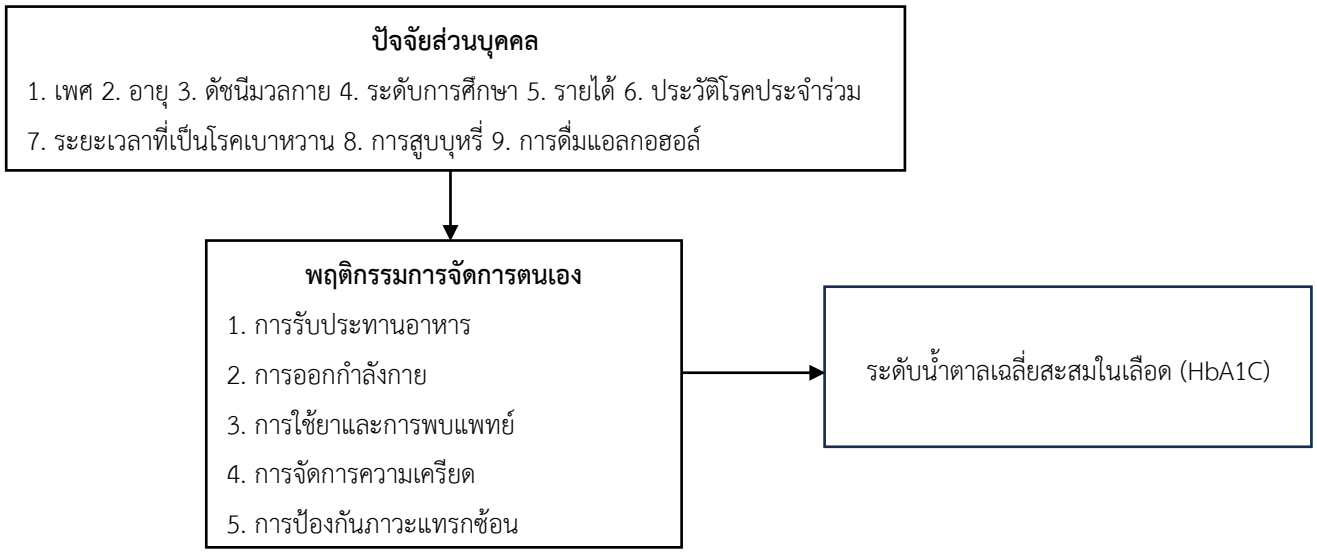
พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษากับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ.2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำ แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS) มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการวิจัย ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (CCM) ที่ถูกนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพอย่างแพร่หลาย ในปี ค.ศ.2001 Wagner et al.[7] ได้มีแนวคิดที่ว่าการดูแลโรคเรื้อรังต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้สามารถจัดการโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[13] การศึกษานี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) โดยครอบคลุม 5 องค์ประกอบจากแนวคิด Self-management support (SMS) ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยาและการพบแพทย์ 4) การจัดการความเครียด และ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน[7] ดังแผนภาพนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) โดยดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ ในเขตชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาและติดตามอาการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลประชากรถูกระบุจากฐานข้อมูลคลังสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ด้วยโปรแกรม G*power14 การวิเคราะห์โดยอ้างถึงการศึกษาที่ใกล้เคียง จากงานวิจัยของ วิชุดา จันทะศิลป์ และคณะ[14] ผู้วิจัยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ .05 ค่ากำลังการทดสอบ (Power) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ (Effect size) เท่ากับ .162 ได้ขนาดของตัวอย่างที่ต้องการ คือ 234 ราย จากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน อย่างน้อย 1 ปี มีผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7[8]

2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3) ไม่มีปัญหาในเรื่องของการสื่อสาร สามารถอ่านออกเขียนได้

4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอื่น หรือเป็นโรคที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน เช่น ผู้ป่วยไม่สามารถเรียกคืนความจำ (Recall memory) ได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัวร่วม ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน และการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยาและการพบแพทย์ ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 30 ข้อ แต่ละด้านมีจำนวน 6 ข้อ ซึ่งเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์[15] ดังนี้ 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ 30 - 50 คะแนน พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง 51 - 70 คะแนน และพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง 71 - 90 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา เลขที่ COA No.33/2566 รวมถึงใช้หลักการเคารพในความเป็นบุคคล หลักผลประโยชน์ ความเสี่ยงขณะเก็บข้อมูล เช่น ความรู้สึกไม่สบายใจ และหลักความยุติธรรม ก่อนการดำเนินการขอคำยินยอม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยถือเป็นความลับ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์อภิปรายและเผยแพร่ผลในภาพรวมเท่านั้น ผู้ป่วยมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิ์ที่จะยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาตามความสมัครใจ การขอคำยินยอมโดยการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่า (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .91 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คล้ายคลึงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รายและนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency) เท่ากับ .75 ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง (SMS) และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า (Index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .91 และการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) กับผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานที่คล้ายคลึงกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha ecoefficiency) เท่ากับ .75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการดำเนินการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ขอหนังสือ การขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยบริการสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย อำเภอเมืองในจังหวัดนครราชสีมา และการขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของอาสาสมัคร จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา และส่งถึงผู้อำนวยการหน่วยบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. หลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูล และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงขอความร่วมมือในการทำวิจัย

3. ประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ที่มารับบริการ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า และเกณฑ์ในการคัดเลือกออก

4. ผู้วิจัยเข้าสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ตามวัน เวลา ที่กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มสัมภาษณ์ทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบียนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.) ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ใช้โปรแกรม SPSS Statistics 26.0 ในการวิเคราะห์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.83 มีอายุเฉลี่ย 62.03 ปี (S.D. = 8.46) ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.36 ร้อยละ 43.68 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.27 กิโลกรัม/เมตร^2 (S.D. = 4.19) ส่วนใหญ่จบการศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.50 ตามลำดับ ส่วนมากมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000 - 10,000 บาท/ เดือน ร้อยละ 56.50 มีเพียงร้อยละ 18.54 ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (เคยดื่มแต่เลิกแล้วและยังดื่มอยู่) ร้อยละ 18.50 สูบบุหรี่ (เคยสูบแต่เลิกแล้วและยังสูบอยู่) สูบทุกวันร้อยละ 14.66 เป็นโรคเบาหวานมานาน 6-10 ปี ร้อยละ 52.56 มีโรคประจำตัวร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 73.81 โดยระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 11.41 ปี (S.D. = 4.69) ดังรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 234)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย (n=78)		หญิง (n=154)		รวม (n=234)	
	n	%	n	%	n	%
เพศ	79	37.07	155	66.83	234	100.00
อายุ (ปี) (Mean = 62.03, S.D. = 8.46, Min = 21, Max = 88)						
21 - 40	0	0	1	0.40	1	0.40
41 - 60	38	16.40	62	26.70	100	43.10
> 60	41	17.63	92	39.63	133	57.36
ดัชนีมวลกาย (กก./ ม.^{2}) (Mean = 27.27, S.D. = 4.19, Min = 18.97, Max = 40.16)						
< 18	0	0	0	0	0	0
18.5 – 22.9	10	4.40	25	10.90	35	15.30
23.0 – 24.9	16	7.00	21	9.20	37	16.20
25.0 – 29.9	34	14.88	66	28.81	100	43.68
> 30	18	7.90	44	19.20	62	27.10
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	21	9.03	63	27.13	84	36.16
มัธยมศึกษา	30	12.90	57	24.60	87	37.50
ปวช./ปวส.	23	9.90	14	6.00	37	15.90
ปริญญาตรี	5	2.20	21	9.10	26	11.20
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0	0	0	0	0
รายได้ (บาท/ เดือน)						
ต่ำกว่า 5,000	3	1.30	27	11.60	30	12.90
5,000 - 10,000	36	15.50	95	40.90	131	56.50
10,000 - 15,000	26	11.23	23	9.93	49	21.16
15,000 - 20,000	14	6.00	7	3.00	21	9.10
20,000 ขึ้นไป	0	0	3	1.30	3	1.30
ประวัติโรคประจำตัวร่วม						
มี	56	23.93	112	47.86	168	71.79
ไม่มี	23	9.83	43	18.38	66	28.21

ข้อมูลส่วนบุคคล	ชาย (n=78)		หญิง (n=154)		รวม (n=234)	
	n	%	n	%	n	%
โรคประจำตัวอื่นๆ	(n=56)		(n=112)		(n=168)	
โรคความดันโลหิตสูง	35	62.50	89	79.46	124	73.81
โรคหัวใจ	8	14.29	16	14.29	24	14.29
โรคนิ่วในไต	5	8.93	0	0	5	2.98
โรคต่อมลูกหมากโต	5	8.93	0	0	5	2.98
โรคหอบหืด	3	5.36	7	6.25	10	5.95
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี) (Mean = 11.41, S.D. = 4.69, Min = 1, Max = 20)						
1 - 5	6	2.56	19	8.12	25	10.68
6 - 10	46	19.66	77	32.90	123	52.56
11 - 15	16	6.84	29	12.39	45	19.23
16 - 20	11	4.70	30	12.82	41	17.52
การสูบบุหรี่						
ไม่เคยสูบบุหรี่	11	4.73	154	66.33	165	71.16
เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกสูบบุหรี่แล้ว	42	18.10	1	0.40	43	18.50
สูบบุหรี่อยู่	26	11.20	0	0	26	11.20
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่มแอลกอฮอล์	6	2.60	142	61.20	148	63.80
เคยดื่มแอลกอฮอล์ แต่เลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้ว	35	15.04	6	2.55	43	18.54
ดื่มแอลกอฮอล์อยู่	35	15.10	4	3.40	45	19.40

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ (Mean=1.72, S.D.=1.14) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด (Mean=2.63, S.D.=3.12) รองลงมา คือ ด้านการใช้ยาและการพบแพทย์ (Mean=1.85, S.D.=1.53) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองน้อยที่สุด คือ ด้านการรับประทานอาหาร (Mean=1.26, S.D.=0.44) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (n = 234)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	Mean	S.D.	การแปลผล
การรับประทานอาหาร	1.26	0.44	การปฏิบัติระดับต่ำ
การออกกำลังกาย	1.56	0.63	การปฏิบัติระดับต่ำ
การใช้ยาและการพบแพทย์	1.85	1.53	การปฏิบัติระดับต่ำ
การจัดการความเครียด	1.29	0.46	การปฏิบัติระดับต่ำ
การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.63	3.12	การปฏิบัติระดับปานกลาง
ภาพรวม	1.72	1.14	การปฏิบัติระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายด้านกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) โดยผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาและการพบแพทย์อย่างถูกต้อง การจัดการความเครียดที่ดีและมีการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีแนวโน้มที่จะมีระดับ HbA1c ต่ำกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ($r = -.741$, $p < .05$) การออกกำลังกาย ($r = -.530$, $p < .05$) การใช้ยาและการพบแพทย์ ($r = -.669$, $p < .05$) การจัดการความเครียด ($r = -.514$, $p < .05$) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = -.754$, $p < .05$) ดังแสดงใน ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เมตริกซ์/สหสัมพันธ์/ระหว่าง พฤติกรรมการจัดการตนเอง ต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($n = 234$)

ตัวแปร	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) การรับประทานอาหาร	1					
(2) การออกกำลังกาย	-.100	1				
(3) การใช้ยาและการพบแพทย์	.527*	-.069	1			
(4) การจัดการความเครียด	.098	.492*	.418*	1		
(5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	.748*	.596*	.516*	.617*	1	
(6) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C)	-.741*	-.530*	-.669*	-.514*	-.754*	1

*p-value < .05

การอภิปรายผล

ระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม หรือ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นตามวัย โรคประจำตัว การใช้ยาหลายชนิด หรือการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม[16] การศึกษาของ Dawite et al.[17] ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง หรือโรคอ้วน มักประสบปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การใช้ยาในหลายโรคพร้อมกัน ความเครียดทางร่างกายและจิตใจ หรือข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ โดยการศึกษาของ Lean et al.[18] พบว่า ความสัมพันธ์ของการลดน้ำหนักกับการควบคุมและการหายจากเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าผู้ที่ยังมีน้ำหนักเกินมักควบคุมระดับน้ำตาลได้ยากกว่าผู้ที่ยังมีน้ำหนักปกติ นอกจากนั้นการศึกษาของ Pasquel et al.[19] พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษานี้ยืนยันว่า การติดตามผลการรักษาและการปฏิบัติตามคำแนะนำจากผู้ให้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน ผลการศึกษาของ Davidson et al.[20] พบว่า การปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจและไตวายได้ การวิจัยนี้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาเรื่องการจัดการตนเองและการใช้ยาอย่างถูกต้อง นอกจากนี้การศึกษาของ Davies et al.[21] และ Chen et al.[22] พบว่า การมีส่วนร่วมจากผู้ให้บริการสุขภาพ

และการติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่าการพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอและการให้คำแนะนำที่มีประสิทธิภาพในการช่วยผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

พฤติกรรมการจัดการตนเองมีผลทางลบกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน กล่าวคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wondm et al.[23] การศึกษานี้พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิกระหว่างกิจกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และการดูแลเท้า มีแนวโน้มที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของ Bekele et al.[24] การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าการดูแลตนเองที่ไม่เพียงพอในผู้ป่วยเบาหวานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี โดยการศึกษาของ Lamptey et al.[25] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับการศึกษาสูงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ สรุปได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การทานยาอย่างสม่ำเสมอ หรือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น และอาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของพฤติกรรมการจัดการตนเองในหลายๆ ด้านที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะการออกกำลังกาย สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้[26,27] เช่น การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที สามารถช่วยลดการสะสมไขมันในเลือดและเพิ่มระดับ HDL-C ซึ่งเป็นผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาล (Glycemic Index: GI) ต่ำเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ผัก ผลไม้ และธัญพืช สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับ Vega-López et al.[28] พบว่า การใช้ยาและการพบแพทย์ยังมีความสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน เนื่องจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอและการพบแพทย์ตามนัดจะช่วยลดระดับ HbA1C และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ Alison C et al.[29] การจัดการความเครียดก็มีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคเบาหวาน และการศึกษาของ Lustman et al.[30] พบว่า การจัดการความเครียดที่ดีสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งการลดความเครียดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

สรุปการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้

ข้อจำกัดการวิจัย

ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้อาจมีข้อจำกัด เนื่องจากมีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเฉพาะ เช่น การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบางพื้นที่ ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนความหลากหลายของประชากรได้ จึงควรพิจารณาเพิ่มความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนถึงความแตกต่างทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับทุกกลุ่มประชากรได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาปัจจัยด้านจิตใจและสถานการณ์อื่น ๆ ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ และความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อเข้าใจประสบการณ์และความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะช่วยออกแบบรูปแบบการจัดการตนเองที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วย ช่วยพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น

3. ควรทำการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับบริบทที่แตกต่างกัน และสามารถปรับใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายตามความต้องการและบริบทของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้การควบคุมโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปด้วยดี คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ได้กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างและสละเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ อีกทั้งขอขอบคุณพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลขนาย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่ได้ให้การช่วยเหลือในการประสานงานเพื่อเก็บข้อมูล ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากโครงการ “สนับสนุนการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และการนำไปใช้ประโยชน์” ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการทำให้การศึกษาครั้งนี้สามารถดำเนินการได้สำเร็จ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณทุกฝ่ายที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยเหลือในทุกขั้นตอนของการวิจัยนี้มา ณ โอกาสนี้

References

1. Department of Disease Control. International Diabetes Federation. [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 19]. Available from: https://www.shorturl.asia/N3ODk
2. Department of Disease Control. Diabetes in Thailand. [Internet]. 2024 [cited 2024 Nov 11]. Available from: https://www.shorturl.asia/LJz8Z
3. Health Data Center (HDC). Standard report group, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. [cited 2024 Feb 19]. Available from: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php
4. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Department of Disease Control, Thailand [Internet]. Nonthaburi (Thailand): Ministry of Public Health; [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://ddc.moph.go.th/en/ (in Thai)
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. [Internet]. Brussels: International Diabetes Federation; 2019 [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2019/07/IDF_diabetes_atlas_ninth_edition_en.pdf
6. Thai National Health Examination Survey V Study Group. Thai National Health Examination Survey, NHES V [Internet]. Nonthaburi (Thailand): National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute; 2016 [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4604/uc_vichai.pdf?sequence=1 (in thai).
7. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27(2):63-80.

8. Diabetes Association of Thailand. Guidelines for the management of diabetes 2023 [Internet]. Bangkok: Diabetes Association of Thailand; 2023 [cited 2025 Mar 18]. Available from: https://thaipedendo.org/clinical-practice-guideline-for-diabetes-2023/ (in Thai)
9. Bluml BM, Kolb LE, Lipman R. Evaluating the impact of year-long, augmented diabetes self-management Support. Popul Health Manag. 2019;22(6):522-8.
10. Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. Patient Educ Couns. 2016;99(6):926-43.
11. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. on behalf of the American Diabetes Association. 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023;46(Supple 1):S68-96.
12. He X, Li J, Wang B, Yao Q, Li L, Song R, et al. Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. Endocrine. 2017;55(3):712-31.
13. Wankham C, Wattana C, Khampalikit S. The effects of a self-management program on hypertension-controlling behaviors, and mean arterial pressure among persons with hypertension. Nursing Journal CMU. 2015;42(1):49-60. (in Thai)
14. Chantasin W, Banchonhattakit P, Chusak T, Sillaparassamee R. Factors affecting self–care behaviors of uncontrolled type 2 diabetes mellitus patients in Nakhon Ratchasima province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2024;18(2):498-511. (in Thai)
15. Best JW, Kahn JV. Research in education [Internet]. 10th ed. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2006.
16. Samson SL, Vellanki P, Blonde L, Christofides EA, Galindo RJ, Hirsch IB, et al. American Association of Clinical Endocrinology Consensus Statement: Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm - 2023 Update. Endocr Pract. 2023;29(5):305-40.
17. Dawite F, Girma M, Shibiru T, Kefelew E, Hailu T, Temesgen R, et al. Factors associated with poor glycemic control among adult patients with type 2 diabetes mellitus in Gamo and Gofa zone public hospitals, Southern Ethiopia: a case-control study. PLoS One. 2023;18(3):e0276678.
18. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344-55.
19. Pasquel FJ, Lansang MC, Dhatariya K, Umpierrez GE. Management of diabetes and hyperglycaemia in the hospital. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(3):174-88.
20. Davidson P, LaManna J, Davis J, Ojeda MM, Hyer S, Dickinson JK, et al. The Effects of diabetes self-management education on quality of life for persons with type 1 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. Sci Diabetes Self Manag Care. 2022;48(2):111-35.

21. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2022;65(12):1925-66.
22. Chen TT, Su WC, Liu MI. Patient-centered care in diabetes care-concepts, relationships and practice. World J Diabetes. 2024;15(7):1417-29.
23. Wondm SA, Zeleke TK, Dagnew SB, Moges TA, Tarekegn GY, Belachew EA, et al. Association between self-care activities and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in Northwest Ethiopia general hospitals : a multicenter cross-sectional study. Sci Rep. 2024;14(1):23198.
24. Bekele NT, Habtewold EM, Deybasso HA, Mekuria Negussie Y. Poor self-care practices and contributing factors among adults with type 2 diabetes in Adama, Ethiopia. Sci Rep. 2024;14(1):13660.
25. Lamptey R, Amoakoh-Coleman M, Barker MM, Iddi S, Hadjiconstantinou M, Davies M, et al. Change in glycaemic control with structured diabetes self-management education in urban low-resource settings: multicentre randomised trial of effectiveness. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):199.
26. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical activity/exercise and diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2016;39(11):2065-79.
27. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9793):804-14.
28. Vega-López S, Venn BJ, Slavin JL. Relevance of the glycemic index and glycemic load for body weight, diabetes, and cardiovascular disease. Nutrients. 2018;10(10):1361.
29. Alison C, Anselm S. The effectiveness of diabetes medication therapy adherence clinic to improve glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus: a randomised controlled trial. Med J Malaysia. 2020;75(3):246-53.
30. Lustman PJ, Skor DA, Carney RM, Santiago JV, Cryer PE. Stress and diabetic control. Lancet. 1983;1(8324):588.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

เกษรา โคตรภักดี พย.บ.[1]

(วันรับบทความ :20 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :1 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :13 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 14 คน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบ โดยนำแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ผ่านการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง 3) การนำรูปแบบที่กำหนดไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 50 คน มีการกำกับ ติดตามผลและปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง 4) ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่กำหนดที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกภาวะสุขภาพ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสัปดาห์ที่ 0, 12 และ 24 ด้วยสถิติ One-Way Repeated Measures ANOVA และการลดลงของการใช้ยาโรคเบาหวาน โดยใช้ค่าจำนวน ร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านการบริโภคอาหารมากที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางหลังใช้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้การเข้าสู่ระยะสงบในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังสิ้นสุดการศึกษา 24 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดการใช้ยาเบาหวานร้อยละ 90 และหยุดใช้ยาเบาหวานร้อยละ 50 และหยุดใช้ยาเบาหวานได้มากกว่า 3 เดือน (ระยะสงบ) ร้อยละ 26

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ เบาหวานระยะสงบ โรคเบาหวาน

[1]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: kessara.ked@gmail.com Tel. 088-3071567

The Development of a Care Model to Promote Diabetes Remission in Tha Bo District, Nong Khai Province

Kessara Khotphakdee B.N.S[1]

(Received Date: March 20, 2025, Revised Date: May 1, 2025, Accepted Date: May 13, 2025)

Abstract

This research and development project aimed to develop and evaluate the effectiveness of a care model for type 2 diabetes (T2DM) patients to achieve remission through a fourteen-member multidisciplinary team. The process consisted of four steps: 1) investigating the self-care problems affecting blood sugar control using a self-care behavior questionnaire; 2) developing a care model based on Orem's self-care theory and Bandura's self-efficacy theory for T2DM patients to achieve remission with the participation of a multidisciplinary team and conducting a pilot test before actual implementation; 3) implementing the developed care model with a sample group of 50 T2DM patients, with monitoring and revisions before full implementation; and 4) evaluating the model's outcomes at 12 and 24 weeks. The research tools included a health status record form and a care model for T2DM patients to achieve remission. The analysis involved comparing the mean values for weight, waist circumference, body mass index (BMI), and Hemoglobin A1C (HbA1c) levels at weeks 0, 12, and 24 using One-Way Repeated Measures ANOVA, along with assessing the reduction in diabetes incidence using frequencies and percentages.

The study found that the self-care behavior of T2DM patients was at a moderate level, with the most common issue being inappropriate dietary behavior, followed by moderate levels of inadequate exercise. At 12 and 24 weeks after implementing the developed care model for T2DM patients to achieve remission significant improvements were observed in average weight, waist circumference, body mass index (BMI), and HbA1c levels ($p < 0.05$). At the end of the 24-week study, 90% of T2DM patients were able to reduce their diabetes medication, while 50% of them stopped using diabetes medication entirely, and 26% maintained medication-free status for more than three months (remission phase).

Keywords: model development, diabetes in remission, diabetes

[1]Registered Nurse (Professional level), Thabo Crown Prince Hospital, Nong Khai province

[1]Corresponding author: Email: kessara.ked@gmail.com Tel. 088-3071567

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก เป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 5 ของการเสียชีวิตทั้งหมดจากข้อมูลสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 537 ล้านคน เสียชีวิตมากกว่า 4 ล้านคนต่อปี คาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นมากถึง 783 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทย มีจากรายงานอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยสะสม 34 ล้านคน อีกทั้งผู้ป่วยร้อยละ 70 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ และอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขมูลค่ามหาศาล[3] อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ

การพัฒนาคุณภาพบริการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญปัจจุบันมีการรักษาที่สามารถช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานโดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล โดยเรียกภาวะนี้ว่าโรคเบาหวานระยะสงบ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก[4] โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย 3 เดือนโดยไม่ต้องใช้ยา การจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service) ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยให้ผู้ป่วยทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood Glucose: SMBG) อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลมาวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคลผ่านระบบ Telemedicine/Application Line[5] พบว่าทำให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าใจถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง จนมุ่งสู่เบาหวานระยะสงบได้

อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 5,946 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดร้อยละ 25.66, 36.31 และ 33.98 ตามลำดับ ซึ่งการดูแลที่ผ่านมาทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน การดูแลที่เคยปฏิบัติคือ คือ ให้การรักษาพยาบาลตามนัดหมายในแต่ละเดือน การประเมินระดับน้ำตาลในเลือด การพูดคุยซักถามการปฏิบัติตัวและปัญหาในการดูแลตนเอง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการให้ยาไปรับประทานที่บ้าน โดยการดูแลดังกล่าวมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาพูดคุย ซักถามปัญหา เนื่องจากจำนวนผู้รับบริการ อาจทำให้ผู้ให้บริการไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริง[6] ไม่มีการติดตามการปรับเปลี่ยนหรือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหรือกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง[7] ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยสะสม (HemoglobinA1C: HbA_1C) >7% ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า และตา[3] จากสภาพปัญหาข้างต้น ในฐานะผู้รับผิดชอบคลินิกโรคเบาหวาน ร่วมกับคณะดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออำเภอท่าบ่อ จึงสนใจนำแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสม มีการคิด ตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีบุคลากร

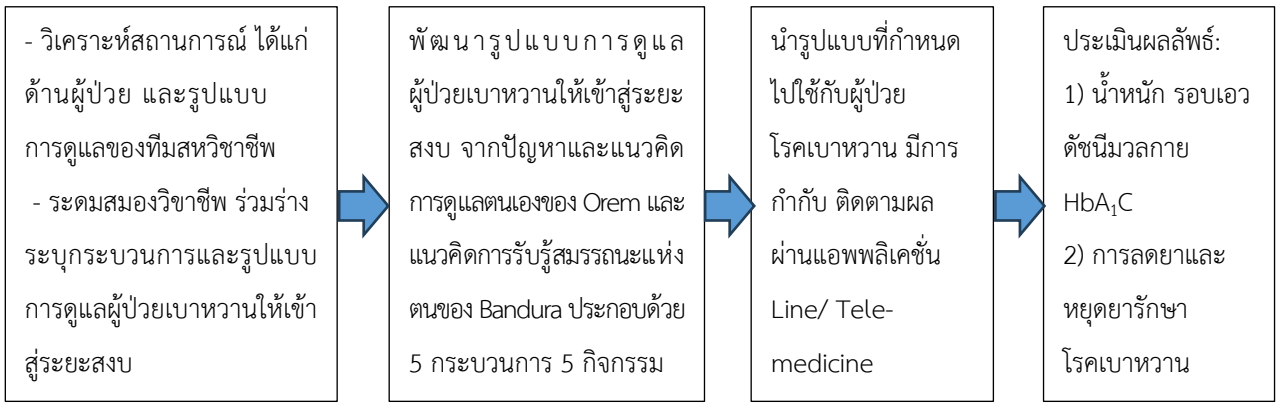
ทางสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล สนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ร่วมกับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] เป็นฐานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองให้เข้าสู่ระยะสงบ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกกระบวนการตั้งแต่การร่วมคิด ตั้งเป้าหมาย วางแผนในการพัฒนาและกำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและบริบทของพื้นที่อำเภอท่าบ่อเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย HbA_1C การลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กระบวนการการวิจัยเชิงพัฒนา (Development research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1. ศึกษาสภาพปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] ที่เชื่อว่า ปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดจากภาวะพร่องการดูแลตนเอง อาจเนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะ หรือขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล สนับสนุนด้านต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอ เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองภายใต้บริบทของผู้ป่วย ร่วมกับนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] เป็นฐานเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองให้เข้าสู่ระยะสงบจาก 4 แหล่งข้อมูลประกอบด้วย 1) การประเมินสภาพร่างกายและสภาวะเบื้องต้น 2) การเรียนรู้ประสบการณ์จากตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 3) การเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองและ 4) การชักจูงด้วยคำพูดด้วยการสื่อสารสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interviewing: MI) 3. การนำรูปแบบที่กำหนดไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการกำกับสังเกตการณ์ปฏิบัติติดตามผลและปรับปรุงแก้ไข 4. ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่กำหนด ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลง การลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าระยะสงบอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้ขั้นตอนวิจัยตามแนวทางการพัฒนารูปแบบของ Dey & Hariharan[10]

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอท่าบ่อ 11 แห่ง ซึ่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน 5,946 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยขั้นตอนที่ 1 คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan[11] กำหนดขอบเขตความคลาดเคลื่อน 0.05 และสัดส่วนประชากร 0.90[12] ได้กลุ่มตัวอย่าง 122 คนเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 134 คน คัดเลือกสุ่มแบบง่ายจากผู้ป่วยโรคเบาหวานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า 1) มีอายุตั้งแต่ 30-65 ปี 2)ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 4) สมัครใจและลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สบายใจหรือขอถอนตัวจากการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยขั้นตอนที่ 2 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ 1) ทีมพัฒนารูแบบฯ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพงานผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าบ่อ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน NCDs จำนวน 12 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนารูปแบบฯ จำนวน 13 คนเพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างผู้ใช้รูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้เข้าระยะสงบอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis[13] กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.95[14] ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถควบคุมการออกจากกลุ่มขณะทำการทดลองได้จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 คน การสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามเกณฑ์คัดเข้ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าเช่นเดียวกับขั้นตอนที่ 1 เพิ่มเติมคือ มีหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และสามารถใช้แอพพลิเคชั่น Line และ Tele-medicine และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวานขึ้นตา โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองในระยะ 6 เดือน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในผู้ป่วยชนิดพิเศษหรือไม่มีลักษณะของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ชัดเจน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 และ ขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใช้แบบสอบถามผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะการป่วยด้วยโรคเบาหวาน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การรับประทานยา 5) การจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำทุกสัปดาห์ให้ 5 คะแนน ถึง ไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนน 5 ระดับ ดังนี้ 4.51-5 =ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50=ระดับมาก, 2.51-3.50=ระดับปานกลาง, 1.51-2.50=ระดับน้อย และ 1-1.50=ระดับน้อยที่สุด

ขั้นตอนที่ 3

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามแบบเลือกเติม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวาน และคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เป้าหมายในชีวิต และเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานเพื่อวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2. แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการใช้ยา

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] และ Badura[9]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อายุรแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence : IOC) ได้ 0.84 จากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญและพัฒนาเพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามแล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเอง การลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ HbA_1C ก่อนทดลอง ระยะติดตามและหลังทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งมีลักษณะเป็น Compound Symmetry หรือไม่ โดยใช้สถิติ Mauchly's Test of Sphericity พบว่า

2.1. ตัวแปรน้ำหนัก ดัชนีมวยกายมีความแปรปรวนของข้อมูลแต่ละครั้งเป็น Compound Symmetry เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการอ่านวิเคราะห์ข้อมูลจึงใช้ค่า Sphericity Assumed แต่ความแปรปรวนของตัวแปร (Epsilon) <1 ผู้วิจัยจึงเลือกอ่านผลด้วยวิธี Greenhouse-Geisser

2.2. ตัวแปร รอบเอวและ HbA_1C ความแปรปรวนของข้อมูลไม่เป็น Compound Symmetry ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นแต่ความแปรปรวนของตัวแปร(Epsilon) มีค่าไม่เท่ากับ 1 ค่า และ Greenhouse-Geisser > 0.75 ผู้วิจัยจึงเลือกอ่านผลด้วยวิธี Huyh-Feldt

วิธี**ดำเนินการวิจัย**

ผู้วิจัยดำเนินตามแนวทางการพัฒนาของ Dey & Hariharan[10] มี 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยทีมสหวิชาชีพงานผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) จากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอท่าบ่อ ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน NCDs จำนวน 12 คน

นักกายภาพบำบัด 1 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน วิเคราะห์ข้อมูล รวบรวมประเด็นที่เป็นปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิธีการแก้ปัญหา กระบวนการ ขั้นตอน เครื่องมือสนับสนุนที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่ระยะสงบได้

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบ โดยทีมสหวิชาชีพในขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันระดมสมอง เล่าประสบการณ์ การศึกษาดูงาน การทบทวนความรู้ วรรณกรรมทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากำหนดรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ โดย 1) กำหนด กระบวนการที่เหมาะสมกับปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและบริบทของการให้บริการด้านสุขภาพของพื้นที่ (การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรม การสื่อสาร การนัดหมาย การติดตามและประเมินผล) 2) กำหนดรูปแบบกิจกรรมดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] และ Badura[9] ภายใต้มาตรฐานการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบของกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ[4] 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่กำหนดก่อนนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 13 คนเพื่อประเมินความเป็นไปได้และปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานทุก 1 เดือน หลังทดลองใช้มีการปรับปรุงรูปแบบกิจกรรมให้ความรู้ จำนวนครั้งการทำ SMBG และรูปแบบการติดต่อสื่อสารผ่าน Line group และ 4) สรุปเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ

ขั้นตอนที่ 3 นำรูปแบบที่กำหนดไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการกำกับสังเกตการณ์ปฏิบัติ ติดตามและปรับปรุงแก้ไข โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) ตั้งแต่เดือน 1 มิถุนายนถึง 30 พฤศจิกายน 2567 และการติดตามติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 50 ราย ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย 5 กระบวนการ 1) การประเมินสภาวะเบื้องต้น ตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน 2) ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษา ออกแบบ วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3) ติดตามผู้ป่วยด้วย Self-monitoring of blood Glucose online (SMBG online)และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรม 4) การกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ดำเนินการด้วยกิจกรรมย่อย 5 กิจกรรม คือ 1) การจัดการความพร้อมของสภาพด้านร่างกาย 2) การให้ความรู้แบบกลุ่มและรายบุคคล 3) การเสนอประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การติดตามผล SMBG อย่างต่อเนื่อง 5) การกระตุ้นเตือนและการชักจูงสร้างแรงจูงใจ แบ่งกิจกรรมกลุ่ม/รายบุคคลเป็น 6 ครั้งทุก 1 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่กำหนด ประเมินความสามารถในควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ได้แก่ น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย HbA_1C การลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12 และ 24

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1 .ผู้วิจัยประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินงานทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า

2 .เมื่อได้รายชื่อแล้ว ผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยและพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลา การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ

3. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และตรวจเลือด ได้แก่ FPG, BUN, Cr, Electrolyte, Lipid profile, UA, HbA_1C ก่อนเข้าร่วมโครงการ 1 สัปดาห์

ขั้นทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2567 และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ

กระบวนการ	รายละเอียดกิจกรรม
กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่ 1 (ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	1. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย การเล่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตั้งเป้าหมายการเข้าร่วม 2. นำเสนอตัวแบบของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Model) ที่ประสบความสำเร็จและผลที่เกิดขึ้น (10-15 นาที) 3. นำเข้ากิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ 6 ฐาน กลุ่มละ 9-10 คน ได้แก่ 1) คาร์โบไฮเดรต 2) โปรตีน 3) ไขมัน 4) การออกกำลังกาย 5) 3 ส.1น.และ 6) การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง 4. ทบทวนความรู้ แจ้งผลตรวจเลือด ประเมินระดับความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย สรุปและนัดหมายกิจกรรมครั้งที่ 2 หลังสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4
กิจกรรมครั้งที่ 2 **สัปดาห์ที่ 5** (ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	1. กิจกรรมการเสนอตัวแบบ(Model) ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 2. ทบทวนความรู้ครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 1) อาหาร (โปรตีน และคาร์โบไฮเดรต) 2) สติในการดำรงชีวิต (สวดมนต์ สมาธิ สนทนาธรรม) และ 3)การออกกำลังกาย (30-45 นาที/กลุ่ม) 3. เข้ากลุ่มซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรคและกลวิธีการปรับพฤติกรรมจนประสบความสำเร็จจากการกระทำของตนเองและบุคคลต้นแบบ (Model) (30-45 นาที) 4. ประเมินระดับความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วม กำหนดเป้าหมาย กล่าวสรุปนัดติดตามครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 9
กิจกรรมครั้งที่ 3 **สัปดาห์ที่ 9** (ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง)	1. ทบทวนความรู้เรื่อง อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด (10-15 นาที/คน) 2. กิจกรรมการเสนอประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ซักถามและแลกเปลี่ยน 3. กล่าวสรุปนัดติดตามครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 13 ติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด 6 ครั้ง/สัปดาห์และการให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูดอย่างต่อเนื่องรายบุคคล/รายกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 1-12	ติดตามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และทำ SMBG online 6 ครั้ง/สัปดาห์ ได้แก่ วันจันทร์ ก่อน-หลังอาหารเย็น 2 ชั่วโมง วันพุธ ก่อนอาหารเช้า 2 ชั่วโมง วันศุกร์ ก่อน-หลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง และรูปอาหารและกิจกรรมต่างๆ ผ่าน Line group และการเยี่ยมผ่าน Tele-medicine เพื่อประเมินปัญหาและอุปสรรคและร่วมวางแผนเพื่อแก้ไขอุปสรรค การกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูด
สัปดาห์ที่ 12	ทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเจาะเลือด FPG, BUN, Cr, Electrolyte, Lipid profile, UA, HbA_1C ครั้งที่ 2
กิจกรรมครั้งที่ 4 **สัปดาห์ที่ 13**	1. ทำการแจ้งผลการประเมินครั้งที่ 2 หลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน และการเสนอประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ซักถามและแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรค 2. ทบทวนเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด กล่าวสรุปนัดติดตามครั้งต่อไป 4 สัปดาห์ผ่าน Telemedicine ติดตามค่า SMBG online 4 ครั้ง/สัปดาห์ (วันจันทร์ ก่อน-หลังอาหารเย็น 2 ชั่วโมง และวันศุกร์ ก่อน-หลังอาหารเช้า 2 ชั่วโมง)
กิจกรรมครั้งที่ 5 **สัปดาห์ที่ 17-23**	ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผ่าน Telemedicine ซักถามและแลกเปลี่ยนปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยและทีมทำหน้าที่กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง
สัปดาห์ที่ 24	ทำการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และเจาะเลือด FPG, BUN, Cr, Electrolyte, Lipid profile, UA, HbA1C ครั้งที่ 3
กิจกรรมครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 24	1. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยการกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูดโดยการเสริมสร้างให้กำลังใจ แจ้งผลการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. ประเมินระดับความเชื่อมั่นของผู้เข้าร่วมโครงการในการคงพฤติกรรมสุขภาพ

ขั้นหลังการทดลอง หลังกลุ่มตัวอย่างใช้รูปแบบฯ ครบ12 และ 24 สัปดาห์ โดยประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบฯ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว HbA_1C การลดยาและหยุดยารักษาโรคเบาหวาน

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยนี้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย เลขที่โครงการที่ 86 /2567 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอท่าบ่อจากการดำเนินการเก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 134 คน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =3.20, S.D.=0.35) เมื่อพิจารณาแยกด้าน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านการบริโภคอาหารมากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =2.84, S.D.= 0.51) รองลงมาด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =2.90, S.D.=0.77) และด้านการจัดการความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =2.96, S.D.=0.89) และพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านการจัดการความเครียด (Mean = 3.80, S.D.=0.99) และการรับประทานยาน้อยที่สุด (Mean =3.70, S.D.=0.54) จากนั้นนำข้อมูลมาประชุมระดมสมองโดยสหวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ระบุปัญหาพฤติกรรมที่บกพร่อง กำหนดกิจกรรมส่งเสริม กระบวนดำเนินงาน การนัดหมาย การติดตามและประเมินผลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยมีนำแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพ จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม มีการคิด ตัดสินใจเลือกที่จะลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูล ความรู้ ชี้แนะแนวทาง สนับสนุนด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษา การติดตามค่าระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง ภายใต้บริบทของผู้ป่วยแต่ละบุคคลและนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] มาจัดกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลของตนเอง และมีการติดตามให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นระบบที่นำไป สู่การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยรูปแบบฯ พี่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ละบุคคล สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีประสิทธิผลดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่พัฒนาขึ้น ผ่านการทดลองนำไปใช้จริงกับผู้ป่วยเบาหวานอาสาสมัครเพื่อปรับปรุงกระบวนการก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย 1) การประเมินสภาวะเบื้องต้น ร่วมตั้งเป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน 2) ให้คำแนะนำและให้คำปรึกษาในการออกแบบ วางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3) ติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านแอพพลิเคชั่น Line และ Telemedicine 4) การทำและติดตาม SMBG อย่างต่อเนื่อง 5) การกระตุ้นเตือนและการชักจูงด้วยคำพูด เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 5 กิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง ติดตามประเมินผลค่าระดับน้ำตาลในเลือดแบบปลายนิ้วทุกสัปดาห์ ประเมินผลลัพธ์ซ้ำหลังเข้าร่วมโครงการ 12 และ 24 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การจัดการความพร้อมของสภาพด้านร่างกาย ได้แก่ การวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย HbA_1C, BUN, Cr, และความพร้อมด้านอารมณ์ด้วยการฝึกสติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมในประเด็นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรม 8 ฐาน โดยแบ่งให้ความรู้ในกิจกรรมสัปดาห์ที่ 5 ,0 และ9

กิจกรรมที่ 3 การเสนอประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของต้นแบบของผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเอง และคงพฤติกรรมยั่งยืน กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1, 5, 9,12 และ 24

กิจกรรมที่ 4 การติดตามผลการตรวจ SMBG ก่อนและหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง 3 วัน/สัปดาห์ในสัปดาห์ที่ 0-12 และ 2 วัน/สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 13-24 และรูปอาหารที่รับประทานในรูปแบบ SMBG Online โดยมีทีมสหวิชาชีพดูแลและให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองตามวิถีชีวิตของผู้ป่วยรายบุคคลและรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนและการชักจูงสร้างแรงจูงใจ ด้วยคำพูด พูดคุย ผู้วิจัยและทีมทำหน้าที่กระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดผ่านแอพพลิเคชั่น Line และTele-medicine ครั้งละ 10-15 นาที/ราย โดยกำหนดการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน จนครบ 24 สัปดาห์

ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้การเข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

3. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบอำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย

3.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76 ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 60-51ปี ร้อยละ 58 อายุเฉลี่ย 51.51ปี (S.D.=9.98) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมการศึกษาร้อยละ 50 และมัธยมศึกษาร้อยละ 50 มีระยะการป่วยด้วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ72

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความต่างค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และ HbA_1C ก่อนใช้รูปแบบฯ และระยะติดตามที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง 12 สัปดาห์		หลังทดลอง 24 สัปดาห์		SS	df	MS	F	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.					
น้ำหนัก	65.34	11.39	64.43	10.99	62.55	11.64	201.95	1.84	109.22	19.92[a]	<.001*
BMI	26.57	3.88	26.13	3.76	25.43	3.87	32.91	1.86	17.68	21.04[a]	<.001*
รอบเอว	88.88	10.80	88.00	9.50	82.18	9.53	129.99	1.73	747.61	22.84[b]	<.001*
HbA_1C	7.49	1.20	6.8	.74	6.51	.73	25.91	1.27	19.85	48.17[b]	<.001*

3.2 ผลลัพธ์หลังใช้รูปแบบฯ ผู้ป่วยที่มีระดับระน้ำตาลในเลือด) HbA1C) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในระยะสงบการลดยาและหยุดใช้

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละร้อยละผู้ป่วยที่มีระดับระน้ำตาลในเลือด (HbA1C) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในระยะสงบ (DM remission) การลดยาและหยุดใช้ระยะติดตามที่ 12 สัปดาห์ และ 24 สัปดาห์

ตัวแปรที่ศึกษา	หลังการทดลอง 12 สัปดาห์		หลังการทดลอง 24 สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
$HbA_1C \leq 7.00$ % โดยไม่ได้ใช้ยาเบาหวาน	17	34	25	50
ลดการใช้ยาเบาหวาน	40	80	45	90
HbA_1C ลดลง ใช้ยาเบาหวานเท่าเดิม	10	20	4	8
HbA_1C เพิ่มขึ้น	0	0	1	2
โรคเบาหวานระยะสงบ($HbA_1C \leq 6.5$ โดยไม่ได้ใช้ยา)	0	0	13	26

กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด $HbA_1C \leq 7.00$ % โดยไม่ใช้ยาเบาหวานหลังทดลองใช้รูปแบบฯ 3 เดือน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 34 และ 6 เดือน จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีลดการใช้ยาเบาหวานหลังใช้รูปแบบฯ 3 เดือน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และ 6 เดือน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 90 มีระดับ HbA_1C ลดลง แต่ใช้ยาเบาหวานปริมาณเท่าเดิมหลังใช้รูปแบบฯ 3 เดือน จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 10 และ 6 เดือน จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 เมื่อสิ้นสุดโครงการพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ HbA_1C เพิ่มขึ้น จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2 และเข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ($HbA_1C \leq 6.5$ % โดยไม่ได้ใช้ยาเบาหวานติดต่อกัน 3 เดือน) จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 26

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดหนองคาย มีแนวโน้มผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยจังหวัดหนองคายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีร้อยละ 37.95 ในขณะที่อำเภอท่าบ่อสามารถควบคุมได้เพียงร้อยละ 33.98 แสดงให้เห็นว่าปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอท่าบ่อยังคงเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายควรร่วมมือกันแก้ไข และจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง มีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านการบริโภคอาหารมากที่สุด รองลงมาด้านการออกกำลังกายและการใช้ยาทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งอาจเนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะ หรือขาดแรงจูงใจส่งผลให้

ไม่สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ[8] ในส่วนด้านผู้ให้บริการพบว่า มีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาพูดคุย ซักถามปัญหา ไม่เข้าใจปัญหาที่แท้จริง ขาดระบบติดตาม ทำให้คุณภาพในการดูแลลดลง[5,6] บุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้การเข้าสู่ระยะสงบ เป็นการจัดทำกระบวนการดูแลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ผ่านสนับสนุนการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ผ่านกิจกรรมเชิงรุก มีติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การส่งเสริมการดูแลตนเองและเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลต่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p< 0.05$[15-17]

2. รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem[8] ที่เชื่อว่าปัญหาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกิดจาก “ภาวะพร่องการดูแลตนเอง” อาจเนื่องจากขาดความรู้ ขาดทักษะ หรือขาดแรงจูงใจ ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง และใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[9] เป็นฐานเพื่อสนับสนุนให้ผู้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขการดูแลตนเอง กล้าตัดสินใจและดำเนินการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง โดยนำรูปแบบการพัฒนาของ Dey & Hariharan[10] ที่เน้นการค้นหาปัญหาจากสภาพปัญหาปัจจุบัน มาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข จัดทำรูปแบบ ทดลองใช้ ประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบอำเภอท่าบ่อ ที่พัฒนาขึ้น เกิดจากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่อำเภอท่าบ่อ มาวิเคราะห์โดยทีมสหวิเคราะห์ และสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพื่อนำมาพัฒนารูปแบบกระบวนการเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานและบริบทระบบการให้บริการในพื้นที่ ภายใต้มาตรฐานการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบของกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ[4] มีการทดลองและปรับปรุงกระบวนใช้ก่อนนำไปใช้จริง นำไปสู่การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังอย่างชัดเจน พบว่า หลังดำเนินการครบ 24 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง จนสามารถลดการใช้ยา หยุดใช้รักษารักษาโรคเบาหวานและเข้าสู่เบาหวานระยะสงบได้ในที่สุด กล่าวได้ว่า รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นสามารถปฏิบัติได้จริง มีประสิทธิผลที่ดี และมีจุดเด่น คือ เป็นรูปแบบที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล มีการใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การทำงานเป็นทีมของสหวิชาชีพ มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ภาคีเครือข่าย การติดตามอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะสงบ[18,19]

3. ประสิทธิผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพนำไปใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างเป็นระบบภายใต้ปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองและบริบทการให้บริการของพื้นที่อำเภอท่าบ่อ ประกอบ 5 กระบวนการ และ 5 กิจกรรมจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem ทำให้บุคลากรสุขภาพต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และออกแบบการดูแลแบบเสริมหรือชดเชยตามระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ขาด ผ่านรูปแบบการให้ความรู้และระบบสนับสนุน มีสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีการกระตุ้นเตือนและการชักจูงสร้างแรงจูงใจด้วยคำพูดทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลใช้เทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารในการประเมิน

ติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการดูแล สร้างทักษะความสามารถในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีส่วนร่วมผ่านการ SMBG online ร่วมกับนำแนวคิดการรับสมรรถนะแห่งตนมาใช้เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยกล้าตัดสินใจและดำเนินการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองหรือบุคคลต้นแบบ การเสริมพลัง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาหรือเปลี่ยนวิธีการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนปกติทั่วไป ซึ่งเป้าหมายสูงสุดของการดูแล คือ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่ระยะสงบในที่สุด

จากผลการใช้รูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกาย และ HbA_1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สันติ โพธิ์ทอง[20] ฐิติยา โดยประกอบ[21] สมเพ็ชร ขัดทะเสมา และณัฏฐ์ฐกรณ์ ปัญจขันธ์[22] ที่พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3 เดือนทำให้น้ำหนัก รอบเอว ดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) นอกจากนี้จากการศึกษา DiRECT study พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีโอกาสเข้าสู่ระยะสงบได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การน้ำหนักจะลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10-15 ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคส่งผลต่อผู้ป่วยกว่าร้อยละ 90[23] สามารถลดระดับ HbA_1C ต่ำกว่าเกณฑ์การวินิจฉัยที่ระดับ 6.5 % โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาล และมีโอกาสให้เข้าสู่ระยะสงบได้ และจากการติดตามใช้ยารักษาโรคเบาหวานหลังใช้รูปแบบฯ ครบ 24 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดการใช้ยาเบาหวานได้มากขึ้นถึงร้อยละ 90 และหยุดใช้ยาเบาหวาน 25 รายคิดเป็นร้อยละ 50 และหยุดใช้ยาเบาหวานได้มากกว่า 3 เดือน (ระยะสงบ) จำนวน 13 รายคิดเป็นร้อยละ 26 สอดคล้องกับการศึกษาของพิชิต สุขสบาย[24] พบว่าเมื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ผู้ป่วยสามารถหยุดยาได้ร้อยละ 16 เช่นเดียวกับการศึกษาของชณัฏฐา เรืองสุทธิภาพ[25] มีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ร้อยละ 13.33 และการศึกษาของ เดือนเพ็ญ เคี่ยนบุ้น[26] หลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมีผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถเข้าสู่ระยะสงบได้ร้อยละ 5.83 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การศึกษาสภาพปัญหาปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนำมาวิเคราะห์ความต้องการการดูแลทั้งด้านผู้ป่วยและด้านระบบบริการ มีการกำหนดกระบวนการรูปแบบฯการดำเนินบนพื้นฐานแนวคิดที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทระบบการให้บริการในพื้นที่ ทำให้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ สามารถปฏิบัติได้จริงและมีประสิทธิภาพ สามารถพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีส่วนร่วมจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดยา และหยุดยาได้ ถือเป็นความสำเร็จของการดูแลและรักษาโรคเบาหวาน ควรนำรูปแบบนี้ไปใช้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับการศึกษานี้ดำเนินการต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

1. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายไม่มีแอพพลิเคชั่น Tele-medicine ในการติดตามรายบุคคล ผู้วิจัยได้ดำเนินติดตามผ่านทางแอพพลิเคชั่น Line หรือโทรศัพท์เพื่อให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2. ระหว่างโครงการ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีภาวะป่วยด้วยโรคอื่น หรืออยู่ในภาวะเครียดจากภาระในครอบครัว ผู้วิจัยได้ลงบันทึกในสัปดาห์ที่ติดตามและให้คำแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. การขาดการจัดกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในกระบวนการวิจัย อาจนำไปสู่ข้อจำกัดในการตีความผลลัพธ์และลดความสามารถในการสรุปเชิงสาเหตุ

4. เนื่องจากข้อจำกัดเรื่อง รูปแบบการศึกษาที่พัฒนาขึ้นตามบริบทของพื้นที่อำเภอท่าบ่อ ซึ่งผลการศึกษาและวิธีการอาจไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อื่น จึงควรมีการขยายกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ให้มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้ทราบประสิทธิผลของการใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบทดลองสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials: RCT) เพื่อศึกษากำจัดอคติ (bias) ของการวิจัย และควรมีระยะติดตามผลลัพธ์ต่อเนื่องใน 1 ปี และ 2 ปี เพื่อติดตามและการคงอยู่ของพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วมใช้รูปแบบเพื่อให้ผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรม ลดโอกาสเป็นโรคเบาหวานซ้ำ และเป็นการต่อยอดและปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ อำเภอท่าบ่อในครั้งนี้เกิดขึ้นและประสบผลสำเร็จไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สละเวลาในการพัฒนารูปแบบ เข้าร่วมกิจกรรม และให้ข้อเสนอแนะในครั้งทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas Reports 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 14]. Available from: https://diabetesatlas.org/2022-reports/
2. Thai Health Promotion Foundation. Thai Health Report 2020 [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 7]. Available from: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/media/vyvM (in Thai).
3. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2017.Diabetes Care. 2017;40 (Suppl 1):S33-43.
4. Department of Disease Control, Bureau of Non-Communicable Diseases. Guidelines for diabetes remission service [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1517720240105042138.pdf
5. The Royal College of Family Physicians of Thailand. Guideline for achieving remission in type 2 diabetes through intensive lifestyle modification for healthcare professionals and public health personnel [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 21]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1_pooxEPbFFvH6IR5DR3tNjk9q1nOUIUD/view (in Thai).
6. Sirimai N, Chomnirat W. Development of health service system for type 2 diabetes patients with uncontrolled blood sugar levels at Nam Nao Hospital, Nam Nao District, Phetchabun Province. Journal of Health Systems Research. 2021;14(3). (in Thai)
7. Ministry of Public Health. Thailand diabetes and hypertension situation report 2021. Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 21]. Available from: https://online.fliphtml5.com/bcbgj/flap/#p=1 (in Thai)
8. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.
9. Bandura, A. Self-efficacy: The exercise of control.1997, Page 22. New York: W.H. Freeman

10. Dey KP, Hariharan S. Integrated approach to healthcare quality management: a case study. Total Qual Manag. 2006;18(6):583-605.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
12. Pachan T, Suwanpan, Anarat B, Thalakorn N. Factors associated with blood sugar control in patients with diabetes in Tha Bo District, Nong Khai Province. Journal of Health Center 9. 2022;16(1):285-98.
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175-91.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
15. Phimsri N, Chomnirat W. Effects of a self-efficacy enhancement program on dietary behavior among uncontrolled diabetes patients. Journal of Nursing and Health Care. 2016;34(3):25–31. (in Thai)
16. Saiwaew P, Wongsin S, Singsai K, et al. Effectiveness of a self-efficacy enhancement program combined with workplace support on health behaviors and HbA1c levels among employees with diabetes. Journal of Medical and Health Sciences. 2022;29(1):67–82. (in Thai)
17. Worahan A. Development of a self-care model for diabetes patients at Laokwan Hospital. Journal of Health Center 9: Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2018;12(27):5-22. (in Thai)
18. Phanmung N, Srisawat K, Charoenkrung P, Sarasang S. Success factors in achieving remission in patients with diabetes. Journal of Health Science and Supportive Academic. 2024;20(2):17–26. (in Thai)
19. Leethiraprasert A. Effectiveness and factors associated with diabetes remission in patients at Kanthararom Hospital, Sisaket Province. Journal of Health Center 9. 2024;19(1):203-15. (in Thai)
20. Phothong S. Development of an intensive lifestyle modification promotion guideline for achieving remission in patients with type 2 diabetes in Nonthaburi Province. Journal of Interdisciplinary Studies. 2023;24(2):32–45. (in Thai)
21. Doiprakop T. Effects of applying the diabetes remission care guideline on HbA1c and body mass index in patients with type 2 diabetes at the diabetes clinic, Lam Thap Hospital, Krabi Province. Suranaree J Health Sci. 2024;2(2):1–15.
22. Khattasama S, Panjakan N. Effectiveness of a health behavior modification program on blood sugar control for achieving remission in patients with type 2 diabetes in Ko Kha District, Lampang Province: A case study of the diabetes clinic, Ko Kha Hospital. Journal of North Health Science. 2024;11(2):116–33. (in Thai)
23. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7(5):344–55.
24. Suksabai P. Effectiveness of intensive lifestyle modification in achieving diabetes remission in patients with type 2 diabetes in Surat Thani Province. Medical Journal of Region 11. 2024;38(1):27-43. (in Thai)
25. Rungsutthipap C. Effectiveness of diabetes remission management in patients in Phibun Mangsahan District. Journal of Environmental Medicine and Health Studies. 2024;9(2):323-30. (in Thai)
26. Kienbun D. Development of a strict behavioral modification model for type 2 diabetes remission in patients at a district health promoting hospital, Chumphon Province. Journal of Environmental Health and Community Health. 2024;9(6):540-50. (in Thai)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

น้ำฝน วรวะลัย พย.ม.[1]
อังสนา วิศรุตเกษมพงศ์ พย.ม.[1,3]
ปาลิตา โพธิ์ตา พย.บ.[1]
ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ ปร.ด.[2]

(วันรับบทความ :23 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :8 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :16 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของ Heidegger ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 ราย ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิด ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงเพื่อปรับความชัดเจนของคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามขั้นตอนของ Smith และคณะ

ผลการวิจัยพบประเด็นหลัก 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมและการปรับเปลี่ยน 2) ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ 3) การผสมผสานภูมิปัญญากับการแพทย์แผนปัจจุบัน 4) บทบาทของครอบครัวในการดูแลหลังคลอด และ 5) ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระยะยาว ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลสตรีหลังคลอดที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการวางแผนการพยาบาลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรม

คำสำคัญ: ประสบการณ์ของผู้ดูแล การดูแลสุขภาพหลังคลอด สตรีชาวไทยวน การวิจัยเชิงคุณภาพ

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จ.นครราชสีมา
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี จ.อุบลราชธานี
[3]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: Angsana@knc.ac.th Tel: 089-7120210

Caregivers' Experiences in Postpartum Health Care of Tai Yuan Women in Ban Non Kum, Si Khio District, Nakhon Ratchasima Province

Namfon Vorawalai M.N.S.[1]
Angsana Wisarutkasempong M.N.S.[1,3]
Palita Phota B.N.S.[1]
Prangthip Thasanoh Elter Ph.D.[2]

(Received Date: March 23, 2025, Revised Date: May 8, 2025, Accepted Date: May 16, 2025)

Abstract

This qualitative study aimed to understand the experiences of caregivers in postpartum health care of Tai Yuan women in Ban Non Kum, Si Khio District, Nakhon Ratchasima Province. This study employed an interpretive phenomenological approach based on Heidegger's philosophy. Seven participants were purposively selected. The semi-structured interview guide was developed based on a literature review and the study's conceptual framework, validated by three experts, and pilot-tested with a similar group to ensure question clarity. Data were collected through in-depth interviews lasting approximately 45–60 minutes, conducted from May to September 2024, and analyzed using Smith et al.'s interpretative phenomenological analysis.

The findings revealed five main themes: 1) traditional health care systems and adaptations; 2) cultural belief systems influencing health care; 3) integration of traditional wisdom with modern medicine; 4) family roles in postpartum care; and 5) concerns about long-term health. These findings can inform the development of postpartum care guidelines that integrate local wisdom with modern medicine, especially for midwifery nurses, in planning client-centered nursing care that aligns with cultural contexts.

Keywords: caregiver experiences, postpartum health care, tai yuan women, qualitative research

[1]Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Ratchasima Province
[2]Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Ubon Ratchathani Province
[3]Corresponding Author, Email: Angsana@knc.ac.th Tel: 089-7120210

บทนำ

ระยะหลังคลอดเป็นช่วงเวลาประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด ที่ร่างกายมารดามีการเปลี่ยนแปลงเพื่อฟื้นฟูอวัยวะต่าง ๆ ให้กลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ ในช่วงนี้มารดาต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การดูแลสุขอนามัย และการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย อย่างมีประสิทธิภาพ[1] ในประเทศไทยการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นการดูแลแบบผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน (Conventional medicine) การแพทย์ทางเลือก (Complementary medicine) ร่วมกับการดูแลตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (Local wisdom) โดยในหลายชุมชนมีการดูแลที่คล้ายคลึงกันซึ่งครอบคลุม 3 ด้านหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย และการปฏิบัติตนเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายและเพื่อให้มีน้ำนมเพียงพอในการเลี้ยงดูบุตร[2-4] อย่างไรก็ตามความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี ได้ส่งผลต่อแนวทางการปฏิบัติตัวของสตรีหลังคลอดเช่นเดียวกัน โรงพยาบาลหลายแห่งได้นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอด เช่น การอบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ และการนวด[4-6] ส่วนผู้ดูแลหรือผู้อาวุโสในครอบครัวหรือในชุมชนคือผู้ที่ให้การดูแลมารดาและทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดในช่วงหกสัปดาห์แรกของชีวิต เช่น ย่า ยาย มักจะแนะนำมารดาหลังคลอดเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อหมู ไก่ หัวปลี และงดอาหารที่อาจทำให้เกิดอาการผิดสำแดง เช่น อาหารหมักดอง ของดิบ[2] แนะนำการรักษาความสะอาดโดยใช้น้ำอุ่นและสมุนไพรในการอาบน้ำ รวมถึงการดูแลแผลและเต้านมอย่างถูกสุขลักษณะ[3] ส่วนการฟื้นฟูร่างกายมีการใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การอยู่ไฟ การประคบสมุนไพร การทับหม้อเกลือ และการนวด ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว ขับน้ำคาวปลา และทำให้ร่างกายแข็งแรง[7] การผสมผสานนี้ช่วยให้มารดาได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน[8] โดยเชื่อว่าจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพหลังคลอดและตอบสนองต่อความต้องการของผู้คลอดและผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น จากการได้รับกำลังใจ ความห่วงใยต่อกัน ส่งเสริมให้เกิดความเอื้ออาทรในครอบครัวและสังคม[9]

ผู้ดูแลมารดาหลังคลอดมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้มารดาสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ใช้เวลาอยู่กับมารดาหลังคลอดมากที่สุดในระยะพักฟื้นที่มารดายังไม่สามารถดูแลตนเองและทารกแรกเกิดได้อย่างเต็มที่ ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่ถูกต้องตามหลักวิชาการการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมทั้งบริบททางวัฒนธรรม และต้องมีความเข้าใจในความต้องการและความรู้สึกของมารดา สามารถให้การดูแลด้วยความเอาใจใส่และเอื้ออาทร[9] เนื่องจากผู้ดูแลในแต่ละสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อและวิถีปฏิบัติเฉพาะในการดูแลมารดาหลังคลอด ดังเช่นที่พบได้ในชาวไทยทรงดำ จังหวัดเพชรบุรี[3] และชาวภูไท จังหวัดสกลนคร[2] การศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลที่มีภูมิหลังเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ จึงมีความสำคัญในการทำความเข้าใจและพัฒนาแนวทางการดูแลที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมและการแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างเหมาะสม จังหวัดนครราชสีมาเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ เนื่องจากเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างภาคกลางและภาคอีสาน จึงมีการอพยพย้ายถิ่นฐานของกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ มาตั้งถิ่นฐานโดยเฉพาะในพื้นที่บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของชาวไทยวนที่อพยพมาจากล้านนาและยังคงรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมไว้อย่างเหนียวแน่น[10,11] ชาติพันธุ์ไทยวน (Tai Yuan) หรืออาจเรียกว่า ไตยวน ยวน ยน โยน โยนก คนเมือง ไทยเหนือ ไทยพายัพ ไทยล้านนา หรือ ลาวพุงดำ[12] ในพื้นที่นี้มีความเชื่อที่ผสมผสานระหว่างพุทธศาสนาและความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติตนในด้านต่าง ๆ รวมถึงการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การรักษาความสะอาด และการฟื้นฟูร่างกาย[13] ความรู้และภูมิปัญญาในการดูแลมารดาหลังคลอดนี้ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นและยังคงมีบทบาทสำคัญในชุมชนจนถึงปัจจุบัน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลมารดาหลังคลอดในประเทศไทยเป็นการผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์เสริม และภูมิปัญญาท้องถิ่น[2-4] ซึ่งแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์มีความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่แตกต่างกัน[2,3] ในพื้นที่บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา มีชาวไทยวนอาศัยอยู่และยังคงรักษาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมไว้อย่างเหนียวแน่น โดยมีความเชื่อที่ผสมผสานระหว่างพุทธศาสนาและความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอด อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวนในพื้นที่นี้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการทำความเข้าใจประสบการณ์การดูแลสุขภาพของสตรีหลังคลอดตามการรับรู้ของผู้ดูแลหลัก

หรือผู้อาวุโสในครอบครัวหรือในชุมชนที่มีชาติพันธุ์ไทยวน และให้การดูแลมารดาและทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดในช่วงหกสัปดาห์แรกของชีวิต เช่น ย่า ยาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่ผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมและการแพทย์สมัยใหม่ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของชุมชน

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Heidegger เป็นกรอบในการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลสตรีหลังคลอดชาวไทยวน โดยมีฐานคิดสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การดำรงอยู่ในโลก (Being-in-the-world) ของมนุษย์ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากโลกและบริบทที่อาศัยอยู่ได้ ประสบการณ์ของผู้ดูแลจึงเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยวน สะท้อนถึงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล ผู้รับการดูแล และสิ่งแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม[14,15] 2) การให้ความหมายผ่านภาษาและการตีความ (Language and Interpretation) การทำความเข้าใจประสบการณ์ต้องผ่านการตีความภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสะท้อนทั้งความหมายที่ชัดแจ้งและความหมายแฝงเกี่ยวกับการดูแลสตรีหลังคลอด ภาษาที่ผู้ดูแลใช้จึงเป็นสื่อที่แสดงถึงวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นของชาวไทยวนที่สืบทอดกันมา[16,17] 3) มิติของเวลาและประสบการณ์ (Temporality) ประสบการณ์การดูแลมีความเชื่อมโยงกับมิติของเวลา ทั้งอดีตที่สะท้อนผ่านภูมิปัญญาดั้งเดิม ปัจจุบันที่แสดงออกผ่านการปฏิบัติ และอนาคตที่เกี่ยวข้องกับการสืบทอดองค์ความรู้ เวลาจึงมีผลต่อการสั่งสมประสบการณ์และพัฒนาความเข้าใจในการดูแลของผู้ดูแล[15,18] 4) ความสัมพันธ์เชิงตีความ (Hermeneutic Circle) การทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนย่อยและภาพรวม ผ่านการตีความที่เกิดจากการปะทะสังสรรค์ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ความเข้าใจจะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นผ่านการวนซ้ำระหว่างการทำความเข้าใจประสบการณ์ส่วนย่อยและการเชื่อมโยงกับบริบทโดยรวม[19,20]

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องประสบการณ์การดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน นครราชสีมา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger)

ประชากรและผู้เข้าร่วมการศึกษา

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักของสตรีหลังคลอดกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ที่อาศัยอยู่ในตำบลโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ส่วนผู้เข้าร่วมการศึกษา (Participants) ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) คือผู้ดูแลหลักของสตรีหลังคลอดกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลมารดาและทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอดในช่วงหกสัปดาห์แรกของชีวิต 2) มีประสบการณ์ในการดูแลสตรีหลังคลอดชาวไทยวนอย่างน้อย 1 ราย 3) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 4) อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 5 ปี 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นได้ดี 6) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยนำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มาใช้ประเมิน โดยการแปลผลคะแนนจะแบ่งช่วงคะแนนตามระดับการศึกษา และ 7) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้ตลอดการศึกษา ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ขณะสัมภาษณ์มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรค

ต่อการให้สัมภาษณ์ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อมีผู้เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 7 คน ซึ่งสอดคล้องกับ Holloway & Calvin[21] ที่เสนอแนะว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาข้อมูลควรจะอิ่มตัวเมื่อมีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5-25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 4 คน โดยมีเครื่องมือสนับสนุนในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและอุปกรณ์สนับสนุนการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. นักวิจัย ผู้วิจัยทุกคนมีประสบการณ์การสอนวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์มากกว่า 10 ปี ผู้วิจัยคนที่ 1 และ 4 กำลังศึกษาและสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาเอกตามลำดับ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความในการทำดุษฎีนิพนธ์ ผู้วิจัยคนที่ 2 และ 3 สำเร็จการศึกษาและกำลังศึกษาในระดับปริญญาโทตามลำดับ โดยผ่านเรียนการวิจัยเชิงคุณภาพ และได้รับการพัฒนาเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีหลังคลอด แบ่งเป็น 2 ตอน โดยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับสตรีหลังคลอด และตอนที่ 2 ข้อมูลการดูแลสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด มีประเด็นหลัก คือ การให้ความหมายของการดูแลสตรีหลังคลอดตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ประสบการณ์การดูแลด้านการบริโภคอาหาร ประสบการณ์การดูแลด้านการรักษาความสะอาดร่างกาย ประสบการณ์การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย และความเชื่อและวิถีปฏิบัติในการดูแลสตรีหลังคลอด ตัวอย่างคำถาม เช่น “การดูแลสุขภาพหลังคลอดตามภูมิปัญญาท้องถิ่น มีความหมายว่าอย่างไร” และ “ภายหลังคลอดบุตร คุณได้ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหารอย่างไรบ้าง” เป็นต้น

3. เครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการสังเกต และแบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์คณะผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัยของ Heidegger (Heideggerian phenomenology)[14] ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และด้านมานุษยวิทยาและวัฒนธรรมท้องถิ่น และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจนมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1 จากนั้นจะนำไปทดลองสัมภาษณ์สตรีที่เคยเป็นผู้ดูแลมารดาหลังคลอดในอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา 2 คน และปรับปรุงความชัดเจนของภาษาและความเหมาะสมของข้อคำถามก่อนที่จะนำมาใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา (COA NO. 03/2567) ลงวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2567 และผู้วิจัยได้ประสานงานในพื้นที่และทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา หลังได้รับอนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย การเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ จำกัดการเข้าถึงเฉพาะคณะผู้วิจัย โดยมีการปกปิดชื่อหรือข้อมูลที่จะสื่อไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้ มีการเก็บข้อมูลและเครื่องบันทึกเสียงไว้ในสถานที่ที่ปลอดภัย จะทำการลบหรือทำลายข้อมูลเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายในหนึ่งปี และนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาจะลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

หลังจากที่โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลดังนี้

1. ประสานงานกับศูนย์วัฒนธรรมไทยวนและผู้นำชุมชน ตำบลโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์เชิญชวนอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษาและเก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัย

2. นัดหมายกลุ่มเป้าหมายที่ยินดีให้ข้อมูล เพื่ออธิบายข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอย่างละเอียด โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง รูปแบบการแต่งกายของผู้วิจัยจะใส่ชุดสุภาพ ไม่ใช่ชุดปฏิบัติงานหรือเครื่องแบบทางการพยาบาล เพื่อให้อาสาสมัครรู้สึกเท่าเทียม ไม่ได้ถูกบีบบังคับจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกกังวลใจในการเข้าร่วมโครงการว่าจะส่งผลต่อการรับการรักษาในโรงพยาบาล นัดสัมภาษณ์ตามช่วงเวลาที่ผู้ดูแลหลักของสตรีหลังคลอดสะดวก ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายถูกสัมภาษณ์ 1-2 ครั้ง โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ ประมาณ 45-60 นาที ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว พร้อมกับบันทึกเสียงด้วยเทปขณะสัมภาษณ์และเก็บภาพถ่าย ซึ่งได้รับการอนุญาตจากอาสาสมัครเรียบร้อย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้การวิเคราะห์ปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Interpretative phenomenological analysis: IPA) โดยขั้นตอนของ Smith และคณะ[22] ซึ่งประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การอ่านและการอ่านซ้ำ 2) การบันทึกประเด็นสำคัญ 3) การระบุใจความสำคัญ (Theme) ที่เกิดขึ้นใหม่ 4) การค้นหาการเชื่อมต่อจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญ 5) การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยฉบับต่อไป ผู้วิจัยจะทำซ้ำ 4 ขั้นตอนแรกของขั้นตอนการวิเคราะห์ และ 6) การจัดหมวดหมู่ใจความสำคัญระหว่างข้อมูล

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามเกณฑ์ของ Lincoln & Guba[23] โดยการสร้างความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Credibility) ด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน และตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) มีส่วนร่วมในการดูข้อมูลจากการสัมภาษณ์และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่มีข้อสงสัย มีการถ่ายโอนผลการวิจัย (Transferability) โดยผู้วิจัยได้บรรยายบริบทและสภาพแวดล้อมของการวิจัยอย่างละเอียด เก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความหลากหลายและครอบคลุม นำเสนอผลการวิจัยแบบเจาะลึกพร้อมรายละเอียดที่ชัดเจน ทำให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัยต่อยอดในช่วงเวลาอื่น สถานที่เก็บข้อมูลอื่น ปรากฏการณ์อื่น หรือประชากรกลุ่มอื่นได้ มีการพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (Dependability) โดยนักวิจัยมีวิธีการดำเนินการวิจัยเหมือนกันตลอดการศึกษา มีวิธีดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และมีการยืนยันผลการวิจัย (Conformability) ที่สะท้อนประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล โดยตีความจากข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาเป็นหลัก ไม่ได้สรุปผลจากความเข้าใจของผู้วิจัยหรือทฤษฎี ทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสะท้อนความเป็นจริง

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลหลักหลังคลอด ซึ่งข้อมูลมีความอิ่มตัวที่จำนวน 7 ราย อายุระหว่าง 61-87 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และจบการศึกษาระดับประถมศึกษาทั้งหมด สถานภาพสมรสพบว่าเป็นหม้ายจำนวน 4 ราย หย่าร้าง จำนวน 2 ราย ยังใช้ชีวิตสมรสอยู่ด้วยกัน จำนวน 1 ราย ประกอบอาชีพจำนวน 4 ราย และไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 3 ราย มีรายได้เพียงพอจำนวน 4 ราย ไม่เพียงพอและไม่มีเหลือเก็บจำนวน 3 ราย อาศัยอยู่คนเดียวจำนวน 4 ราย (ได้ให้การดูแลมารดาในช่วงหกสัปดาห์หลังคลอด) และอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจำนวน 3 ราย ผู้ให้ข้อมูลส่วนมาก (จำนวน 6 ราย) เป็นผู้ดูแลหลักหลังคลอดให้แก่ลูกสาวของตัวเอง ส่วนอีก 1 รายเป็นผู้ดูแลหลักให้แก่ลูกสะใภ้

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยาการตีความตามแนวคิดของHeidegger ผู้วิจัยพบประเด็นสำคัญเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน นครราชสีมา ทั้งสิ้น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมและการปรับเปลี่ยน ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ การผสมผสานภูมิปัญญากับการแพทย์แผนปัจจุบัน บทบาทของครอบครัวในการดูแลหลังคลอด และความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระยะยาว โดยแต่ละประเด็นหลักมีประเด็นย่อยที่แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ประเด็นหลักและประเด็นย่อยจากการวิเคราะห์ข้อมูลข้ามกรณี

ประเด็นหลัก (Theme)	ประเด็นย่อย (Subtheme)
1. ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมและการปรับเปลี่ยน	1.1 การอยู่ไฟและการใช้ความร้อนในการบำบัด 1.2 ข้อกำหนดและข้อห้ามหลังคลอด 1.3 ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาแบบดั้งเดิม 1.4 การปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตามยุคสมัย
2. ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ	2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ 2.2 การอธิบายอาการผิดปกติด้วยแนวคิดดั้งเดิม 2.3 การถ่ายทอดความรู้และความเชื่อ
3. การผสมผสานภูมิปัญญากับการแพทย์แผนปัจจุบัน	3.1 การปรับตัวตามวิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ 3.2 การเลือกใช้ภูมิปัญญาที่เหมาะสม 3.3 การดูแลแผลและการฟื้นฟูร่างกาย
4. บทบาทของครอบครัวในการดูแลหลังคลอด	4.1 การดูแลโดยครอบครัว 4.2 ความรู้สึกและความผูกพันในครอบครัว 4.3 การตัดสินใจในการเลือกวิธีการดูแล
5. ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระยะยาว	5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพ 5.2 ความกังวลต่อสุขภาพในรุ่นหลาน

1. ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมและการปรับเปลี่ยน ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของชาวไทยวนเป็นความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบทและยุคสมัย ประกอบด้วยประเด็นย่อย 4 ประเด็น ดังนี้

1.1 การอยู่ไฟและการใช้ความร้อนในการบำบัด การอยู่ไฟเป็นแกนหลักของการดูแลมารดาหลังคลอดในวัฒนธรรมไทยวน โดยผู้ให้ข้อมูลระบุว่ามีระยะเวลาการอยู่ไฟที่แตกต่างกันไป ตั้งแต่ 7-15 วันนับตั้งแต่หลังคลอด ขึ้นอยู่กับบริบทครอบครัวและชุมชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า *"อยู่ไฟประมาณ 15 วัน" (CG5-61YO) และ "อยู่กำ สมัยก่อน 7 วัน หรือ 10 วัน"* (CG6-78YO) วัตถุประสงค์ร่วมกันของการอยู่ไฟคือการช่วยให้มดลูกเข้าอู่ แผลแห้งเร็ว และร่างกายแข็งแรง ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวมารดาจะมีข้อจำกัดด้านกิจกรรมและอาหาร วิธีการอยู่ไฟของชาวไทยวนมีความหลากหลาย แต่ทั้งหมด 7 รายเน้นการใช้ความร้อนที่เหมาะสมไม่ร้อนจัดเพื่อการบำบัด และเป็นผู้จัดกระทำให้กับมารดาหลังคลอดเอง เช่น การยืนคร่อมเตาถ่าน *"เตาถ่านทั่วไป เล็ก ๆ เรายืนถ่างขาแบบนี้ คลุมโปงลง"* (CG5-61YO) และการใช้หลอดไฟอบในปัจจุบัน *"เหมือนที่เราอยู่โรงบาลเอาหลอดไฟอบมันก็เหมือนกันนั่นแหละ เขาเรียกว่า ถ่างไฟ เหมือนเราปิ้งปลาเลย"* (CG1-87YO) แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวของภูมิปัญญาดั้งเดิมตามบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ยังคงรักษาแก่นของการใช้ความร้อนในการบำบัดรักษาไว้

1.2 ข้อกำหนดและข้อห้ามหลังคลอด ระบบการดูแลสุขภาพแบบดั้งเดิมของชาวไทยวน มีทั้งข้อกำหนดในสิ่งที่ต้องทำและข้อห้ามที่ไม่ควรทำโดยจะมุ่งเน้นการควบคุมด้านโภชนาการและการจำกัดกิจกรรมทางกาย เช่น *"กินแต่ข้าวกับเกลือ เพราะกลัวว่าจะผิดกระบูร"* (CG4-60YO) *"กินข้าวกับกระเทียมจิ้มเกลือ กินกะข้าวสวย"* (CG3-83YO) *"ถ้าเป็นปลาช่อนต้องเป็นปลาช่อนที่ใต้คางมันไม่ลายนะ ถ้าลายคือตัวผู้จะผิดกระบูร...ต้องย่างเอา ต้มไม่ได้"* (CG2-69YO) และ *"ผักตำลึง มันมีมือไปเกาะโน้นนี่นั้น เขาว่าของมีมือมันทานไม่ได้ กินแล้วจะผิดกระบูร"* (CG2-69YO) ข้อกำหนดและข้อห้ามเหล่านี้มีรากฐานมาจากแนวคิดเรื่อง "ผิดกระบูร" ซึ่งเป็นคำอธิบายเชิงวัฒนธรรมต่ออาการผิดปกติที่อาจเกิดจากการกินอาหารที่ไม่เหมาะสมหลังคลอด

การจำกัดกิจกรรมทางกาย เช่น *"ไม่ได้ เค้าไม่ให้โดนลม สมัยก่อนเค้าไม่ให้โดนลม"* (CG3-83YO) *"สบู่ไม่ได้ให้ถูหรอก ให้ออกกำก่อน... เส้นเอ็นมันจะขอด"*(CG6-78YO) และ*"เวลาลุกนั่ง เขาให้ยกขึ้นเลย... เขาไม่ให้ลากแผลกับพื้น"* (CG4-60YO) ซึ่งสะท้อนถึงข้อห้ามเกี่ยวกับการสัมผัสลมและความเย็น รวมถึงการเคลื่อนไหวที่อาจกระทบกับแผลได้

1.3 ประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการรักษาแบบดั้งเดิม การพบภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม หรืออาการไม่พึงประสงค์ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดรุ่นต่อมา ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการทำคลอดโดยหมอตำแย*โบราณ "หมอเถื่อนคนนั้นเขายังไม่ทันกลับบ้านเลย ตกเลือด เลือดออกมากเลย เขาก็ตกใจเหมือนกัน"* (CG2-69YO) ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของการดูแลแบบดั้งเดิมเมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันขึ้น ผู้ให้ข้อมูลยังได้แบ่งปันประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับอาการผิดกระบูรจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม *"ยายเคยผิดทีหนึ่งนะตอนนั้นกินหมูหนังหนา... จนทุกวันนี้ยายไม่กินกากหมูเลย"* (CG4-60YO) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์เชิงลบส่วนบุคคลได้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคในระยะยาว และมีส่วนสำคัญในการกำหนดแนวปฏิบัติที่จะถ่ายทอดให้แก่มารดาหลังคลอดรุ่นต่อไป

1.4 การปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตามยุคสมัย วิธีการดูแลมารดาหลังคลอดเกิดขึ้นจากรุ่นสู่รุ่น ทั้งจากประสบการณ์เชิงลบส่วนตัวและการเปลี่ยนแปลงตามบริบททางสังคม การปรับตัวเหล่านี้เห็นได้จากการนำแนวทางสมัยใหม่มาใช้ร่วมกับภูมิปัญญาดั้งเดิม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า *"คนเมื่อก่อนต้องกินยาขับน้ำคาวปลา ยาสิงเห ยาปอคุณ ยารากไม้ ตอนนี้คนสมัยใหม่เค้าก็ไม่ถืออะไรเนอะ เราก็ฟังเค้า บางอย่างเค้าก็ฟังเรา"* (CG2-69YO) และ *"สมัยใหม่ขึ้นมาเรื่อย ก็แบบเดี๋ยวนี้แหล่ะ เค้าก็ไม่คลอดบ้าน เค้าก็ไปคลอดโรงพยาบาล แต่เราก็ดูแลอาหารการกินไป"* (CG3-83YO) ซึ่งผู้ดูแลยังคงเป็นหลักในการช่วยเหลือกิจกรรมบางอย่างเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยยังไม่ละทิ้งภูมิปัญญาดั้งเดิมโดยสิ้นเชิง

2. ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพ ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อแนวปฏิบัติในการดูแลหลังคลอด ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 ความเชื่อเกี่ยวกับอำนาจเหนือธรรมชาติ มีอิทธิพลสำคัญต่อแนวปฏิบัติในการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดของชาวไทยวน ผู้ให้ข้อมูลได้อธิบายถึงความเชื่อเรื่องผีและสิ่งเหนือธรรมชาติที่อาจคุกคามมารดาและทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "ผีปอบ" และ "แม่เลี้ยงนิ" ที่เชื่อว่าอาจมาปรากฏตัวหรือรบกวนทารกแรกเกิด *"มันจะมีเรื่องผีปอบมา เวลาที่เด็กร้อง หรือเวลาที่เด็กร้องเขาว่ามีผีมาทักมาทายอย่างนี้น่ะ เขาเรียกว่าแม่เลี้ยงนิ หรือเวลาที่เด็กอยู่ดี ๆ ยิ้ม เขาก็ว่าแม่เลี้ยงมาหยอก"* (CG1-87YO) จากความเชื่อดังกล่าว ชาวไทยวนจึงมีแนวปฏิบัติเพื่อปกป้องมารดาและทารกจากอันตรายที่มองไม่เห็น เช่น การใช้ "ขี้หมิ่นหม้อ" (เขม่าดำที่ติดก้นหม้อ) ทาที่หน้าผากทารกเมื่อต้องออกนอกบ้าน ห้ามออกนอกบ้านในช่วงเวลาพลบค่ำ

2.2 การอธิบายอาการผิดปกติด้วยแนวคิดท้องถิ่น ชาวไทยวนใช้แนวคิดท้องถิ่นซึ่งมีรากฐานทางวัฒนธรรมในการอธิบายอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกหลังคลอดที่ถูกกล่าวถึงอย่างสม่ำเสมอคือ "ผิดกระบูร" และ "อาการซวง" ซึ่งเป็นคำอธิบายเฉพาะทางวัฒนธรรมที่ใช้ในการวินิจฉัยและจัดการกับอาการผิดปกติ "อาการซวง" เป็นอาการที่ทารกแสดงความไม่สบายหลังดื่มนมมารดา "ผิดกระบูร" ถูกนำมาใช้อธิบายอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมหลังคลอด โดยเชื่อว่าจะส่งผลกระทบต่อการผลิตน้ำนม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า *"ถ้าผิดกระบูรน่ะ น้ำนมมันจะแห้ง"* (CG4-60YO) และ *"กลัวไม่มีน้ำนมให้ลูกกิน กลัวผิดกระบูร"* (CG3-83YO) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในชุมชนไทยวน

2.3 การถ่ายทอดความรู้และความเชื่อ ผู้ให้ข้อมูลบางรายใช้วิธีการถ่ายทอดแบบสั่งสอนโดยตรงและคาดหวังการเชื่อฟัง ดังคำกล่าวที่ว่า *"ก็มีบอก เขาก็เชื่อฟังแหละ"* (CG1-87YO) และใช้การตำหนิเมื่อไม่ปฏิบัติตาม *"พ่อแม่ก็จะด่าเด่ะเนาะ"* (CG1-87YO) หรือให้เหตุผลเชิงผลกระทบ *"มันก็มีบ้างนั่นแหละตามใจเขาไม่ได้ เพราะว่าเวลาเขาลำบาก ก็มาลำบากถึงยาย"* (CG1-87YO) ซึ่งสะท้อนถึงการใช้อำนาจเชิงปิตาธิปไตยในการถ่ายทอดความรู้ การถ่ายทอดความรู้และความเชื่อในชุมชนไทยวนจึงมีทั้งแบบบังคับให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดและแบบให้ทดลองและพิจารณาตามความเหมาะสม โดยทั้งสองแบบกำลังเผชิญกับความท้าทายในการสื่อสารและถ่ายทอดไปสู่คนรุ่นใหม่ที่มีการศึกษาตามแบบตะวันตกและมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่หลากหลายมากขึ้น

3. การผสมผสานภูมิปัญญากับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการปรับตัวของระบบการดูแลแบบดั้งเดิมเพื่อผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 การปรับตัวตามบริบทการแพทย์สมัยใหม่ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายยอมรับข้อจำกัดของความรู้ดั้งเดิมและเปิดรับแนวทางการดูแลตามหลักการแพทย์แผนปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า *"ลูกสาว ลูกสะใภ้เขาไม่ได้คลอดอยู่กับยาย เขากินยาหมอ เขาไปคลอดโรงบาล ยายก็ไม่ได้บอกเขาหรอก"* (CG1-87YO) *"เขาไม่กล้วผิดกระบูรเหมือนยายหรอก เขาไปทางหมอ เค้าเชื่ออย่างงั้น"* (CG4-60YO) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนผ่านจากระบบความเชื่อดั้งเดิมไปสู่ความเชื่อมั่นในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยที่ผู้ดูแลรุ่นเก่ายอมรับและปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงนี้เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน

3.2 การเลือกใช้ภูมิปัญญาที่เหมาะสม โดยอาศัยการทดลองปฏิบัติและพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อและแนวปฏิบัติดั้งเดิมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน ดังคำกล่าวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลังคลอดที่ว่า *"ชะอม ก็ไม่กิน มะรุมเขาว่าผิดแต่เราก็กินได้ ไม่ผิด เรากินแล้วน้ำนมมาดี"* (CG1-87YO) และ *"เมื่อแข็งแรงแล้วกินอะไรก็ได้"* (CG1-87YO) ซึ่งสะท้อนถึงการทดลองและปรับเปลี่ยนข้อห้ามทางอาหารตามประสบการณ์ส่วนบุคคล

นอกจากนี้ ยังมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับเงื่อนไขเฉพาะ เช่น ในกรณีของการผ่าตัดคลอด ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า *"ของลูกสะใภ้ให้กินน้ำอุ่นก็พอ เพราะว่าเขาเป็นแผลผ่า แผลผ่ามันก็กว้าง"* (CG2-69YO) และ *"พอมาถึงลูกสะใภ้ ป้าไม่ให้ทำแบบนั้น บอกว่า อาบน้ำธรรมดาลูก แต่อย่าเอามือไปโดนแผล"* (CG2-69YO) ซึ่งแสดงถึงการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลให้เหมาะสมกับประเภทของการคลอด การผสมผสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและภูมิปัญญาท้องถิ่นยังปรากฏในคำกล่าวที่ว่า *"เวลาออกจากโรงพยาบาลแล้วเราก็มากินสมุนไพร พวกยาสตรีเพ็ญภาค"* (CG5-61YO) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการประสานระหว่างสองระบบการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันเพื่อประโยชน์สูงสุดของมารดาหลังคลอด

3.3 การดูแลแผลและการฟื้นฟูร่างกาย ระหว่างการคลอดธรรมชาติและการผ่าตัดคลอดมีความแตกต่างกัน วัตถุประสงค์หลักของการดูแลแผลในการคลอดธรรมชาติเน้นการทำให้แผลแห้งและการฟื้นฟูมดลูกให้กลับสู่สภาพปกติอย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าว*ที่ว่า "เขาเชื่อว่าแผลมันจะแห้ง มดลูกมันจะแห้ง ช่องคลอดมันจะไม่มีน้ำเยิ้ม อย่างนี้น่ะ อยู่อย่างงี้ 15 วัน ไม่มีน้ำคาวปลาเลย ตกขาวก็ไม่มี"* (CG1-87YO) สำหรับการดูแลแผลในกรณีการผ่าตัดคลอด มีความระมัดระวังเป็นพิเศษและปรับเปลี่ยนวิธีการให้สอดคล้องกับคำแนะนำทางการแพทย์ ดังคำกล่าวที่ว่า *"เพราะว่าผ่าตัดเขาไม่ให้แผลโดนน้ำอยู่แล้วเนาะ บางทีก็เช็ดตัวเอา"* (CG2-69YO) และ "*ประมาณอาทิตย์กว่า ๆ นี่ล่ะที่เช็ดตัว เวลาเขาเข้าห้องน้ำก็บอกเขาว่า อย่าฉีดน้ำแรงนะ"* (CG2-69YO) ซึ่งแสดงถึงความเข้าใจในความแตกต่างของการดูแลแผลผ่าตัดเมื่อเทียบกับแผลคลอดปกติ

นอกจากการดูแลแผลแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญกับการฟื้นฟูร่างกายโดยรวม โดยส่งเสริมการเคลื่อนไหวอย่างเหมาะสมเพื่อเร่งการฟื้นตัว *"ให้เขาหัดเดิน อย่านอนมาก ตอนเช้าเดี๋ยวย่าดูแลลูก ให้เขาดูแลตัวเอง หัดเดิน เวลานั่งอย่าหลังค่อม ยืดตัวไว้"* (CG2-69YO) ซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจในหลักการพื้นฐานของการฟื้นฟูร่างกายที่สอดคล้องกับหลักการแพทย์สมัยใหม่ ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของความร้อนและเกลือในการฟื้นฟูมดลูกยังคงปรากฏในแนวปฏิบัติปัจจุบัน *"กลิ่นไอเกลือมันทำให้มดลูกเราแห้ง ให้มันเข้าอู่"* (CG5-61YO) และ *"ให้ช่องคลอดมันแห้งเนี่ยแหล่ะ"* (CG6-78YO) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล แต่แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการฟื้นฟูร่างกายหลังคลอดยังคงได้รับการสืบทอดและนำมาประยุกต์ใช้ในบริบทปัจจุบัน

4. บทบาทของครอบครัวในการดูแลหลังคลอด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในระบบการดูแลหลังคลอดของชาวไทยวน ประกอบด้วยประเด็นย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

4.1 การดูแลโดยครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอดเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลในชุมชนไทยวน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของผู้อาวุโสในครอบครัว เช่น ย่ายาย ในการดูแลทั้งมารดาและทารก แม้ว่าโครงสร้างครอบครัวในปัจจุบันอาจเปลี่ยนไป แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวยังคงมีความแน่นแฟ้น ดังคำกล่าวที่ว่า *"บ้านยายอยู่คนเดียว แต่บ้านติดกันก็บ้านลูกสาว"* (CG1-87YO) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการอยู่ในละแวกเดียวกันที่เอื้อต่อการดูแลกันในครอบครัว

ความช่วยเหลือจากครอบครัวไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะช่วงเวลาหลังคลอดในท้องถิ่นเท่านั้น แต่ยังขยายไปสู่การเดินทางเพื่อไปดูแลบุตรที่อาศัยอยู่ห่างไกล ดังคำกล่าว*ที่ว่า "ตอนแรกเขาก็มาอยู่กับยาย ท้องต่อมายายไปอยู่กับเขาที่กรุงเทพ... แม่ช่วยดูให้หลังคลอดทั้ง 3 คนเลย"* (CG4-60YO) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความผูกพันและความรับผิดชอบที่ข้ามพรมแดนทางภูมิศาสตร์ การดูแลโดยครอบครัวยังรวมถึงการจัดเตรียมอาหารและการดูแลความเป็นอยู่ทั่วไปของมารดาหลังคลอด *"ยายยกเอง ยายทำให้ทุกอย่าง ทุกอย่างได้กิน กับข้าว ผลไม้ อยากกินได้กิน"* (CG4-60YO) ซึ่งสะท้อนถึงการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและความต้องการทางจิตใจของมารดา คำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลทุกรายสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลโดยเฉพาะย่ายาย มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือในช่วงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญนี้ ซึ่งไม่เพียงช่วยให้มารดาฟื้นตัวได้ดีขึ้นเท่านั้น แต่ยังเป็นโอกาสในการถ่ายทอดความรู้และภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพจากรุ่นสู่รุ่นอีกด้วย

4.2 ความรู้สึกและความผูกพันในครอบครัว การดูแลไม่ได้เป็นเพียงการปฏิบัติตามหน้าที่เท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความห่วงใยและความรักที่มีต่อกัน ผู้ให้ข้อมูลแสดงความใส่ใจในสุขภาพของบุตรสาวและหลานผ่านการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างละเอียด ดังคำกล่าวที่ว่า *"ไม่มีน้ำคาวปลาเลย ตกขาวก็ไม่มี"* (CG1-87YO) และแสดงความพึงพอใจเมื่อเห็นผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแล *"ประมาณเดือนนึงก็ไปไหนมาไหนได้ เลี้ยงลูกสบาย"* (CG1-87YO) ความผูกพันในครอบครัวยังแสดงออกผ่านความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แม้จะต้องใช้การโน้มน้าวหรือเตือนด้วยผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า *"ถ้าเค้าทำไม่ได้ ก็จะบอกว่า ถ้าทำไม่ได้ลูกก็จะไม่แข็งแรงนะ ถ้าว่าทำตามแม่ก็จะดีขึ้น ดีกว่าที่จะมาอยู่แล้วก็กินยาหมอ"* (CG5-61YO) ซึ่งแสดงถึงความปรารถนาดีที่อยากเห็นบุตรหลานมีสุขภาพแข็งแรงในระยะยาว ความแตกต่างในการแสดงออกทางความรู้สึกระหว่างผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงความหลากหลายในความสัมพันธ์ครอบครัว แต่ทั้งหมดล้วนมีพื้นฐานจากความปรารถนาดีและความผูกพันในครอบครัวที่เป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญในการดูแลสุขภาพหลังคลอด

4.3 การตัดสินใจในการดูแล รูปแบบการตัดสินใจในการดูแลมารดาหลังคลอดของชาวไทยวนมีความแตกต่างกันสะท้อนถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมในครอบครัว บางรายแสดงลักษณะการตัดสินใจแบบมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการปฏิบัติ *"ก็มีบอก เขาก็เชื่อฟังแหละ"* (CG1-87YO) สะท้อนถึงวัฒนธรรมดั้งเดิมที่ให้ความเคารพและเชื่อฟังผู้อาวุโสในครอบครัว แต่รูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวกำลังเปลี่ยนแปลงไป *"ก็บอกเขาอย่างนี้ บอกเขาครั้ง สองครั้ง เขาก็ทำตัวของเขาเอง"* (CG1-87YO) แสดงความเป็นอิสระในการตัดสินใจของมารดารุ่นใหม่มากขึ้น แม้จะยังมีการรับฟังคำแนะนำจากผู้อาวุโส

ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลแสดงการยอมรับขอบเขตความรู้ของตนและเคารพความเชี่ยวชาญทางการแพทย์สมัยใหม่ ดังคำกล่าวที่ว่า "*แผลผ่ามันก็กว้าง ก็ใหญ่กว่าแผลคลอด ก็ให้เขาทำตามที่หมอบอก เราไม่มีประสบการณ์ทางนั้น"* (CG2-69YO) ซึ่งสะท้อนถึงการยอมรับขอบเขตและข้อจำกัดของภูมิปัญญาดั้งเดิมในบริบทการแพทย์สมัยใหม่ บางรายแสดงทัศนคติที่ยืดหยุ่นต่อการตัดสินใจในการดูแล ไม่บังคับหรือยัดเยียดแนวปฏิบัติดั้งเดิมให้กับมารดารุ่นใหม่ ดังคำกล่าวที่ว่า *"รู้สึกยังไง ก็เฉย ๆ เค้าไม่กินก็ปล่อยเค้าเน๊าะ"* (CG6-78YO) และ *"เขาชอบแบบนั้น เขาอยากกินอะไรก็กิน"* (CG4-60YO) ซึ่งแสดงถึงการเคารพการตัดสินใจส่วนบุคคลและการปรับตัวเข้ากับความเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม รูปแบบการตัดสินใจในการดูแลมารดาหลังคลอดจึงมีทั้งแบบที่ผู้ดูแลมีบทบาทนำในการกำหนดแนวปฏิบัติและแบบที่มีความยืดหยุ่น ให้อิสระในการตัดสินใจแก่มารดา โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ดูแลหลายรายแสดงการปรับตัวโดยปล่อยให้มารดาปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงวัฒนธรรมในโครงสร้างอำนาจของครอบครัวและการยอมรับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่

5. ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลแสดงความกังวลเกี่ยวกับผลต่อสุขภาพในระยะยาวจากการไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิม ประกอบด้วยประเด็นย่อย 2 ประเด็น ดังนี้

5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลต่อสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลแสดงความเชื่อที่สอดคล้องกันว่าการปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมในการดูแลหลังคลอดส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว โดยใช้ประสบการณ์ส่วนบุคคลเป็นหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ มีความเชื่อมั่นในประสิทธิผลของการอยู่ไฟและการปฏิบัติตามแนวทางดั้งเดิม *"มันก็ดีนะคุณหมอ ทุกวันนี้ ร่างกายของเราก็ไม่เป็นไร ก็แข็งแรงดีเน๊าะ คนที่อยู่กำ อยู่ไฟได้ปกติ จะไม่ค่อยเป็นไรหรอกนะ"* (CG6-78YO) ผู้ให้ข้อมูลมองว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้อาวุโสในชุมชนมีส่วนช่วยให้ร่างกายแข็งแรงในระยะยาว ซึ่งสะท้อนถึงความเชื่อในคุณค่าของภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากคนรุ่นก่อนแสดงให้เห็นถึงความเชื่อในผลระยะยาวของการดูแลหลังคลอดที่เหมาะสมต่อการชะลอความเสื่อมของร่างกาย

ผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความเชื่อว่าการอยู่ไฟและการปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมหลังคลอดมีส่วนสำคัญในการสร้างสุขภาพที่แข็งแรงในระยะยาว ช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ และชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยมีประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้ปฏิบัติมาและมีสุขภาพดีในวัยชราเป็นหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ความเชื่อดังกล่าวมีส่วนสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมและถ่ายทอดความรู้นี้ไปสู่คนรุ่นต่อไป

5.2 ความกังวลต่อสุขภาพรุ่นหลาน ผู้ให้ข้อมูลแสดงความกังวลอย่างชัดเจนเกี่ยวกับสุขภาพระยะยาวของมารดาและทารกรุ่นใหม่ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมในการดูแลหลังคลอด ความกังวลนี้เกิดจากการสังเกตและเปรียบเทียบสุขภาพและความแข็งแรงระหว่างคนต่างรุ่น *"นั่นแหล่ะมันถึงได้ป่วย เป็นนู้น เป็นนี่ไง มันแข็งแรงอยู่ แต่มันแข็งแรงยังไงคนรุ่นใหม่นี่"* (CG6-78YO) นอกจากความกังวลต่อสุขภาพของมารดาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังแสดงความกังวลต่อสุขภาพของทารกรุ่นใหม่ที่ไม่ได้รับนมมารดาซึ่งผ่านการดูแลตามแนวทางดั้งเดิม ดังคำกล่าวที่ว่า *"แรกคลอด เค้าไม่ให้กิน เด็กน้อยหน่ะ ไม่ได้กินน้ำ รู้สึกว่าเด็กน้อยจะไม่ค่อยแข็งแรงนะคะ"* (CG5-61YO) และ *"ลูกสาวสมัยใหม่เราไม่ได้นวดให้เค้าดอก เค้าไม่ได้กินนม"* (CG4-60YO)

ความกังวลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการให้คุณค่ากับภูมิปัญญาดั้งเดิมที่ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่ามีผลต่อสุขภาพในระยะยาว และความวิตกกังวลต่อการละทิ้งแนวปฏิบัติดั้งเดิมโดยคนรุ่นใหม่ ผู้ให้ข้อมูลทุกรายสังเกตเห็นความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างคนรุ่นเก่าที่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมกับคนรุ่นใหม่ที่ไม่ได้ปฏิบัติ และเชื่อว่าการไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารกในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การศึกษาภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดของชาวไทยวนเป็นระบบที่ผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมและความรู้สมัยใหม่ โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการช่วยเหลือ การดูแลในอดีตเน้นการใช้ความร้อน มีข้อกำหนดและข้อห้ามหลังคลอด และความเชื่อเหนือธรรมชาติ ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนให้ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทมากขึ้น โดยไม่ละทิ้งแก่นของวัฒนธรรมดั้งเดิม

การอภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน บ้านโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา พบประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน การอยู่ไฟเป็นแกนหลักของการดูแลมารดาหลังคลอดในวัฒนธรรมไทยวน มีระยะเวลาตั้งแต่ 7-15 วัน โดยมีวิธีการที่หลากหลายทั้งการยืนคร่อมเตาถ่าน การนอนบนกระดานที่มีทราย และการใช้หลอดไฟอบในปัจจุบัน ซึ่งปรับตามสภาพบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปให้มีความยืดหยุ่นสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีความต้องการความสะดวกสบายมากขึ้น โดยยังเน้นการใช้ความร้อนเพื่อการบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกันคือการช่วยให้มดลูกเข้าอู่ แผลแห้งเร็ว และร่างกายแข็งแรง สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณ ชูชื่น[24] ที่กล่าวว่า พิธีกรรมหรือกิจกรรมบางอย่างยังคงมีบทบาทสำคัญในการเยียวยาจิตใจและสร้างกำลังใจให้แก่ผู้คน เป็นการช่วยเสริมการดูแลทางการแพทย์แผนปัจจุบันในมิติทางจิตวิญญาณ ดังเช่น พิธีกรรมการเหยาในบริบทการแพทย์สมัยใหม่ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบและวิธีการรักษาให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมเช่น การลดขั้นตอนพิธีกรรมให้กระชับขึ้น การปรับเวลาในการประกอบพิธีให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้คนในปัจจุบัน และการผสมผสานการอธิบายสาเหตุของโรคที่สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่

การผสมผสานนี้สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของภูมิปัญญาท้องถิ่นและการยอมรับข้อจำกัดของแต่ละศาสตร์ ซึ่งแสดงถึงการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพที่ร่วมสมัย ด้วยการรับรู้แนวทางองค์รวมในการดูแลสุขภาพและการรักษาที่ฝังรากลึกอยู่ในประเพณีพื้นเมือง ระบบการดูแลสุขภาพจึงสามารถจัดการกับความแตกต่างด้านสุขภาพเฉพาะตัวที่ประชากรพื้นเมืองเผชิญได้ดี[25] ระบบความเชื่อทางวัฒนธรรมมีอิทธิพลอย่างลึกซึ้งต่อแนวทางการปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอด ผู้ให้ข้อมูลใช้แนวคิดท้องถิ่นในการอธิบายอาการผิดปกติ โดยเฉพาะแนวคิดเรื่อง "ผิดกระบูร" และ "อาการซวง" ซึ่งเป็นคำอธิบายเฉพาะทางวัฒนธรรมต่ออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรษา จิตรสม และบานเย็น แสนเรียน[26] ที่พบว่า วัฒนธรรมการดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดมีทั้งความคล้ายคลึงและความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยผสมผสานความเชื่อของชุมชนเข้ากับแนวปฏิบัติต่าง ๆ หากมารดาปฏิบัติตามมีการเลือกและนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพร่างกายที่เหมาะสม ก็จะช่วยลดปัญหาและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ การทำความเข้าใจความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพจึงช่วยให้เข้าใจปัญหาในมุมมองสังคมวิทยา ซึ่งเป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและทำให้การดูแลมีความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาชาวจีนที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติหลังคลอดแบบดั้งเดิม เช่น การอยู่บ้านหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกายกับของเย็น งดเว้นจากงานบ้าน และรับประทานอาหารร้อนซึ่งได้รับความเชื่อจากวัฒนธรรมที่ส่งต่อกันมา[27]

การผสมผสานภูมิปัญญากับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพมีความสมดุลและเกิดประโยชน์สูงสุด ผู้ให้ข้อมูลแสดงการปรับตัวตามบริบทการแพทย์สมัยใหม่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกรณีการผ่าตัดคลอดที่ต้องการการดูแลเฉพาะ มีการยอมรับการรักษาแผนปัจจุบันสำหรับกรณีพิเศษ และเลือกใช้ภูมิปัญญาที่เหมาะสมกับบริบทปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรัชญา เหล่าคมพฤฒาจารย์ และคณะ[28] ที่พบว่า การผสมผสานตามความเชื่อของคนในชุมชนกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันช่วยให้การดูแลสุขภาพมีความสมดุลมากขึ้น และช่วยอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นไม่ให้เลือนหายไปตามบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลง การผสมผสานนี้ควรดำเนินการภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้มั่นใจว่าการนำภูมิปัญญาดั้งเดิมมาใช้ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน[29] บทบาทของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอดมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะบทบาทของย่ายายในการช่วยเหลือดูแลทั้งมารดาและทารก ความรู้สึกและความผูกพันในครอบครัวเป็นแรงจูงใจสำคัญในการดูแล ซึ่งไม่ได้เป็นเพียงการปฏิบัติตามหน้าที่เท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความห่วงใยและความรักที่มีต่อกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Qi และคณะ[30] ที่พบว่า การสนับสนุนที่ดีจากครอบครัวช่วยให้มารดาฟื้นตัวเร็ว ลดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และส่งผลดีต่อพัฒนาการของทารกในระยะยาว รวมถึงการศึกษาของธนาพูน วงค์ษา และคณะ[31] ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลมารดาหลังคลอดช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและลดความเครียดของมารดา รูปแบบการตัดสินใจในการดูแลจึงควรมีความยืดหยุ่นและคำนึงถึงความต้องการของมารดาเป็นสำคัญ เพื่อสร้างสมดุลระหว่างการเคารพภูมิปัญญาดั้งเดิมและการเปิดรับแนวทางการดูแลสมัยใหม่

ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพในระยะยาวเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออกอย่างชัดเจน โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิมส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว และแสดงความกังวลต่อสุขภาพของมารดาและทารกรุ่นใหม่ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิม สอดคล้องกับการศึกษาของ พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และคณะ[32] ที่พบว่า ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การละเลยหรือไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาอาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาเชิงประจักษ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามภูมิปัญญาดั้งเดิม เพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลที่ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการอภิปรายผลข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวนเป็นการผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาดั้งเดิมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีการปรับเปลี่ยนตามบริบทและยุคสมัย ทั้งนี้ บุคลากรทางการพยาบาลควรทำความเข้าใจระบบความเชื่อและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาหลังคลอด เพื่อส่งเสริมการดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและความต้องการของผู้รับบริการ การให้คุณค่าและนำความรู้ของชนพื้นเมืองมาใช้ในแนวทางการดูแลสุขภาพจะช่วยให้บุคลากรทำงานเพื่อให้บรรลุความเท่าเทียมด้านสุขภาพและปรับปรุงความเป็นอยู่โดยรวมของชนพื้นเมืองได้[25] การศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลมารดาหลังคลอดยังควรได้รับการสนับสนุนและต่อยอดเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลที่ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์สมัยใหม่กับภูมิปัญญาดั้งเดิม ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ 1) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในงานวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าถึงประสบการณ์ตรงของผู้ที่ประสบกับปรากฏการณ์นั้นโดยเฉพาะ แม้จะส่งผลให้ข้อมูลมีความลึกซึ้งและสะท้อนบริบทได้อย่างชัดเจน แต่ข้อจำกัดคือไม่สามารถสรุปผลในเชิงสถิติเพื่ออ้างอิงกับประชากรทั่วไปได้ อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังสามารถถ่ายโอน (Transferability) ไปใช้ในบริบทอื่นที่คล้ายคลึงได้ หากพิจารณาว่ามีความสอดคล้องกันในระดับหนึ่ง และ 2) งานวิจัยนี้ดำเนินการในบริบทพื้นที่เฉพาะ ซึ่งอาจส่งผลให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์ที่จำกัดในมิติทางสังคม วัฒนธรรมและระบบบริการเฉพาะพื้นที่ จึงอาจไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มอื่นในบริบทที่แตกต่างได้โดยตรง แต่ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากผลการวิจัย ไปปรับใช้ในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ โดยอิงบริบท ความคิด ความเชื่อหลังคลอด เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดและครอบครัว อีกทั้งยังได้หลักการที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพสตรีโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นควบคู่ไปกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรเข้าใจแนวปฏิบัติทางวัฒนธรรมของชุมชน เช่น การอยู่ไฟ ข้อห้ามทางอาหารและแนวคิดเรื่อง “ผิดกระบูร” เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำที่ไม่ขัดแย้งกับความเชื่อเดิม รวมทั้งให้ความสำคัญกับผู้ดูแลในครอบครัว และใช้เป็นช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่ถูกต้อง

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวนที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดทางการพยาบาลเพื่อทำวิจัยในรูปแบบอื่น ทั้งงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงทดลอง ได้แก่ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน นครราชสีมา โปรแกรมการดูแลสุขภาพหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน นครราชสีมา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มสตรีหลังคลอดชาวไทยวน ผู้ดูแลหลักหลังคลอดของสตรีชาวไทยวน ชาวบ้านโนนกุ่ม ตำบลโนนกุ่ม อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนกุ่มในพื้นที่ทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือทีมผู้วิจัยด้วยดีตลอดระยะเวลาที่ลงพื้นที่ในหมู่บ้านจนได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson K, Ashwill JW, Maternal-child nursing. 6th ed. St. Louis: Elsevier; 2021.
2. Kamuttachat P, Rannakhote J, Kaewdee A. Local wisdom food consumption of postpartum: case study in Phu Thai community Nonhom sub district, Mueang district, Sakon Nakhon province. Journal of Traditional Thai Medical Research. 2018;4(2):39-56. (in Thai)
3. Pano P, Vajaradul Y. Local wisdom of Thai-Song-Dam women's postpartum healthcare at Nong Prong sub-district, Khao Yoi district, Phetchaburi province. Silpakorn University Journal. 2019;39(5):86-95. (in Thai)
4. Kumwilai P, Porasuphatana S. Thai traditional medicine in combination with local wisdom for postnatal care at community hospitals in health region 9 (Nakhonchaiburin). Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine. 2020;18(3):470-7. (in Thai)
5. Kammeeon S, Tongthong K, Puttaruk L, Protipaison C, Rattanachompu P, Philawan N, et al. The survey of knowledges in postpartum health care with Thai traditional medicine in Ban Chit Subdistrict, Ku Kaeo district, Udon Thani province. Journal of Traditional Thai Medical Research. 2023;9(2):87-104. (in Thai)
6. Manokarn C. Health promotion for postpartum mothers with Thai traditional medicine. Kuakarun Journal of Nursing. 2021;28(2):143-53. (in Thai)
7. Sakulphom S, Santipab P, Jayathavaj V, Chantraket R, Silawan T. Thai folk medicine for postpartum care in Nakhon Si Thammarat province. Thai Journal of Health Education. 2020;43(2):107-18. (in Thai)
8. Punyopashtambha H. A synthesis of local wisdom researches on women's healthcare. Srinakharinwirot Research and Development Journal of Humanities and Social Sciences. 2019;11(21):161-73. (in Thai)
9. Srijaroenwanit C, Jiraphaet V. Lived experience of breastfeeding mothers with breast-refusal infants. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Supplement):156-66. (in Thai)
10. Nakhon Ratchasima Chamber of Commerce. 100 Years of Korat Merchants: A Historical Retrospective. Bangkok: Future Press and Media Co., Ltd.; 1999. (in Thai)
11. Hongnakorn S. Thai Yuan traditions and rituals based on shamanism of Po-Pya-Si-Kiaw, at Ban Sikhiu, Amphoe sikhiu, Nakorn ratchasima [master's thesis, unpublished]. Mahasarakham University; 1996. (in Thai)
12. Thubthun N, Tandikul C. A review of studies on Tai Yuan ethnicity. Humanities & Social Sciences. 2017;34(2):245-72. (in Thai)
13. Kruearaya T**.** A survey and compilation project of Lanna craftsmen's knowledge for the restoration of Lanna traditional houses to develop a knowledge base for conservation study at the Lanna Traditional House Museum [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 22]. Available from: https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:169920. (in Thai)
14. Heidegger M. Being and time. Harper & Row (Original work published 1927); 1962.
15. Leonard VW. A Heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. ANS. 1989;11(4):40-55.
16. Van manen M. Phenomenology in its original sense. Qual Health Res. 2017;27(6):810-25.

17. Finlay L. Debating phenomenological research methods. Phenomenology & Practice. 2009;3(1):6-25.
18. Koch T. Interpretive approaches in nursing research: The influence of Husserl and Heidegger. J Adv Nurs. 1995;21(5):827-36.
19. Diekelmann N, Allen D, Tanner C. The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis. New York: National League for Nursing Press; 1989.
20. Gadamer HG. Truth and method (2nd rev. ed.). London. Continuum publishing group; 1989.
21. Hollaway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 5th ed. West Sussex UK: Wiley Blackwell; 2023.
22. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research. Sage publications; 2009.
23. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Sage publications; 1985
24. Chuchuen S. Analysis of Yao ritual: Traditional healing in modern medical context. Journal of language and culture. 2024;3(2):18-31. (in Thai)
25. Verma S. Indigenous knowledge: Health and well-being. Kartar Naga. P.K. Publishers & Distributors; 2024.
26. Chitsom S, Saenrian B. Multi-culture for postpartum maternal care. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2021;15(38):605-18. (in Thai)
27. Cai D, Villanueva P, Lu H, Zimmermann B, Horsch A. A qualitative study of postpartum practices and social support of Chinese mothers following childbirth in Switzerland. Midwifery. 2024;138,104137.
28. Laokhompruttajan J, Laokhompruttajan T, Kanjanasit W, Wongwai N. Local wisdom in health: Integrations to learning management in caring for postpartum mothers. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023;17(2):618-30. (in Thai)
29. Pattaranawik P, Pattaranawik P, Artsanthia J. Concepts integration of Thai traditional medicine and modern medicine in healthcare. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2023;4(3):1-12. (in Thai)
30. Qi W, Liu Y, Lv H, Ge J, Meng Y, Zhao N, et al. Effects of family relationship and social support on the mental health of Chinese postpartum women. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;1-10.
31. Wongsa T, Thiangprom P, Ardkhamphai W. A study on family and community involvement in early childhood education in child development centers in Loei province. Journal of Mani Chettha Ram Wat Chommani. 2024;7(6):837-51. (in Thai)
32. Phongsakchat P, Malai C, Noysipoom N, Jampated M. Health behaviors enhancing based on local wisdom. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2019;20(3):44-53. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา

มะลิ โพธิพิมพ์ ส.ด.[1]
วลัญช์ชยา เขตบำรุง ปร.ด.[2]
จุน หน่อแก้ว วท.ม.[3]
ธีรยุทธ อุดมพร ปร.ด.[3,4]
ธนบดี ชุ่มกลาง ส.ด.[3]

(วันรับบทความ :17 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :11 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :21 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุพบได้บ่อยในทุกประเทศทั่วโลก ผลจากการหกล้มนำมาซึ่งการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิต การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 384 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม จำนวน 6 กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67-1 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย พบว่า อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้ม จำนวน 82 คน (ร้อยละ 21.30) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ ความผิดปกติของการมองเห็น ปัญหาการทรงตัว และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และแสงสว่างภายในห้องน้ำ มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยจากอุบัติการณ์การหกล้ม รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านลักษณะที่อยู่อาศัย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแล และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ชุมชน การพลัดตกหกล้ม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้ม

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
[3]อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: teerayuth_udo@vu.ac.th Tel: 087-7743979

Factors Associated with Falls among the Older Adults in Nakhon Ratchasima Province

Mali Photipim Dr.PH[1]
Valanchaya Ketbumroong Ph.D.[2]
Jun Norkaew M.Sc.[3]
Teerayuth Udomporn Ph.D.[3,4]
Thanabodee chumklang Dr.PH[3]

(Received Date: March 17, 2025, Revised Date: May 11, 2025, Accepted Date: May 21, 2025)

Abstract

Falls among older adults are common in all countries worldwide. The consequences of falls include injuries, disabilities, and mortality. This cross-sectional analytical study aimed to examine the incidence of falls and investigate factors associated with falls among older adults in Nakhon Ratchasima Province. A total of 384 older adults were selected using cluster sampling in six groups. Data were collected using a questionnaire, with IOCs ranging from 0.67 to 1 and were analyzed using descriptive statistics and Chi-square tests.

The study results revealed that the incidence of falls among older adults in the past six months was 21.30%, with 82 individuals reporting at least one fall. Personal and environmental factors were significantly associated with the falls. Personal factors that were significantly associated with falls included having chronic diseases, the number of chronic diseases, regular use of diuretics and other medications, visual impairment, balance problems, and urinary incontinence ($p < .05$). Environmental factors significantly associated with falls included housing characteristics, furniture arrangement, indoor lighting, and bathroom lighting ($p< .05$). Conclusions and recommendations: The findings highlight the incidence of falls and the influence of both personal and environmental factors on fall risk among older adults. These results can serve as fundamental data for relevant stakeholders to develop fall prevention strategies, improve living environments, and enhance care for older adults in the community.

Keywords: older adults, community, falls, factors associated with falls

[1]Assistant Professor, Master of Public Public Health Program, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

[2]Assistant Professor, Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

[3]Lecturer, Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

[4]Corresponding Author, E-mail: teerayuth_udo@vu.ac.th Tel: 0877743979

บทนำ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุทั้งในอดีตและปัจจุบันของทุกประเทศทั่วโลก[1,2] จากรายงานอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุทั่วโลกพบมากถึงร้อยละ 18-47[3,4] และในจำนวนนี้มีรายงานว่ามีผู้สูงอายุที่หกล้มซ้ำ ๆ ประเทศไทยรายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี โดยพบว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่หกล้มจะมีอาการบาดเจ็บ ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการพลัดตกหกล้ม จำนวน 71,035 ราย และมีผู้เสียชีวิต 1,472 ราย ซึ่งการพลัดตกหกล้มยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุจราจร[5]

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อผู้สูงอายุเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้สูงอายุอาจมีผลทั้งทางด้านร่างกาย ซึ่งพบว่าภายหลังการหกล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 5-10 พบการบาดเจ็บรุนแรง และร้อยละ 3.50-6 มีกระดูกหักร่วมด้วย มีการบาดเจ็บของสมอง หรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง มักพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 20-30 และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 25-75 ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่า ร้อยละ 30-73 ของผู้สูงอายุที่หกล้มจะขาดความมั่นใจในการปฏิบัติภารกิจในการใช้ชีวิตประจำวัน เก็บตัว ไม่กล้าไปไหนมาไหนตามปกติ วิตกกังวล ซึมเศร้า ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[6,7] นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจในครอบครัวผู้สูงอายุ รวมถึงสังคม เช่น ค่ารักษาเมื่อต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการด้านคนดูแลประจำวันการสูญเสียรายได้จากการหยุดงานของญาติ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น ชุมชน และหน่วยงานภาครัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ทำให้งบประมาณมีจำกัดในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิการอื่น ๆ ของชุมชน เป็นต้น[8] โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ประมาณ 36,520 บาท และค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการดูแลโดยญาติหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 72,150 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งรายต่อปี[9]

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factors) เป็นปัจจัยที่พบได้บ่อย ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างต่อเนื่องในลักษณะที่เสื่อมถอย ส่งผลให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายลดประสิทธิภาพลง โดยเฉพาะเมื่อมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล การขาดการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่ดี อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ รวมถึงความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งภาวะเจ็บป่วยเหล่านี้มักเกิดร่วมกัน และต้องรักษาด้วยยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยภายในของผู้สูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ การมีโรคประจำตัว การป่วยด้วยหลายโรคพร้อมกัน เช่น โรคทางระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูก และระบบต่อมไร้ท่อ การใช้ยาที่ส่งผลต่อระบบประสาท เช่น ยานอนหลับหรือยาคลายเครียด รวมถึงภาวะการทรงตัวไม่ดี การมองเห็นลดลง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการไม่มีกิจกรรมทางกาย ล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สภาพบ้านที่ไม่ปลอดภัย หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ การจัดเฟอร์นิเจอร์ในบ้านไม่เป็นระเบียบ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน พื้นบ้านไม่เรียบ มีขอบธรณีประตู การมีบ้านสองชั้นที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องขึ้นลงบันได พื้นห้องน้ำเปียก ลื่น ลักษณะโถสุขภัณฑ์ที่ต้องนั่งยอง ๆ โดยปัจจัยเหล่านี้ ต่างส่งผลให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในขณะเดียวกันการเกิดปัจจัยบางปัจจัยอาจส่งผลให้เกิดปัจจัยอื่นเพิ่มเติมขึ้นมาและส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้สูงขึ้น[6,7,10] จังหวัดนครราชสีมา มีประชากรจำนวน 2,630,058 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 428,699 คน คิดเป็นร้อยละ 16.30 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปี ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรค พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนใหญ่อยู่ในครัวเรือนชั้นเดียวที่มีพื้นต่างระดับ ขาดแสงสว่างเพียงพอ และมีโรคประจำตัวร่วมหลายโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปัญหาการทรงตัว[11] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ยังมีความแตกต่างทั้งอัตราอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาอุบัติการณ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มี

ผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับสองของประเทศไทย[12] ข้อมูลจากผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้เกี่ยวข้องสำหรับใช้ในการการพัฒนาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา เพื่อลดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

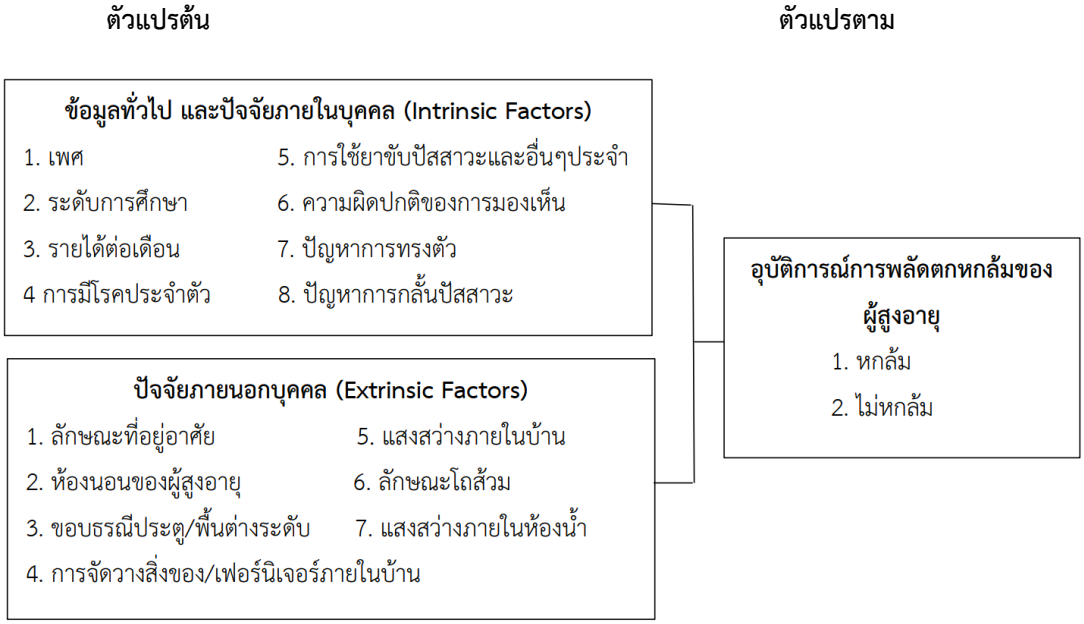
1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีประชากรจำนวน 428,699 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา เป็นการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดกระบวนการสูงวัย (Aging process) จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factors) ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่นๆประจำ ความผิดปกติของการมองเห็น และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factors) ประกอบด้วย ลักษณะที่อยู่อาศัย ห้องนอนของผู้สูงอายุ ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับ การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน ลักษณะโถส้วม และแสงสว่างภายในห้องน้ำ[6-8] จึงสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 428,699 คน[11] กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดโดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของ Krejcie และ Morgan[13] กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ .05 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร 0.50 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เริ่มจากการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) จากอำเภอทั้งหมด 32 อำเภอ สุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก จำนวน 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครราชสีมา อำเภอพิมาย อำเภอคง อำเภอสีดา อำเภอปักธงชัย อำเภอประทาย และอำเภอสูงเนิน และสุ่มเลือกอำเภอละ 1 ตำบล ๆ ละ 64 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) เป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี

2) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living: ADL) มากกว่า หรือเท่ากับ 12 โดยทีมวิจัยเป็นผู้ประเมิน

3) สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการได้ยิน พูดคุยรู้เรื่อง

4) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย

1) ไม่อยู่ในพื้นที่ระหว่างการศึกษาหรือย้ายออกจากพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครราชสีมา คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยภายในบ้าน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Item objective congruency index: IOC) ค่า IOC ทั้งหมดอยู่ในช่วง 0.67-1 ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขข้อความบางข้อให้มีความชัดเจน สื่อสารได้ถูกต้องยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันอีกครั้ง (Objectivity) จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อำเภอครบุรี จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อแบบสอบถาม

การเก็บข้อมูลการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยเริ่มจากการทำหนังสือถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ทีมผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอนัดพบกลุ่ม อสม. ในหมู่บ้านที่จะทำการลงเก็บข้อมูล และชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด

3. ทีมผู้วิจัย ร่วมกับ อสม. ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบถ้วน

4. ทีมผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ความสมบูรณ์ และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive study) ใช้ในการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้วยการแจงแจงความถี่ ร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential statistics) ใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยค่าสถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ 08/2567 ลงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอน ดังนี้ ทีมผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลการวิจัยแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจนเข้าใจ จากนั้นได้เซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอโดยภาพรวม และถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 259 คน (ร้อยละ 67.40) การศึกษาระดับประถมศึกษา 222 คน (ร้อยละ 57.80) รายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท 183 คน (ร้อยละ 47.70) ไม่มีโรคประจำตัว 196 คน (ร้อยละ 51.10) จำนวนโรคประจำตัวมากกว่า 3 โรค 186 คน (ร้อยละ 48.40) ไม่มีการใช้ยาประจำ 234 คน (ร้อยละ 60.90) ไม่มีความผิดปกติในการมองเห็น 237 คน (ร้อยละ 61.70) ไม่มีปัญหาการทรงตัว 255 คน (ร้อยละ 66.40) ไม่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ 302 คน (ร้อยละ 78.60) ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 302 คน (ร้อยละ 78.70) มีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 82 คน (ร้อยละ 21.30) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ (n=384)

อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มี	82	21.30
ไม่มี	302	78.70
รวม	384	100

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมาจากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การมีโรคประจำตัว ($\chi^2 = 6.03$, $p = .010$) จำนวนโรคประจำตัว ($\chi^2 = 16.07$, $p < .001$) การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ ($\chi^2 = 12.73$, $p < .001$) ความผิดปกติของการมองเห็น ($\chi^2 = 6.06$, $p = .010$) ปัญหาการทรงตัว ($\chi^2 = 26.30$, $p < .001$) และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ($\chi^2 = 31.57$, $p = <.001$) มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ($\chi^2 = .77$, $p = .379$) ระดับการศึกษา ($\chi^2 = 4.91$, $p = .086$) และรายได้ ($\chi^2 = .98$, $p = .806$) ไม่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (n=384)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การพลัดตกหกล้ม จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	*p*-value
	มี	ไม่มี		
เพศ				
หญิง	52 (13.50)	207 (53.90)	0.77	.379
ชาย	30 (7.80)	95 (24.70)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	56 (14.60)	166 (43.20)	4.91	.086
มัธยมศึกษา	23 (6)	115 (29.90)		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	3 (0.80)	21 (5.50)		
รายได้ต่อเดือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1000 บาท	25 (6.50)	95 (24.70)	0.98	.806
1001-5000 บาท	42 (10.90)	141 (36.70)		
5001-10,000 บาท	13 (3.40)	53 (13.80)		
มากกว่า 10,000 บาท	82 (21.40)	302 (78.60)		
การมีโรคประจำตัว				
มี	50 (13)	138 (35.90)	6.03	.010*
ไม่มี	32 (8.30)	164 (42.70)		
จำนวนโรคประจำตัว				
1 โรค	44 (11.50)	113 (29.40)	16.07	<.001*
2-3 โรค	14 (3.60)	27 (7)		
มากกว่า 3 โรค	24 (6.30)	162 (42.20)		
การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ				
1 ชนิด	41 (10.70)	92 (24)	12.73	.002*
2 ชนิด	5 (1.30)	12 (3.10)		
มากกว่า 2 ชนิด	36 (9.40)	198 (51.60)		
ความผิดปกติของการมองเห็น				
มี	41 (10.70)	106 (27.60)	6.06	.010*
ไม่มี	41 (10.70)	196 (51)		
ปัญหาการทรงตัว				
มี	47 (12.20)	82 (21.40)	26.30	<.001*
ไม่มี	35 (9.10)	220 (57.30)		
ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ				
มี	36 (9.40)	46 (12)	31.57	<.001*
ไม่มี	46 (12)	256 (66.70)		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < .05

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านลักษณะที่อยู่อาศัย พบว่า ลักษณะที่อยู่อาศัย ($\chi2$ = 9.46, p = .009) การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน ($\chi2$ = 6.29, p = .012) แสงสว่างภายในบ้าน ($\chi2$ = 16.20, p = <.001) และแสงสว่างภายในห้องน้ำ ($\chi2$ = 15.84, p = <.001) มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านห้องนอนของผู้สูงอายุ ($\chi2$ = 0.20, p = .656) ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับ ($\chi2$ =0.12, p =.417) และลักษณะโถส้วม ($\chi2$ = 2.76, p = .096) ไม่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา (n=384)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม	การพลัดตกหกล้ม จำนวน (ร้อยละ)		$\chi2$	*p*-value
	มี	ไม่มี		
ลักษณะที่อยู่อาศัย				
บ้านชั้นเดียวติดพื้น	37 (9.60)	147 (38.30)	9.46	.009*
บ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง	18 (4.70)	29 (7.60)		
บ้านสองชั้น	27 (7)	126 (32.80)		
ห้องนอนของผู้สูงอายุ				
ชั้นบน	15 (3.90)	49 (12.80)	0.20	.656
ชั้นล่าง	67 (17.40)	253 (65.90)		
ขอบธรณีประตู/พื้นต่างระดับ				
มี	18 (4.70)	61 (15.90)	0.12	.417
ไม่มี	64 (16.70)	241 (62.80)		
การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน				
ไม่เป็นระเบียบ	72 (18.80)	288 (75)	6.29	.012*
เป็นระเบียบ	10 (2.60)	14 (3.60)		
แสงสว่างภายในบ้าน				
ไม่เพียงพอ	26 (6.80)	39 (10.20)	16.20	<.001*
เพียงพอ	56 (14.60)	263 (68.50)		
ลักษณะโถส้วม				
ส้วมนั่งยอง ๆ	39 (10.20)	113 (29.40)	2.76	.096
โถนั่งหรือชักโครก	43 (11.20)	189 (49.20)		
แสงสว่างภายในห้องน้ำ				
ไม่เพียงพอ	25 (6.50)	37 (9.60)	15.84	<.001*
เพียงพอ	57 (14.80)	265 (69)		

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < .05

การอภิปรายผล

1. อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีประวัติการพลัดตกหกล้มร้อยละ 21.30 ซึ่งต่ำกว่าสถานการณ์การพลัดตกหกล้มระดับประเทศ ที่กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี[5] และต่ำกว่าการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และจิรพรรณ โพธิ์ทอง[15] ที่ศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26 และต่ำกว่าการศึกษาของอรษา ภูเจริญ และคณะ[16] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผู้สูงอายุมีประวัติหกล้ม ร้อยละ 86.80 และต่ำกว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Leong และคณะ[17] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุที่สถานบริการของรัฐ เมืองกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย พบว่า อัตราการพลัดตกหกล้มร้อยละ 37.27 ในหนึ่งปีที่ผ่านมา และต่ำกว่าการศึกษาของ Appeadu และ Bordoni[18] ศึกษาการหกล้มและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในเมืองไมแอมี รัฐฟลอริดาในสหรัฐอเมริกา สรุปว่า อัตราการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ในแต่ละปี แต่ยังสูงกว่าการศึกษาของ ถนอม นามวงศ์ และนริศรา อารีรักษ์[14] ที่ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร พบว่า ความชุกของการพลัดตกหกล้มร้อยละ 7.50 อภิปรายได้ว่า อาจมีความแตกต่างในอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ เช่น ช่วงเวลาที่ศึกษา หากมีการเก็บข้อมูลช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะได้รับคำแนะนำให้อยู่ภายในบริเวณบ้าน อาจมีความเคยชินรู้จุดเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังในการมีกิจกรรมภายในบ้าน อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มอาจลดต่ำลง ขณะที่การดำเนินชีวิตผู้สูงอายุในภาวะปกติผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ขาดลูกหลานดูแล อาจต้องทำมาหาเลี้ยงชีพทุกวัน วันละหลายชั่วโมงติดต่อกันจนเกิดความอ่อนล้า อ่อนเพลีย วิงเวียน จนนำไปสู่การหกล้มได้ หรืออาจมีความแตกต่างด้านของคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีโรคประจำตัว มีการใช้ยาหลายชนิดอาจส่งผลต่ออุบัติการณ์พลัดตกหกล้มได้ เนื่องจากผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดการง่วงซึม หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง[19] อีกทั้งการขาดกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอยังส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและขาดความยืดหยุ่นทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการทรงตัวและควบคุมการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ ความผิดปกติของการมองเห็น ปัญหาการทรงตัว และปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ทั้งนี้ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ประกอบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการกินอาหาร การออกกำลังกายและการผ่อนคลายความตึงเครียดแต่ละคนไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายโรคตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคที่เกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อ การรักษาต้องพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลานาน[20] หรืออาจต้องรักษาตลอดชีวิตเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามข้อจำกัด ยาที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังเหล่านี้หลากหลายชนิดที่มีผลต่อร่างกาย เช่น ยาขับปัสสาวะ ส่งผลให้ต้องปัสสาวะบ่อย ๆ หรือปัสสาวะเล็ด ต้องเร่งรีบในการเข้าห้องน้ำจึงเป็นสาเหตุของการหกล้มตามมา ยาคลายเครียด หรือยานอนหลับที่ได้รับอาจส่งผลต่อระบบประสาท ทำให้อ่อนเพลีย ง่วงซึม เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาความผิดปกติของการมองเห็น ปัญหาการทรงตัว ซึ่งมีสาเหตุทั้งจากความเสื่อมของอวัยวะในการมองเห็นทั้งเลนส์ตาที่มีความขุ่น และเสื่อมตามวัย เส้นประสาท รวมเส้นเลือดที่มาเลี้ยงตาทำงานได้ลดลง รวมถึงการติดเชื้อที่ตาส่งผลให้การมองเห็นของผู้สูงอายุลดลง นำมาซึ่งการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มตามมาได้ ปัญหาการทรงตัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีสาเหตุหลายประการ เช่น การมีน้ำหนักตัวเกิน หรือมีภาวะอ้วน รวมทั้งโรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อ เช่น โรคข้ออักเสบ (Arthritis) โรคเก๊าท์ โดยอาการของโรคนี้จะทำให้ข้อมีอาการปวดบวมแดง เคลื่อนไหวได้ลำบาก ทำให้เพิ่มโอกาสการหกล้มในผู้สูงอายุตามมา ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhao และคณะ[21] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชนบท ประเทศจีน พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การมีโรคร่วมหลายโรค

มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชนบทของประเทศจีน และสอดคล้องกับ Appeadu และ Bordoni[18] ที่ศึกษาทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สรุปว่าการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อการมองเห็นบกพร่อง การกินยาหลายชนิดหรือยาเกี่ยวกับจิตเวช โรคกระดูก ภาวะวิงเวียน การทำงานของอวัยวะต่างๆมีข้อจำกัด การรับรู้บกพร่อง โรคเบาหวาน และความเจ็บปวด มีความสัมพันธ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang และคณะ[22] ที่ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้มและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน 16 จังหวัดในประเทศจีน พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ทั้งข้อเข่าเสื่อม ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ภาวะสุขภาพไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้สอดคล้องกับข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ[23] ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีบทบาทสำคัญต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหลายชนิด เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคทางระบบประสาท ซึ่งมักต้องใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) อันอาจส่งผลให้เกิดอาการเวียนศีรษะหรือความดันโลหิตต่ำ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ความบกพร่องของระบบการมองเห็นและระบบการทรงตัวที่เสื่อมถอยตามวัย รวมถึงภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเร่งรีบเคลื่อนไหวในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น บริเวณบ้านที่มีแสงสว่างไม่เพียงพอล้วนเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการหกล้ม ข้อมูลดังกล่าวยืนยันถึงความจำเป็นในการประเมินปัจจัยภายในของผู้สูงอายุอย่างรอบด้านเพื่อป้องกันการหกล้มในระยะยาว

2.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และแสงสว่างภายในห้องน้ำ มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะที่อยู่อาศัยที่เป็นบ้านสองชั้นหรือมากกว่า ผู้สูงอายุอาจต้องเดินขึ้นลงบันไดวันละหลาย ๆ รอบโดยเฉพาะหากห้องนอนผู้สูงอายุอยู่ชั้นสองของบ้าน การขึ้นลงบ่อย ๆ ไม่มีราวเกาะที่มั่นคง มีสิ่งของวางเกะกะ หรือขณะที่มีความเร่งรีบก็เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยไม่ควรเปลี่ยนที่บ่อย ๆ เพราะผู้สูงอายุอาจไม่ระวัง มีอาการหลงลืม หรืออาจไม่เคยชิน ทำให้สะดุดล้มได้ง่าย แสงสว่างภายในห้องนั่งเล่น หรือห้องน้ำของบ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยต้องมีความสว่างอย่างเพียงพอ เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสายตาที่มีความเสื่อมตามวัยทำให้การมองเห็นลดลงอยู่แล้ว หากแสงสว่างไม่เพียงพอก็อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Leong และคณะ[17] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุที่สถานบริการของรัฐเมืองกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย พบว่า ปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนที่ของเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonkhao และคณะ[24] ที่ศึกษาปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น แสงสว่างไม่เพียงพอที่ห้องนั่งเล่น ห้องน้ำ มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hongchuvech[25] ที่ศึกษาการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า สภาพแวดล้อมภายนอกบ้าน เช่น ทางเดินที่มีพื้นผิวไม่สม่ำเสมอ พื้นเปียกลื่น หรือมีสิ่งกีดขวาง ยังเป็นอีกปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีราวจับบริเวณบันไดหรือทางลาด ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีโอกาสหกล้มสูงข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการปรับปรุงและจัดการสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้านให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุถือเป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการหกล้ม ซึ่งควรถูกนำไปใช้ในการกำหนดมาตรการเชิงป้องกันในระดับครัวเรือนและระดับนโยบาย

สรุปการวิจัย

จากการศึกษา พบว่า อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุร้อยละ 21.3 ปัจจัยภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 6 ปัจจัย ได้แก่ การมีโรคประจำตัว จำนวนโรคประจำตัว การใช้ยาขับปัสสาวะและอื่น ๆ ประจำความผิดปกติของการมองเห็นปัญหาการทรงตัวและปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ส่วนปัจจัยภายนอกด้านที่อยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย การจัดวางสิ่งของ/เฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน แสงสว่างภายในบ้าน และแสงสว่างภายในห้องน้ำ

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มได้

2. วิธีการเก็บข้อมูลอาศัยการตอบแบบสอบถามจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ ซึ่งอาจได้รับข้อมูลที่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านความจำที่อาจลดลงตามวัย หรือสภาพความพร้อมในการให้ข้อมูลในช่วงเวลานั้น เช่น อาจมีภารกิจเร่งด่วนหรือความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้ทั่วไปในกลุ่มประชากรสูงอายุ

3. ขอบเขตของการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการศึกษาครั้งนี้อาศัยการวิเคราะห์เชิงพรรณนาและสถิติไคสแควร์ ซึ่งเหมาะสมกับลักษณะข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มมีจำนวนมากและอาจเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน การวิเคราะห์ในครั้งนี้จึงไม่สามารถสะท้อนความสัมพันธ์เชิงซ้อนหรือผลกระทบแบบพหุปัจจัยได้ทั้งหมดในเชิงลึก

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยต่อเนื่องจากการพลัดตกหกล้ม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องควรจัดทำแนวทางการลดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน เพื่อการแก้ไขอย่างยั่งยืน

2. ผู้เกี่ยวข้องควรนำปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 6 ปัจจัย และปัจจัยภายนอกด้านสิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้ม สู่การสร้างการรับรู้ เพื่อหาแนวทางสร้างนวัตกรรมในการแก้ไขเพื่อลดการบาดเจ็บ พิการและเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุต่อไป

3. ควรนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมกำหนดกระบวนการประเมินผลอย่างเป็นระบบ และพัฒนากิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการหกล้มและส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยอิงจากปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการหกล้มในครั้งนี้ เช่น การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกายเสริมความแข็งแรง และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมภายในบ้าน

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ กับการพลัดตกหกล้ม โดยใช้การวิจัยแบบภาคตัดขวางร่วมกับการวิเคราะห์พหุคูณ (Multivariate analysis) หรือการวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง (Structural equation modeling: SEM) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงอิทธิพลของแต่ละปัจจัยต่อการหกล้ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่ตรงจุดยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณ อสม. และผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการวิจัยในครั้งนี้

References

1. Suh M, Kim DH, Cho I, Ham OK. Age and gender differences in fall-related factors affecting community-dwelling older adults. J Nurs Res. 2023;31(2):e270.
2. Moreland BL, Burns ER, Haddad YK. National rates of non-fatal emergency department visits and hospitalisations due to fall-related injuries in older adults 2010–2014 and 2016: Transitioning from ICD-9-CM to ICD-10-CM. Inj Prev. 2021;27(S1):i75–8.
3. Bhoomika V, Chandrappa M, Reddy MM. Prevalence of fall and associated risk factors among the elderly living in a rural area of Kolar. J Family Med Prim Care. 2022;11(7):3956-60.
4. Alex D, Khor HM, Chin AV, Hairi NN, Cumming RG, Othman S, et.al. Factors associated with falls among urban-dwellers aged 55 years and over in the Malaysian elders longitudinal research (MELoR) study. Front Public Health. 2020;8(506238):1-8.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [FP] Fall data (W00 - W19). [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode. (in Thai)
6. Simonné I, Kis P, Gyombolai Z, Kubik A, Báthory S, Kovács É. Prevalence of risk factors for falls among older adult ambulant patients on a chronic inpatient ward. Dev Health Sci. 2023;5(1):1-7.
7. Poungthong N, Keeratisiroj O. Factors influencing falls prevention behavior among the elderly in Thapthan District, Uthaithani Province. Journal of Health and Nursing Research. 2022;38(1):73-85. (in Thai)
8. Xing L, Bao Y, Wang B, Shi M, Wei Y, Huang X, et.al. Falls caused by balance disorders in the elderly with multiple systems involved: Pathogenic mechanisms and treatment strategies. Front Public Health. 2023;23(14)14:1-8.
9. Khongboon P, Pongpanich S. Estimating Long-term care costs among Thai Elderly: A Phichit Province case Study. J Aging Res. 2018;2018:4180565.
10. Ngamsangiam P, Suttanon P. Risk factors for falls among community-dwelling elderly people in Asia: A systematic review. Sci Technol Asia. 2020;25(3):105-26.
11. Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. Elderly data. [Internet] 2024 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source. (in Thai)
12. National Statistical Office. The Survey of Older Persons in Thailand, 2024. Bangkok: National Statistical Office; 2025.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
14. Namwong T, Arrirak N. Prevalence and risk factors of falls among elderly in Yasothon province. Disease Control Journal. 2023;49(1):158-66. (in Thai)

15. Wandee P, Phothong J, Jaiyangyeun U. The study of falls among the elderly in the community, Suphan Buri Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2020;14(34):126-41. (in Thai)
16. Phucharern O, Rodkaew A, Konkong C, Thongbuaban R. The related factors to elderly fall in Huaroe Subdistrict Mueang District Phitsanulok Province. PSRU Journal of Science and Technology 2018;3(2):46-54. (in Thai)
17. Leong WS, Zukri INM, Ching SM, Devaraj NK. Factors associated with falls among the elderly attending a government clinic in Kuala Lumpur. Mal J Med Health Sci. 2020;16(1):183-90.
18. Appeadu MK, Bordoni B. Falls and Fall Prevention in Older Adults. [Updated 2023 Jun 4]. In: StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2025 Jan [Internet].2023 [cited 2024 Mar 15]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/
19. Rodseeda P. Fall prevention among the elderly living in a community: The nursing role in home health care. Thai Red Cross Nursing Journal. 2018;11(2):15-25. (in Thai)
20. Photipim M, Pholsripradist P, Bonyaphagorn S, Bunyaphagorn J, Ketbumroong V, Norkaew J, et.al. The effect of social support and other factors on resilience among older adults. J Health Sci Res. 2023;17(2):143-52. (in Thai)
21. Zhao Y, Xie D, Zhang C, Wang H, Zhang B, Liu S, et al. Analysis of factors influencing fall risk among elderly people in rural of China. Sci Rep. 2024;27;14(1):9703.
22. Wang K, Chen M, Zhang X, Zhang L, Chang C, Tian Y, et al.. The incidence of falls and related factors among Chinese elderly community residents in six provinces. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:14843.
23. Department of Older Persons. Falls in older persons [Internet]. [cited 2024 May 11]. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/15/548
24. Boonkhao L, Puangjan K, Ouengprasert I, Laosupap K, Bootsorn A, Junsiri S, et al. Home environmental factors associated with falls among elderly in Ubon Ratchathani, Thailand. J Multidiscip Healthc. 2024;17:1363-73.
25. Hongchuvech Y. Reducing the risk factors of falls in the elderly. EAU Herit J Sci Technol. 2024;18(1):32–43.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด

นวลปราง เห็มนุช พย.ม.[1,2]
กุมาลีพร ตรีสอน พย.ม.[1]

(วันรับบทความ: 13 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 14 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 22 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 128 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 3) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนทางสังคม และ 5) พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.92, 0.93, 0.90 และ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุรายด้านอยู่ในระดับสูง โดยพบว่ามีปัจจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 3) อายุ และ 4) เพศหญิง ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 56 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

[1]อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: nphn@reru.ac.th Tel: 093-4875846

Predictive Factors of Caregiving Behaviors Among Caregivers of Older Adults in the Community in Roi Et Province

Nuanprang Hemnoot M.N.S.[1,2]
Kumaleeporn Treesorn M.N.S.[1]

(Received Date: April 13, 2025, Revised Date: May 14, 2025, Accepted Date: May 22, 2025)

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate the factors predicting caregiving behaviors among the caregivers of older adults in community settings. The studied predictors included gender, age, knowledge of elderly care, attitudes toward older adults, and social support. The sample consisted of 128 caregivers of older adults residing in one subdistrict of Roi Et Province. Participants were selected through multistage sampling. Data were collected using questionnaires composed of five parts: (1) the personal information of caregivers, (2) knowledge of elderly care, (3) attitudes toward older adults, (4) social support, and (5) caregiving behaviors. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) for the scales were 0.92, 0.93, 0.90 and 0.95, respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regressions with a significance level set at .05.

The study found that caregivers of older adults demonstrated a high level of knowledge regarding elderly care, held positive attitudes toward older adults, received a high level of social support, and exhibited a high overall level of caregiving behaviors. Each specific aspect of caregiving behavior also scored at a high level. Four factors were identified as predictors caregiving behaviors among caregivers: (1) social support, (2) knowledge of elderly care, (3) age, and (4) being female. These factors collectively predicted 56% of the caregiving behaviors among caregivers with statistical significance at the .05 level. The findings highlight the potential for applying these results to enhance the capacity of community-based caregivers. Specifically, the study supports the development of training programs aimed at increasing knowledge of elderly care and promoting strong social support networks among caregivers. These strategies are essential for strengthening caregiver competency and improving the quality of care for older adults.

Keywords: caregiving behaviors, caregivers of older adults, social support, knowledge of elderly care

[1]Lecturer, Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University
[2]Corresponding authors, Email: nphn@reru.ac.th Tel: 093-4875846

บทนำ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ อัตราการเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด[1] แสดงถึงการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรสูงอายุร้อยละ 20.13 ของประชากรทั้งหมด[1] ซึ่งสะท้อนถึงสถานการณ์ที่ต้องเผชิญกับความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลในจังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.80 กลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.70 และกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.50[1] ซึ่งพบประเด็นปัญหาตามมาและส่งผลให้สังคมต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาชีวิตหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านจิตใจ รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน[2] ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการพึ่งพาผู้อื่นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัย[3]

การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีรวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุเองและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ[3] ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยบทบาทหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ การดูแลด้านสังคม และการดูแลด้านการบริหารจัดการ[3,4] ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีบทบาทและประสบการณ์การดูแลที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตใจและอารมณ์[4,5]

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุพบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย[6] ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าเพศชาย[6,7] เนื่องจากเพศหญิงมักมีบทบาทครอบครัวในฐานะผู้ดูแล จึงมีความเข้าใจและความอดทนต่อภาระงานด้านการดูแลมากกว่า[7] และมีหลายการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีความเห็นอกเห็นใจอีกทั้งมีความละเอียดอ่อนในด้านอารมณ์สูงกว่าเพศชาย ซึ่งส่งผลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างอ่อนโยน[8] ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและทัศนคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9-11] เนื่องจากความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ[12] รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการดูแลอย่างเต็มใจ ไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระและมีความพยายามในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนออกมาเป็นพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมและเอื้อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ[13] นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล[14-16] ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือเครือข่ายสังคม จะช่วยลดความเครียดของผู้ดูแล เพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น[17]

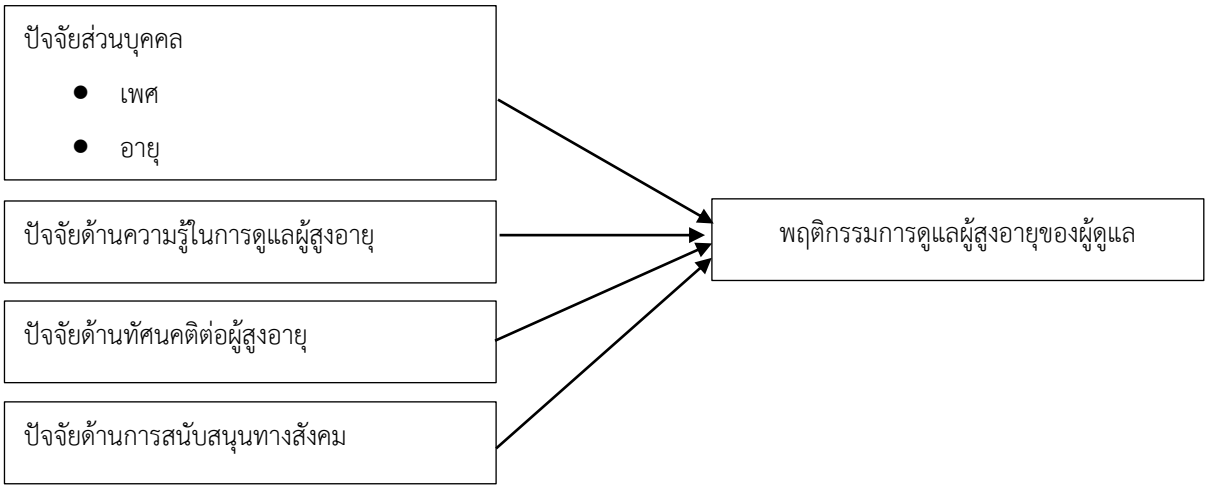
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าบทบาทและประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันตามปัจจัยหลายด้าน เช่น อายุ เพศ ความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม[6,7,9-11,14-16] ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีแนวโน้มเชื่อมโยงกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มีการศึกษาแบบองค์รวมที่รวมปัจจัยเหล่านี้เพื่อทำนายพฤติกรรมการดูแลโดยตรงในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังกล่าวได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด[1] และเป็นพื้นที่เป้าหมายในการบริการวิชาการแก่ชุมชนของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกิจของมหาวิทยาลัยด้านการพัฒนาท้องถิ่น ที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีโรคเรื้อรัง การศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมยังมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีสัดส่วนมากที่สุดในชุมชน และยังไม่มีงานวิจัยเฉพาะในพื้นที่นี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพดี สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติในการดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้[6,7,9-11,14-16] 1) เพศ 2) อายุ 3) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ 4) ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และ 5) การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาตัวแปรดังกล่าวเนื่องจากมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลตามบริบทของสังคมไทย สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่พักอาศัยในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด และอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.4[18] กำหนดใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ Linear Multiple Regression (Fix model, R^2 Deviation from zero) กำหนด Effect Size = 0.15[19] กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และ Power of Test ที่ .90 ตัวแปรทำนาย 5 ตัว คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 116 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 128 ราย

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้ 1) สุ่มหมู่บ้านที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด 2) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยสัดส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน และ 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่หมู่บ้านด้วยความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดคุณสมบัติของ

กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป หากเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จะได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) โดยคะแนนอยู่ในเกณฑ์ปกติ มากกว่า 17 คะแนน 2) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร หลาน พี่-น้อง และสามี-ภรรยา และ 3) มีสติ สัมปชัญญะ สื่อสารรู้เรื่อง เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล ความสัมพันธ์ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เกี่ยวกับด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ด้านสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ และด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล แบบสอบถามเป็นลักษณะคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-23 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)[20] ดังนี้ คะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ คะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนน 16-23 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนน การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)[20] ดังนี้ คะแนน 5-9 หมายถึง ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับน้อย คะแนน 10-14 หมายถึง ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 15–20 หมายถึง ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)[21] จำนวน 14 ข้อ มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนน คือ ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด 5 คะแนน ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก 4 คะแนน ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นปานกลาง 3 คะแนน ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเล็กน้อย 2 คะแนน และไม่ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลย 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน การแปลความหมายโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของเบสท์ (Best)[20] คือ คะแนน 14-32 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย คะแนน 33-51 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 52-70 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ 1) การรับประทานอาหารและโภชนาการ 2) การออกกำลังกาย 3) สุขภาพจิต 4) การนอนหลับพักผ่อน 5) การขับถ่ายและปัสสาวะ 6) สิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ และ 7) สุขวิทยาส่วนบุคคล คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน ดังนี้ คะแนนรวม 16-31 และคะแนนรายด้าน 1.00-1.99 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ คะแนนรวม 32-47 และคะแนนรายด้าน 2.00–2.99 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวม 48-64 และคะแนนรายด้าน 3.00–4.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.92, 0.93, 0.90 และ 0.95 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.78 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในแบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้สูงอายุ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.80, 0.86 และ 0.82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนารูปแบบของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ 073/2566 ผู้วิจัยทำการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม และข้อมูลในแบบสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ หลังจากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามหากมีประเด็นคับข้องใจ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยและเก็บข้อมูล
2. ประสานงานผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ ความเสี่ยง จริยธรรมการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
4. ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
5. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลนำเสนอด้วยค่าการแจกแจงความถี่กับร้อยละ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า 1) ข้อมูลของตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) จากกราฟ Histogram 2) ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.51 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระกัน 3) ทดสอบความเป็นอิสระของตัวแปรทั้งหมด (Multicollinearity) พบว่า ตัวแปรไม่มีความความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Tolerance น้อยที่สุดเท่ากับ 0.98 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุดเท่ากับ 1.04 ไม่เกิน 4 และ 4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ได้แก่ อายุ ความรู้ ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Pearson's product moment correlation coefficient ส่วนตัวแปรเพศเป็นตัวแปรระดับนามบัญญัติ (nominal scale) ผู้วิจัยได้ทำการแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) ก่อนนำมาวิเคราะห์ผลและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Point-biserial correlation เมื่อเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นตามหลักสถิติ ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 128 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 83.60 อายุเฉลี่ย 53.40 ปี (S.D. = 9.03) ข้อมูลส่วนบุคคลรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n = 128)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
Mean (S.D.)	53.4 (9.03)	
เพศ		
ชาย	21	16.40
หญิง	107	83.60
ระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล (ปี)		
ต่ำกว่า 1 ปี	21	16.40
1-5 ปี	51	39.80
5 ปี ขึ้นไป	56	43.80
ความสัมพันธ์		
บุตร	83	64.80
หลาน	5	3.90
สามี-ภรรยา	21	16.40
พี่-น้อง	19	14.90
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	12	9.40
เกษตรกรรม	91	71.10
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	6	4.70
รับจ้าง	16	12.50
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ เอกชน/ ข้าราชการ	3	2.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	3.10
ประถมศึกษา	75	58.60
มัธยมศึกษา	44	34.40
อนุปริญญา/ ปวส.	3	2.30
ปริญญาตรี	2	1.60
รายได้ (เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	87	67.90
5,001-10,000 บาท	37	28.90
10,001-15,000 บาท	2	1.60
15,001-20,000 บาท	1	0.80
มากกว่า 20,000 บาท	1	0.80
การมีโรคประจำตัว		
มี	48	37.50
ไม่มี	80	62.50

2. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.59 (S.D. = 1.79) มีทัศนคติต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.55 (S.D. = 2.16) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.48 (S.D. = 9.22) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.39 (S.D. = 4.23) และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2 และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุจำแนกรายด้านและในภาพรวม (n = 128)

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านการรับประทานอาหารและโภชนาการ	3.56	0.48	สูง
ด้านการออกกำลังกาย	3.20	0.72	สูง
ด้านสุขภาพจิต	3.66	0.43	สูง
ด้านการนอนหลับพักผ่อน	3.49	0.46	สูง
ด้านการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ	3.22	0.60	สูง
ด้านสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ	3.72	0.35	สูง
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล	3.52	0.44	สูง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวม	56.39	4.23	สูง

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n = 128)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1.00					
2. เพศหญิง	0.15*	1.00				
3. อายุ	0.19*	-0.16*	1.00			
4. ความรู้	0.35**	0.02	0.06	1.00		
5. ทัศนคติ	0.14	-0.05	-0.01	0.16*	1.00	
6. การสนับสนุนทางสังคม	0.66**	0.06	0.06	0.11	0.16*	1.00

หมายเหตุ $p < .05$* และ $p < .01$**

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยนำเข้าตัวแปร 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่ามี 4 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 56 ($R^2 = 0.56$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.62$, $p < .001$) ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ($\beta = 0.27$, $p < .001$) อายุ ($\beta = 0.17$, $p = .006$) และเพศหญิง ($\beta = 0.14$, $p = .024$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอนระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (n = 128)

ตัวแปร	b	S.E.	Beta	t	*p*-value
Constant	21.19	3.59		5.90	< .001
การสนับสนุนทางสังคม (X1)	0.28	0.03	0.62	10.24	< .001
ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ (X2)	0.64	0.14	0.27	4.50	< .001
อายุ (X3)	0.08	0.03	0.17	2.81	.006
เพศหญิง (X4)	1.59	0.69	0.14	2.29	.024

R = 0.75; R^2 = 0.56; R_a^2 = 0.55; SEE = 2.85; Overall F = 39.20; p-value < .001

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ = 21.19 + 0.28(X1) + 0.64(X2) + 0.08(X3) + 1.59(X4)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$Z_{\text{พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ}} = 0.62(Z_{X1}) + 0.27(Z_{X2}) + 0.17(Z_{X3}) + 0.14(Z_{X4})$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถนำข้อมูลมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 56.39 (S.D. = 4.23) และคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้าน อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริบทครอบครัวสังคมชนบทที่ให้คุณค่าของสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ สายสัมพันธ์ของพ่อแม่ พี่น้อง เครือญาติ ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้ความรักความผูกพันให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว รวมถึงความเชื่อเรื่องความกตัญญูเป็นแรงจูงใจในการดูแลผู้สูงอายุ[6,22] การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 64.80 จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.60 เนื่องจากสังคมไทยปลูกฝังให้เพศหญิงมีหน้าที่ทำงานบ้านและดูแลบุคคลในครอบครัว ทำให้เพศหญิงมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธมลวรรณ สีนาค และคณะ[23] พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.10 และมีความสัมพันธ์เป็นบุตรร้อยละ 61 เนื่องจากบทบาทผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงและความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจึงทำให้เกิดความตระหนัก ความผูกพัน และความเอื้ออาทรในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการเป็นผู้ดูแล 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.80 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.50 มีอายุเฉลี่ย 53.40 ปี (S.D. = 9.03) ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลบุคคลอื่นได้ดี เป็นวัยที่มีประสบการณ์ชีวิตและวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง ทำให้มีทักษะในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี[6,23] ครอบคลุมการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามวัย

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ อายุ และเพศหญิง โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 56 (R^2 = 0.56, p < .001) อธิบายได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.48 (S.D. = 9.22) มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.59 (S.D. = 1.79) ซึ่งการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของของเฮาส์ (House)[21] ในด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จากครอบครัว ชุมชน หรือหน่วยงานรัฐเกี่ยวกับข้อมูลและความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในบริบทชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่จะมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ผู้สูงอายุเป็นระยะ ๆ โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและการบริการวิชาการจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีความคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระ ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ และคณะ[24] เกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = 0.73, p < .001) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนที่ดีทางสังคมจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bongelli และคณะ[15] พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการมีสุขภาพจิตที่ดีของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= 0.12; F = 49.20, p < .001) ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล และผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Yu และคณะ[25] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์การดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Path Coefficients: -0.11, p < .01) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Aprilatutini และคณะ[26] เกี่ยวกับประสิทธิผลของการสนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนการให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาที่พบว่า ตัวแปรอายุและเพศหญิงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ (β = 0.17, p = .006) และ (β = 0.14, p = .024) ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่ามักมีประสบการณ์ชีวิตมากขึ้น รวมถึงเคยมีบทบาทในการดูแลผู้อื่นมาก่อนจึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุในระดับสูง อย่างไรก็ตาม อายุของผู้ดูแลที่มากเกินไปอาจส่งผลต่อข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจทำให้ความสามารถในการดูแลลดลงได้ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 53.40 ปี (S.D. = 9.03) และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.50 ประกอบกับผู้ดูแลเป็นเพศหญิงซึ่งมีหลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่า[6,23,27,28] เพศหญิงมักเป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุในครอบครัว โดยเฉพาะในสังคมเอเชียหรือวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้หญิงในครัวเรือน นอกจากนี้แล้วคุณลักษณะของเพศหญิงที่มักมีความเห็นอกเห็นใจ มีความอดทนและมีความสามารถในการจัดการงานหลายอย่างพร้อมกันซึ่งเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และ Wang[28] เกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการ พบว่า ตัวแปรอายุและเพศหญิงมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01, p < .05) ตามลำดับ ซึ่งสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงและมีอายุมากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรทัศนคติต่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ อธิบายได้ว่า ทัศนคติ (Attitude) เป็นองค์ประกอบทางจิตใจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในทางทฤษฎี[29] แต่ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการทำนายพฤติกรรมการดูแลที่แท้จริง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ ภาวะทางเศรษฐกิจ และบริบททางสังคมของผู้ดูแล[15,25] ซึ่งบางครั้งขัดแย้งกับทัศนคติที่ดี โดยเฉพาะภาวะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ[25] ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอาจส่งผลกระทบให้ผู้ดูแลมีปัญหาในการจัดสรรทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุได้ แม้ว่าทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุจะถูกมองว่าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม แต่ผลการศึกษาของ Kongbunkiat และคณะ[30] พบว่า ทัศนคติของผู้ดูแลไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวชนบทของไทย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแล

ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นมากกว่า เช่น บทบาทในครอบครัว ความรู้ในการดูแล และการสนับสนุนจากครอบครัว ดังนั้น การพัฒนาแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลจึงควรมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างทักษะความรู้ และการสนับสนุนอย่างเป็นระบบมากกว่าการมุ่งเน้นเพียงการปรับเปลี่ยนทัศนคติเท่านั้น

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุรายด้านอยู่ในระดับสูงทุกด้านเช่นกัน ปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ อายุ และเพศหญิง โดยปัจจัยทั้ง 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้ร้อยละ 56

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะทั้งในด้านบริบททางสังคม วัฒนธรรม และทรัพยากรในชุมชน จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในลักษณะเฉพาะพื้นที่ ดังนั้น ผลการวิจัยที่ได้อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การพัฒนาโปรแกรมอบรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับลักษณะของผู้ดูแล โดยคำนึงถึงเพศและช่วงวัยของผู้ดูแล เพื่อให้สอดคล้องกับระดับประสบการณ์และศักยภาพของแต่ละกลุ่ม โดยเน้นการให้ความรู้พื้นฐาน ทักษะการดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแล เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

1.2 การพัฒนารูปแบบเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าถึงง่าย เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การใช้สื่อสังคมออนไลน์หรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเสริมสร้างความรู้ และเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น และการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยนำข้อมูลจากผลการวิจัย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ไปเป็นตัวแปรในการทดลองเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

References

1. Department of Older Persons. Elderly statistics [Internet]. 2024 [cited 2025 Jan 15]. Available from: https://www.dop.go.th/th/statistics_side?content=1&sub=2#. (in Thai)
2. Department of Older Persons. The situation of Thai older persons 2022. Nonthaburi: Amarin Corporation; 2022. (in Thai)
3. Chen Y, Hicks A, While AE. Quality of life and depression in older people: A systematic review. J Adv Nurs. 2020;76(3):705-17.
4. Hansen T, Slagsvold B, Ingebretsen R. The impact of social care services on older adults' well-being. Eur J Ageing. 2019;16(2):229-40.

5. Kim J, Park E. Social support and quality of life among elderly people. Int J Geriatr Psychiatry. 2017;32(12):1452-60.
6. Khumtorn L, Suwanvela S, Singsanun N. Factors predicting caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenic patients at home. Mahasarakham Hospital Journal. 2018;15(3):114-25. (in Thai)
7. Chawbol M, Wirojratana V, Wattanakitkrileart D. Factors predicting depressive symptoms among caregivers of dependent elderly. Nursing Science Journal of Thailand. 2022;40(3):90-104. (in Thai)
8. Kim HK, Kim SY. Effects of general characteristics, emotional labor, empathy ability, and wisdom on the psychological well-Being of female caregivers visiting the homes of vulnerable care recipients and the elderly. Healthcare. 2023;11(5):1021.
9. Turnbull N, Chuppawa W, Chada W, Kodchalee K. Factors associated with elderly care from caregivers in Chuen Chom district, Mahasarakham province, Thailand. Journal of the Department of Medical Services. 2019;44(1):127-30. (in Thai)
10. Kiatchalearmpoer S, Pumprawai A, Kaewpan W. Caregivers' behavior in caring for the disabled elderly persons in Mueang district, Krabi province. Journal of Southern Technology. 2016;9(1):83-89. (in Thai)
11. Parayat C, Theerapitayanon S, Jiamtanopachai R, Thienfaidee U. Predictive factors of caring behaviors among caregivers of elderly people in the elderly care centers. Journal of the Police Nurses. 2021;13(1):43-51. (in Thai)
12. Wang J, Wu Y, Liu Y, Wang Y, Zhang Y. The Influence of family caregiver knowledge and behavior on the quality of life of elderly diabetic patients. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(16):10216.
13. Basturk S, Duman M. Effect of nurses' attitudes on care behavior to elderly individuals. Int J Caring Sci. 2022;15(1):31-8.
14. Tatangelo G, McCabe M, Macleod A, You E. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. Aging Ment Health. 2018;22(5):564-76.
15. Bongelli R, Busilacchi G, Pacifico A, Fabiani M, Guarascio C, Sofritti F, Lamura G, Santini S. Caregiving burden, social support, and psychological well-being among family caregivers of older Italians: a cross-sectional study. Front Public Health 2024;14:1474967.
16. Kerdaunsuksri A, Sangtongpanichakull P. A study of self-care behaviors in older adults at the elderly club of Ratchaphiphat hospital, on the foundations of personal and social support factors. Vajira Medical Journal & Journal of Urban Medicine. 2020;64(2):85-96. (in Thai)
17. Cheng ST, Mak EP, Lau RW, Ng NS, Lam LC. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. PLoS One. 2017;12(1):e0189874.
18. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175-91.
19. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9.
20. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
21. House JS. Work stress and social support. Orlando: Academic press; 1981.

22. Chan-ngam S. Elderly care behaviors in rural families in northeastern Thailand. Thai Journal of Nursing. 2019;37(3):112–24. (in Thai)
23. Seenak T, Nukaew O, Suttharangsee W. Factors predicting caregivers' capabilities in caring for older persons with major depressive disorder (MDD). The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):216-30. (in Thai)
24. Pinijsuwan N, Sucamvang K, Nanasilp P. Factors predicting quality of life among caregivers of older persons with dementia. Nursing Journal CMU. 2018;45(2):1-13. (in Thai)
25. Yu Q, Xu L, Zhou L, Jiang X, Xu N, Lang Z, et al. A study of the relationship between social support, caregiving experience and depressed mood of family caregivers of home-dwelling older adults with disability: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2025;25(1021):1–14.
26. Aprilatutini T, Yustisia N, Wasalamah B, Masdar M. The effect of supportive education nursing intervention on self-efficacy of family caregivers caring for dependent elderly: randomized controlled trial. Ankara Med J. 2024;24(4):331–45.
27. Rodsom A, Kijsomporn J, Howharn C. A study of aged caregiver characteristics according to aging needs. Journal of Nursing and Education. 2015;8(2):122-31. (in Thai)
28. Zhang Y, Wang L. Family care and predictors of the disabled elderly in China: A crosssectional study based on the Anderson model. PLoS ONE. 2024;19(11): e0312002.
29. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw–Hill; 1971.
30. Kongbunkiat P, Wongpakaran T, Wongpakaran N. Attitudes of caregivers towards elderly and their caregiving behaviors in rural families. J Gerontol Geriatr Med. 2020;5(1):15–24.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาซ้ำ

ศิริลักษณ์ ภูนาสี พย.บ.[1]
อนุชา ไทยวงษ์ ปร.ด.[2,4]
สายวลุน จันทคาม สม.[3]
กำทร ดานา ปร.ด.[2]
พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว พย.ม.[2]

(วันรับบทความ: 17 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 16 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 22 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาซ้ำในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 60 ราย คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ Application LINE OA และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดความเร็วสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก และแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคว์สแวร์ สถิติทดสอบทีจับคู่ สถิติทดสอบทีอิสระ และการคำนวณความเสี่ยง

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการเหนื่อย และสมรรถภาพปอดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันได้ร้อยละ 88 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี อีกทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โปรแกรมการจัดการตนเอง สมรรถภาพปอด

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
[2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมหาสารคาม
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: anucha@smnc.ac.th Tel: 094-4320505

The Effects of a Self-Management Program Combined with Social Support from Family on Dyspnea Management Ability and Clinical Outcomes in Readmitted Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Sirilak Punasee BNS.[1]
Anucha Taiwong Ph.D.[2,4]
Saiwalun Juntakam M.P.H. [3]
Kamthorn Dana Ph.D.[2]
Patchareerat Anseekaew M.N.S.[2]

(Received Date: April 17, 2025, Revised Date: May 16, 2025, Accepted Date: May 22, 2025)

Abstract

This quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design aimed to study the effect of a self-management program combined with family social support on dyspnea management ability and clinical outcomes in readmitted chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. The sample consisted of 60 COPD patients readmitted to the general medicine ward at Mahasarakham Hospital. Subjects were purposively selected according to specified criteria and divided into experimental and control groups of 30 patients each. The experimental tools included a self-management program combined with family social support, a self-management handbook for COPD patients, and a LINE OA application; and the data collection tools were a personal information record form, a clinical outcome record form, a peak expiratory flow rate measurement device, and a self-management behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, paired t-tests, independent t-tests, and risk calculations.

The results showed that after program participation, the experimental group had significantly better mean scores for self-management behaviors, dyspnea severity, and peak expiratory flow rate compared to the control group. Additionally, the experimental group reduced their risk of hospital readmission within 28 days by 88%. The findings indicate that the self-management program combined with family social support helps COPD patients improve their self-management behaviors and clinical outcomes, while also reducing the risk of readmission. However, long-term follow-up is recommended.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, self-management program, pulmonary function

[1]Registered Nurse (Professional Level), Mahasarakham Hospital
[2]Instructors, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[3]Registered Nurse (Senior Professional Level), Mahasarakham Hospital
[4]Corresponding Author, Email: anucha@smnc.ac.th Tel: 094-4320505

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของโลก[1] องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกประมาณ 600 ล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2020 คิดเป็นร้อยละ 23[2] สำหรับประเทศไทยโรคนี้ถือว่าเป็น 1 ใน 4 โรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในระดับต้น ๆ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนอัตราการป่วยตาย ดังนี้ 18,171, 20,563 และ 19,803 รายตามลำดับ[3] นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มักกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยภาวะการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) ซึ่งสามารถพบความชุกร้อยละ 25.37-47.30[4,5] จากข้อมูลโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการกำเริบเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรมด้วยภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute dyspnea) ในรายที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้นอนโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจลำบากจำนวน 217, 343 และ 391 ราย ตามลำดับ และมีการเข้ารับการรักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินด้วยภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน 120, 150 และ 120 ครั้ง ตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2565-2566 มีการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admit) คิดเป็นร้อยละ 10.53 และ 9.77 ตามลำดับ[6] ชี้ให้เห็นว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย จำเป็นต้องได้รับการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพื่อควบคุมโรค ลดอาการกำเริบเฉียบพลันและลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ มีลักษณะการหายใจออกแบบจำกัด (Airflow limitation) และไม่สามารถหายใจออกได้อย่างเต็มที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้เอง[7,8] ซึ่งเป็นผลมาจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอดจากการสูบบุหรี่และการได้รับมลพิษ มักหมายรวมถึง 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง[9] โดยจะมีการดำเนินของโรคเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องใช้การรักษาด้วยหลายวิธีร่วมกันทั้งการใช้ยาชนิดรับประทาน และยาชนิดพ่นสูดดมเพื่อขยายหลอดลม[9] เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ บรรเทาและลดอาการหายใจลำบาก และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อย่างไรก็ตามอาจเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งพบว่า การใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีและไม่มีประสิทธิภาพ[4] และการไม่มาติดตามการรักษาตามนัด[4] เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกำเริบเฉียบพลัน นอกจากนี้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย มีอาการเหนื่อยและหายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีกิจกรรมทางกาย[10,11] ด้านจิตใจ เกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและหวาดกลัวต่อภาวะกำเริบเฉียบพลันที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ[11-13] ด้านสังคม ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือต้องลางานบ่อยครั้งและด้านเศรษฐานะ อาจจะทำให้ขาดรายได้ และมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อต้องไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในหลายมิติ ผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมเพื่อควบคุมโรคให้สงบและลดการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นแนวคิดหนึ่งที่ใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและได้ผลลัพธ์ที่ดี[14] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีโปรแกรมการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากสูงขึ้น[14-16] นอกจากนี้ยังพบว่าช่วยให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ได้แก่ มีอาการหายใจลำบากลดลง[14-18] มีสมรรถภาพปอดดีขึ้น[17] ระยะทางของการเดินทดสอบในเวลา 6 นาทีเพิ่มขึ้น[16,18] และลดภาวะกำเริบเฉียบพลัน[18] ภายหลังการดำเนินโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์[14-18] และ 16 สัปดาห์[17] อย่างไรก็ตามแนวคิดสนับสนุนการจัดการตนเองด้วยเทคนิค 5As model (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) เป็นแนวคิดหนึ่งที่นำมาใช้ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[14,15] เป็นแนวคิดที่สามารถปฏิบัติได้ง่ายและไม่ซับซ้อน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนได้แก่ การประเมิน (Assess) การแนะนำ (Advise) การยอมรับ (Agree) การช่วยเหลือ (Assist) และการติดตาม (Arrange) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการจัดการตนเองให้สอดคล้องกับภาวะของโรค เป็นเครื่องมือในการติดตามและประเมินระดับการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาการของผู้ป่วย

ซึ่งใช้ในการประเมินการจัดการตนเอง ความเชื่อ แรงจูงใจ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ช่วยจัดการกับอุปสรรคและปัญหา กระตุ้นติดตาม ให้กำลังใจ พร้อมสนับสนุนในการจัดการตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างยั่งยืน[19,20] อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายนั้น อาจจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนภายนอก เพื่อช่วยส่งเสริมและเอื้อต่อการปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว[21] กล่าวคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น[21] จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงสนับสนุนของครอบครัวมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมเชิงบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[22] นอกจากนี้ยังพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[23]

จากองค์ความรู้ที่ปรากฏ (Existing knowledge) ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ดีขึ้น ทั้งยังช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ การประยุกต์ใช้โปรแกรมทางการพยาบาลของการศึกษาที่ผ่านมาอาจมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังพบว่ามักมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองเป็นแนวคิดหลักในการออกแบบโปรแกรม มีการประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวค่อนข้างจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาจต้องเผชิญกับอาการหายใจลำบาก ส่งผลให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่มีประวัติการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และยังไม่พบการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงมีความสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับเข้ารักษาซ้ำ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี อันจะเป็นประโยชน์ต่อการยกระดับคุณภาพการพยาบาลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการเหนื่อย สมรรถภาพปอดของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการเหนื่อย สมรรถภาพปอด และการกลับเข้ามารักษาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นและมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลงและน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลงและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
5. หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของกลาสโกลว์ (Glasgow) และคณะ[14,15] ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน (5As models) ได้แก่ 1) Assess: การประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง 2) Advise: การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง การจัดการอาการกำเริบ การรับประทานอาหาร และการใช้ยาพ่น 3) Agree: การตั้งเป้าหมาย ร่วมกันตามความตั้งใจของผู้ป่วยและตามความมั่นใจ 4) Assist: การอภิปราย อุปสรรค วิธีการและเทคนิคการแก้ปัญหา การสนับสนุน ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และ 5) Arrange: การวางแผน การติดตามประเมินผล ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House)[21] โดยครอบครัวถือเป็นแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญกล่าวคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น[21] การประยุกต์ใช้แนวคิดที่ผสมผสานระหว่างการจัดการตนเองกับแรงสนับสนุนทางสังคมจึงอาจเป็นประโยชน์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมีความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่ดี และมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยลดความรุนแรงของอาการเหนื่อย เพิ่มอัตราการไหลของอากาศหายใจออก และลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power เวอร์ชัน 3.1 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาก่อนหน้าที่คล้ายคลึงกันซึ่งมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.31[14] ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่สูง ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มละ 26 ราย ทั้งนี้ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของแบบข้อคำถามและการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จึงเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย โดยแบ่งเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยแพทย์ 3) มีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับ 2-3 ตามเกณฑ์แนวปฏิบัติของโกลด์ (GOLD)[24] 4) มีประวัติการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างน้อย 2 ครั้งใน 1 ปี 5) สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 6) มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก 7) สามารถติดต่อผ่านโทรศัพท์เคลื่อนที่และไลน์แอพพลิเคชัน 8) ไม่มีประวัติความผิดปกติทางจิต (คัดกรองจากข้อมูลในเวชระเบียน) 9) มีการรู้คิดที่ปกติ ในกรณีที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปต้องผ่านเกณฑ์การประเมินการรับรู้ตามแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทยได้คะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน และ 10) ยินดีเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ และมีเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีโรคร่วมได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลวชนิดเลือดคั่ง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 วัณโรค และมะเร็งปอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประกอบด้วย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการจัดการตนเอง[19, 20] และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม[21] ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้วิจัย ประกอบด้วยการทำกิจกรรมรายบุคคล 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งละ 10-15 นาที ภายหลังการจำหน่าย 8 ครั้ง โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 5 คน พบว่า ผู้ป่วยเข้าใจเนื้อหาและขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรมฯ เวลาในการดำเนินกิจกรรมมีความกระชับเหมาะสมตามที่วางแผนไว้ คู่มือมีขนาดภาพและตัวอักษรที่มองเห็นชัดเจน และมีรูปภาพและสีสันที่น่าสนใจ ซึ่งเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1.2 คู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง “เฮาฮักปอด” ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีลักษณะเป็นคู่มือให้ความรู้ใช้ภาพประกอบและมีข้อความบรรยาย สำหรับให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลศึกษาเพิ่มเติมเมื่ออยู่บ้าน เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การฝึกการหายใจ การฝึกออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการตนเองด้านอาหาร การเลิกบุหรี่ การป้องกันและจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลัน ปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบเฉียบพลัน รวมถึงมีความผิดปกติที่ผู้ป่วยควรมาโรงพยาบาล และในท้ายเล่มจะมีแบบบันทึกการจัดการตนเอง

1.3 Application LINE OA เฮาฮักปอด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำ ข้อมูลเพิ่มเติม และกระตุ้นเตือน ผ่าน Application LINE ในรูปแบบสื่อความรู้ชนิด Infographic และข้อความสั้น ๆ โดยนำเนื้อหาจากคู่มือมาดัดแปลง พร้อมทั้งตอบ ข้อซักถามในรูปแบบข้อความตอบกลับจากผู้วิจัย และใช้เป็นช่องทางสื่อสารในการนัดหมายติดตาม อาการระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการทดลอง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ สิทธิในการรักษา รายได้ของครอบครัว/เดือน ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติสูบบุหรี่ จำนวนบุหรี่ที่สูบ และการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างให้เติมคำ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) สมรรถภาพปอด คือ ค่าอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุดซึ่งได้จากการประเมินด้วยเครื่องตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดความเร็วสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก 2) ระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อย ซึ่งประเมินได้จากแบบความรุนแรงของอาการเหนื่อย (modified Medical Research Council dyspnea score: mMRC) โดยเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่วัดระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีลักษณะเป็นตัวเลขตั้งแต่ 0-4 (คะแนน 0 หมายถึง รู้สึกหายใจหอบขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น และ คะแนน 4 หมายถึง หายใจหอบมากขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน)[25] การแปลผล คะแนน mMRC น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 แสดงว่า อาการหายใจลำบากมีความรุนแรงน้อย คะแนน mMRC มากกว่า 2 แสดงว่าอาการหายใจลำบากมีความรุนแรงมาก และ 3) การกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2.3 เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดความเร็วสูงสุดของอากาศขณะหายใจออก (Peak flow meter) ใช้เพื่อวัดค่าความเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออก (Forced Expiratory Volume in 1 second: FEV1) ในช่วงต้นของการหายใจออกอย่างเร็วและแรงเต็มที่จากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ ทั้งนี้เครื่องตรวจสมรรถภาพปอดโดยการวัดความเร็วสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกได้รับการสอบเทียบตามมาตรฐานก่อนใช้งาน

2.4 แบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับดัดแปลงจากการศึกษาที่ผ่านมา[15] ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง (5 ข้อ) ด้านการจัดการอาการและการควบคุมอาการหายใจลำบากที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง (9 ข้อ) และด้านขอความเหลือในการจัดการอาการหายใจลำบาก (3 ข้อ) มีลักษณะคำตอบของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีเหตุการณ์ ดังกล่าว (0) จนถึงปฏิบัติทุกครั้ง (5) โดยมีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-85 คะแนน การแปลคะแนน คะแนน 0-28 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการต่ำ คะแนน 29-56 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการปานกลาง และคะแนน 57-85 หมายถึง มีความสามารถในการจัดการอาการสูง[15]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรง (Validity testing) ได้นำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่มือและแผ่นพับการจัดการตนเอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อายุรแพทย์ด้านโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of Consistency: IOC) ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว คู่มือและแผ่นพับการจัดการตนเอง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ได้เท่ากับ 0.89, 0.90, 0.83, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.88 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[26]

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability testing) นำแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ไปทดลองใช้เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ค่า Cronbach’s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้[26]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนตามดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม จากนั้นดำเนินคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ภายหลังผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยผ่านพ้นในระยะวิกฤต มีอาการคงที่ และแพทย์ผู้ให้การดูแลเตรียมวางแผนการจำหน่าย ผู้วิจัยได้เข้าไปแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามช่วงเวลา โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เนื่องจากในบริบทหอผู้ป่วยจะมีผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ซึ่งกันและกันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมดังนี้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย โดยใช้แบบความรุนแรงของอาการเหนื่อย และวัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุดด้วย Peak flow meter และบันทึกลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

4.2 กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 20-30 นาที (เป็นกิจกรรมรายบุคคล) และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ครั้งละ 10-15 นาทีจำนวน 8 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 (วันแรกที่มีอาการคงที่หรือพ้นภาวะวิกฤต) สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความพร้อม และสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินวิธีการจัดการตนเอง การจัดการอาการหายใจลำบาก และประสบการณ์ที่ผ่านมา ประเมินความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและประเมินความรุนแรงของอาการ เทคนิคการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการพ่นยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการจัดการความเครียด สอนความรู้และให้คำแนะนำ โดยเน้นประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างยังพร่องหรือยังไม่เข้าใจ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนและการให้คำแนะนำ เปิดโอกาสให้สอบถามและระบายความรู้สึก แนะนำใช้งาน Application LINE OA เฮาฮักปอด และมอบคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง “เฮาฮักปอด” ครั้งที่ 2 (วันที่สอง) ทบทวนความรู้เดิมที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ก่อน และอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองโดยพิจารณาจากปัญหา อุปสรรคและความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนและการให้คำแนะนำ พัฒนาทักษะการประเมินอาการหายใจลำบาก และฝึกทักษะการพ่นยาที่ถูกต้อง โดยให้ฝึกและสาธิตย้อนกลับจนเกิดความมั่นใจ และเปิดโอกาสให้สอบถามและระบายความรู้สึก ครั้งที่ 3 (วันจำหน่าย) ทบทวนความรู้เดิมที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งก่อน และอธิบายเพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจ สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับฟังการสอนและการให้คำแนะนำ และทำข้อตกลงร่วมกันในการนัดติดตามอาการครั้งต่อไปทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 4-11 ติดตามทางโทรศัพท์ (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที ภายหลังการจำหน่ายในสัปดาห์ที่ 1-8 รวม 8 ครั้ง) สอบถามปัญหา อุปสรรคและติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายที่เป็นปัญหาสำคัญที่สุดของผู้ป่วย กล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้เหมาะสม ช่วยเหลือและให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่องและยังจัดการได้ไม่เหมาะสม และกระตุ้นเตือน ผ่าน Application LINE OA เปิดโอกาสให้สอบถามและระบายความรู้สึก และทำข้อตกลงร่วมกันในการนัดติดตามอาการครั้งต่อไปทางโทรศัพท์ ทั้งนี้การติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 11 ผู้วิจัยจะแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 วัน ก่อนการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

4.3 ผู้วิจัยติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 12) โดยนัดให้ผู้ป่วยมาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้น แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย วัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และเก็บข้อมูลการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.4 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ โรงพยาบาลมหาสารคาม ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการสอนเกี่ยวกับการใช้ยาและการพ่นยา จากนั้นในสัปดาห์ที่ 8 ภายหลังการจำหน่าย จะนัดหมายกลุ่มควบคุมเพื่อมาตรวจตามนัด โดยผู้วิจัยจะติดตามทางโทรศัพท์เพื่อแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 วัน ก่อนการมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประเมินความรุนแรงของอาการเหนื่อย วัดอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุด สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบแบบวัดความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก และเก็บข้อมูลการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลของแบบสอบถาม และเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test) สถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (Paired t-test) การคำนวณความเสี่ยง (Relative risk) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการวิจัย MSKH_REC 67-01-066 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2567 และ COA No 67/061 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเมื่อหากมีความสมัครใจผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษาเดิมที่ได้รับในระหว่างการดำเนินการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบเฉียบพลันจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานจนกว่าจะพ้นระยะวิกฤตและจะดำเนินการวิจัยอีกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อม

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท กลุ่มทดลองมีระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 4.27 ปี (S.D. = 3.21) ในขณะที่กลุ่มควบคุม 3.63 ปี (S.D. = 2.65) ทั้งสองกลุ่มมีประวัติสูบบุหรี่เท่ากัน ในรายที่สูบบุหรี่สูบวันละ 20-40 มวน และปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบไคว์สแควร์ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปคล้ายคลึงกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.00	1.00
ชาย	27	90	27	90		
หญิง	3	10	3	10		
อายุ	Mean=68.17±12.55		Mean=67.57±11.66		0.88	0.35
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	5	16.67	8	26.57		
มากกว่า 60 ปีขึ้นไป	25	83.33	22	73.33		
สถานภาพสมรส					1.42	0.49
โสด	3	10	6	20		
คู่	25	83.33	23	76.67		
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	2	6.67	1	3.33		
ระดับการศึกษา					1.00	0.32
ประถมศึกษา	26	86.67	23	76.67		
มัธยมศึกษา	4	13.33	7	23.33		
อาชีพ					6.63	0.09
ค้าขาย /ทำธุรกิจ	0	0	5	16.67		
เกษตรกรรม	16	53.33	11	36.67		
รับจ้าง	3	10	5	16.67		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	36.67	9	30		

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		χ^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สิทธิในการรักษา					0.22	0.90
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	26	86.67	27	90		
จ่ายตรงข้าราชการ	3	10	2	6.67		
ประกันสังคม	1	3.33	1	3.33		
รายได้ของครอบครัว/เดือน					1.08	0.78
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1	3.33	1	3.33		
5,001-10,000 บาท	17	56.67	16	53.33		
10,001-20,000 บาท	11	36.67	10	33.33		
20,000 บาทขึ้นไป	1	3.33	3			
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	Mean = 4.27±3.21		Mean = 3.63±2.65		0.21	0.64
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	27	90	28	93.33		
มากกว่า 10 ปี	3	10	2	6.67		
สูบบุหรี่					0.00	1.00
ไม่สูบ	3	10	3	10		
สูบ	27	90	27	90		
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (n = 27, 27)					0.15	0.82
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 มวน	6	22.22	5	18.52		
11-20 มวน	4	14.81	4	14.81		
20-40 มวน	9	33.33	13	48.15		
มากกว่า 40 มวนขึ้นไป	8	29.63	5	18.52		
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ไหม (n = 27, 27)					0.16	0.68
ไม่สูบ	23	85.19	24	88.89		
สูบ	4	14.81	3	11.11		

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก ความรุนแรงของอาการเหนื่อย และค่าอัตราการไหลของอากาศหายใจออกที่สูงที่สุดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลง และสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) (ตารางที่ 2) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น มีความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลง และสมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมยังเป็น Protective factor ที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (กลุ่มทดลองเกิด 1 ราย กลุ่มควบคุมเกิด 8 ราย) ภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ร้อยละ 88 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (RR 0.12, 95% CI = 0.01-0.93)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบจับคู่

กลุ่ม	ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	*p*-value
		Mean	SD	Mean	SD		
กลุ่มทดลอง	ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	48.77	10.69	74.53	7.39	- 16.60	< .001
	ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	2.03	0.93	1.63	0.72	3.03	0.01
	สมรรถภาพปอด (PEFR)	204.67	62.18	229.67	64.45	- 7.39	< .001
กลุ่มควบคุม	ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	44.27	7.55	45.07	8.40	-1. 05	0.30
	ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	2.20	1.00	2.23	1.00	- 1.00	0.33
	สมรรถภาพปอด (PEFR)	189.00	67.48	193.00	73.63	- 1.09	0.29

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุม (n = 30) และกลุ่มทดลอง (n = 30) โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบอิสระ

ระยะ	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	*p*-value
		Mean	SD	Mean	SD		
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	48.77	10.69	44.27	7.55	1.88	0.07
	ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	2.03	0.93	2.20	1.00	- 0.67	0.51
	สมรรถภาพปอด (PEFR)	204.67	67.18	189.00	67.48	0.93	0.35
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	ความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก	74.53	7.39	45.07	8.40	14.42	< .001
	ความรุนแรงของอาการเหนื่อย	1.63	0.72	2.23	1.01	- 2.66	0.01
	สมรรถภาพปอด (PEFR)	229.67	64.45	193.00	73.63	2.05	0.04

การอภิปรายผล

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากที่เพิ่มขึ้น สมรรถภาพปอดที่เพิ่มขึ้น และความรุนแรงของอาการเหนื่อยที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวอาจเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมการจัดการตนเอง 5A ได้แก่ การประเมิน การแนะนำ การยอมรับ การช่วยเหลือ และการติดตาม[19,20] ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจาก 4 วิธีการหลักได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ[21] โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการประเมินความรู้และความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากได้รับการสอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตและประเมินความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก รวมถึงได้รับสอนและสาธิตการใช้ยาสูดพ่นและการฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการฝึกทักษะการพ่นยาและการฝึกการหายใจฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจและสาธิตย้อนกลับ และมีสมาชิกในครอบครัวช่วยเสริมแรงและให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง “เฮาฮักปอด”และการช่วยเหลือติดตามทางผ่าน Application LINE OA

"เฮาฮักปอด" อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามสภาพอาการ ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดการตนเองตามเป้าหมาย และกระตุ้นเตือนความจำเกี่ยวกับความรู้ที่จำเป็นต่อการจัดการตนเอง จึงส่งผลให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จึงเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการอาการของตนเอง สามารถจัดการอาการหายใจลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที ส่งผลให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น มีการระบายอากาศที่ดี ลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้สมรรถภาพปอดดีขึ้นและความรุนแรงของอาการเหนื่อยลดลง สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการจัดการอาการหายใจลำบากเพิ่มขึ้น[14] ความสามารถในการจัดการอาการเพิ่มขึ้น[15] มีอาการหายใจลำบากลดลง[21,27] และมีสมรรถภาพปอดดีขึ้น[17]

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความรุนแรงของอาการเหนื่อยน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 และ 4 อธิบายได้ว่าในในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม อาจมีกระบวนการสอนและให้ความรู้ที่เป็นระบบและเป็นรูปธรรมกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีการดำเนินกิจกรรมรายบุคคล 3 ครั้ง และติดตามทางโทรศัพท์อีก 8 ครั้ง รวมถึงโปรแกรมที่ได้รับให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและครอบครัวคือหน่วยเดียวกัน (Family as a unit) มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน[28] เมื่อยามใดก็ตามที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว เพื่อส่งเสริมและช่วยเหลือให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพตามเป้าหมาย[29] และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกทุกคนในครอบครัว[28] โดยครอบครัวจะช่วยกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการอาการหายใจลำบาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีการใช้ Application LINE OA เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร ให้ความรู้ และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้าถึงข้อมูลและความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา ตลอดจนในโปรแกรมจะมุ่งเน้นการประเมินความต้องการของผู้ป่วยรายบุคคลและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามแผนการรักษามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ เทคนิคการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการใช้ยาพ่นอย่างถูกวิธี โดยมีการสาธิตและให้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ ซึ่งทักษะเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการอาการหายใจลำบาก ซึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีนั้น จำเป็นต้องใช้องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลมากกว่าหนึ่งอย่างและบูรณาการหลายแนวคิดร่วมกัน ผลลัพธ์ในส่วนของกระบวนการดูแลจึงดีขึ้น[30]

3. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor) ที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ได้ถึงร้อยละ 88 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 อธิบายได้ว่า โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการประเมินและจัดการอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง ทำให้สามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันได้ที่บ้านโดยไม่จำเป็นต้องกลับมาโรงพยาบาล ร่วมถึงในโปรแกรมจะมีการสอนและการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและวิธีหลีกเลี่ยง รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยลดโอกาสการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับความรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีผู้สังเกตอาการและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ซึ่งโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการรับประทานยา การพ่นยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของโรค โดยการกำเริบเฉียบพลันเป็นสามเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำ จึงอาจทำให้ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเป็นปัจจัยป้องกันช่วยลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองมีอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง[18]

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีประสิทธิผลในการพัฒนาความสามารถในการจัดการอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพปอด ลดความรุนแรงของอาการเหนื่อย และลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การบูรณาการแนวคิดการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม แต่แบ่งกลุ่มตามช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความแตกต่างในบริบทอื่น

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างแท้จริง (Randomized controlled Trial) และอาจเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และติดตามผลลัพธ์ในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และประสิทธิผล

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพอื่นๆ โดยอาจปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และควรพัฒนาระบบการติดตามและการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

References

1. World Health Organization. The top 10 causes of death. Geneva: World Health Organization. [Internet] [cited 2024 Nov 22], Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-ofdeath
2. Boers E, Barrett M, Su JG, Benjafield AV, Sinha S, Kaye L, et al. Global burden of chronic obstructive pulmonary disease through 2050. JAMA Netw Open. 2023;6(12):e2346598.
3. Health Data Center. Case fatality rate in chronic obstructive pulmonary disease. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [Internet] [cited 2025 Apr 12]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9&id=3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95 (in Thai)
4. Numnoi C, Turakit S, Numprasong P, Sakboonyarat B, Rangsin R, Kaewput W. A study of prevalence and associated factors of COPD exacerbation among COPD patients at Sanamchaikhet Hospital, Chachoengsao Province, Thailand. Royal Thai Army Medical Journal. 2023;76(4):171-81. (in Thai)
5. Srirojanakul S, Nawamongkolwatana E, Kittiwijit W, Kaewput W. Risk factors associated with exacerbation frequency in chronic obstructive pulmonary disease. Journal of the Medical Association of Thailand. 2024;107(9):701-7. (in Thai)
6. Medical Records and Statistics Department, Mahasarakham Hospital. Statistics and Indicators of COPD Patients. Mahasarakham: Mahasarakham Hospital; 2023. (in Thai)
7. Brandsma CA, Van den Berge M, Hackett TL, Brusselle G, Timens W. Recent advances in chronic obstructive pulmonary disease pathogenesis: from disease mechanisms to precision medicine. J Pathol. 2020;250(5):624-35.

8. Hikichi M, Mizumura K, Maruoka S, Gon Y. Pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) induced by cigarette smoke. J Thorac Dis. 2019;11(Suppl 17):S2129-40.
9. The Thoracic Society of Thailand. Guidelines for Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2022. Bangkok: The Thoracic Society of Thailand; 2022. (in Thai)
10. Xiang X, Huang L, Fang Y, Cai S, Zhang M. Physical activity and chronic obstructive pulmonary disease: a scoping review. BMC Pulm Med. 2022;22(1):301.
11. Sigurgeirsdottir J, Halldorsdottir S, Arnardottir RH, Gudmundsson G, Bjornsson EH. COPD patients' experiences, self-reported needs, and needs-driven strategies to cope with self-management. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2019;14:1033-43.
12. Yohannes AM, Kaplan A, Hanania NA. Anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease: recognition and management. Cleve Clin J Med. 2018;85(2 Suppl 1):S11-8.
13. Yu T, Frei A, Ter Riet G, Puhan MA. Impact of stressful life events on patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiration. 2018;95(2):73-9.
14. Sutho R, Preechawong S. The effect of the 5A self-management program on dyspnea in persons with chronic obstructive pulmonary disease. Nurs Res Inno J. 2023;29(3):379-92.
15. Jantaro N, Kupantavee N, Chinnawong T. Effects of a self-management support program on symptom management ability and dyspnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences. 2018;38(3):25-37. (in Thai)
16. Sonpanya U, Domthong P, Piyasawetkul W, Ruangsuksud P, Taiwong A. The effect of self-management program on pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease, Khon Kaen Hospital. Academic Journal of Nursing and Health Science. 2023;3(2):114-26. (in Thai)
17. Danyuthasilpe C, Promjang B. The effects of a self-management program on lung function and dyspnea among patients with chronic obstructive pulmonary disease, Sawankhalok District, Sukhothai Province. Nursing Journal CMU. 2023;50(1):127-42. (in Thai)
18. Surongkhabophit S, Thongtaeng P, Somta J. The effect of self-management program and family participation among patient with chronic obstructive pulmonary disease in Doi Saket Hospital Chiang Mai Province. Chiang Mai: Chiang Mai Provincial Public Health Office; 2024. (in Thai)
19. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. Jt Comm J Qual Saf. 2003;29(11):563-74.
20. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. Health Promot Int. 2006;21(3):245-55.
21. House JS, Umberson D, Landis KR. Structures and processes of social support. Annu Rev Sociol. 1988;14(1):293-318.
22. Chanaman P. A causal model of factors affecting self-management behavior among old-aged chronic obstructive pulmonary disease. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2017;1(2):75-86. (in Thai)

23. Lan X, Lu X, Yi B, Chen X, Jin S. Factors associated with self-management behaviors of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Jpn J Nurs Sci. 2022;19(1):e12450.
24. Gupta N, Malhotra N, Ish P. GOLD 2021 guidelines for COPD—what's new and why. Adv Respir Med. 2021;89(3):344-6.
25. Munari AB, Gulart AA, Dos Santos K, Venâncio RS, Karloh M, Mayer AF. Modified medical research council dyspnea scale in GOLD classification better reflects physical activities of daily living. Respir Care. 2018;63(1):77-85.
26. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 2007;30(4):459-67.
27. Wang L, Yu M, Ma Y, Tian R, Wang X. Effect of pulmonary rehabilitation on postoperative clinical status in patients with lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. Evid Based Complement Alternat Med. 2022;2022:4133237.
28. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2009;57(4):217-25
29. Jaingam N, Choosri O, Pongkiatchai R, Maraphen R. Concepts of health management for individuals and families with chronically ill members. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2017;27(3):1-9. (in Thai)
30. O'Connell S, McCarthy VJ, Savage E. Self-management support preferences of people with asthma or chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. Chronic Illn. 2021;17(3):283-305.

การประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน: ประสิทธิภาพและผลกระทบต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก

จารุวรรณ จิตรักษา พย.บ.[1]
ทัศณีย์ หนูนารถ พย.ม.[2]

(วันรับบทความ :19 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :8 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :21 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสำหรับจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน ประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก และศึกษาปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จหรืออุปสรรคในการนำแนวทางไปใช้ การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การศึกษาเชิงสังเกตแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารกระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานเดิม ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บจากเวชระเบียนและแบบสอบถามของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 282 ราย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบเกี่ยวกับความน่าจะเปนของฟชเชอร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ 30 ราย วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตามธีม

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางปฏิบัติดังกล่าวช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของมารดา (จากร้อยละ 18.30 เหลือร้อยละ 12.10) เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของมารดา (จากร้อยละ 92.50 เป็นร้อยละ 97.80) และลดการเสียชีวิตของทารก (จากร้อยละ 5.70 เหลือร้อยละ 2.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านประสิทธิภาพของทีม พบว่า ทีมที่ใช้แนวทางใหม่มีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.90 เทียบกับกลุ่มเดิมเพียงร้อยละ 1.42 ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพสรุปเป็น 3 ธีมหลัก ได้แก่ 1) การประสานงานทีมที่ดีขึ้น ส่งผลให้การตอบสนองรวดเร็วและแม่นยำ 2) ความพร้อมของเวชภัณฑ์และทรัพยากรช่วยลดความล่าช้าในการดูแล และ 3) การอบรมที่มีประสิทธิภาพช่วยเพิ่มทักษะและความมั่นใจของบุคลากรในการรับมือภาวะฉุกเฉิน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและครอบคลุมสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดความเสี่ยง และส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของทีมในภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ แนวทางปฏิบัติทางคลินิก ผลลัพธ์ทางคลินิก การผ่าตัดฉุกเฉิน ทีมสหวิชาชีพ

[1]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
[2]อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tassanee@bcnnakhon.ac.th Tel: 064-9536663

Evaluation of the Implementation of Guidelines for Managing Obstetric Emergencies in the Emergency Operating Room: Effectiveness and Impact on Maternal and Neonatal Outcomes

Charuwan Chitraksa B.N.S.[1]
Tassanee Noonart M.N.S.[2]

(Received Date: March 19, 2025, Revised Date: May 8, 2025, Accepted Date: May 21 2025)

Abstract

This mixed-methods study aimed to evaluate the effectiveness of newly developed clinical practice guidelines for managing obstetric emergencies in the emergency operating room, assess their impact on maternal and neonatal outcomes, and identify factors influencing the success of, or barriers to, its implementation. A quasi-experimental research was used to compare the clinical outcomes of mothers and neonates who received care using the newly implemented clinical guidelines and those who received standard care. Quantitative data were collected from the medical records of, and questionnaires completed by, 282 mothers who underwent emergency surgery. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics, including Chi-square and Fisher's exact tests. Qualitative data were obtained through in-depth interviews and focus group discussions with 30 healthcare professionals and analyzed using thematic content analysis.

The findings showed that the implementation of the newly developed guidelines significantly improved clinical outcomes. Maternal complications decreased from 18.30% to 12.10%, maternal survival increased from 92.50% to 97.80%, and neonatal mortality declined from 5.70% to 2.30%, all with statistical significance at $p < .05$. In terms of team performance, 53.90% of the teams following the new guideline achieved an "excellent" rating compared to only 1.42% in the conventional group. Qualitative analysis revealed three key themes: 1) enhanced team coordination leading to more accurate and timely emergency responses; 2) improved availability of medical supplies and resources, which minimized delays in care delivery; and 3) effective training programs which boosted staff competency and confidence in managing obstetric emergencies. The study concludes that well-structured, context-specific clinical guidelines can systematically enhance team performance, improve the quality of maternal and neonatal care, and reduce the risks associated with obstetric emergencies.

Keywords: obstetric emergencies, clinical practice guideline, maternal outcomes, neonatal outcomes, interdisciplinary team

[1]Registered Nurse (Professional Level), Operating Room Nursing Division, Surat Thani Hospital
[2]Lecturer, Department of Maternal, Infant, and Midwifery Nursing, Boromrajonani College of Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute
[2]Corresponding Author, Email: tassanee@bcnnakhon.ac.th Tel: 064-953-6663

บทนำ

ภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage: PPH) ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia/Eclampsia) และภาวะรกติดแน่น (Placenta Accreta Spectrum: PAS) ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกทั่วโลก โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจอย่างเร่งด่วนและการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างทีมสุขภาพ[1,2] แม้ว่าหลายโรงพยาบาลจะมีแนวทางปฏิบัติ (Clinical guidelines) สำหรับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์อยู่แล้ว แต่จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในระดับนานาชาติและประเทศไทย พบว่าแนวปฏิบัติที่ใช้อยู่ส่วนใหญ่เป็นแนวทางทั่วไปที่ไม่เจาะจงบริบทเฉพาะของห้องผ่าตัดฉุกเฉิน[3,4] ข้อจำกัดที่พบบ่อย ได้แก่ การไม่ระบุบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน การขาดกลไกแจ้งเตือนเร่งด่วน และการขาดระบบบริหารจัดการเวชภัณฑ์และทรัพยากรสำคัญ เช่น ยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก เลือดสำรอง หรือถุงฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการตอบสนองและเกิดข้อผิดพลาดได้บ่อยครั้ง[5,6] จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลศูนย์มาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี พบว่า แนวปฏิบัติเดิมยังไม่สามารถรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้คลอดภาวะวิกฤตที่ต้องการการผ่าตัดฉุกเฉินแบบเร่งด่วน การขาดการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนของทีมและการขาดการซักซ้อมร่วมกัน ส่งผลต่อระยะเวลาการตอบสนองและความแม่นยำในการดำเนินการของทีมสหวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญ[7,8] ด้วยเหตุนี้ จึงได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉินขึ้น โดยเน้นการประสานงานของทีมสหวิชาชีพ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการเตรียมความพร้อมผ่านการฝึกซ้อมจำลองสถานการณ์ (Simulation-based training) อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินประสิทธิภาพในเชิงระบบอย่างเป็นรูปธรรม ถือเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of knowledge) ที่ควรได้รับการศึกษา[4,6,8]

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline: CPG) ที่ใช้ในการศึกษานี้ถูกออกแบบขึ้นโดยเฉพาะสำหรับบริบทของห้องผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ภาวะครรภ์เป็นพิษขั้นรุนแรง (Severe preeclampsia/Eclampsia) ภาวะรกเกาะแน่น (PAS) และภาวะทารกขาดออกซิเจนในครรภ์ (Fetal distress) CPG ดังกล่าวพัฒนาขึ้นโดยอ้างอิงจากแนวทางขององค์การอนามัยโลก[2] และแนวทางของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2563[9] โดยประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว การสื่อสารภายในทีมสหวิชาชีพตามระบบ SBAR การจัดเตรียมเวชภัณฑ์และทรัพยากรสำรอง เช่น ยาหดรัดมดลูก เลือดสำรอง เครื่องมือผ่าตัด การดำเนินการตามลำดับขั้นตอนที่กำหนดในสถานการณ์ฉุกเฉิน รวมถึงการสื่อสารกับญาติ เพื่อประเมินว่า CPG ดังกล่าวมีประสิทธิภาพหรือไม่ผู้วิจัยใช้ ตัวชี้วัดหลัก 2 กลุ่ม ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของทีม (Team performance indicators) ประกอบไปด้วยระยะเวลาการตอบสนองในห้องผ่าตัด (Response time) การดำเนินการครบถ้วนตามแผน (Checklist completion rate) ระดับผลการประเมินทีมจากผู้ประเมินอิสระ (Excellent/Good/Fair) และอีกตัวชี้วัดคือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารก (Maternal & Neonatal outcomes) ซึ่งประกอบไปด้วยอัตราการรอดชีวิต, การลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตกเลือดเกิน 1,000 มล.คะแนน Apgar นาทีที่ 1 และ 5, อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด แนวทางปฏิบัติที่กำหนดบทบาทของทีมและลำดับขั้นตอนไว้อย่างชัดเจน คาดว่าจะช่วยให้บุคลากรสามารถตัดสินใจได้เร็วขึ้น ลดความผิดพลาดในการดำเนินการและเพิ่มความพร้อมในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ทั้งคุณภาพการทำงานของทีมและผลลัพธ์ของมารดาและทารกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

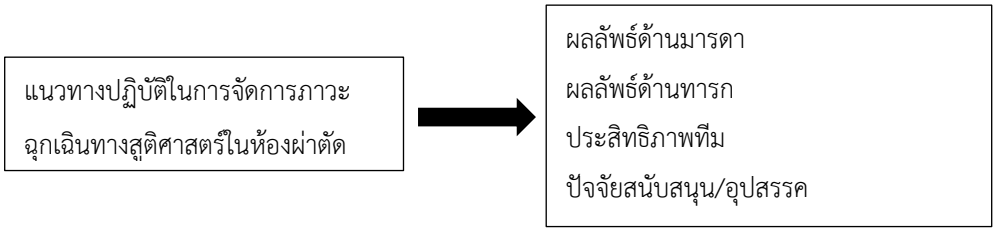
การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นประเมินผลของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในบริบทจริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมสหวิชาชีพ และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรืออุปสรรคของการนำแนวทางไปใช้ เพื่อสนับสนุนการขยายผลและวางแผนพัฒนาระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นสำหรับจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน
2. เพื่อประเมินผลกระทบต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จหรืออุปสรรคในการนำแนวทางไปใช้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (Systems theory)[9] และแนวคิดการประสานงานสหวิชาชีพ (Interdisciplinary collaboration)[10] เป็นกรอบแนวคิดหลัก โดยมีตัวแปรต้นคือ “แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน” ซึ่งพัฒนาตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก[2] และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย[11] ที่ครอบคลุมการประสานงานของทีม การใช้ทรัพยากร และการซ้อมแผน ส่วนตัวแปรตามได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดา: การรอดชีวิต, ภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ของทารก: Apgar score, การเสียชีวิต ประสิทธิภาพของทีมสหวิชาชีพ: ระดับประเมิน (ดีมาก/ดี/พอใช้)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-methods research) ซึ่งประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรืออุปสรรคในการนำไปใช้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) ใช้การศึกษาเชิงสังเกตแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารกระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานเดิม
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ใช้การศึกษาระบบสุขภาพ (Health system research) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussions) กับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวทางปฏิบัติ

ประชากรที่ศึกษา

1. กลุ่มมารดา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉินในภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ภาวะทารกขาดออกซิเจน ในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา
2. กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องผ่าตัด เช่น สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องคลอด

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

1. การวิจัยเชิงปริมาณในครั้งนี้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นใหม่สำหรับจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัด โดยแนวทางดังกล่าวประกอบด้วยการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน การใช้ระบบสื่อสารแบบ SBAR การเตรียมเวชภัณฑ์และทรัพยากรล่วงหน้า และการตอบสนองอย่างเป็นระบบ และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มมารดาที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานเดิมของโรงพยาบาล ซึ่งยังไม่มีการกำหนดโครงสร้างบทบาททีมและกระบวนการทำงานที่เป็นระบบเฉพาะสำหรับภาวะฉุกเฉินในห้องผ่าตัด ขนาดกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคำนวณโดยใช้สูตรของ Machin และคณะ[12] สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (Z = 1.96), พลังการทดสอบร้อยละ 80 (Z = 0.84), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 15 และค่าความแตกต่างที่ต้องการตรวจพบ = 5 ได้ขนาดกลุ่มละ 141 คน รวมทั้งหมด 282 คน

2. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการภาวะฉุกเฉินในห้องผ่าตัด ได้แก่ สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ พยาบาลวิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องคลอด รวมจำนวน 15 ราย โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป คัดเลือกด้วยวิธีเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

กลุ่มมารดา เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉินมีอายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ มีประสบการณ์ในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก: บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาและทารก เช่น ภาวะแทรกซ้อน คะแนน Apgar ปริมาณเลือดที่เสีย

2. แบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพ: สร้างขึ้นตามแนวคิดของ WHO Emergency Response Model[13] แบบสอบถามประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม ครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ การสื่อสารภายในทีม (Team communication) ความชัดเจนของบทบาทและหน้าที่ (Role clarity) ความรวดเร็วในการตอบสนอง (Response time) การบริหารทรัพยากรและเวชภัณฑ์ (Resource management) การปฏิบัติตามขั้นตอนฉุกเฉินอย่างครบถ้วน (Protocol compliance) แต่ละข้อให้ผู้ประเมิน (ผู้เชี่ยวชาญภายนอก เช่น หัวหน้าห้องคลอด วิสัญญีแพทย์) ให้คะแนนในระดับ Likert 5 ระดับ ได้แก่ 1 = น้อยที่สุด, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก, 5 = มากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

คะแนนรวมสูงสุด = 75 คะแนน

61–75 คะแนน = ระดับดีมาก

46–60 คะแนน = ระดับดี

31–45 คะแนน = ระดับพอใช้

ต่ำกว่า 30 คะแนน = ต้องปรับปรุง

3. แนวคำถามสัมภาษณ์: ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก: บันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนของมารดาและทารก เช่น ภาวะแทรกซ้อน คะแนน Apgar ปริมาณเลือดที่เสีย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) = 1.00

2. แบบสอบถามประเมินประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพ: ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามด้วยการทดสอบความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) กับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 ราย ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลและแพทย์ในห้องผ่าตัดได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นในระดับสูง

3. แนวคำถามสัมภาษณ์: ใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ CVI = 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้การศึกษาเชิงสังเกตแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของมารดาและทารกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบมาตรฐานเดิม ข้อมูลเชิงปริมาณเก็บจากเวชระเบียนและแบบสอบถามของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน จำนวน 282 ราย

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกกับแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง สนทนากลุ่มเพื่อระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคของการใช้แนวทางปฏิบัติ มาตรฐานที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัย โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รักษาความลับของข้อมูล โดยใช้รหัสแทนตัวบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบเกี่ยวกับความน่าจะเป็นของฟชเชอร์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ: วิเคราะห์ด้วย Thematic content analysis โดยใช้การจัดหมวดหมู่ (Categorical grouping) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการตีความผ่านการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งประกอบด้วย Triangulation of Data Sources: โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น ผู้ให้สัมภาษณ์จากวิชาชีพหลากหลาย (สูติแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด) Triangulation of Methods ใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และ Triangulation of analysts ให้ผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกช่วยตรวจสอบความสอดคล้องของธีมที่ได้ เพื่อลดอคติของผู้วิจัยหลัก

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรอง 143/2567 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 สิ้นสุด วันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษา ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะเพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยใช้รหัสแทนชื่อเพื่อปกปิดตัวตนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 282 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม จำนวน 141 คน และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ จำนวน 141 คน ส่วนใหญ่กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีอายุอยู่ในช่วง 24-33 ปี ร้อยละ 56.03 และ 50.35 ตามลำดับ ประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญของมารดา ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 68.79 และ 50.35 ตามลำดับ เป็นเบาหวาน ร้อยละ 13.48 และ 14.18 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 44.68 และ ร้อยละ 43.26 ตามลำดับ ไม่เคยแท้ง ร้อยละ 78.72 และ 73.76 ตามลำดับ อายุครรภ์ที่เกิดภาวะฉุกเฉิน อยู่ในช่วง 35-41 สัปดาห์ ร้อยละ 90.78 และร้อยละ 86.52 ตามลำดับ

ส่วนใหญ่กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม มีภาวะร่วมของมารดาและทารกที่ทำให้ได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉิน มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ร้อยละ 24.82 และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีภาวะ Fetal distress 29.08 ส่วนใหญ่ทารกมีน้ำหนักแรกคลอด 2,501 – 3,500 กรัม ร้อยละ 60.99 และร้อยละ 68.09 ตามลำดับ ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับผ่าตัดคลอด ร้อยละ 100 ซึ่งได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย สูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ กุมารแพทย์ แพทย์ฝึกหัด พยาบาลวิสัญญี และพยาบาลห้องคลอดที่รับทารกแรกคลอด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับยาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย โดยได้รับยากลุ่มกระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก และยากระตุ้นการแข็งตัวของเลือด หลังจากได้รับยา กลุ่มตัวอย่าง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก (n=282)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่		X^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ข้อมูลทั่วไปของมารดา						
อายุมารดา	(Mean=28.48, S.D.=.55, Max=40, Min=15)		(Mean=28.91, S.D.=.56, Max=43, Min=14)		.520	.771
14-23 ปี	29	20.57	34	24.11		
24-33 ปี	75	56.03	71	50.35		
34-43 ปี	37	26.24	36	25.53		
ประวัติทางการแพทย์ที่สำคัญของมารดา					12.192	.116[a]
ไม่มี	97	68.79	77	54.61		
เบาหวาน	19	13.48	20	14.18		
ความดันโลหิตสูง	3	2.13	14	9.93		
ภาวะอ้วน	5	3.55	5	3.55		
โรคหัวใจ	8	5.57	11	1.42		
ความผิดปกติของเม็ดเลือด	4	2.84	4	2.84		
ซิฟิลิส	1	0.71	2	2.13		
โรคในระบบทางเดินปัสสาวะ	3	2.13	4	2.84		
โรคทางจิตเวช	1	0.71	4	2.84		
ประวัติการตั้งครรภ์						
จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์					3.334	.511
1 ครั้ง	63	44.68	61	43.26		
2 ครั้ง	47	33.33	37	26.24		
3 ครั้ง	14	9.93	21	14.89		
4 ครั้ง	10	7.09	12	8.51		
5 ครั้งขึ้นไป	7	4.96	10	7.09		
การแท้ง					1.725	.435
ไม่เคยแท้ง	111	78.72	104	73.76		
1 ครั้ง	26	18.44	29	20.57		
2 ครั้งขึ้นไป	3	2.13	4	2.84		

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก (n=282) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่		X^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การคลอดก่อนกำหนด					.146	1.000
ไม่เคย	137	97.16	138	97.87		
1-2 ครั้ง	4	2.84	3	2.13		
จำนวนบุตรที่มีชีวิต					1.565	.495
ตั้งครรภ์แรก	78	55.32	75	53.19		
1-2 คน	57	40.43	55	39.01		
3 คนขึ้นไป	6	4.56	11	7.80		
อายุครรภ์ที่เกิดภาวะฉุกเฉิน					1.269	.348
28-34 สัปดาห์	13	9.22	19	13.48		
35-41 สัปดาห์	128	90.78	122	86.52		
ภาวะร่วมของมารดาและทารกที่ทำให้ได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉิน						
Premature Rupture of Membranes	29	20.57	24	17.02	.581	.542
Thick meconium	5	3.55	13	9.22	3.798	.086
Prolapsed cord	0	0.00	3	2.13	3.032	.247[a]
Pregnancy-Induced Hypertension	2	2.13	8	5.68	3.732	.103
Placenta previa	7	4.96	7	4.96	.000	1.000
ครรภ์เป็นพิษ	5	3.55	7	4.96	.348	.769
Cephalopelvic disproportion	17	12.06	15	10.64	.141	.851
Failed induction	32	22.70	21	14.89	2.811	.127
Non-Stress Test ผล non-reassuring	14	9.93	20	14.18	1.204	.361
รกติดแน่น	1	0.71	1	0.71	.000	1.000
ครรภ์แฝด	4	2.84	4	2.84	.000	1.000
Fetal Macrosomia	4	2.84	9	6.38	2.016	.255
Fetal distress	28	19.86	41	29.08	3.243	.096
Abruptio placenta	2	2.13	2	2.13	.204	1.000[a]
Ovarian cyst	3	2.13	1	0.71	1.740	.878[a]
ครรภ์เป็นพิษรุนแรง	4	2.84	6	4.56	.415	.749
ระยะที่ 2 ของการคลอดยาวนาน	7	4.96	2	2.13	2.869	.173

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารก (n=282) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่		X^2	*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
น้ำคร่ำมาก	5	3.55	2	2.13	1.318	.447[a]
มีประวัติผ่าตัดคลอดในครรภ์ที่ผ่านมา	21	14.89	11	7.80	3.525	.090
เจ็บครรภ์คลอด	35	24.82	28	19.86	1.002	.391
ทารกท่าก้น	14	9.93	10	7.09	.729	.523
ระยะเวลาในการจัดการภาวะฉุกเฉิน					1.422	.283
≤ 30 นาที	79	56.03	69	48.94		
31 – 60 นาที	62	43.97	72	51.06		
น้ำหนักแรกคลอดของทารก					2.216	.353
≤ 2500 กรัม	31	21.99	29	20.57		
2,501 – 3,500	86	60.99	96	68.09		
3,501 กรัมขึ้นไป	24	17.02	16	11.35		

a. Fisher's Exact Test

การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน (n= 282 คน) พบว่าในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมไม่มีภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังผ่าตัด ร้อยละ 100 สถานะของมารดาหลังการผ่าตัดในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่และกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมมีการฟื้นตัวดี ร้อยละ 100 ภาวะแทรกซ้อนของทารกในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ พบน้อยกว่า กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่ มีสถานะทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาลมีสุขภาพดี ร้อยละ 95.04 ซึ่งมากกว่า ในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม (89.36) และประสิทธิภาพการจัดการภาวะฉุกเฉินในกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 95.04 และ กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่มีประสิทธิภาพการจัดการภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.90 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ (n= 282 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อนของมารดาหลังผ่าตัด				
ไม่มี	141	100.00	141	100.00
สถานะของมารดาหลังการผ่าตัด				
ฟื้นตัวดี	141	100.00	141	100.00
ภาวะแทรกซ้อนของทารก				
ไม่มี	81	57.45	92	65.25
มีภาวะหายใจลำบาก	60	42.55	45	31.91
มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	0	0.00	3	2.13
สถานะทารกเมื่อออกจากโรงพยาบาล				

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์การใช้แนวทางปฏิบัติ (n= 282 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพดี	126	89.36	134	95.04
รักษาต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤต	14	9.93	7	4.97
เสียชีวิต	1	0.71	0	0.00
ประสิทธิภาพการจัดการภาวะฉุกเฉิน				
ระดับดีมาก	2	1.42	76	53.90
ระดับดี	134	95.04	59	41.84
ระดับพอใช้	5	3.55	6	4.26

จากตารางแสดงการใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัด ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านต่าง ๆ ทั้งสำหรับมารดาและทารก

1. ผลลัพธ์ด้านมารดา การสูญเสียเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ได้รับการจัดการตามแนวทางปฏิบัติใหม่ (Mean = 434.40, นาที S.D. = 138.63) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางเดิม (Mean = 478.58 นาที, S.D. = 185.27) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .024$) ดังตารางที่ 3

2. ผลลัพธ์ด้านทารก

2.1 คะแนน Apgar นาทีที่ 1 ของทารกในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 8.34, S.D. = 1.24) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติเดิม (Mean = 7.84, S.D. = 2.06) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ดังตารางที่ 3

2.2 คะแนน Apgar นาทีที่ 5 ของทารกในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติใหม่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean = 9.60, S.D. = 0.88) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติเดิม (Mean = 9.33, S.D. = 1.55) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .002$) ดังตารางที่ 3

2.3 อัตราการเสียชีวิตของทารก ลดลงจากร้อยละ 0.71 ในกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติเดิม เป็นร้อยละ 0.00 ในกลุ่มที่ใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านทารกจากการใช้แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัดฉุกเฉิน (n= 282 คน)

ผลลัพธ์	กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติเดิม		กลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติใหม่		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ผลลัพธ์ด้านมารดา						
การสูญเสียเลือด	478.58	185.27	434.40	138.63	2.267	.024*
ผลลัพธ์ด้านทารก						
Apgar score นาทีที่ 1	7.84	2.06	8.34	1.24	2.447	.000*
Apgar score นาทีที่ 5	9.33	1.55	9.60	.88	1.795	.002*

*$p < .05$

ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

จากการวิเคราะห์เนื้อหาของการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทางการแพทย์ พบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. การประสานงานทีมที่ดีขึ้น การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการกำหนดบทบาทอย่างชัดเจนภายใต้แนวทางปฏิบัติช่วยให้การตัดสินใจและดำเนินการมีความรวดเร็วและแม่นยำมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าร่วมให้ข้อมูลกล่าวว่า *"การสื่อสารภายในทีมมีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้ทุกคนเข้าใจบทบาทของตนเองและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ"* (AN1) *"ก่อนหน้านี้ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทุกคนจะรีบเร่งทำงานโดยไม่มีการประสานงานที่ดีพอ แต่ตอนนี้เรารู้ว่าต้องทำอะไรและทำอย่างไรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด"* (AN1)

2. ความพร้อมของทรัพยากร การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่เพียงพอ เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามในบางโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร อาจยังพบปัญหาเกี่ยวกับความล่าช้าในการจัดหาอุปกรณ์ บุคลากรที่ให้สัมภาษณ์ระบุว่า *"เมื่อเรามีเครื่องมือและยาเพียงพอ การดูแลผู้ป่วยสามารถดำเนินไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ"* (AN6) *"บางครั้ง เวชภัณฑ์สำคัญเช่น Tranexamic acid หรือถุงเลือด ไม่เพียงพอในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจส่งผลให้การรักษาล่าช้า"* (RN1)

3. การอบรมและความตระหนักรู้ บุคลากรทางการแพทย์เน้นย้ำถึง ความสำคัญของการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าควรเพิ่มความถี่ของการอบรม และปรับปรุงเนื้อหาให้ทันสมัยเพื่อให้ทันกับสถานการณ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงบุคลากรให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นว่า *"การฝึกอบรมจำลองสถานการณ์ช่วยให้เรามั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติงานจริง"* (RN7) *"ควรมีการอบรมที่เน้นปฏิบัติการมากกว่าทฤษฎี และจัดให้ถี่ขึ้นเพื่อให้บุคลากรทุกคนสามารถเข้าร่วมได้"* (RN8)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยแนวปฏิบัติใหม่มีอัตราการรอดชีวิตของมารดาและคะแนน Apgar ของทารกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ที่มองการดูแลภาวะฉุกเฉินเป็นการทำงานแบบองค์รวมที่ต้องมีการประสานงานขององค์ประกอบต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ[14] การตัดสินใจคลอดในภาวะฉุกเฉินจะต้องทำได้ภายในระยะเวลารวดเร็ว จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบปัญหาในการตัดสินใจคลอดฉุกเฉินที่มากกว่า 30 นาที โดยพบว่า ระยะเวลาตัดสินใจคลอดน้อยกว่า 30 นาทีในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดฉุกเฉินร้อยละ 20.30 มีสถานการณ์ส่งตัวผู้ป่วย ช่วงเวลาของวันผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน สถานะของศัลยแพทย์ ชนิดของยาสลบ และระยะเวลาในการย้ายผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระยะเวลาตัดสินใจคลอดฉุกเฉิน[15] ซึ่ง คะแนน Apgar ที่ต่ำในนาทีแรกมีความสัมพันธ์เชิงลบกับช่วงเวลาตัดสินใจคลอดที่ล่าช้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.6, 95% CI: 1.1– 6, p = .03) และปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนน Apgar ต่ำในนาทีแรก ได้แก่ สัญญาณอันตรายในระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะฉุกเฉินของหญิงตั้งครรภ์ที่ถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลอื่น และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์[16] ดังนั้น เพื่อแก้ไขความล่าช้าของสถาบันในการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน ผู้ให้บริการและสถานพยาบาลควรเตรียมพร้อมล่วงหน้าและพร้อมสำหรับการดำเนินการฉุกเฉินอย่างรวดเร็วซึ่งพบว่าการจัดการภาวะฉุกเฉินเป็นระบบที่มีองค์ประกอบหลายส่วนที่ต้องทำงานประสานกันเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สนับสนุนว่า องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การประสานงานในทีม (Teamwork) ความพร้อมของทรัพยากร (Resource availability) และการตัดสินใจที่รวดเร็ว (Rapid decision-making) มีบทบาทสำคัญในการช่วยลดระยะเวลาการตอบสนองและเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจากงานวิจัยที่พบว่าการพัฒนาและใช้แนวทางปฏิบัติสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากภาวะตกเลือดหลังคลอดได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด[5] แนวทางปฏิบัติที่มีโครงสร้างชัดเจนช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและลดข้อผิดพลาดในการรักษา[2] นอกจากนี้ผลการศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมช่วยลดระยะเวลาการตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน ช่วยให้สามารถบริหารสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และการมีผู้นำที่ชัดเจนในสถานการณ์วิกฤตสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้

นอกจากนี้ พบว่าทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติตามแนวทางใหม่สามารถดำเนินงานได้ในระดับ “ดีมาก” สูงถึงร้อยละ 53.90 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวทางที่ออกแบบโดยเน้นความชัดเจนของบทบาททีมและการฝึกซ้อมร่วมกันนั้น มีผลต่อประสิทธิภาพการตอบสนองของทีม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Clark[17] ที่ชี้ว่าการสื่อสารและความเข้าใจบทบาทภายในทีมช่วยลดข้อผิดพลาดในสถานการณ์ฉุกเฉิน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในทีมช่วยลดระยะเวลาการตอบสนองในกรณีฉุกเฉิน ช่วยให้สามารถบริหารสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน และการมีผู้นำที่ชัดเจนในสถานการณ์วิกฤตสามารถช่วยลดข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นได้[6] อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่พบว่าแนวทางปฏิบัติอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและอุปกรณ์[4] แต่ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การวางแผนที่ดีและการจัดการทรัพยากรอย่างเป็นระบบสามารถช่วยลดข้อจำกัดเหล่านี้และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งศึกษาการใช้แนวทางปฏิบัติในห้องคลอด พบว่า การฝึกอบรมบุคลากรและการจัดระบบการสื่อสารภายในทีมช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การตกเลือดและการติดเชื้อหลังคลอด ซึ่งสนับสนุนข้อค้นพบของการศึกษานี้เกี่ยวกับความสำคัญของการอบรมและการพัฒนาทักษะของบุคลากรในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์[7] รวมทั้งการฝึกอบรมผ่านการจำลองสถานการณ์ (Simulation-based training) มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาทักษะของบุคลากร โดยพบว่าการฝึกอบรมผ่านการจำลองสถานการณ์ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความรวดเร็วในการตอบสนองของทีมแพทย์ต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสูติศาสตร์[18] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของระบบการช่วยเหลือฉุกเฉินทารกแรกเกิดช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยนั้นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้และทักษะเฉพาะด้านสูงดำเนินตามแนวทางการช่วยเหลือฉุกเฉินควบคู่กับการใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยทารกเสี่ยงสูงในการปฏิบัติการพยาบาล และการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้ซึ่งต้องเป็นบุคคลแรก ๆ ในการเข้าถึงช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าการปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉิน จำเป็นต้องฝึกปฏิบัติซ้ำโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง[19]

ผลการสัมภาษณ์สะท้อนว่าการฝึกอบรมซ้ำและการมีทรัพยากรเพียงพอช่วยให้เกิดความมั่นใจของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ WHO emergency obstetric care model ที่เน้น “สามองค์ประกอบหลัก” ได้แก่ ความพร้อมของบุคลากร ทรัพยากรและการสื่อสารภายในระบบ[20] และสมรรถนะหลักที่สำคัญในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ คือ สมรรถนะ การคัดแยกระดับความเร่งด่วนผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ เจตคติ และทักษะที่จำเป็น[21] โดยบทบาทที่สำคัญของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการพยาบาลสูติกรรม ประกอบด้วย การจัดการภาวะฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว การรับทราบปัญหาและการตรวจสอบมาตรการต่าง ๆ ที่ให้เวลาในการช่วยเหลือจำเป็นต้องรับรู้ถึงการเริ่มต้นของภาวะแทรกซ้อนการให้การพยาบาลเบื้องต้นและการรักษา โดยต้องมีทักษะเชิงปฏิบัติรวมไปถึงมาตรการช่วยชีวิตเมื่อจำเป็นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยทางด้านเทคนิคความสำเร็จของพยาบาลผดุงครรภ์ขึ้นอยู่กับการคัดกรองระบุผู้ที่อาจมีความเสี่ยง และส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งมีความสามารถในการปฏิบัติตามมาตรการฉุกเฉินตามกรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่มีการกำหนดให้การประเมินอาการและการคัดกรองเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน[22] อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแนวทางใหม่นี้จะมีการระบุลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน แต่ บริบทที่มีความพร้อมของทรัพยากรในโรงพยาบาลศูนย์อาจส่งเสริมผลลัพธ์มากกว่าที่จะคาดหวังได้ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งต้องพิจารณาในการขยายผลต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลศูนย์ของภาครัฐที่มีทรัพยากรค่อนข้างเพียงพอ ซึ่งอาจไม่สะท้อนถึงบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ห่างไกลที่มีทรัพยากรทางการแพทย์จำกัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเดียว ทำให้ผลการวิจัยอาจไม่สามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์หรือบริบทอื่น ๆ ที่แตกต่างออกไป นอกจากนี้ การติดตามผลในระยะยาวยังไม่ได้รับการประเมินในงานวิจัยนี้ ส่วนข้อจำกัดด้านข้อมูลเชิงคุณภาพ การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มอาจได้รับผลกระทบจากความลำเอียงของผู้ตอบ (Response bias) เช่น การตอบคำถามในทางที่เป็นที่ยอมรับทางสังคม (Social desirability bias) หรือความทรงจำที่ไม่สมบูรณ์ของผู้เข้าร่วม

สรุปการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในห้องผ่าตัด มีประสิทธิภาพในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก เพิ่มความรวดเร็วในการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดา และเพิ่มคุณภาพของการดูแลทารกแรกเกิด โดยแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาและนำมาใช้ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม บริหารจัดการทรัพยากรได้ดีขึ้น และเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาระบบการดูแลภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การฝึกอบรมบุคลากร (Training programs) ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการจำลองสถานการณ์ (Simulation training) เพื่อเสริมทักษะในการตอบสนองภาวะฉุกเฉิน หรือ พัฒนาโปรแกรมการอบรมในรูปแบบออนไลน์ หรือการใช้สื่อดิจิทัลเพื่อเข้าถึงบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล

2. การบริหารจัดการทรัพยากร (Resource management) จัดทำแผนการจัดหาทรัพยากรและเวชภัณฑ์สำรองในกรณีฉุกเฉิน เช่น ยาหดรัดมดลูก เลือดสำรอง และอุปกรณ์ช่วยชีวิต พร้อมทั้งจัดทำระบบตรวจสอบสภาพ และความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดอย่างสม่ำเสมอ

3. เสริมสร้างการสื่อสารในทีม (Team communication) พัฒนาเครื่องมือการสื่อสาร เช่น ระบบแจ้งเตือนภาวะฉุกเฉินผ่านแอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์พกพา เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและลดข้อผิดพลาดในการประสานงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

1. ควรขยายการวิจัยไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือพื้นที่ชนบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และปรับใช้แนวทางให้เหมาะสมกับแต่ละบริบท

2. ควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของมารดาและทารกที่ได้รับการจัดการตามแนวทาง เพื่อประเมินผลกระทบที่ต่อเนื่อง เช่น ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนการพัฒนาแนวทางปฏิบัติระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนการพัฒนาและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติที่ใช้ได้ในทุกระดับของระบบสุขภาพ รวมถึงการบังคับใช้ในสถานพยาบาลทุกแห่ง

2. ส่งเสริมระบบเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน (Emergency surveillance) สร้างระบบฐานข้อมูลที่รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เช่น อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน และผลลัพธ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนและพัฒนานโยบาย

3. จัดสรรงบประมาณสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนและชนบทอย่างเพียงพอ มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ เพิ่มคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยสำหรับมารดาและทารกทั่วประเทศและในระดับสากล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีที่ให้การสนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดจนคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ให้การรับรองโครงการวิจัยนี้ เพื่อให้การศึกษาเป็นไปอย่างสมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ต่อไป

References

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):323–33.
2. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2020.
3. Knight M, Bunch K, Tuffnell D, Shakespeare J, Kotnis R, Kenyon S. Saving lives, improving mothers' care. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2019.
4. Main EK, Menard MK, Satish M, D'Alton ME, Berghella V, Goffman D. Addressing maternal mortality and morbidity in the United States: strategies for system-level implementation. Semin Perinatol. 2020;44(6):151–8.
5. Miller S, Lalonde A, Turan JM, Fathalla M, Fauveau V, McCarthy J. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage: new advances for low-resource settings. J Midwifery Womens Health. 2004;49(4):283–92.
6. D'Alton ME, Bonanno CA, Berkowitz RL, Roman AS, Bastek JA, Berghella V. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2014;210(3):179–93.
7. Pattanakul S, Intharasuwan J, Thongpan K. Effects of implementing an emergency obstetric management guideline in the delivery room. Journal of Nursing and Health Sciences. 2020;38(2):45–56. (in Thai)
8. Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Medical Incident Command System (ICS). [Internet]. 2019 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_ics/g01.pdf. (in Thai)
9. Cristina M, Jacqueline P, Francesco P. A brief review of systems theories and their managerial applications. Serv Sci. 2010;2(1–2):126–35.
10. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. Interprofessional collaboration and quality primary healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
11. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical practice guideline for the management of postpartum hemorrhage. Bangkok: Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2020. (in Thai)
12. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. Sample size tables for clinical studies. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
13. Schneeberger C, Mathai M. Emergency obstetric care: Making the impossible possible through task. Int J Gynaecol Obstet. 2015;131:S6-9.
14. Von Bertalanffy L. General system theory. New York: George Braziller; 1968.
15. Kitaw TM, Limenh SK, Chekole FA, Abate TW, Tesfaye YT. Decision to delivery interval and associated factors for emergency cesarean section: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:224.

16. Damtew BS, Gudayu TW, Temesgan WZ, Hailu AM. Effect of decision-to-delivery time of emergency cesarean section on adverse newborn outcomes at East Gojjam Zone Public Hospital, Ethiopia, March 2023: Multicenter Prospective Observational Study Design. Int J Womens Health. 2024;16:433-50.
17. Clark PR. Teamwork: Building healthier workplaces and providing safer patient care. Crit Care Nurs Q. 2009;32(3):221–31.
18. Miller S, Lalonde A, Turan JM, Dau K. Obstetric emergencies: strategies for successful management. J Midwifery Womens Health. 2016;61(1):11–25.
19. Wongtan S, Promnited N, Phaisarn W. Effectiveness of emergency neonatal service system improvement, Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. Journal of Nakhornping Hospital. 2023;14(1):97-115. (in Thai)
20. World Health Organization. Emergency obstetric care: Key elements. Geneva: WHO; 2015.
21. Reeta J, Nalini JS. Role of nurse in obstetric emergencies. International Journal of Advances in Nursing Management. 2018;6(2):157-61.
22. Nursing and Midwifery Council of Thailand. Announcement on principles for sorting patient urgency level. Royal Gazette [Internet]. 2020. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_00344.PDF (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะเพื่อยกระดับคุณภาพและความพึงพอใจของพยาบาล: กรณีศึกษาหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

อัจฉราพรรณ องอาจ พย.บ.[1]
กัลยกร ลักษณะเลขา พย.บ.[2]
วรรณพร ศรีสุนทร พย.บ.[3]

(วันรับบทความ :11 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ 20 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :31 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การบันทึกทางการพยาบาลเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง และสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ทั้งยังมีผลต่อการตัดสินทางกฎหมายและความปลอดภัยในการดูแลรักษา จากปัญหาความไม่สมบูรณ์ในการบันทึกของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัยเชิงพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและวงจรบริหารคุณภาพของ Deming กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 คน ในหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึก แบบทดสอบความรู้ แบบตรวจสอบคุณภาพบันทึก และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบคุณภาพบันทึกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกโดยใช้สถิติ t-test

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการบันทึกทางการพยาบาลที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังจากการอบรมและนำรูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นไปปฏิบัติจริงในระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นอย่างมาก ส่งผลให้คุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลมีความสมบูรณ์และถูกต้องมากขึ้น ลดโอกาสในการเกิดข้อผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงประโยชน์ในการนำวงจรคุณภาพของ Deming Cycle และกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งสามารถนำไปเป็นแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพการบริการด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การบันทึกทางการพยาบาลระบบชี้เฉพาะ รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาล

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รองหัวหน้าตึกผู้ป่วยในพิเศษ3 โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: asharapanttt@gmail.com Tel: 085-5965354

Development of a Focus-charting Nursing Documentation Model to Enhance Quality and Nurse Satisfaction: A Case Study of a Special Patient Care Unit, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital

Ascharapan Ongard B.N.S.[1]
Kulyakorn Laksanalecha B.N.S.[2]
Wannaporn Srisoonthorn B.N.S.[3]

(Received Date: March 11, 2025, Revised Date: May 20, 2025, Accepted Date: May 31, 2025)

Abstract

Nursing documentation is a critical component of quality patient care, requiring completeness, accuracy, and consistency with professional standards. It also has legal implications and affects patient safety. Due to an issue with incomplete documentation among professional nurses in the special ward of Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, the researcher conducted developmental research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a focus-charting nursing documentation model based on the nursing process and Deming's quality management cycle. The study involved 17 professional nurses working in the special ward of Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital and was conducted from March 2024 to February 2025. Research tools included focus group discussions for model development, a knowledge test, a documentation quality checklist, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests to compare documentation quality before and after implementing the model.

The results showed a marked improvement in the nurses' knowledge and skills in nursing documentation after training and six months after implementing the developed model. The participants reported high satisfaction with the model, which led to more complete and accurate nursing records, reduced the likelihood of errors, and enhanced the effectiveness of patient care. This study highlights the benefits of applying the Deming Cycle and the nursing process to improve documentation quality, providing a practical framework for sustainable healthcare quality management in alignment with professional standards.

Keywords: focus charting, nursing documentation model, nurse's satisfaction

[1]Registered nurse (Professional level), Deputy Head Nurse of Special Inpatient Ward 3, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital
[2]Registered nurse (Senior professional level), Head Nurse of Surgical Female Inpatient Ward, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital
[3]Registered nurse (Senior professional level), Head of Nursing Division for Special Inpatient Units. Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital
[1]Corresponding author, Email: asharapanttt@gmail.com Tel: 085-5965354

บทนำ

การบันทึกทางการพยาบาลระบบชี้เฉพาะ Focus Charting Record เป็นการบันทึกประวัติสภาพอาการ และผลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย ที่รวบรัด กระชับ ชัดเจน การบันทึกทางการพยาบาลเป็นหน้าที่ของพยาบาล แสดงถึงความเป็นอิสระแห่งวิชาชีพพยาบาล (Professional autonomy) พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความสามารถในการบันทึกข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถใช้สื่อสารได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง บันทึกทางการพยาบาลเป็นการรายงานข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใดๆ ต่อผู้ป่วย ตลอดจนผลของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ และในทางคดีเป็นพยานเอกสาร ซึ่งเป็นหลักฐานทางกฎหมายเมื่อถูกกล่าวหาหรือกล่าวโทษว่าเป็นผู้กระทำผิดในการปฏิบัติการพยาบาล ในทางตรงข้ามหากผู้ประกอบวิชาชีพให้การพยาบาลที่มีคุณภาพเพียงใดแต่ไม่ลงบันทึกทางการพยาบาลไว้ ก็ไม่สามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้[1] บันทึกจะมีคุณค่าได้ขึ้นอยู่กับคุณภาพการบันทึก[2] โดยส่วนหนึ่งของการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยใช้ในการพิจารณาคดีความหากมีการฟ้องร้องและนำไปสู่การตัดสินที่ยุติธรรม ทำให้พยาบาลหลุดพ้นจากการเกิดปัญหาทางคดีความได้ ปัญหาในการบันทึกทางการพยาบาลผู้บันทึกมีความเบื่อหน่ายในการบันทึกเนื่องจากมีทัศนะว่าการบันทึกเป็นเรื่องที่ยาก แม้จะรับรู้อยู่เสมอว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่มีคุณค่า บันทึกสิ่งที่ไม่ได้ทำและไม่บันทึกสิ่งที่ทำ ขาดทักษะในการรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล จึงทำให้บันทึกไม่ครอบคลุมไม่เป็นองค์รวม[3]

โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดนครราชสีมา ได้ก่อตั้งเมื่อปีพ.ศ. 2551 ปัจจุบันเปิดบริการเพื่อรองรับเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 200 เตียง และเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับพระราชทานนามจากสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยามบรมราชกุมารี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาและขยายบริการขึ้นเรื่อย ๆ อย่างรวดเร็ว เพื่อแบ่งเบาความแออัดของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา การบันทึกทางการพยาบาลจึงเป็นหลักฐานการให้บริการที่สำคัญของการบริการการพยาบาลผู้รับบริการที่มีความหลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษเป็นหน่วยงานที่ให้บริการผู้รับบริการมีความคาดหวังสูงและมีโอกาสเกิดข้อร้องเรียนได้ตลอดเวลา และผู้รับบริการต้องการการดูแลรักษาพยาบาลแบบองค์รวมอย่างมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาซับซ้อนได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะฉุกเฉินไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการประเมินคุณภาพการบันทึกการพยาบาลโดยวิธีสุ่มตรวจบันทึกทางการพยาบาลของหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า มีอัตราความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการพยาบาล ร้อยละ 79.90, 82.62 และ 86.11 ตามลำดับ[4] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์กรบริหารทางการพยาบาลกำหนดไว้ร้อยละ 85 นอกจากนั้นจากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น พบว่ายังไม่มีแนวทางการบันทึกทางการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งองค์กร โดยหน่วยงานพยาบาลบางส่วนใช้รูปแบบการบันทึกแบบ Focus Charting Record ซึ่งเน้นการบันทึกตามจุดสนใจหลักของผู้ป่วย ในขณะที่บางหน่วยงานใช้การบันทึกแบบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ส่งผลให้เกิดความไม่สอดคล้องกันในด้านเนื้อหาและโครงสร้างของการบันทึก นอกจากนี้ยังพบว่าการบันทึกทางการพยาบาลขาดความครอบคลุม ไม่สะท้อนมุมมองแบบองค์รวมของผู้ป่วยและไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลที่ต่อเนื่องและเป็นระบบได้อย่างชัดเจน ปัญหาเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความต่อเนื่องของข้อมูลทางการพยาบาล การสื่อสารในทีมสุขภาพตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะที่ผ่านมา พบว่าช่วยลดระยะเวลาในการบันทึกและเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลต่อคุณภาพของการบันทึกได้อย่างชัดเจนและสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล[6] ผู้วิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงเรื่องนี้ในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ จึงมีความสนใจนำรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบ Focus charting มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพสามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน เป็นระบบ และมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งในการพัฒนาครั้งนี้มุ่งพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ โดยให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายในเรื่องการบันทึกทางการพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล โดยประยุกต์กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) ใช้วงจรบริหารคุณภาพของ Deming Cycle เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล

โดยผู้บริหารสามารถนำแนวทางดังกล่าวสู่การปฏิบัติให้เกิดระบบการติดตาม ควบคุม กำกับที่มีคุณภาพ มีผลต่อบริการที่ได้มาตรฐานของวิชาชีพพยาบาล โดยยึดหลักเกณฑ์ของสภาการพยาบาล และเกณฑ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามนโยบายของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

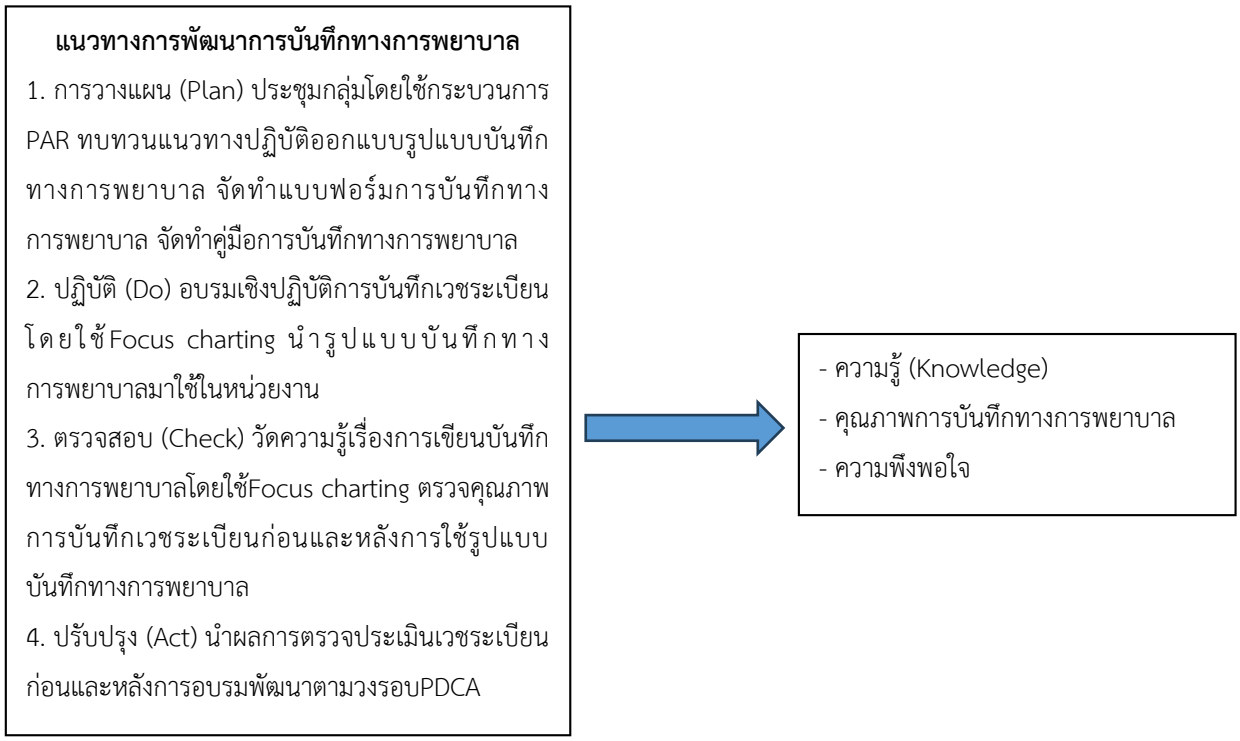
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพการบันทึกก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ งานผู้ป่วยในพิเศษโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยใน จำนวน 105 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษ1 พิเศษ2 พิเศษ3 จำนวน 17 คน โดยทำการศึกษา เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยการพัฒนาบันทึกทางการพยาบาลในครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิด กระบวนการพยาบาล และประยุกต์แนวคิดของ Deming cycle มาใช้ในกระบวนการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้ขั้นตอนการพัฒนาของ Deming cycle (PDCA) และกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) ประชุมกลุ่มเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับบันทึกทางการพยาบาลโดยได้ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงตุลาคม พ.ศ.2567 ประกอบด้วยตัวแทนพยาบาลจำนวน 12 คน จากหอผู้ป่วยพิเศษ 1 พิเศษ 2 พิเศษ 3 และหัวหน้าพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาล ลักษณะการประชุมแบบมีส่วนร่วม ทบทวนแนวทางปฏิบัติออกแบบรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะ มาประกอบกับข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาการบันทึกทางการพยาบาลและข้อคิดเห็นจากการประชุมกลุ่ม เพื่อให้รูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยพิเศษ จัดทำแบบฟอร์มการบันทึกทางการพยาบาล จัดทำคู่มือการบันทึกทางการพยาบาล และให้มีการเสนอความคิดเห็นในการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล มีการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยพิเศษ1 พิเศษ2 พิเศษ3 จำนวน 45 เวชระเบียน

2. ปฏิบัติ (Do) อบรมเชิงปฏิบัติการบันทึกเวชระเบียนโดยใช้ Focus charting นำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลมาใช้ในหน่วยงานนี้ ผสานกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนเข้ากับการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) โดยโครงสร้างของแบบฟอร์มจะมีการเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล สะท้อนผลลัพธ์การตอบสนองของผู้ป่วย โดยสะท้อนปัญหาพยาบาลสำคัญ (Focus) และลำดับการคิดวิเคราะห์ของพยาบาลอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมการอบรมจำนวน 17 คน พร้อมมอบหมายภารกิจให้มีการบันทึกทางการพยาบาล และมีการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

3. ตรวจสอบ (Check) วัดความรู้เรื่องการเขียนบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้ Focus charting ตรวจคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนหลังการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 45 เวชระเบียน

4. ปรับปรุง (Act) นำผลการตรวจประเมินเวชระเบียนก่อนและหลังการอบรมพัฒนาตามวงรอบPDCA

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสำรวจสภาพการณ์การบันทึกทางการพยาบาล ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบริบทและปัญหาที่พบในการบันทึกของหน่วยงาน โดยบันทึกข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย

2. แบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งดัดแปลงจากงานวิจัยของสิริลักษณ์ อินทร์ศร[7] โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ประกอบด้วยข้อรายการจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเนื้อหา 2) ด้านรูปแบบ และ 3) ด้านการใช้งาน โดยกำหนดคะแนนการประเมินไว้ดังนี้ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนความพึงพอใจ ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก, ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด แบบสอบถามนี้ใช้วัดความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบใหม่

3. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลของสิริลักษณ์ อินทร์ศร[7] โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยได้จัดทำแบบทดสอบปรนัยจำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก (Multiple Choice Questions: MCQs) โดยมีเพียง 1 คำตอบที่ถูกต้องต่อหนึ่งข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดให้คำตอบที่ถูกต้องได้คะแนน 1 คะแนน และคำตอบที่ผิดไม่ได้คะแนน (0 คะแนน) คะแนนรวมเต็ม 20 คะแนน ใช้ในการวัดระดับความรู้ของ

พยาบาลวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลเกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้ คะแนน 17–20 หมายถึง มีความรู้ในระดับดีมาก คะแนน 13–16 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี คะแนน 9–12 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 9 หมายถึง ควรปรับปรุง ใช้วัดระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรม

4. แบบตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล : ดัดแปลงจากคู่มือการตรวจสอบคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลของสิริลักษณ์ อินทร์ศร[7] แบบตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยปรับแบบสอบถามใหม่ทั้งหมด 24 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) โดยกำหนดคะแนนการประเมินไว้ดังนี้ 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด ดัดแปลงพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลเหมาะสมกับบริบทงานหอผู้ป่วยพิเศษทั้ง 3 หอผู้ป่วย คือ บันทึกทางการพยาบาลในกลุ่มโรคที่พบบ่อย 3 กลุ่มโรค ได้แก่ โรคปอดบวม (Pneumonia) ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) โดยใช้เกณฑ์จากแนวทางการตรวจสอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและเกณฑ์การบันทึกของสภาการพยาบาล เพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญของการบันทึกทางการพยาบาล ได้แก่ ความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา ต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบันใช้ตรวจเวชระเบียนก่อนและหลังใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เพื่อให้มั่นใจในความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยนำเครื่องมือทั้งหมดเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประเมินความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นจึงนำผลการประเมินมาคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหาโดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งได้ค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0.67–1.00 ผลการตรวจสอบพบว่าแบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีค่า IOC เท่ากับ 0.98 ส่วนแบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคปอดบวม (Pneumonia) มีค่า IOC เท่ากับ 0.68 ขณะที่แบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 10 คน ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 โดยใช้สูตรของ Cronbach’s Alpha ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลซึ่งเป็นแบบทดสอบแบบถูก-ผิด ใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.99 และแบบตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล รวมถึงคู่มือตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 โดยใช้สูตรของ Cronbach’s Alpha

จริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 076 ลงวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ.2567 โดยพยาบาลวิชาชีพมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยอย่างอิสระ คำตอบของผู้ร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลกระทบต่อสถานภาพการทำงานหรือความสัมพันธ์ในองค์กร ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน การอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และการอบรมเกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาล การใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบการกระจายและความแปรปรวนของข้อมูล พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติและมีความแปรปรวนเท่ากัน จึงใช้สถิติ Dependent t-test เปรียบเทียบความรู้และความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบันทึกและใช้ Independent t-test เปรียบเทียบคุณภาพของเวชระเบียนทางการพยาบาลก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพหญิงทั้งหมด จำนวน 17 คน ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทพรัตน์ นครราชสีมา โดยมีรายละเอียดดังนี้ ช่วงอายุ มากที่สุดอยู่ระหว่าง 31–35 ปี ร้อยละ 58.82 ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ: กลุ่มที่มีประสบการณ์ 8–15 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.17 ประสบการณ์ในหอผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 8–10 ปี ร้อยละ 64.70 ประวัติการอบรม พยาบาลส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ร้อยละ 76.50 และการบันทึกทางการพยาบาลร้อยละ 64.70 สะท้อนให้เห็นถึงพื้นฐานความรู้ด้านการพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลพัฒนาขึ้นจากการประชุมสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 12 คน ประกอบด้วยตัวแทนพยาบาลจากหอผู้ป่วยพิเศษ 1, 2 และ 3 หัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้เชี่ยวชาญด้านการบันทึกทางการพยาบาล กลุ่มผู้เข้าร่วมมีความเห็นสอดคล้องกันในการพัฒนารูปแบบการบันทึกโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับระบบบันทึกแบบชี้เฉพาะ Focus Charting Record พร้อมเสนอให้มีการสนับสนุนด้านวิชาการและแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ได้รูปแบบการบันทึกที่ชัดเจนและเหมาะสม รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลผสมผสานระหว่างกระบวนการพยาบาล และการบันทึกแบบชี้เฉพาะ (Focus charting) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การบันทึกมีความครบถ้วน ถูกต้องตามหลักวิชาการ พยาธิสภาพของโรค และสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงกำหนดแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้งานจริง การอบรมเชิงปฏิบัติการจัดขึ้นโดยมีพยาบาลวิชาชีพเข้าร่วมจากหอผู้ป่วยพิเศษ 1, 2 และ 3 รวมทั้งสิ้น 17 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของเป้าหมาย

3. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการพยาบาลก่อนและหลังการอบรมและนำรูปแบบบันทึกทางการพยาบาลไปปฏิบัติ 6 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยสถิติ dependent t-test (n = 17)

รายการ	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t	df	*p*-value
ก่อนอบรม (คะแนนเต็ม =20)	13.59	3.16			
หลังอบรม (คะแนนเต็ม =20)	15.47	1.50	-3.43	16	.003

จากตารางที่ 1 จากการวิเคราะห์ผลคะแนนความรู้เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการเสริมความรู้ พบว่า ก่อนการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 13.59 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน โดยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.82 และระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 11.76 ขณะที่หลังการอบรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 15.47 คะแนน โดยมีผู้ที่มีความรู้ในระดับดีเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 70.59 และระดับดีมากเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 29.41 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรายบุคคล

พบว่า พยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 58.82 มีคะแนนหลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม และอีก 7 คน คิดเป็นร้อยละ 41.17 มีคะแนนเท่าเดิม โดยคะแนนสูงสุดก่อนและหลังอบรมเท่ากันที่ 18 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 90 อย่างไรก็ตาม คะแนนต่ำสุดก่อนอบรมอยู่ที่ 7 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 35 ขณะที่หลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 13 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65 ซึ่งหลังการอบรมพยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 1.88 คะแนน โดยผลการทดสอบทางสถิติ Dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังอบรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของระดับความรู้ภายหลังการเสริมความรู้ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบการอบรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียน ก่อนและหลังการการใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาล

รายละเอียด	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			df	*p*-value
	ธ.ค. 2566	ม.ค. 2567	ก.พ. 2567	ส.ค. 2567	ก.ย. 2567	ต.ค. 2567		
คะแนนความสมบูรณ์เวชระเบียน	86.54	86.98	84.01	92.33	93.57	96.03		*p* = .005
คะแนนโดยรวม		85.84			93.94		3.90	

จากตารางที่ 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความสมบูรณ์ของเวชระเบียนก่อนและหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองคิดเป็นร้อยละ 85.84 ขณะที่หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.94 ทดสอบโดยใช้สถิติ Independent t-test แสดงว่าความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสมบูรณ์ของเวชระเบียนก่อนและหลังการใช้รูปแบบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพของการบันทึกเวชระเบียนได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาล และด้านความถูกต้องตามกระบวนการพยาบาล (n = 17)

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	Median	ระดับ	หลังทดลอง Mean (S.D.)	Median	ระดับ
ด้านความครบถ้วน						
1. บันทึกการประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามแนวคิดองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.41 (.51)	4.00	มาก
2. บันทึกข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ครอบคลุมข้อมูล	4.00 (.64)	4.00	มาก	4.12 (.49)	4.00	มาก
3. สามารถบันทึกประเมินผลการพยาบาลได้ครบถ้วน	4.00 (.53)	4.00	มาก	4.18 (.53)	4.00	มาก
4. สะท้อนสภาพปัญหาก่อน–หลังพยาบาล	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.24 (.44)	4.00	มาก
ด้านความต่อเนื่อง						
5. สามารถบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	4.00 (.56)	4.00	มาก	4.35 (.49)	4.00	มาก
6. แสดงเหตุการณ์เรียงตามลำดับเวลา	4.00 (.56)	4.00	มาก	4.12 (.49)	4.00	มาก
7. สามารถบันทึกข้อมูลต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว	4.00 (.49)	4.00	มาก	4.06 (.75)	4.00	มาก
8. บันทึกกิจกรรมพยาบาลได้ต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.06 (.66)	4.00	มาก
9. บันทึกการประเมินผลต่อเนื่อง สะดวก รวดเร็ว	4.00 (.61)	4.00	มาก	4.12 (.70)	4.00	มาก
10. สามารถบันทึกข้อมูลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องทุกเวร	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.06 (.66)	4.00	มาก

ข้อคำถาม	ก่อนทดลอง Mean (S.D.)	Median	ระดับ	หลังทดลอง Mean (S.D.)	Median	ระดับ
ด้านความชัดเจน						
11. มีรายละเอียดชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาและการพยาบาล	4.00 (.61)	4.00	มาก	4.12 (.49)	4.00	มาก
12. บันทึกทางการพยาบาลชัดเจนและครบถ้วน	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.18 (.39)	4.00	มาก
13. ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมพยาบาลได้ดี	4.00 (.79)	4.00	มาก	4.18 (.53)	4.00	มาก
14. ใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดี	4.00 (.81)	4.00	มาก	3.88 (.70)	4.00	มาก
15. แสดงสิ่งที่ตรวจสอบและสังเกตได้โดยไม่แปลความหมาย	4.00 (.56)	4.00	มาก	4.06 (.56)	4.00	มาก
16. ใช้ตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลได้	4.00 (.49)	4.00	มาก	4.12 (.60)	4.00	มาก
17. การบันทึกแผนการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย	4.00 (.43)	4.00	มาก	4.12 (.49)	4.00	มาก
18. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัย	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.06 (.56)	4.00	มาก
19. สะท้อนการใช้องค์ความรู้ของพยาบาล	4.00 (.70)	4.00	มาก	4.18 (.53)	4.00	มาก
20. แสดงการนำองค์ความรู้มาปฏิบัติการพยาบาล	4.00 (.70)	4.00	มาก	4.24 (.56)	4.00	มาก
21. ท่านภูมิใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาล	4.00 (.66)	4.00	มาก	3.82 (.53)	4.00	มาก
22. สามารถปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยและแผนการพยาบาลได้สะดวกและรวดเร็ว	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.06 (.66)	4.00	มาก
23. รูปแบบบันทึกชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน	4.00 (.56)	4.00	มาก	3.94 (.66)	4.00	มาก
ภาพรวมทุกข้อ	4.00 (.60)	4.00	มาก	4.11 (.56)	4.00	มาก
t-value	df				*p*-value	
.130	16				.898	

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ด้วย Dependent t-test ผลการวิเคราะห์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลหลังทดลอง (Mean = 4.11, S.D. = 0.56) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean = 4.00, S.D. = 0.60) เพียงเล็กน้อย โดยก่อนทดลองข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการใช้บันทึกเป็นเครื่องมือสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหลังทดลอง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการบันทึกตามแนวคิดองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลให้ความสำคัญกับการบันทึกที่ส่งเสริมการสื่อสารและความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย

การอภิปรายผล

1. รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยใช้กระบวนการพยาบาล การพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสำหรับงานผู้ป่วยในห้องพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา เกิดจากการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตรวจสอบปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข จากการพัฒนาและทดลองใช้ พบว่ารูปแบบที่ปรับปรุงขึ้นมีประสิทธิผล สะท้อนถึงการบันทึกที่มุ่งเน้นปัญหา และช่วยเพิ่มความชัดเจนในการบันทึกข้อมูลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาลิตา พูลเพิ่ม และคณะ[8] และธิดารัตน์ สุตะโคตร[9] ควรมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการการบันทึกทางการพยาบาล โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วม และมีการตกลงใช้รูปแบบบันทึกทางการพยาบาลแนวทางเดียวกัน โดยมีการพัฒนารูปแบบการบันทึก

ทางการพยาบาลแบบชี้เฉพาะโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย รูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยสามกลุ่มที่พบบ่อย ได้แก่ โรคปอดบวม (Pneumonia) ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอด (Cesarean section) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ ทัพโพธิ์ และคณะ[10] ควรมีรูปแบบเฉพาะโรคที่สำคัญเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการพยาบาลและเกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันโรงพยาบาลได้เริ่มนำระบบคอมพิวเตอร์ K-PHIS มาใช้ในการบันทึกทางการพยาบาล อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาหลายประการ ได้แก่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่มีอยู่ไม่เพียงพอสำหรับการใช้งานของพยาบาลในหน่วยบริการ และระบบการบันทึกแบบ Focus Charting ยังไม่ครอบคลุมต่อการบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งหมด อีกทั้งยังไม่สะท้อนแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างชัดเจน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบการบันทึกทางการพยาบาลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่มีความครอบคลุมทั้งด้านข้อมูล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และแนวทางการบันทึกที่เชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของฉันทนา กรุงสูงเนิน[11] และจันทร์ทิรา เจียรณัย[12]

2. การประเมินประสิทธิผลของการบันทึกทางการพยาบาล

2.1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ การทดสอบความรู้ก่อนและหลังเสริมความรู้พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 13.59 เป็น 15.47 โดยมีพยาบาลที่มีความรู้เพิ่มขึ้น 10 คน (ร้อยละ 58.82) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ภัทรมงคลเขตต์ และพร บุญมี[13] และการศึกษาของรัชฎาพร สุวรรณรัตน์ และคณะ[14] ที่ชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ การพัฒนาส่งเสริมความรู้และทักษะการบันทึกการพยาบาลแบบจุดเน้นเฉพาะให้แกพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลควรได้รับการฝึกฝนทางคลินิกเพิ่มมากขึ้นพร้อมกับการนิเทศทางคลินิกจากหัวหน้าหอผู้ป่วยรวมถึงควรใช้ระบบการกำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาล การจำแนกผลลัพธ์ และการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นระบบสากลและการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกและความครบถ้วนของข้อมูลได้อย่างมีนัยสำคัญ

2.2 ประสิทธิผลตามความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ จากผลการสำรวจความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 17 ราย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยรวม เพิ่มขึ้นจาก 4.00 เป็น 4.11 หลังการทดลองใช้ แม้ค่าดังกล่าวจะไม่แตกต่างกันมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบข้อค้นหาที่น่าสนใจหลายประการ

ก่อนการทดลอง ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ “สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดี” (Mean = 4.00, S.D. = 0.81) สะท้อนถึงบทบาทของแบบบันทึกในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างทีมวิชาชีพในระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการให้บริการแบบองค์รวม

หลังการทดลอง ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ “สามารถบันทึกการประเมินปัญหาของผู้ป่วยได้ครบถ้วนต่อเนื่องตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม” (Mean = 4.41, S.D. = 0.51) แสดงให้เห็นว่าแบบบันทึกที่พัฒนาขึ้นช่วยส่งเสริมการบันทึกอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ทั้งยังสะท้อนถึงการใช้ความรู้ทางวิชาชีพอย่างเหมาะสม การบันทึกอย่างเป็นองค์รวมมีผลต่อคุณภาพการสื่อสารและการวางแผนการดูแลในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา เพ็ญนารา[15] ชี้ให้เห็นว่าควรมีการสื่อสารระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้มีความเข้าใจตรงกัน

อย่างไรก็ตาม ข้อที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดหลังการทดลองคือ “ความภูมิใจในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลของตนเอง” (Mean = 3.82, S.D. = 0.53) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความไม่มั่นใจหรือการขาดแรงจูงใจในการใช้งานแบบบันทึกใหม่อย่างเต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมเพิ่มเติมผ่านกระบวนการนิเทศทางการพยาบาล การให้แรงเสริมทางบวกและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จักรอ้อม และคณะ[16] ภายหลังการพัฒนาพบว่าได้แบบบันทึกทางการพยาบาลความพึงพอใจต่อรูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการพัฒนา

2.3 คุณภาพการบันทึกโดยการตรวจสอบเวชระเบียน ผลการตรวจสอบเวชระเบียนตามมาตรฐาน สปสช. พบว่า หลังทดลอง การบันทึกมีความครอบคลุมมากขึ้นซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดทำคู่มือและการอบรมช่วยให้พยาบาลสามารถบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น ที่แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบบันทึกทางการพยาบาลสามารถเพิ่มคุณภาพการบันทึกได้อย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร ศรีสร้อย[17] แสดงให้เห็นว่าการตรวจสอบคุณภาพ การบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้หลัก 4C ตามเกณฑ์ของสำนักการพยาบาล พบว่า มีการบันทึกได้ ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน ได้ใจความเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางเดียวกัน และควรมีการพัฒนาระบบต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิดาภา ปิติพัฒน์ และรินลภัส ใสยันต์[18] การศึกษาของดรุณพร สุจริตธรรม[19] และการศึกษาของปิยนุช พลเยี่ยม และคณะ[20] ชี้ให้เห็นว่าการกระบวนการโฟกัสพีดีซีเอสามารถพัฒนาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาล

สรุป

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลที่ชัดเจนและการเสริมความรู้แก่พยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ทั้งนี้ควรมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยนำเทคโนโลยีดิจิทัลพัฒนาระบบการบันทึกทางพยาบาลให้สมบูรณ์ ทันสมัย และถูกต้องตามหลักวิชาการซึ่งควรอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และผลการวิจัยที่เชื่อถือได้ เป็นแนวทางสำคัญในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โดยจุดประสงค์เพื่อรักษามาตรฐานและพัฒนาแนวทางการบันทึกให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนเพียง 17คน ซึ่งมีบริบทเฉพาะ การนำผลไปใช้ควรพิจารณาความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล งานผู้ป่วยในห้องพิเศษ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไปดังนี้

1. ควรนำรูปแบบการบันทึกที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในแผนกอื่น เช่น ผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยในสาขาต่าง ๆ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทุกแผนกใช้แบบบันทึกที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ควรสร้างแรงจูงใจและปลูกฝังให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการบันทึกทางการพยาบาลอย่างถูกต้องและครบถ้วน นำแนวทางการบันทึกไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาตรี นิเทศเจ้าหน้าที่พยาบาลใหม่ และนักศึกษาพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลจากการนิเทศของหัวหน้าหน่วยงาน ศึกษาคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเป็นรายบุคคล เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและแนวทางปรับปรุง พัฒนาระบบนิเทศและติดตามการบันทึกทางการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

References

1. Numdee J. Factors affecting nursing documentation of registered nurses in Doem Bang Nang Buat Hospital, Suphan Buri Province. Nursing Time. 2019; [cited 2025 Apr 2]. Available from: http://www.medi.co.th/hotnews11/nursing_1625472095NR121.pdf. (in Thai)

2. Katesampan Y. Development of nursing documentation: Focus Charting, cohort 16. In: Academic Conference on Nursing Documentation Development; 2023 Nov 13–14; Phibulsongkram Conference Room, 12th Floor, Chalermprakiat Building, Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand. 2023. Available from: https://www.rajavithirangsit.go.th/main/index.php/index/detail/168 (in Thai)
3. Senaprem K. Enhancing the value of nursing documentation through supervision. [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.qualitythestory.com/เพิ่มคุณค่าบันทึกทางกา/ (in Thai)
4. Medical Records and Statistics Department, Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital. Annual statistical report 2024. Nakhon Ratchasima: Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital; 2024. (in Thai)
5. Khongmuang T. Development of nursing documentation quality in inpatient departments. Bantak Hospital [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 19]. Available from: https://www.bantakhospital.go.th/pdf/project/20210318172844.pdf (in Thai)
6. Maiboran S, Phankham A, Sansuk N. Development of nursing documentation on focus charting nursing record. Mahasarakham Hospital Journal. 2022;19(1):173–9. (in Thai)
7. Insorn S. Development of a nurses' notes model by using the nursing process for the in-patient department at Rasisalai Hospital, Sisaket Province [Thesis]. Nonthaburi : Sukhothai Thammathirat Open University; 2014. (in Thai)
8. Pulperm P, Meethien N, Wongpiriyayothar A. Problems and needs of nursing documentation in Suddhavej Hospital, Faculty of Medicine, Mahasarakham University. Mahasarakham Hospital Journal. 2022;19(2):88–99. (in Thai)
9. Sutakhot T. The development of peritoneal dialysis nursing documentation at Sakon Nakhon Hospital. Sakon Nakhon Provincial Public Health Office. [Internet]. 2023. [cited 2025 Mar 28]. Available from: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/oa/research_file_name/20240227141129_1799822361.pdf (in Thai)
10. Tappo S, Hammawat R, Napnonsoong W. The development of nursing documentation for specific diseases: Inpatient department Chaturaphakphiman Hospital. Journal of Research and Health Innovative Development. 2024;5(Suppl 1):287–98. (in Thai)
11. Grungsungnern C. The effectiveness of using computer programs for nursing documentation on nursing documentation quality and the integrity of inpatient medical records. Journal of Nursing and Therapeutic Care. 2023;41(3):1-13. (in Thai)
12. Chiaranai C. Develoment of nursing documentation program: A pilot study. The Journal of Baromarajajonani College of Nursing Nakhonratchasima. 2016;22(2):93–110. (in Thai)
13. Phatthamongkolkhet W, Boonmee P. Development of nursing documentation on Focus charting nursing record in inpatient units at Maechan Hospital, Chiang Rai province. Journal of Nursing and Health Research 2017;18(1):123–35. (in Thai)

14. Suwannarat R, Boonyanurak P, Luang-on N, Somboon S. The effect of the use of clinical coaching on the implementation of NANDA-I, NOC, and NIC classification toward the quality of nursing notes. Journal of the Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(4):53–63. (in Thai)
15. Pennara K, Konkaew P. Development of a model of nursing documentation on Focus Charting nursing record among inpatient department, Mae Ramat Hospital, Tak province [Internet]. 2024. [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://hpc2appcente r.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/r2r/MA2567-005-02-0000001423-0000001461.docx (in Thai)
16. Jakaom S, Cheevakasemsook A, Kusolvisitkul W. The development of a nursing documentation model in the accident and emergency unit, Maesai Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021;22(2):411–6. (in Thai)
17. Srisoi T. Effectiveness of development for operative and anesthesia nurse note in Phangkhon Hospital. Journal of Public Health Nakhon Ratchasima. 2024;4(1):526–37. (in Thai)
18. Pitipust J, Saiyan R. Quality development of nursing record in inpatient department, Phuluang Hospital, Loei Province. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2020;23(1):28–37. (in Thai)
19. Sutjaritthum D. Effect of the Focus Charting nursing documentation development: Inpatient department, Chaiprakarn Hospital [Internet]. 2023. [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://chiangmaihealth.go.th/document /240201170677933292.pdf (in Thai)
20. Phonyiam P, Artchumchai T, Chomputawat P. The efficacy of focus charting in enhancing the caliber of nursing recordings: Hospital Nong Phok, Roi Et Province. Journal of Research and Health Innovative Development. 2024;5(2):217–29. (in Thai)

การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา

สุนทรา เลี้ยงเชวงวงศ์ ปร.ด.[1]

(วันรับบทความ: 24 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 27 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 27 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาผสมวิธี เพื่อศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 223 คน และกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ 16 คน ในเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องวิจัยมี 3 ชุด 1) แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล 2) แบบวัดผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค 0.97 ค่าความตรง 1.0 และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ด้วยสถิติเพียร์สัน สถิติไคว์สแคว์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายอายุเฉลี่ย 65.06 ปี และเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบระยะเวลาป่วย 1 - 5 ปี มากที่สุด เป็นชนิดอ่อนแรงซีกซ้ายมากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองระดับต่ำ คือ อายุ ระยะเวลาป่วย ผู้ดูแล รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตามลำดับ ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลกระทบรายด้านมากที่สุดคือด้านความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรม ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่า ผลกระทบทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวข้องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกโดยบอกเล่าประสบการณ์ 6 ประเด็นหลักคือ 1) รู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ 2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง 4) ความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า 5) อึดอัด อยู่ไปวัน ๆ โลกแคบ และเหงา 6) หวาดวิตกกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน ผลการวิจัยนี้ช่วยให้เข้าใจผลกระทบของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตเมืองในมิติด้านร่างกายและจิตใจ ควรหาแนวทางดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเมือง การวิจัยแบบพรรณนาผสมวิธี

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884

The Study of Stroke Impacts on Life Among Stroke Survivors in Urban Nakhon Ratchasima Province

Sunthara Liangchawengwong Ph.D[1]

(Received Date: April 24, 2025, Revised Date: May 27, 2025, Accepted Date: May 27, 2025)

Abstract

This descriptive mixed methods with quantitative and in-depth interview qualitative research aimed to examine the impacts of strokes on physical and psychological aspects of patients' related to the after stroke life phenomenon. The participants were 223 post stroke patients in urban area of Nakhon Ratchasima province. The participants for the qualitative in-depth interviews was 16 participants selected by purposive sampling method. The research instruments were composed of three questionnaires including 1) sociodemographic data, 2) stroke impact scale (Content Validity Index (CVI) values for instrument were 1.0 and the reliability by Alpha Cronbach's coefficient value was 0.97) and 3) the semi-structured in-depth interview guide regarding post-stroke psychological impacts. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moments, and Chi-square tests, and the qualitative data was analyzed using content analysis.

Results: most of the stroke survivors were male, with a mean age of 65.06 years, and the most common pathology was ischemic stroke. Most had a post-stroke duration of 1-5 years, and had weakness on their left side. The demographic data was positively correlated with stroke's impact including age, duration after stroke, caregiver, present income, body mass index, and diagnosis. The overall impact on stroke scale was at the severe level. The most severe impacts were decreased physical strength and the ability to engage in social activity. Based on the qualitative data, the following six themes of psychological impacts emerged: 1) painful feelings due to being disabled, 2) difficulty with life and no longer wanting to live, 3) being dependent on others, 4) feelings of sadness and depression, 5) awkwardness and anxiety and feeling they are in a limited, lonely world, and 6) uncertainty about their future and not having financial security or someone they could depend on financially. These findings help us to better understand the physical and psychological impacts of stroke on stroke survivors in urban areas, and can be used as fundamental data to further the design proper care to promote their quality of life.

Keywords: stroke impact, stroke survivors in urban, descriptive mix methods research

[1]Assistant professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

[1]Corresponding author, E-mail: satharun@gmail.com Tel: 098-2876884

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองหรือ Stroke มีอุบัติการณ์เกิดโรคสูงทั่วโลก องค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) รายงานสถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ทุก ๆ 3 วินาที ในปีพ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันมากกว่า 12.20 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 6.50 ล้านคน อุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 50 - 70 ปี ร้อยละ 60 ประชากรทั่วโลกที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากกว่า 100 ล้านคน ในจำนวนนี้มากกว่า 50 ล้านคน ต้องมีชีวิตอยู่กับผลกระทบความพิการของร่างกายแบบใดแบบหนึ่งหรือเป็นอัมพาต (Disability or paralysis)[1] ทำให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดผู้ป่วยพิการในสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยปีพ.ศ. 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 คน เสียชีวิต 36,214 คน (อัตราตาย 53 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 69[2] ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันเข้าสู่ระยะสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) มีผลทำให้สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปีพ.ศ. 2560-2564 มีจำนวน 278.49, 303.20, 318.89, 328.01, 330.22, และ 330.72 ตามลำดับ โดยแนวโน้มปีพ.ศ.2566 เพิ่มขึ้น เป็น 378 ต่อแสนประชากร[2] อัตราการตายพบว่า ปีพ.ศ. 2560 - 2563 เท่ากับ 43.30, 48.70, 47.80 และ 47.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยเป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุด 44.30 คนต่อแสนประชากร รวมทั้งเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability adjusted life years: DALYs) ของประชากรไทยอันดับต้น จากสถิติดังกล่าวส่งผลกระทบต่อสังคมและระบบเศรษฐกิจ[3,4] นอกจากนี้หลังเกิดสถานการณ์โรคระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีภาระล้นบริการ บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนัก การลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์พยาบาล ส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีภาวะพิการร่วมด้วย การดูแลภายหลังรอดชีวิตจึงมีความซับซ้อน การดูแลสุขภาพภายหลังการเจ็บป่วยผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องพึ่งพาระบบสุขภาพ ในบริบทที่จำกัดเหล่านี้ ทำให้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact) ซึ่งเป็นเหมือนมาตรวัดเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke quality of life) อย่างจำเพาะทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ประสบการณ์ที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้รับ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ บั่นทอนความผาสุกและคุณภาพชีวิต เป็นผลกระทบแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลต่อความต้องการของชีวิตตั้งแต่พื้นฐานถูกขัดขวางคือ ด้านสรีระวิทยา ความปลอดภัย ความรักความเป็นเจ้าของ คุณค่าแห่งตน และความต้องการประสบความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Self-actualization) ทั้งนี้ผลกระทบมากที่สุดคือผลกระทบต่อร่างกาย[1] เนื่องจากสมองเสียหน้าที่จากการขาดเลือด ไม่สามารถสั่งการไปควบคุมร่างกายได้ เกิดการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับการทำหน้าที่สมองบกพร่อง (Cognition impairment) ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว นั่ง ยืน และเดินยากลำบาก การใช้มือ หยิบ จับทำไม่ได้ กล้ามเนื้อคอและใบหน้าอ่อนแรงทำให้ ปากเบี้ยว พูดลำบาก พูดไม่ได้ ฟังไม่เข้าใจ ไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ มีปัญหาการเคี้ยวการกลืน สำลักอาหารง่าย ความคิด ความจำผิดปกติและบกพร่อง การควบคุมอารมณ์แปรปรวนการรับความรู้สึกผิดปกติ มีปัญหาระบบประสาทอัตโนมัติทำให้ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะเสียไป ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ความปกติสุขของชีวิตและครอบครัวที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดกับประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับกลางและล่าง (Low and middle income)[3,5] ทำให้เกิดผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจครอบครัว ต้องตกงาน รายได้ลดลง รายจ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไม่มีเงินรักษาและฟื้นฟูสภาพร่างกายต่อเนื่องทำให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรม การฟื้นฟูสภาพร่างกายน้อยกลายเป็นอัมพาตถาวร เกิดภาวะแทรกซ้อนบ่อย หรือกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือครอบครัว

การศึกษาผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ประมาณ ร้อยละ 14 มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเต็มที่หรือ Full recovery ทั้งด้านร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายและด้านจิตใจ ร้อยละ 25 - 50 มีการฟื้นฟูสภาพแต่ยังคงต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมบางส่วน ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ของโรครุนแรง เกิดผลกระทบของโรคระยะยาวนาน หรือมีภาวะอัมพาตถาวร[1] ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบกพร่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การสูญเสียความทนต่อการทำกิจกรรม (Activity intolerance) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพที่พบบ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้สูงอายุ ผลกระทบหลักด้านร่างกายด้านการเคลื่อนไหว เกิดจากพยาธิสภาพที่สมองและไขสันหลังไม่สามารถส่งกระแสประสาทไปยังอวัยวะเป้าหมาย (Motor nerve) เพื่อสั่งการให้กล้ามเนื้อเคลื่อนไหวได้ ไม่สามารถนั่งและทรงตัว ยืน หรือเดินได้ ในระยะเวลาต่อมาเมื่อกล้ามเนื้อมีภาวะจำกัดการทำงานจะมีกำลังลดลง กล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติ เกิดภาวะเกร็งกล้ามเนื้อ (Spastic) หรือเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก (Flaccid) ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายมากยิ่งขึ้น และยากที่จะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้หรือทำได้บกพร่อง ต้องพึ่งพาผู้อื่นตามมา[6] ผลกระทบด้านความคิดและความจำ (Perception and cognition) สมองในส่วนของ Frontal lobe และ Parietal lobe ทำหน้าที่ในการควบคุมความคิด ความจำ โดยเฉพาะในรายที่เนื้อสมองซีกซ้ายมีการถูกทำลายมาก จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ความคิดความจำบกพร่อง ตอบสนองต่อการรับรู้ลดลง บางรายอาจมีภาวะหลงลืมร่างกายครึ่งซีก (Neglect) การรู้คิดและการตัดสินใจลดลง[1,6] นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40-67 เกิดผลกระทบจากการอ่อนแรงหรืออัมพาตของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำให้กลืนลำบาก (Dysphagia) เคี้ยวลำบาก ร้อยละ 59 ผู้ป่วยจะมีอาการไอขณะรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ใช้เวลาในการรับประทานอาหารยาวนานมากขึ้น เสียงเปลี่ยนมีเศษอาหารค้างอยู่ในปาก ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย คือสำลักอาหาร ปอดอักเสบ ทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูสภาพล่าช้า ความสุขในชีวิตที่ลดน้อยลง และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่ย่ำแย่ลง และเสียชีวิตได้[7,8] นอกจากนี้ผลกระทบด้านระบบประสาทควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระจะอ่อนแรงลง ทำให้กลั้นปัสสาวะอุจจาระลำบาก เกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะตามมาได้บ่อย ภาวะอุจจาระแข็งอัดท้องผูกพบว่า เกิดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง ร้อยละ 60[1] จากการศึกษาดังกล่าว ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ส่งผลกระทบต่อกัน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วย การดูแลป้องกันผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง จึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและช่วยลดอัตราการตายในช่วงชีวิตหลังการเจ็บป่วย

ผลกระทบสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม หรือจิตสังคม (Psychosocial impact) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกขวาหรือมีพยาธิสภาพของสมองซีกซ้าย (Dominant hemispheric lesion) จะเกิดปัญหาด้านจิตใจมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตซีกซ้าย เพราะสมองซีกซ้ายทำหน้าที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความจำและการสื่อสาร เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังเดิม ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหา ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถปรับตัวได้ จึงมีพฤติกรรมหรือมีปฏิกิริยาด้านจิตใจที่แสดงออกเป็นความโกรธ หงุดหงิด เครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า[9] ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้จะเกิดความรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง (Low self esteem) รู้สึกเป็นคนไร้สมรรถภาพ ขาดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน (Low self-efficacy) ไม่มีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ หากอาการเกิดขึ้นต่อเนื่องและไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงมากขึ้นและมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง (Post stroke depression) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้[10] ทั้งนี้ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เกิดภาวะซึมเศร้าในระยะ 3 เดือนแรกภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ผลกระทบด้านจิตใจนี้จะมีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายตามมาคือ ผู้ป่วยจะไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย และมีคุณภาพชีวิตที่ลดต่ำลง[9,10] ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองด้านจิตใจ การควบคุมอารมณ์ ความคิด ความจำ และบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นความผิดปกติที่มีความเป็นนามธรรม การฟื้นฟูสภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่เพียงพอถ้าดูแลเพียงด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคมหลังการเจ็บป่วยซึ่งเป็นช่วงวิกฤตชีวิตจึงมีความสำคัญ เพราะภายหลังการเจ็บป่วยเป็นระยะผลกระทบของ

โรคที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงชีวิตใหม่ สังคมใหม่ทั้งบทบาทหน้าที่ สถานะในครอบครัว ในชุมชน และการงานในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดต่อผู้ป่วยและครอบครัวทุกวัน ภาวะวิกฤตนี้เป็นเรื่องยากที่ผู้ป่วยที่จะจัดการได้เพียงลำพัง โดยเฉพาะในช่วงหลังการเจ็บป่วยจนถึง 1 ปีแรก[1] ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบุว่าเป็นช่วงเวลาเสมือนตกนรก ครอบครัวเกิดความรู้สึกยากลำบาก และทุกข์ทรมาน[11]

จากสถานการณ์ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวมา ทั้งผลกระทบด้านร่างกายและจิตสังคมภาวะหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความสำคัญต่อระบบการดูแลผู้ป่วย ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้นภายหลังการรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ควรมีการประเมินเป็นระยะ ต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่เกิดภาวะทรุดตัว (Collapse) หรือเกิดภาวะวิกฤตสุขภาพขึ้นใหม่ จากการพัฒนาการแบบประเมินผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีการใช้แบบประเมิน Stroke Impact Scale (SIS)[12] เป็นแบบประเมินเทียบได้กับการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke specific Quality of Life measures) ที่มีความจำเพาะต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุมผลกระทบที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีการเปลี่ยนแปลงตามการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (General Quality of Life) ไม่มีการเปลี่ยนแปลง[13] แบบประเมิน SIS 3.0 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 59 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย การสื่อสาร ความคิดความจำ อารมณ์ความรู้สึก การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย และการใช้มือข้างที่อ่อนแอ แบบประเมิน SIS 3.0 มีความเหมาะสมสำหรับการใช้เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างจำเพาะ ผลการทดสอบค่าความเที่ยงและค่าความตรงของแบบวัด SIS 2.0 และ 3.0 พบว่ามีค่าความเที่ยงสูงใกล้เคียงกันทุกด้าน (Cronbach's α ecoefficiency 0.81 - 0.95) ยกเว้นด้านอามรมณ์ความรู้สึก (Cronbach's α 0.57, 0.49)[13] เนื่องจากผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความรุนแรง ผู้วิจัยจึงประเมินโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพิ่มเติมจากแนวคำถามเชิงปริมาณโดยใช้ SIS 3.0 เป็นการใช้กระบวนการเชิงคุณภาพผสมวิธี เพื่อขยายผลการศึกษาประสบการณ์ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองให้ชัดเจนขึ้น จากข้อคำถามด้านที่ 3 ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และควบคุมอารมณ์และความรู้สึก ในแบบสอบถามเชิงปริมาณ SIS 3.0 มีข้อคำถาม 9 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับคือ ไม่รู้สึกเลย จนถึง รู้สึกมากที่สุด ให้ผู้ป่วยเลือกตอบ การสัมภาษณ์เชิงลึกจะเพิ่มเติมโดยให้ผู้ป่วยมีอิสระในการเล่าประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามความจริงที่ตนเองรับรู้และมีประสบการณ์ ทั้งนี้การศึกษาเพื่ออธิบายผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ศึกษาในบริบทของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับผลกระทบของโรคที่ผู้ป่วยรับรู้ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ผู้ดูแล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาเจ็บป่วย ดัชนีมวลกายและโรคร่วม ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก[14]

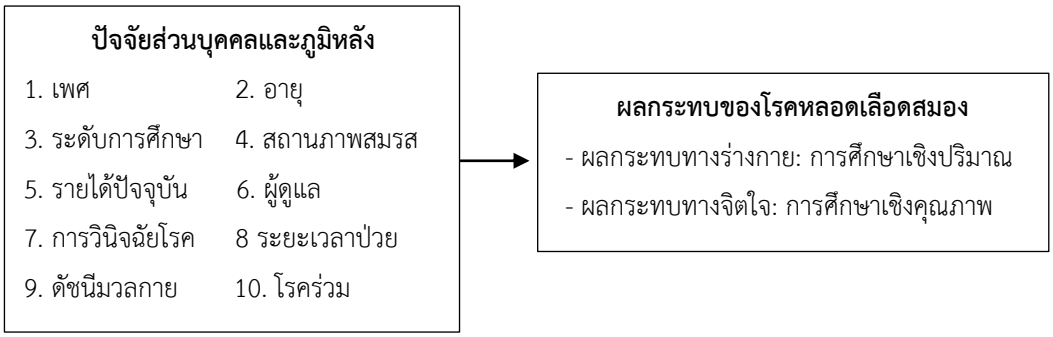
การวิจัยแบบผสมวิธีนี้จะทำให้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลวิจัยผลกระทบของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย 8 ด้านตามแบบประเมิน SIS 3.0 และผลกระทบด้านจิตใจจากคำบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ป่วย (Subjective content) ข้อมูลผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่รวบรวมได้ จึงเป็นข้อมูลที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปพัฒนาแนวทางในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ส่งเสริม คุณภาพชีวิตและมีการติดตามประเมินอย่างครอบคลุมต่อเนื่องได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จ.นครราชสีมา
2. ศึกษาประสบการณ์ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตเมือง จ.นครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) โดยการจำแนกตามสถานะการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ความบกพร่องทางกายหรือพิการ และสุขภาพ (International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF model)[14] คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับองค์ประกอบตามแนวคิด ICF model ประกอบด้วย โครงสร้างร่างกายและการทำหน้าที่ (body function and structure) และองค์ประกอบปัจจัยบุคคลและภูมิหลัง (Personal factors and demographic) ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke impact) เป็นการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งการประเมิน ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง ในแต่ละบุคคลย่อมทำให้เห็นคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และในแต่ละระดับ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพิการเกิดขึ้น ICF อธิบายผลกระทบคุณภาพชีวิตจาก 3 มิติหลักคือ 1) ด้านโครงสร้างร่างกาย และการทำหน้าที่ (Body function and structure) ซึ่งจะสัมพันธ์กับภาวะบกพร่องทางร่างกาย (Impairments) 2) การทำกิจกรรม (Activity) จะเกี่ยวข้องกับภาวะจำกัดในการทำกิจกรรม (Limitation) และ 3) การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation restrictions) การศึกษานี้ใช้แบบประเมินผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง 8 ด้าน คือ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 2) ความคิดความจำ 3) ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึก อารมณ์ 4) ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่าน การฟัง และการสื่อสาร 5) การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง 6) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 7) ความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ และ 8) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ และเพิ่มเติมการค้นหาผลกระทบด้านจิตใจโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ประสบการณ์ของบุคคลหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้จากประสบการณ์โดยตรงที่เป็นผลกระทบต่อสภาวะจิตใจ โดยผู้ป่วยบอกเล่าออกมา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยผสมวิธีเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ (Descriptive mixed methods) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ศึกษาภายหลังการได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัสโครงการ EC-62-110 ระยะเวลา 6 มกราคม พ.ศ.2563 ถึง 5 มกราคม พ.ศ. 2564 ในพื้นที่เขตเมือง ได้แก่พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลักร้อย ไชยมงคล โคกกรวด ยางใหญ่ และหนองปรู จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์สาขาโรคระบบประสาทว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (Ischemic stroke) หรือชนิดหลอดเลือดในสมองแตก (Hemorrhagic stroke) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ทั้งชนิดขาดเลือด หรือหลอดเลือดแตก อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่า 7 วันขึ้นไป ติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลหลักร้อย ไชยมงคล โคกกรวด ยางใหญ่ และหนองปรู รวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ระดับความรู้สึกตัวและสติสัมปชัญญะปกติ เข้าใจภาษาไทย สื่อสารรู้เรื่องดี
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือระยะโรคร่วมรุนแรง ได้แก่ ปัญหาจิตใจ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ความดันโลหิตสูงผิดปกติ
3. ผู้ป่วยและผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusive criteria)

1. ผู้ป่วยขอยุติการเข้าร่วมการศึกษา หรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม
2. ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดค่า α = 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.95 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรโดยใช้สูตรของ Thorndike คือ $n \geq 10k + 50$ โดย n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k หมายถึง จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาและใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามโครงการวิจัยหลักเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรม การมีส่วนร่วมทางสังคมและภาวะติดเตียงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาม ICF Model: กรณีศึกษาชุมชนเขตเมือง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 223 คน

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก สัมภาษณ์เชิงลึกผลกระทบทางจิตใจตามจำนวนการอิ่มตัวของข้อมูลได้ 16 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง (Sociodemographic data) ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ป่วย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ปัจจุบัน ผู้ดูแล ตอนที่ 2 ภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาป่วย ดัชนีมวลกาย และโรคร่วม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและงานวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ (Checklist)

2. แบบสัมภาษณ์ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke-Impact Scale) เป็นแบบประเมินผลลัพธ์ของพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองหรือพยาธิสภาพที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะบกพร่องสมรรถภาพ (Impairment) เกิดความจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional limitation) หรือความพิการ (Disability) เป็นผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยโดย Stroke Impact Scale Version 3.0[12] มี 8 ด้านคือด้านที่ 1) ความแข็งแรงของร่างกาย 4 ข้อ 2) ความคิด ความจำ 7 ข้อ 3) ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ 9 ข้อ 4) ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่าน การฟังและการสื่อสาร 7 ข้อ 5) การทำกิจกรรมเฉพาะเจาะจง 10 ข้อ 6) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 9 ข้อ 7) ความสามารถใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ 5 ข้อ และ 8) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ 8 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 59 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 1-5 คะแนน 1 หมายถึง มีผลกระทบน้อยที่สุด คะแนน 5 หมายถึง มีผลกระทบมากที่สุด ช่วงคะแนน 0-295 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ป่วยมีผลกระทบของโรคระดับรุนแรงมาก คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ป่วยมีผลกระทบของโรคระดับน้อยหรือไม่มีผลกระทบ คำนวณค่าคะแนนรายด้านและโดยรวม นำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย เทียบคะแนนเต็มเป็น 4 และแบ่งเกณฑ์คะแนนดังนี้ ระดับต่ำ 0 - 1.00 ระดับปานกลาง 1.01 – 2.00 ระดับมาก 2.01 – 3.00 และระดับมากที่สุด 3.01 – 4.00

3. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ: แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วยตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยหลัก แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด แนวคำถามหลักประกอบด้วย “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกด้าน”จิตใจหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้ฟังว่า ท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง” “ช่วยบอกถึงปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ท่านไม่สบายใจมากที่สุดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง” ในการสัมภาษณ์ใช้การจดบันทึกเพื่อนำไปวิเคราะห์ ถ้าได้ข้อมูลไม่ชัดเจนอาจมีการสัมภาษณ์ซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านคือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และภาษา โดยนำเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ปรับเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ คะแนน 1 ข้อความมีความสอดคล้องน้อยที่สุด จนถึง คะแนน 4 ข้อความมีความสอดคล้องมากที่สุดให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินโดยผู้วิจัยพิจารณาข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4 นำไปคำนวนค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าที่ยอมรับได้คือตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยชุดที่ 2 ได้ 1.00

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านมีการปรับปรุงข้อคำถามให้สั้นและตรงประเด็นตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีก 2 ราย เพื่อทดสอบความเหมาะสมของคำถาม ภาษาที่ใช้และความเข้าใจ ปรับปรุงข้อคำถามก่อนการใช้จริง

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และแก้ไขแล้วไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.97

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเข้าถึงข้อมูลอาสาสมัคร ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ผู้วิจัยจะขอเข้าพบและขออนุมัติเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ขออนุญาตศึกษาแฟ้มประวัติครอบครัวและขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือเพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่งเพื่อการอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและระยะเวลารวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังชี้แจงโครงการต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาล เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลารวบรวมข้อมูล และการประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามเกณฑ์ที่กำหนดจากข้อมูลครอบครัวของแต่ละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวบรวมรายชื่อไว้เป็นหมวดตามกลุ่มพื้นที่ชุมชน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 20 รายเพื่อนัดหมายวันสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป

4. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่รับผิดชอบในชุมชน ที่มีรายชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อนัดหมายการเข้าเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึก

5. เมื่อนัดหมายและเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการเข้าพบและให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจง โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีดำเนินการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยและขอความร่วมมือผู้ป่วยในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลปกติ

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม 2 ชุดใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ภายหลังตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณ และจะมีการนัดหมายเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ซึ่งจะมีการสัมภาษณ์ 1 - 2 ครั้ง จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ครั้งละ 20 - 30 นาที ขณะสัมภาษณ์ผู้ดูแลหรือ อสม. ที่รับผิดชอบสามารถดูแลและร่วมรับฟังได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เพื่อพิจารณารับรองการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้เสร็จก่อนการศึกษาผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติ โดยนัดหมายเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ก่อนเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ระยะเวลา และประโยชน์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามจนเกิดความเข้าใจและอธิบายให้เข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ให้อิสระในการตัดสินใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การปฏิเสธหรือการออกจากโครงการจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา หรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลขณะทำวิจัยผู้วิจัยจะดูแลด้านสุขภาพและความปลอดภัยผู้ป่วยถ้าผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกสะเทือนใจ ทุกข์ใจมากระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์และดูแลด้านจิตใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลหรือตีพิมพ์ผลการวิจัย จะทำในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้นและใช้รหัสแทนชื่อ-นามสกุลจริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) Version 21 กำหนดระดับความเชื่อมั่น α = .05 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal scale) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรระดับการวัดช่วงมาตรา (Interval scale) โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ทดสอบความปกติการกระจายของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ด้วยวิธีของ Giorgi[20] 4 ขั้นตอน คือ 1) อ่านข้อความสัมภาษณ์ด้วยความเข้าใจโดยรวม เรียงถ้อยคำจากการสัมภาษณ์ 2) แยกแยะสถานการณ์ ความสัมพันธ์ ความหมายและพฤติกรรม 3) เชื่อมโยงเหตุผลความเข้าใจข้อมูลตามกระบวนการจิตวิทยา และ 4) สังเคราะห์ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย ผู้วิจัยเป็นคนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง

การสร้างความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ภายใต้สถานการณ์ที่ศึกษา คือ เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอัมพาตครึ่งซีกเพื่อสะท้อนประสบการณ์ที่ยืนยันจากชีวิตจริงของตนเอง (Credibility) และใช้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บอกวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของข้อมูล การสัมภาษณ์เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีความสะดวกและพร้อมไม่เร่งรัด ใช้การสัมภาษณ์ 1-2 ครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบและอิ่มตัว มีการสอบถามข้อมูลเพิ่มซ้ำเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง (Confirmability) การวิเคราะห์ข้อมูลกระทำไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ เมื่อมีประเด็นที่สงสัยไม่ชัดเจนจะย้อนไปสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงของผู้ป่วยมากที่สุด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตรวจสอบโดยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.36 อายุเฉลี่ย 65.06 (S.D. = 11.31) พิสัย 38 - 91 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุดคือ 60 - 69 ปี ร้อยละ 34.98 รองลงมาคือช่วงอายุ 70 - 79 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.35 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 73.09 รองลงมาคือมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ร้อยละ 22.87 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.37 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ปัจจุบันต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 71.13 และส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 71.30 ข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ ร้อยละ 83.40 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 1 - 5 ปีขึ้นไปมากที่สุด ร้อยละ 44.39 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 5.17 ปี (S.D. 4.41) พิสัย 3 เดือน - 26 ปี ตำแหน่งของอาการอ่อนแรงของแขนขาพบมากที่สุดคือ อ่อนแรงซีกซ้าย (Left hemiparesis) ร้อยละ 44.84 รองลงมาคืออาการ อ่อนแรงซีกขวา (Right hemiparesis) ร้อยละ 38.12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วยตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 57.30 โรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.40 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.60 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 41.70 ตามลำดับ ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 34.98 และอยู่ในระดับเสี่ยงอ้วนจนถึงอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 60.54 ปัญหาที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองนอกจากอัมพาต ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาการพูดและการสื่อสาร ปัญหากล้ามเนื้อเกร็ง ข้อติด มุมปากตก กลั้นปัสสาวะและอุจจาระผิดปกติ เป็นต้น

ผลกระทบด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผลกระทบด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.75, S.D. = 0.97) ผลกระทบรายด้านระดับมากที่สุด คือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Mean 3.54, S.D. = 1.04) และผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ (Mean 3.09, S.D. = 1.31) ส่วนผลกระทบรายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ผลกระทบด้านความคิดความจำ (Mean 2.34, S.D. = 1.07) ด้านความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ (Mean 2.57, S.D. = 0.61) การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวและด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 223)

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง	คะแนนที่เป็นไปได้	Mean (S.D.)	การแปลผล
รายด้าน			
1. ด้านความแข็งแรงของร่างกาย	0-20	3.54 (1.04)	มากที่สุด
2. ด้านความคิด ความจำ	0-35	2.34 (1.07)	มาก
3. ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์	0-45	2.57 (0.61)	มาก
4. ความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่านการฟังและการสื่อสาร	0-35	1.93 (1.04)	ปานกลาง
5. การทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง	0-50	2.52 (1.23)	มาก
6. ความสามารถในการเคลื่อนไหว	0-45	2.74 (1.29)	มาก
7. ความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ	0-35	2.77 (1.36)	มาก
8. ผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ	0-40	3.09 (1.31)	มากที่สุด
โดยรวม	**0-305**	**2.75 (0.97)**	**มาก**

ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (n = 223) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คือ อายุ ระยะเวลาป่วย ผู้ดูแล รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ระดับน้อย (r = 0.21 – 0.50) และน้อยมาก (r = 0.01 – 0.20)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง (n = 223)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ *r*	Sig (two-tailed) *p*	ลำดับ	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	.261**	0.000	1	น้อย
ระยะเวลาป่วย	.249**	0.000	2	น้อย
ผู้ดูแล	.200**	0.003	3	น้อยมาก
รายได้ปัจจุบัน	-.178*	0.023	4	น้อยมาก
ดัชนีมวลกาย	-.161*	0.021	5	น้อยมาก
การวินิจฉัยโรค	.158*	0.020	6	น้อยมาก
สถานภาพสมรส	0.071	0.295		-
ระดับการศึกษา	-0.053	0.430		-
เพศ	-0.037	0.583		-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 16 คน เพศชาย 8 คน หญิง 8 คน นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อายุเฉลี่ย 54 ปี (S.D. = 8.25) ช่วงอายุ 37 - 66 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาประถมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง มีผู้ดูแล ร้อยละ 100 รายได้ครอบครัว 600-20,000 บาท/เดือน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือดทั้งหมด อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาตครึ่งซีก ร่วมกับอาการอื่นๆ ระยะเวลาป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 6.25 ปี (Range 49-89 ปี) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรคขึ้นไป ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.68 Kg/m^2 (อ้วนระดับ 1) ข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วยคำถาม 2 ข้อคือ “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึกด้านจิตใจที่เป็นผลกระทบจากชีวิตหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ว่าท่านมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง” และ“ช่วยบอกถึงปัญหาด้านจิตใจที่ทำให้ท่านไม่สบายใจมากที่สุดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง”

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบอกเล่าประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจ ส่วนใหญ่เกี่ยวเนื่องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีก ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมชีวิตได้ด้วยตนเอง ยังต้องพึ่งพาผู้ดูแลและผู้ช่วยเหลือ ไม่สามารถเดินทางไปไหน ๆ หรือทำงานได้ โดยบอกเล่าออกมาเป็นประสบการณ์ทางลบ ทำให้เกิดความทุกข์ ความคับข้องใจ อึดอัดใจ จนถึงบางคนมีปัญหาด้านจิตใจต้องบำบัด มีบางคนระบุคิดฆ่าตัวตาย ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้หลักการนำข้อมูลที่ได้มาจากสัมภาษณ์เชิงลึกมาสรุป (Inductive) พบว่า ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสรุปได้ 6 ประเด็นหลักคือ 1) รู้สึกเจ็บปวดเพราะต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ 2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง 4) ความหดหู่ ซึมเศร้า 5) ความอึดอัด รู้สึกชีวิตวัน ๆ แคบ และเหงา 6) หวาดวิตกกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน

1) รู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเป็นคนพิการ ไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากเดิมที่มีความสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเอง เดินทางไปไหนมาไหนได้ ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวได้ เมื่อต้องกลายเป็นผู้พิการหลังเกิดโรค ในระยะแรกก็ยังรอคอยความหวังว่าจะหายจากภาวะพิการ แต่เมื่อภาวะแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกไม่มีอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบทางจิตใจที่รุนแรงหรือเป็นความเจ็บปวดลึก ๆ ในใจที่ไม่อยากยอมรับความพิการ หรือรู้สึกว่าเป็นคนไร้สมรรถภาพ บางคนรู้สึกอับอาย ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกแย่ ปวดใจ รับไม่ได้ เวลาจะทำอะไรแล้วแขนขา เราทำไม่ได้ มันไม่ไปสะดวกเหมือนเก่า บางทีไม่อยากไปไหน เพราะเวลาออกไป คนชอบมอง บางคนก็ทำท่า กลัวเราจะหกล้มตลอด เราเลยรู้สึกว่าเป็นภาระให้คนอื่นต้องคอยมาดูแล รู้สึกปวดใจที่ทำไมเราต้องเป็นแบบนี้ จะต้องพิการไปตลอดชีวิต แล้วจะทำอะไรได้อีก ทุกข์ใจมากที่สุดก็คือเรื่องนี้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 ญ)

“รู้สึกว่า เรานำจะทำบาปไว้ในตอนเด็ก ๆ หรือในอดีตชาติ ต้องมารับกรรมตอนแก่ อยู่ดีไม่ว่าดี ต้องมานั่ง ๆ นอน ๆ เจ็บลึก ๆ นะเวลาต้องมีคนมาทำโน่นทำนี่ให้ ตอนอยู่โรงพยาบาล หมอบอกไม่ต้องอาย ๆ เอ้า..คนมันอายนะ แขนตายขาตาย แต่ความรู้สึกอะไรมันยังไม่ตายนะ ก็อายนะเพราะต้องเป็นคนพิการ น่าจะถาวรแล้ว เพราะทำยังไง ก็ไม่ดีขึ้น ไม่มีแรงนี่ก็จะเกือบ 2 ปีแล้ว ไม่รู้จะรักษาอย่างไรแล้ว ก็พยายามทำใจยอมรับแต่ก็ยังรู้สึก ไม่อยากยอมรับเลย อยากทำอะไรๆ ได้เหมือนเดิมบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 14 ช)

2) ชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกที่ไม่ฟื้นตัว จะทำให้การทำกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลสุขอนามัยของตนเองทำได้ลำบากหรือมีความยุ่งยาก ทำไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองขั้นพื้นฐานที่ตนเองต้องการได้ ต้องรอคอยผู้ช่วยเหลือ บางครั้งมีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการประสบผลสำเร็จในชีวิตถูกขัดขวาง ไม่สามารถเดิน ทำงาน หรือมีความจำกัดของการเข้าสู่สังคม ผู้ป่วยระบุความถดถอยของการดำเนินชีวิตที่มีความจำกัดว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก และรู้สึกไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดังคำพูด

“ความรู้สึกก็คือ รู้สึกชีวิตยุ่งยาก ไม่อยากอยู่ ทำอะไรก็ติด ๆ ขัด ๆ รู้สึกยุ่งยากไปทุกอย่าง บางทีก็ไม่ทำอะไรมันซะเลย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ไม่อยากทรมาณ เป็นภาระให้คนอื่นต้องมาลำบาก ทำงานก็ไปทำไม่ได้ ต้องนอนเฝ้าบ้าน รอให้คนลูกเมียหามาให้กิน แค่จะไปห้องน้ำ บางทีไปได้แค่ครึ่งทางก็ปัสสาวะราด ต้องรอให้ลูกเมียมาเช็ดให้ ถามว่าจะรู้สึกอย่างไร แบบนี้ตายดีกว่าไหม ไม่รู้นะฉี่ราด อุจจาระราด เปื้อน ต้องรอให้คนมาเช็ดเอา ก็รู้สึกอายนะ เบื่อชีวิตมาก จะต้องเป็นไปถึงไหน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 ช)

“รู้สึกไม่อยากอยู่ อะไรๆ ทำไม่ได้ กว่าจะทำได้แต่ละอย่างยุ่งยาก เหนื่อย มีพี่อาศัยใกล้กัน คอยแวะมาช่วยเหลือเขาหาข้าวมาให้ตอนเช้า บางทีก็ทำเองบ้าง กว่าจะเสร็จ กว่าจะล้าง ก็ลำบาก แต่ทุกวันนี้ก็กินน้อย เพราะเบื่อ ไม่ค่อยหิว รู้สึกปลงกลัวว่าเวลาตายไม่มีคนเห็น แต่อะไรจะเกิดก็คงไปห้ามไม่ได้ ตายก็ตาย ยังไงก็คงต้องตามนั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 ญ)

“ก็แย่นะ เบื่อทุก ๆ วัน ช่วงโควิดด้วย ไม่อยากออกไปไหน กลัวล้ม แค่ออกไปหน้าบ้าน ยังยุ่งเลย จะให้ไปไหน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 ญ)

3) ต้องพึ่งพาคนรอบข้าง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่มีความจำกัดในการทำกิจกรรม ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ หรือมีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการเจ็บป่วยอาจเป็นคนที่ทำอะไรด้วยตนเองได้ ทำงาน เดินทางได้ด้วยตนเอง เมื่อเจ็บป่วยด้วยภาวะอัมพาต ทำให้ไม่สามารถทำได้ดังเดิม ความรู้สึกที่ตัวเองอยู่ในภาวะต้องพึ่งผู้อื่นจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยบางคน บอกเล่าถึงความเกรงใจ กังวลใจกลัวเป็นการรบกวนผู้อื่นมากเกินไป โดยเฉพาะผู้ช่วยเหลือที่มีภาระอื่น ต้องทำงาน ทำให้บางครั้งผู้ป่วยก็ยอมไม่ขอความช่วยเหลือ ภาวะนี้ทำให้เกิดความคับข้องใจ และความต้องการพื้นฐานของชีวิตถูกจำกัด ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกว่าเป็นภาระ ต้องพึ่งคนอื่น เคยทำอะไรด้วยตัวเอง ต้องกลายมาเป็นคนที่ทำอะไรไม่ค่อยได้ เดินไม่ค่อยได้ต้องคอยมีคนมาดูแล ใครจะดูได้ตลอด แต่เราก็เดินไม่ได้ ทำไงล่ะ ต้องถัดก้นไป เดินติดดิน ก็เลยไม่อยากออกนอกบ้าน อายเขา ไปก็ไม่เหมือนชาวบ้าน หลบอยู่แต่ในบ้าน ไปทำไมล่ะ เขาจะมองเอา เขาจะเวทนาเกินไปนะ อยู่บ้านดีกว่า ถามว่าเบื่อไหมก็เบื่อสุด ๆ แต่จะทำไงได้ แขนขาลีบหร่อยแบบนี้ ต้องยอมรับ ก็ยังดีที่มีคนในบ้านคอยดูแล เป็นที่พึ่งได้บ้าง สงสารเขาเหมือนกันที่ต้องมารับเวรกรรมกับเรา ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12 ญ)

“ถามความรู้สึกตอนนี้ก็ชินแล้ว ไม่รู้สึกอะไรแล้ว ยอมรับชะตาชีวิต ว่าเป็นคนพิการไปแล้ว ก็เหมือนคนที่เกิดมาแล้วต้องพิการ ต้องพึ่งพาพ่อแม่ เขาคงไม่ทิ้งเรา สงสารเหมือนกันที่เขาต้องคอยช่วยเรา ทั้งที่เราก็หากินอะไรไม่ได้แล้ว แต่ตอนนี้ก็ทำงานร้อยพวงมาลัยอยู่บ้าน ได้วันละ 50-75 บาทพอได้ค่าข้าว ทำไม่ค่อยสะดวก แขนซ้ายไม่มีแรง เวลาร้อยไม่ค่อยสะดวก เลยร้อยช้า แต่ก็ดีกว่าไม่ทำอะไร เพราะจะคิดมาก เคยคิดไม่อยากอยู่บ่อยๆ สงสารแม่ด้วย เลยต้องหาอะไรทำ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 ญ)

“ถ้าลูกไม่มาดู ก็ไม่รู้จะทำยังไง ต้องพึ่งเขาเกือบทุกเรื่อง คราวก่อนลูกไปทำงาน ตกเตียงลงมา ต้องตะโกนบอกเพื่อนบ้านนานเลย บ้านมันไกลอยู่ ต้องให้มาช่วยเอาขึ้นเตียง ขาพับ คิดว่าขาหัก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11 ช)

4) ความรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ภาวะอัมพาตแขนขามีความยาวนาน ไม่ดีขึ้น แขนขาลีบเล็กลงเรื่อยๆ จะเกิดปัญหาทางจิตใจที่มากที่สุดคือภาวะซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเกิดได้ทั้งระยะแรกและระยะหลังการเจ็บป่วย การศึกษานี้มีผู้ป่วยจำนวน 4 รายระบุว่ามีปัญหาหดหู่ ซึมเศร้า จำนวน 2 คนที่รักษากับจิตแพทย์ ดังตัวอย่างคำพูด

“ความรู้สึกตอนนี้เหรอคะ รู้สึกหดหู่ใจ มันเศร้าไปหมด ไม่มีความรู้สึกสดชื่นเลย ทำยังไงก็ไม่สดชื่น แต่ก่อนเคยเป็นคนสนุกสนาน ตอนนี้ไม่มีเลย มันไม่รู้สึก ช่วงที่ผ่านมานอนไม่ค่อยหลับ เครียด แก่จนป่านนี้แล้ว อยากตาย ๆ ไปจะได้ไม่ต้องเป็นภาระให้ลูกหลาน บางทีคิดมากซึมเศร้า วัน ๆ ไม่อยากทำอะไรเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10 ญ)

“เป็นซึมเศร้า เพิ่งเริ่มรักษา เหมือนสมองไม่อยากคิด ไม่อยากทำอะไร อยู่ไปวัน ๆ ไม่มีค่า ทำอะไรก็ทำไม่ได้ลูกก็บอกให้อยู่เฉยๆ เปิดทีวีดูทั้งวันทั้งคืน แต่ก็เบื่อ อยากไปวัดก็ไปไม่ได้ เดินขากะเผลก จะหกล้ม กลัวกระดูกหัก เดี๋ยวลูกจะลำบากกับเราซ้ำอีก หดหู่กับชีวิตตัวเองนะที่ต้องมาเป็นภาระให้ลูกหลาน ไม่อยากอยู่แล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8 ช)

“ตอนนี้รู้สึกดีแล้ว เรียกว่ายังไง ดีเป็นพัก ๆ แย่เป็นพัก ๆ ก่อนหน้านี้แย่มาก รักษาทางจิตเวชก็รู้สึกดีขึ้น แต่ก็มีซึม ๆ เศร้า ๆ บ้าง ไม่อยากทำอะไร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 15 ช)

5) อึดอัด อยู่ไปวัน ๆ โลกแคบ และเหงา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก ส่วนใหญ่เดินไม่ได้ ต้องอยู่ภายในบ้าน และเป็นบ้านที่ห้องแคบ มีพื้นที่น้อย ทำให้เกิดความอึดอัด อยู่แต่ในห้องสี่เหลี่ยม พื้นที่นอกบ้านเป็นสวนหรือพื้นที่รกไม่สามารถเดินหรือออไปได้รวมทั้งสังคมเมืองปัจจุบัน อาจไม่มีเพื่อนบ้านมาก หรือเพื่อนที่เคยคบกันก็ต้องทำงาน ไม่สามารถมาติดต่อได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว เหงาเพราะต้องอยู่ลำพัง ผู้ดูแลที่ต้องทำงานอาจไม่ได้อยู่ด้วยตอนกลางวัน ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกอึดอัดกับชีวิตตัวเองมากที่สุด เคยทำงานเป็นพนักงานต่อสายจานดาวเทียม ที่ทำงานให้เปลี่ยนจากทำงานเอกสารอยู่สำนักงาน เราก็ทำไม่ค่อยได้ คิดว่าคงต้องลาออก คงต้องตกงาน ยังไม่รู้จะทำอะไร เพราะแขนขาอ่อนแรงไม่ดี ความคิดความจำก็แย่ลง ไม่รู้จะทำอะไร เดิมเคยมีเพื่อนร่วมงาน ตอนนี้ก็เงียบเหงา ไม่ค่อยมีเพื่อนแล้ว เพราะเพื่อนเขาต้องไปทำงาน เห็นแม่เข็นรถไปขายขนมครก รู้สึกแย่ที่ตัวเราต้องมาเป็นคนพิการอยู่บ้าน รู้สึกว่าชีวิตแคบลง ไม่มีทางให้เดินต่อเลย” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6 ช)

“ไม่รู้จะรู้สึกอย่างไร มันเหมือนชาๆ ทุกวันซ้ำซาก ไม่มีอะไรทำ เหมือนต้องนั่งรอ นอนรออยู่แต่ในบ้าน ทำอะไรก็ลำบาก ไปไหนก็ไม่ได้ แต่ก่อนเคยขับรถได้ ไปทุกทิศทุกแดน ตอนนี้ทำไม่ได้ ต้องอยู่บ้านเฉยๆ ลูกก็บอกนะให้อยู่บ้านลูกเขาจะดูแลเอง ไม่ให้ทำอะไร แต่เหมือนใจยังไม่ยอมรับ อยู่บ้านไม่ได้ทำอะไร มันก็เหงาๆ ทำอย่างไรจะเดินได้เหมือนเก่า ปากเบี้ยวก็ไม่หาย อายคนเหมือนกันเวลาพูด” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9 ช)

6) หวาดวิตกกับอนาคตที่ไม่แน่นอน ไม่มีหลักประกัน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีก รับรู้ถึงความยาวนานของแขนขาที่อ่อนแรงไม่ดีขึ้น และมีความหวังที่จะหายลดน้อยลง ความอ่อนแอด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลง ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพว่ามีความไม่แน่นอน อาจเกิดโรคซ้ำได้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ นอกจากนี้การทำงานไม่ได้ทำให้ไม่มีรายได้จุนเจือตัวเองและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าไม่มีหลักประกันชีวิต ดังตัวอย่างคำพูด

“รู้สึกแย่ที่ต้องกลายมาเป็นคนพิการ อนาถา ทำงานหาเงินไม่ได้ ต้องพึ่งคนในครอบครัว เคยไปช่วยขายส้มตำที่ตลาดแต่แดดร้อน ก็ทนไม่ได้เหมือนเดิม สามีต้องขายคนเดียว หนักคนเดียว รายได้ก็ไม่ค่อยพอเพราะยังมีลูกที่อยู่ในวัยเรียน 2 คน ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร ทำงานไม่ได้ หาเงินไม่ได้ ว่าจะไปขอเบี้ยคนพิการ แต่ยังเป็นไม่ถึง เขาบอกต้องให้เลย 6 เดือน จะได้เบี้ยคนพิการ (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 16 ญ)

“รู้สึกไม่มีอนาคต เคยอยากทำโน่นทำนี่ ทำไม่ได้ซักอย่าง รู้สึกไม่มีหลักยึด ชีวิตไม่มีความแน่นอน ไม่มั่นคงจะรักษา จะทำอะไรก็ไม่มีหลักยึด ไม่รู้จะลุกขึ้นยืนได้อย่างไร เพราะกลายเป็นคนพิการแขนขา ไม่น่าจะหายแล้ว ทำมาทุกอย่างแล้ว ทั้งแผนโบราณ แผนปัจจุบัน ไม่ได้ซักอย่าง คงต้องไปเกิดใหม่อย่างเดียว อันนี้พูดกันขำๆ นะ แต่ชีวิตจริงไม่ค่อยขำ มีแต่ความกังวลใจ เพราะพาลจะพาให้ครอบครัวเสียไปด้วย กลัวจะล้มกันหมด ครอบครัวพัง ทำอย่างไรจะมีงานทำ มีรายได้นั่นแหละคือเรื่องที่คิดมากในตอนนี้ เป็นโรคหลอดเลือดสมองมานานเกือบ 3 ปีแล้ว ยังหาจุดยืนไม่ได้เลย บางวันก็ไปถอนหญ้าไปปลูกมัน เหมือนเขาสงสารเลยให้ทำ ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13 ช)

“แย่สุดก็คือไม่มีเงิน บางวันหลานซื้อแกงจืดมาทิ้งให้ บางวันไม่มีจะกิน แต่ก่อนมีลูกคนโตให้เงิน แต่ลูกประสบอุบัติเหตุเสียชีวิต ทุกวันนี้ไม่มีใครสนใจ บางทีก็รู้สึกอยู่ไปทำไมทุกข์ขนาดนี้ หมอบอกให้กินอาหารดีๆ ลดไขมัน แต่ไม่มีอะไรจะกิน ทำงานไม่ได้ ไม่มีรายได้ มีอะไรกินได้เราก็ต้องกิน เดี๋ยวนี้ก็ไม่ได้ไปโรงพยาบาลแล้ว ลูกหลานเขาก็ทำงาน แต่ถึงไปทีก็ไม่เห็นตรวจอะไร คือเก่า เลยไม่ไป จะเกิดอะไร เป็นอะไรก็ช่างเถอะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7 ญ)

การอภิปรายผล

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 2.75, S.D. = 0.97) โดยมีผลกระทบรายด้านอยู่ระดับมากที่สุดคือ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย (Mean 3.54, S.D. = 1.04) และผลกระทบจากโรคที่มีผลต่อสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ (Mean 3.09, S.D. = 1.31) ส่วนผลกระทบรายด้านอื่นอยู่ในระดับมาก คือด้านความคิดความจำ ด้านความรู้สึกการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความสามารถในการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ ด้านการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหวและด้านความสามารถในการใช้มือข้างที่ได้รับผลกระทบ ผลกระทบด้านความสามารถในการเข้าใจต่อการอ่านการฟังและการสื่อสาร อยู่ระดับปานกลาง

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองภายหลังโรคหลอดเลือดสมอง โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็นภายหลังเกิดโรคระยะแรกหรือระยะหลังเฉียบพลัน (Acute phase) เป็นช่วงเวลา 1 ปีแรก และผลกระทบของโรคที่เกิดขึ้นระยะหลังหรือระยะเรื้อรังภายหลัง 1 ปี (Post acute phase) การศึกษานี้ใช้แบบวัดผลกระทบของโรค (Stroke Impact Scale 3.0)[12] หรืออีกนัยหนึ่งคือแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นมาอย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลง ซึ่งแตกต่างจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (Generic quality of life หรือ WHO quality of life)[13] ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคอาจพบแตกต่างกันตามพยาธิสภาพที่เกิด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการขาดเลือดที่ทำลายเนื้อสมอง เส้นประสาท ไขสันหลัง ระยะเวลาการรักษาและวิธีการรักษาในช่วงเฉียบพลัน เป็นต้น นอกจากนี้ในระยะที่ผู้ป่วยพ้นจากช่วงเฉียบพลัน ระยะเวลาภายหลังเกิดโรค ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพร่างกายจะเป็นตัวแปรสำคัญต่อการฟื้นฟูพยาธิสภาพภายหลังเกิดโรค พยาธิสภาพที่ได้รับการฟื้นฟูให้คืนสภาพหรือคงสภาพได้มากที่สุด จะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยได้น้อยลงภายหลังการเกิดโรค นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพที่เกิดตอนแรกและเกิดตามหลังได้ทำให้ปัญหาความบกพร่องและการสูญเสียสมรรถภาพของร่างกายภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากและแตกต่างกัน จากการศึกษาของ Lawrence และคณะ[15] ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,259 คน พบว่า ภาวะบกพร่องที่พบมากที่สุดคือ อ่อนแรงของแขน ร้อยละ 77 กลั้นปัสสาวะอุจจาระลำบาก ร้อยละ 44 มีปัญหาการพูดผิดปกติ ร้อยละ 44.70 และความคิด ความจำบกพร่อง ร้อยละ 43.90 และสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช[16] พบว่าในระยะฟื้นฟูสภาพ ค่าเฉลี่ยผลกระทบด้านร่างกายทั้งหมดร้อยละ 51.90 ผลกระทบรายด้านเรียงจากมากไปน้อย พบมากที่สุดคือด้านการสื่อสารบกพร่อง รองลงมาคือความคิดความจำบกพร่องการควบคุมอารมณ์ การมีส่วนร่วมทางสังคม กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกาย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยให้คะแนนการฟื้นหายที่ร้อยละ 56.60 การใช้แขนข้างที่อ่อนแรง ร้อยละ 44.40 และความแข็งแรงของร่างกาย ร้อยละ 40.80 ค่าเฉลี่ยผลกระทบด้านร่างกายทั้งหมด ร้อยละ 51.90 โดยผลกระทบด้านร่างกายเป็นผลกระทบที่เด่นชัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ของโรคหลอดเลือดสมองมีพยาธิสภาพแบบขาดเลือด (Ischemic stroke) มากที่สุด[1] พยาธิที่เกิดจากหลอดเลือดแดงด้านหน้าจะเป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดอาการอ่อนแรงของแขนขา การพูดและการสื่อสารผิดปกติ การควบคุมการกลั้นอุจจาระปัสสาวะผิดปกติ ความคิด ความจำบกพร่องทำให้เกิดภาวะพิการรุนแรง โดยเฉพาะผลกระทบด้านความแข็งแรงของร่างกาย และผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่เคยทำประจำหรือกิจกรรมสำคัญ เนื่องจากพยาธิสภาพของสมองขาดเลือดควบคุมด้านการเคลื่อนไหวและประสาทสั่งการ (Motor function) การประสานงานของการเคลื่อนไหว (Coordination) พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion) ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ซึ่งจะมีผลต่อกำลังกล้ามเนื้อแขนขาซึ่งเป็นส่วนสำคัญต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย

จากผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของโรคที่พบมากเป็นลำดับที่ 2 คือผลกระทบของโรคที่มีผลต่อความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมประจำทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลกระทบที่เกิดกับความแข็งแรงของร่างกายคือ เมื่อร่างกายมีปัญหาแขนขาอ่อนแรง ทำให้การเคลื่อนไหว การประสานงานกล้ามเนื้อ การทรงตัวหรือประสาทสัมผัสบกพร่อง มีปัญหาการพูด การคิดความจำบกพร่อง เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย การเดิน ทำกิจวัตรประจำวัน หรือเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมไม่ได้ตามปกติ ต้องอาศัยผู้ดูแลหรือผู้ช่วยเหลือ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยลดการทำกิจกรรมลง เนื่องจากเกิดความรู้สึกไม่อยากรบกวน เป็นภาระให้ผู้อื่น หรืออายคนอื่น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลศิริราชที่พบว่า ผลกระทบด้านการทำกิจกรรมทางสังคม การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัญหาสำคัญลำดับที่ 3[16] ผลกระทบด้านการทำกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะความสามารถในการใช้มือข้างที่อ่อนแรง พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบของโรคอยู่ในระดับมาก ซึ่งจะมีผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะบกพร่องในการการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด การแต่งตัว การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ผลกระทบเฉพาะด้านนี้สัมพันธ์กับกำลังกล้ามเนื้อแขนขา (Muscle power) และความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อแขนขาผิดปกติมากกว่าครึ่ง โดยมีความผิดปกติของการตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบอ่อนตัว (Hypotonia) ประมาณร้อยละ 30 และความตึงตัวของกล้ามเนื้อแบบเกร็ง (Spastic) ร้อยละ 4 ซึ่งผลของพยาธิสภาพทำให้สมรรถนะการใช้งานของรยางค์แบบเฉพาะเจาะจงทำได้ลดลง[1] ผลของพยาธิสภาพนี้ขึ้นอยู่กับระดับการฟื้นฟูที่ดีด้วย ผู้ป่วยที่ขาดการฟื้นฟูสภาพที่ดีและต่อเนื่องจะทำให้กำลังกล้ามเนื้อ และความตึงตัวของกล้ามเนื้อของแขนขาข้างที่มีพยาธิสภาพ ไม่สามารถฟื้นกลับคืนและและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะหดเกร็งของกล้ามเนื้อแขนขา (Spasticity) ที่ศึกษาในคนเกาหลีใต้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 เดือน พบภาวะ Spastic ร้อยละ 7.30 โดยเกิดกับแขน ร้อยละ 6.70 เกิดกับขาร้อยละ 4.30 และพบความสัมพันธ์กับระดับการทำกิจวัตรประจำวันต่ำ และค่าประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ต่ำ[17]

ผลกระทบด้านความคิด ความจำ ความรู้สึกและอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก และผลกระทบด้านความเข้าใจและการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นผลกระทบที่จะมีผลต่อการทำงานที่ใช้ความคิดหรือใช้ความชำนาญ ทำให้ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองบางส่วนไม่สามารถกลับไปทำงานเดิมได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Douiri และคณะ[18] ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 4,212 คน) พบว่าปัญหาความคิดความจำบกพร่องหลังเกิดโรค 3 เดือนร้อยละ 22 ในระยะ 5 ปี ร้อยละ 22 และในระยะ 14 ปี พบร้อยละ 21 นอกจากนี้การศึกษาในประเทศอินโดนีเซีย พบความผิดปกติของความคิดความจำหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 68.20 และพบมากขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากขึ้น ผลการวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลต่อผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและอยู่ในระดับน้อยเรียงตามลำดับ คือ อายุ ระยะเวลาป่วย และผู้ดูแล ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระดับน้อยมาก คือ รายได้ปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และการวินิจฉัยโรค ตัวแปร ที่ไม่มีความสัมพันธ์ คือ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และเพศ สอดคล้องกับการศึกษาของ Enato และคณะ[19] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพศชาย สัมพันธ์กับผลกระทบของโรค เนื่องจากเพศชายส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว และต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ด้านอายุวัยสูงอายุหรือมีอายุมากสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกายที่มาก ทำให้เกิดผลกระทบของโรคมากขึ้นและฟื้นฟูสภาพช้ากว่าวัยผู้ใหญ่ ระยะเวลาป่วยทำให้ผลกระทบของโรคเพิ่มขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจาก การเจ็บป่วยเรื้อรัง การเกิดภาวะแทรกซ้อน การเข้ารับการรักษาซ้ำ หรือติดเตียงนาน ส่วนจำนวนผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นผู้ช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพ ช่วยฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ป่วยเกิดผลกระทบของโรคน้อยลง จากผลการศึกษาเทียบเคียงทั้งการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผลกระทบด้านความคิด ความจำ ความรู้สึกและอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก เมื่อศึกษาผสมวิธีด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีประสบการณ์ผลกระทบทางจิตใจเกี่ยวเนื่องกับภาวะอัมพาตครึ่งซีกคล้าย ๆ กัน เป็นประสบการณ์เชิงลบที่ฝังใจ และคงอยู่แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองยาวนาน จากการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคระยะแรก 3 เดือนพบว่า ผู้ป่วยจะมีผลกระทบทางจิตใจคือ รู้สึกทุกข์ทรมาน (Suffered) เนื่องจากการเกิดอาการ เช่น เจ็บปวดเส้นประสาท เหนื่อยล้า ความคิดความจำแย่ลง เกิดความวิตกกังวลสูงร้อยละ 51.30 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 76.10 ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาจิตใจคือ การเดินไม่ได้ และภาวะที่นั่ง นอนติดเตียงนานเกิน 12 ชั่วโมง[20]

ผลกระทบด้านจิตสังคม อารมณ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบมากและเป็นปัญหาสำคัญคือภาวะซึมเศร้า (Post stroke depression: PSD) ซึ่งประมาณ 1/3 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 - 5 ปีเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตลดลง และอัตราการตายสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบ ผลกระทบด้านอารมณ์ที่แปรปรวนหรือบุคลิกภาพแปรปรวน ซึ่งส่วนใหญ่ยังไม่มีการให้ความสำคัญเพื่อค้นหาและบำบัดรักษา[21] ส่วนผลการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยยาวนานเกิน 1 ปี พบว่า ผลกระทบทางจิตใจสรุปได้เป็นประเด็นหลัก 6 ประเด็น ส่วนใหญ่ปัญหาเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการแขนขาอ่อนแรงหรือพิการถาวร ทำให้สมรรถนะร่างกายถดถอย มีผลต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การทำงานและการทำกิจกรรมทางสังคมทำได้ยากลำบาก ปัญหาจิตใจที่พบมีลักษณะเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า หดหู่ใจ เครียด เบื่อหน่าย รู้สึกไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาคนอื่น อึดอัด เหงา ขาดแคลน รู้สึกชีวิตแคบ อยู่ไปวันๆ และไม่อยากมีชีวิตอยู่ สอดคล้องกับหลายการศึกษา[21-23] ทั้งนี้ผลการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจและอารมณ์หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่ง เป็นผลมาจากผลกระทบต่อสมองและระบบประสาทโดยตรง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า บุคลิกภาพและอารมณ์เปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพ 2 ขั้ว รู้สึกไม่มีคุณค่า รู้สึกสิ้นหวัง กระสับกระส่าย ต้องจำใจยอมรับโชคชะตา[22-24] ซึ่งเมื่อเกิดเป็นสภาวะจิตใจใหม่ บุคลิกภาพของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัว และต้องอาศัยกำลังแรงใจในการปรับตัวอย่างสูง เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยคัดเลือกที่มีภาวะอ่อนแรงหรืออัมพาตครึ่งซีก ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ไม่สามารถฟื้นฟูสภาพได้สมบูรณ์ หลงเหลือความพิการถาวร ภาวะจิตใจเหล่านี้เกิดขึ้นบนความเป็นจริงในโลกของผู้ป่วยพิการโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องเผชิญ บางคนก็ทุกข์มาก ปรับตัวไม่ได้ มีชีวิตจมดิ่งไม่ดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Wenzel และคณะ[25] เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพประสบการณ์ความต้องการด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิธี Phenomenological research พบประเด็นหลักคือ 1) ประสบการณ์ความหลากหลายของอารมณ์ 2) เสมือนไม่มีที่เริ่มต้นที่จะเปิดเผยความรู้สึกทางจิตใจ 3) รับรู้ว่าความต้องการด้านจิตสังคมยังไม่ได้รับการประเมินโดยบุคลากรสุขภาพ 4) ความรู้สึกโศกเศร้าจากการสูญเสียบทบาทหลังเกิดโรค และต้องทำงานอย่างหนักเพื่อสร้างความปกติใหม่ในชีวิต 5) ได้รับคำแนะนำให้พัฒนาการดูแลตนเอง ปัญหาทางจิตสังคมหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า ยังได้รับความสนใจต่ำจากบุคลากรสุขภาพ แต่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรง ซึ่งทำให้ความผาสุกของชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวหายไป ผู้ป่วยบางคนก็สามารถปรับตัวปรับแนวคิดใหม่ ต่อสู้กับอุปสรรคในชีวิตได้ มีโลกใหม่หลังการเจ็บป่วยที่ดี ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้ดูแลที่เข้าใจ คนในชุมชน อสม. รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการประเมินผลกระทบทางร่างกายและจิตใจหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจึงควรให้ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าการประเมินด้านร่างกาย ดังนั้นการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อลดผลกระทบของโรค ควรทำควบคู่ไปกับการพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพจิตใจจากเชิงลบให้เป็นพลังทางบวก ส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นใหม่หลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยซ้ำเพื่อประเมินผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจ หรือการศึกษา Meta-analysis ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อมูลขยายผลในการติดตามผลกระทบของโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นรูปธรรม

2. ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย อาจแตกต่างกันเนื่องจากบริบทด้านการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและนโยบายแต่ละท้องที่ ควรมีการศึกษาครอบคลุมในแต่ละภูมิภาคหรือเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ประจำปีงบประมาณ 2563

References

1. World Stroke Organization: WSO. Impact of stroke [internet]. 2025 [cited 2025 Apr 10]. Available from: https://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke.
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2023 Ministry of Public Health. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2024. (in Thai)
3. Gerstl JVE, Blitz SE, Qu QR, Yearley AG, Lassarén P, Lindberg R et al. Global, regional, and national economic consequences of stroke. Stroke. 2023;54(9):2380-9.
4. Kanchanapibulwong A, Kumwangsanga P, Kaewta S. (Eds.). Situation of NCDs: diabetes, hypertension and related risk factors 2019: Report. 2019. Bangkok: Aksaorn Graphic and Design Publishing Limited; 2019. (in Thai)
5. Aguirre OA, Rogers JL, Reardon T, Shlobin NA, Ballatori AM, Brown NJ, et al. Stroke management and outcomes in low-income and lower-middle-income countries: a meta-analysis of 8535 patients. J Neurosurg. 2023;139:1042-51.
6. Burris JE. Stroke rehabilitation: current American Stroke Association Guidelines, care and implications for practice. Missouri Medicine. 2017;114(1):40-3.
7. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. J Neurosci Nurs. 2016; 48(4);215-23.
8. American Stroke Association. Trouble Swallowing After Stroke (Dysphagia) [internet]. 2025 [cited 2025 May 20]. Available from: https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/dysphagia.
9. Llorca GE, Castilla-Guerra L, Moreno F, Doblado R, Hernandez J. Post-stroke depression: an update. Neurologia, 2015;30(1):23-31.
10. American Stroke Association. Physical effects of stroke. [internet]. 2025 [cited 2025 Apr 12]. Retrieved Available from: http://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effectsl.
11. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke evaluating Health-related quality of life using utility measurements. Stroke. 2015;37:193-8.
12. Choi SU, Lee HS, Shin JH, Ho SH, Koo MJ, Park KH, et al. Stroke Impact Scale 3.0: reliability and validity evaluation of the Korean version. Ann Rehabil Med. 2017;41(3):387-93.
13. Garnjanagoonchorn A, Dajpratham P. Reliability and validity of the Thai version of the Stroke Impact Scale (SIS) 3.0. Journal of Thai Rehabilitation Medicine. 2015;25(2):45-52. (in Thai)
14. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.
15. Lawrence ES, Coshall C, Dundas R, Stewart J, Rudd AG, Howard R, et al. Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. Stroke.2001;32:1279-84.

16. Yingkijsathavorn A, Harnphadungkit K. Quality of life in stroke patients at outpatient rehabilitation Clinic, Siriraj Hospital. ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine. 2020;30(3):123-8. (in Thai)
17. Cha EG, Kim S-Y, Lee HI, Kim DY, Lee J, Sohn MK, et al. Prevalence rate of spasticity at 3 months after stroke in Korea: the Korean stroke cohort for functioning and rehabilitation (KOSCO) study. Brain Neurorehabil. 2016;9(2):1-9.
18. Douiri A, Rudd AG, Wolfe CDA. Prevalence of Poststroke Cognitive impairment South London Stroke Register 1995–2010. Stroke. 2013;44:138-45.
19. Enato EFO, Yovwin EO, Ogunrin OA. Assessment of health-related quality of life in stroke survivors attending two healthcare facilities in Benin City, Nigeria. J Pharmacy & Bioresources. 2011;8(1):54-60.
20. Giogi A. Phenomenology and psychological research. Pittsburgh: Humanities Press; 1985.
21. Pinzon RT, Sanyasi RL, Totting S. The prevalence and determinant factors of post-stroke cognitive impairment. Asian Pac. J. Health Sci. 2018;5(1):78-83.
22. Devereux N, Berns AM. Evaluation & treatment of psychological effects of stroke. Dela J Public Health. 2023;9(3):62–9.
23. Kusec A, Milosevich E, Williams OA, Chiu EG, Watson P, Carrick C, et al. Long-term psychological outcomes following stroke: the OX-CHRONIC study. BMC Neurology.2023;23(426):1-17.
24. Shipley J, Luker J, Thijs V, Bernhardt J. The personal and social experiences of community-dwelling younger adults after stroke in Australia: a qualitative interview study. BMJ Open. 2018;8:e23525.
25. Wenzel RA, Zgoda EA, Clair MC, Knecht-Sabres. A Qualitative study investigating stroke survivors' perceptions of their psychosocial needs being met during rehabilitation. The Open Journal of Occupational Therapy. 2021;9(2):1-16.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ในผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กัญญาพัชร บัณฑิตถาวร พย.ม.[1]
กำทร ดานา Ph.D.[1,4]
สุมาลี คงเอี่ยม พย.บ.[2]
สุภาวดี ปักสังคะเนย์ พย.บ.[2]
ญาณพันธุ์ ถายา พ.บ.[3]

(วันรับบทความ :23 มีนาคม พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ 26 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :8 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ใช้วิธีการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยภาวะติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก แผนกหู คอ จมูก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ย้อนหลังระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 303 ราย เครื่องมือรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกประวัติโรคร่วมและพฤติกรรมสุขภาพ 3) แบบบันทึกอาการและอาการแสดงทางคลินิก และ 4) แบบบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์แบบตัวแปรพหุ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย พบว่าอัตราความชุกของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก 3 ปี ย้อนหลัง คือ ร้อยละ 5.56, 8.33 และ 10.57 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ประกอบด้วย ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาการนำมีอาการเจ็บคอและผู้ป่วยที่ทำหัตถการภายในช่องปาก การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการคัดกรองและเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอและผู้ป่วยที่ทำหัตถการภายในช่องปาก เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลและการทำหัตถการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

คำสำคัญ: การติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน ปัจจัยเสี่ยง

[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ) โรงพยาบาลมหาสารคาม
[3]นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
[4]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: kamthorn@smnc.ac.th โทร: 0942831010

Prevalence and Factors Associated with Upper Airway Obstruction among Patients with Deep Neck Infection in a Tertiary Hospital

Kanyapat Bundittharwon M.N.S.[1]
Kamthorn Dana Ph.D.[1,4]
Sumalee Kongeiom B.N.S.[2]
Suphawadee Paksangkanay B.N.S.[2]
Yanapan Thaya M.D.[3]

(Received Date: March 23, 2025, Revised Date: May 26, 2025, Accepted Date: June 8, 2025)

Abstract

This retrospective descriptive study aimed to study the prevalence and factors associated with upper airway obstruction (UAO) in patients with deep neck infections (DNI) at a tertiary hospital. The research methodology reviewed the medical records of 303 patients treated for deep neck infection at the Eye Nose Throat (ENT) Department of the Tertiary Hospital between January 2021 and December 2023. The data tools were medical record forms consisting of 1) a general information form, 2) a history of comorbidities and health behavior form, 3) a clinical symptoms and signs record form, and 4) laboratory test results. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis with a statistical significance level .05

The study results found that the prevalence of UAO in patients with DNI over the past 3 years was 5.56%, 8.33%, and 10.57%, respectively. Three factors associated with UAO in DNI patients were found to be being aged 60 years and above, presenting with symptoms of a sore throat, and patients undergoing oral procedures. This study demonstrates the importance of screening and surveillance, particularly in the high-risk groups of patients aged 60 years, with sore throats, and undergoing oral procedures. It provides guidelines for developing clinical practice guidelines for the care of and interventions for high-risk patients.

Keywords: deep neck infection (DNI), upper airway obstruction (UAO), risk factors

[1]Instructor, Srimahasakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[2]Registered Nurse, Professional Level, Mahasarakham Hospital
[3]Medical Doctor, Professional Level, Mahasarakham Hospital
[4]Corresponding Author, E-mail: kamthorn@smnc.ac.th Tel: 0942831010

บทนำ

การติดเชื้อเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึก (Deep Neck Infection: DNI) เป็นภาวะติดเชื้อที่เกิดขึ้นในช่องว่างและพังผืดของบริเวณคอ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ปัจจุบันมีการใช้ยาปฏิชีวนะและเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและอันตรายที่สุดของการติดเชื้อเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกที่พบได้คือ การอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Airway Obstruction: UAO)[1] ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ การติดเชื้อเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึกพบอุบัติการณ์สูงในเพศชาย จากรายงานพบว่าสัดส่วนในเพศชายต่อเพศหญิงอยู่ที่ 1.7:1[2] ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุประมาณ 43.46 ปี และมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อในช่องปาก ฟัน คอหอยและต่อมทอนซิล ในประเทศที่กำลังพัฒนาสาเหตุหลักคือปัญหาที่ฟัน ร้อยละ 34.21 - 67.30[2] และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ[3] ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วการติดเชื้อจากคอหอยและต่อมทอนซิลเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย[4] นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคเบาหวาน[5,6] การใช้สารเสพติดและการสูบบุหรี่[7] ซึ่งล้วนส่งผลให้การติดเชื้อที่มีความรุนแรงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น

การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกเป็นการอักเสบติดเชื้อในช่องว่างระหว่างชั้นเยื่อหุ้มในลำคอตั้งแต่ใต้ฐานกะโหลกศีรษะคลุมลงมาถึงกล้ามเนื้อภายในโพรงเยื่อพังผืดส่วนลึกของคอ ที่เรียกว่า Cervical fascia เยื่อพังผืดดังกล่าวห่อหุ้มอวัยวะต่าง ๆ บริเวณคอ ได้แก่ กล้ามเนื้อลำคอ หลอดเลือด หลอดลม หลอดอาหาร เส้นประสาท จากลักษณะทางกายภาพที่ซับซ้อนทำให้การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกเป็นการติดเชื้อที่รุนแรง เนื่องจากมักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนร่วมกับมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกซึ่งเป็นอันตรายและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น ติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเมดิแอสตินัมอักเสบ หนองในโพรงเยื่อหุ้มปอด (Thoracic empyema) หรือ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis)[8] ในประเทศอิตาลีพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก มีภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่อชีวิต คือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งพบมากที่สุดถึงร้อยละ 31 รองจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ร้อยละ 22[9,10] ในประเทศเกาหลีใต้พบการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ร้อยละ 10.80[11] ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมากน้อยตามการศึกษาในแต่ละพื้นที่ จากการศึกษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร พบผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกเกิดภาวะแทรกซ้อนจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นร้อยละ 20.60 รองจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่พบเพียงร้อยละ 3.80 จากการศึกษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดร้อยละ 14 และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 0.60[12] เมื่อมีการอุดกั้นทางเดินหายใจผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการเจาะคอ (Tracheostomy) เพื่อป้องกันการขาดอากาศหายใจซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต

ปัญหาการติดเชื้อเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึกแม้จะมีเทคนิคการวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า รวมถึงยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพสูง แต่อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตยังมีอุบัติการณ์ที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนร่วมด้วย[13] ในประเทศไทย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลตติยภูมิซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่รับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจากที่อื่น จากการทบทวนพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึก 6 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2557- พ.ศ. 2562) สูงถึง 560 ราย มีโรคประจำตัวหลักคือโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่พบปัญหาโรคฟันผุไม่ได้รับการรักษาหรือถอนฟันแล้วแต่เกิดการอักเสบ ร้อยละ 61.96[6,13] และพบปัจจัยอื่น เช่น การนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (OR_{adj} 1.31, 95%CI 1.13-1.49) ปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลสูง (OR_{adj} 1.17, 95%CI 1.07-1.28) พบเชื้อจากการเพาะเชื้อในเลือด (OR_{adj} 13.22, 95%CI 1.88-92.78) ผู้ป่วยที่มีอายุมาก (OR_{adj} 12.25, 95%CI 1.24-121.31)[13] การมีไข้ร่วมด้วย (OR_{adj} 3.07, 95%CI 1.18-7.98)[6] ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการรุนแรง มีหลายโรคร่วม และอาจได้รับการรักษาเบื้องต้นมาก่อนแล้วทำให้การประเมินมีความซับซ้อนมากขึ้น การระบุปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ชัดเจนจะช่วยให้ทีมสหวิชาชีพทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงและให้การรักษาเชิงป้องกันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมช่วยลดอัตราการเกิดภาวะวิกฤตที่อาจนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

การจัดการภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีความหลากหลาย เริ่มที่การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การให้ออกซิเจน การจัดท่านอนที่เหมาะสม การใส่ท่อช่วยหายใจ จนถึงการเจาะคอในกรณีฉุกเฉิน และการระบายหนองด้วยการผ่าตัด การเลือกวิธีการที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับความรุนแรง ตำแหน่งของการติดเชื้อ ความลึกและขอบเขตของฝีและปัจจัยเฉพาะของผู้ป่วย เช่น โรคร่วม สภาวะทางสรีรวิทยาและการตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจที่รุนแรง เช่น การบวมของลำคอและใบหน้า หายใจลำบาก (Dyspnea) กระสับกระส่าย (Restless) หายใจมีเสียงอื้อ (Stridor) หรือบางรายอาจตรวจพบเสียงวี๊ด (Wheezing) ไอเสียงแหบ (Hoarseness) เสียงพูดคล้ายมีของร้อนหรือก้อนในลำคอ (Hot potato voice) อ้าปากได้น้อย (Trismus) และกลืนลำบาก[10,14]

โรงพยาบาลมหาสารคาม พบอุบัติการณ์ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกเพิ่มขึ้น จากสถิติ พ.ศ. 2562-2564 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหู คอ จมูก จำนวน 196, 167 และ 203 ราย ตามลำดับ ใน พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากทางเดินหายใจส่วนต้นอุดกั้น และต้องได้รับการเจาะคอ 3 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการเจาะคอเพื่อช่วยเปิดทางเดินหายใจทันทีแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 ราย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจเกิดจากการบวมที่คอแบบทันทีทันใดและการตัดสินใจรายงานแพทย์หลังจากประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยของพยาบาล เนื่องจากอาการแสดงทางคลินิกของการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกนั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือแหล่งที่มาที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น อาการปวดเฉพาะที่จากการติดเชื้อของฟันกรามส่วนล่าง ต่อมทอนซิล ต่อมพาราทิด ต่อมน้ำเหลืองส่วนลึก หูชั้นกลางและไซนัส[15,16] โดยไม่คำนึงถึงแหล่งที่มาของการติดเชื้อในเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกว่ามาจากการงอกของฟันหรือเนื้อเยื่อของฟัน (Odontogenic) คอหอยหลังช่องปาก (Oropharyngeal) หรือเกิดในช่องหู (Otogenic) เพราะการติดเชื้อในบริเวณที่กล่าวมาสามารถลุกลามไปยังช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกได้[17]

ดังนั้น การศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง การประเมินความเสี่ยง การให้การพยาบาลและการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายนี้ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งแพทย์และพยาบาล ในด้านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยง (Risk assessment tool) ที่มีความไวและความจำเพาะสูง การวางแผนการพยาบาลเฉพาะราย การเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้ การจัดตารางเวรพยาบาลที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง รวมถึงแนวทางการรักษาเชิงป้องกันสำหรับแพทย์ เช่น การพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจแบบป้องกัน (Prophylactic intubation) การส่งตรวจเพิ่มเติม หรือการผ่าตัดระบายหนองอย่างเร่งด่วน ที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงระบาดวิทยาแบบพรรณนาร่วมกับทฤษฎีสาเหตุหลายปัจจัย (Multifactorial Causation Theory) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก โดยมองว่าการเกิดภาวะดังกล่าวเป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กัน ทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านอาการและอาการแสดง การติดเชื้อ และปัจจัยด้านผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษา ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ดำเนินการโดยการทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับจังหวัด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อช่องเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อช่องเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึกที่มารับบริการนอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยหู คอ จมูก โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสาคาม ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ตามรหัส ICD-10 (J36, J39.0, J39.1, J988, K11.3, K11.9 K12.2, K12.2, L02.1 และ L03.8) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อช่องเยื้อหุ้มลำคอชั้นลึกตามรหัส ICD-10 และมีหลักฐานยืนยันการวินิจฉัยด้วยภาพถ่ายทางรังสี (Computerized tomography: CT scan หรือ Magnetic resonance imaging: MRI) หรือการตรวจพบหนองในช่องว่างคอส่วนลึกระหว่างการผ่าตัด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วนสำหรับการประเมินตัวแปรหลัก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อปฐมภูมิของอวัยวะในคอโดยไม่มีการลุกลามไปยังช่องว่างคอส่วนลึก ผู้ป่วยที่มีสาเหตุอื่นของการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก เช่น เนื้องอก การบาดเจ็บของกล่องเสียง และผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนที่เกิดขึ้นก่อนการติดเชื้อเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก

การคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากรเดียว จากโปรแกรมสำเร็จรูป WinPepi ด้วยการแทนค่าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม[13] ที่ระดับ Confidence level ที่ 95%, Acceptable difference 0.005, Assumed proportion 0.1538, Population size 2,300, Expected loss of subjects 20% ได้กลุ่มตัวอย่าง 303 คน

นิยามตัวแปรที่ศึกษา

การติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก (Deep neck infection: DNI) คือการติดเชื้อในช่องว่างต่าง ๆ ของคอส่วนลึก ซึ่งล้อมรอบด้วยเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ (Fascia) หลายชั้น โดยช่องว่างเหล่านี้ประกอบด้วย Parapharyngeal space, Retropharyngeal space, Prevertebral space, Submandibular space และ Masticator space การติดเชื้อมักเกิดจากการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากแหล่งติดเชื้อเริ่มต้น เช่น การติดเชื้อทางทันตกรรม การอักเสบของต่อมทอนซิล หรือการติดเชื้อในโพรงจมูก เชื้อโรคที่พบบ่อย ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียแบบแอโรบิกและแอนแอโรบิก มีอาการสำคัญคือ การบวมบริเวณคอ เจ็บคอ กลืนลำบาก ไข้ และเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้เสียชีวิต

ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Airway Obstruction: UAO) เป็นภาวะที่มีการบีบอัดหรืออุดกั้นทางเดินหายใจตั้งแต่จมูกถึงกล่องเสียงส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก มีอาการแสดงของการอุดกั้นทางเดินหายใจร่วมกับข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1) มีความจำเป็นต้องได้รับการจัดการทางเดินหายใจเร่งด่วน (การใส่ท่อช่วยหายใจหรือการเจาะคอ) 2) มีหลักฐานทางคลินิกหรือภาพถ่ายรังสีที่แสดงถึงการอุดกั้นทางเดินหายใจตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป (การตีบแคบของทางเดินหายใจมากกว่าร้อยละ 50) และ 3) มีภาวะพร่องออกซิเจนที่ต้องการการให้ออกซิเจนเสริม (SpO2 < 95% ขณะหายใจอากาศปกติ)

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง 2) ประวัติโรคร่วมและพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูล เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด/ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไทรอยด์ หลอดเลือดสมองและมะเร็ง และพฤติกรรมสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ 3) อาการและอาการแสดงทางคลินิก ได้แก่ อาการไข้ เจ็บคอ กลืนลำบาก มีก้อนบวมที่คอใต้คางและขากรรไกร มีบริเวณใบหน้าคอและคางบวม ปวดฟันและฟันผุ อาการกลืนลำบาก และหายใจหอบเหนื่อย ระยะเวลาของอาการก่อนมาโรงพยาบาล และสัญญาณชีพแรกรับ และ 4) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนเม็ดเลือดขาว

เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจคุณภาพ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบบันทึกข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิก 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหู คอ จมูก 1 ท่าน โดยพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของข้อคำถาม และความเหมาะสมของการจัดหมวดหมู่ ผลการตรวจสอบพบว่าแบบบันทึกข้อมูลมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.94 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยให้ผู้เก็บข้อมูล 2 คนเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนชุดเดียวกัน จำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม ได้ K = 0.87 และข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติ Intraclass Correlation Coefficient (ICC) = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ได้ทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย 1) ค้นหารายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 ที่กำหนดจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาล 2) ตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก 3) ทบทวนเวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล 4) ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล 5) กรณีพบข้อมูลไม่ครบถ้วนในประเด็นสำคัญ ทำการติดตามค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากแหล่งข้อมูลอื่นในโรงพยาบาล เช่น ห้องปฏิบัติการ ข้อมูลภาพทางรังสี และ 6) บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยใช้ Frequency Percentage Mean Standard Deviation และ Interquartile Range คำนวณอัตราความชุกของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก โดยใช้สูตรความชุก = (จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน / จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกทั้งหมดในช่วงเวลาที่ศึกษา) × 100 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) เพื่อเปรียบเทียบตัวแปรเชิงกลุ่มโดยใช้สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test กรณีที่มีค่าคาดหวังในตารางน้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariate Analysis) วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนใช้สถิติ Binary Logistic Regression Analysis ด้วยวิธี Enter method โดยคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลจากตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว ($p < .05$) คำนวณค่า Odds Ratio และ 95% Confidence Interval

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MHSK_REC 66-02-059 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2566 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 303 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คิดเป็นสัดส่วนประมาณ 3 ต่อ 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.29 เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตามมีความหลากหลายของอายุ กลุ่มตัวอย่างมีตั้งแต่ 19 ปี ถึงผู้สูงอายุ 90 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรืออยู่ในปกครอง จำนวน 101 คน ร้อยละ 33.33 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรและรับจ้างทั่วไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 31.36 และ 26.07 ตำแหน่งของการติดเชื้อ พบว่าตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือ บริเวณ Buccal space จำนวน 136 คน (ร้อยละ 44.88) ซึ่งพบเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด รองลงมาคือ Peritonsillar abscess จำนวน 48 คน (ร้อยละ 15.84) ที่น่าสนใจคือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาพบแพทย์ภายในเวลาไม่เกิน 1 สัปดาห์หลังจากเริ่มมีอาการ จำนวน 214 คน (ร้อยละ 70.63) และระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งใช้เวลาไม่เกิน 3 วัน จำนวน 145 คน (ร้อยละ 47.85) และอีกเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ระหว่าง 4-7 วัน จำนวน 132 คน (ร้อยละ 43.56) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก (n = 303)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	180	59.41
หญิง	123	40.59
อายุ (ปี)		
< 40	72	23.76
40-59	101	33.33
60-79	115	37.96
≥ 80	15	4.95
Median 56, P_{25}= 40, P_{75} =67, min = 19, max = 90		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ/ในปกครอง	101	33.33
เกษตรกร	95	31.36
รับจ้างทั่วไป	79	26.07
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	2.64
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	20	6.60
ตำแหน่งของการติดเชื้อ		
Salivary gland	23	7.59
Buccal space	136	44.88
Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of neck	28	9.24
Peritonsillar abscess	48	15.84
Retropharyngeal and parapharyngeal abscess	25	8.26
Sialadenitis	13	4.29
Malignant and others	30	9.90
ระยะเวลาเจ็บป่วยก่อนมาโรงพยาบาล		
<7 วัน	214	70.63
7-14	66	21.78
≥ 15	23	7.59
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		
≤ 3 วัน	145	47.85
4-7	132	43.56
>7	26	8.59
Median 4, 56, P_{25}= 2, P_{75} =5, min = 1, max = 34		

ผลการศึกษาอัตราความชุกของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2564 - พ.ศ. 2566) พบว่ามีความชุกที่ ร้อยละ 8.91 (95%CI 6.08-12.53) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความชุกของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ปี 2564-2566

ปี	ผู้ป่วย DNI	เกิดภาวะ UAO	Prevalence	95% Confident Interval
2564	36	2	5.56	1.54-18.14
2565	144	12	8.33	4.59-13.74
2566	123	13	10.57	6.01-16.97
รวม	303	27	8.91	6.08-12.53

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก

ตัวแปร	การเกิดภาวะ UAO		Crude odds ratio	95%CI	*p*-value
	เกิด (27) N (%)	ไม่เกิด (276) N (%)			
1. ลักษณะทางประชากรศาสตร์					
1.1 เพศ					
ชาย	15 (55.56)	165 (59.78)	0.84	0.38-1.87	.409
หญิง	12 (44.44)	111 (40.22)	Reference		
1.2 อายุ (ปี)					
< 60	11 (40.74)	162 (58.69)	Reference		
≥ 60	16 (59.26)	114 (41.31)	2.07	1.93-4.62	.039
1.3 การประกอบอาชีพ					
เกษตรกร	9 (33.33)	92 (33.33)	0.73	0.31-1.69	.459
อาชีพอื่นๆ เช่น ค้าขาย รับราชการ	18 (66.67)	134 (66.67)	Reference		
2. โรคร่วม					
2.1 เบาหวาน					
ใช่	5 (18.52)	49 (17.75)	1.05	0.38-2.92	.546
ไม่ใช่	22 (81.48)	227 (82.25)	Reference		
2.2 ความดันโลหิตสูง					
ใช่	4 (14.81)	37 (9.78)	1.17	0.38-3.54	.782
ไม่ใช่	23 (85.19)	249 (90.22)	Reference		
2.3 หอบหืด/ถุงลมโป่งพอง					
ใช่	2 (7.41)	7 (2.54)	3.07	0.61-15.59	.187
ไม่ใช่	25 (92.59)	269 (97.46)	Reference		
2.4 โรคไทรอยด์					
ใช่	1 (3.70)	7 (2.54)	1.48	0.18-12.48	.530
ไม่ใช่	26 (96.30)	269 (97.46)	Reference		
2.5 หลอดเลือดสมอง					
ใช่	1 (3.70)	6 (2.17)	1.73	0.20-14.93	.483
ไม่ใช่	26 (96.30)	270 (97.83)	Reference		
2.6 มะเร็ง					
ใช่	1 (3.70)	4 (1.45)	2.62	0.28-13.75	.375
ไม่ใช่	26 (96.30)	272 (98.55)	Reference		

ตัวแปร	การเกิดภาวะ UAO		Crude	95%CI	*p*-value
	เกิด (27) N (%)	ไม่เกิด (276) N (%)	odds ratio		
3. พฤติกรรมสุขภาพ					
3.1 สูบบุหรี่					
ใช่	4 (14.81)	65 (23.55)	0.57	0.16-1.59	.303
ไม่ใช่	23 (85.19)	211 (76.45)	Reference		
3.2 ดื่มแอลกอฮอล์					
ใช่	5 (18.52)	83 (30.07)	0.53	0.19-1.44	.148
ไม่ใช่	22 (81.48)	193 (69.93)	Reference		
4. อาการนำและอาการแสดง					
4.1 การมีไข้					
ใช่	10 (37.04)	86 (31.16)	1.30	0.57-2.96	.335
ไม่ใช่	17 (62.96)	190 (68.84)	Reference		
4.2 มีอาการเจ็บคอ					
ใช่	8 (29.63)	36 (13.04)	2.81	1.14-6.89	.019
ไม่ใช่	19 (70.37)	240 (85.48)	Reference		
4.3 กลืนลำบาก					
ใช่	1 (3.70)	14 (5.07)	0.72	0.09-5.69	.606
ไม่ใช่	26 (96.30)	262 (94.93)	Reference		
4.4 มีก้อนบวมที่คอใต้คางและขากรรไกร					
ใช่	5 (18.52)	37 (13.41)	1.47	0.52-4.12	.313
ไม่ใช่	22 (81.48)	239 (86.59)	Reference		
4.5 บริเวณใบหน้าคอและคางบวม					
ใช่	11 (40.74)	145 (52.54)	0.62	0.28-1.39	.166
ไม่ใช่	16 (59.26)	131 (47.46)	Reference		
4.6 ปวดฟันและฟันผุ					
ใช่	1 (3.57)	6 (2.18)	1.67	0.19-14.31	.496
ไม่ใช่	27 (96.43)	269 (97.82)	Reference		
4.7 หายใจหอบเหนื่อย					
ใช่	2 (7.41)	23 (8.33)	0.88	0.19-3.95	.611
ไม่ใช่	25 (92.59)	253 (91.67)	Reference		
5. ระยะเวลาของอาการก่อนมาโรงพยาบาล					
≤ 7 วัน	4 (14.29)	85 (30.91)	Reference		
> 7 วัน	24 (85.71)	190 (69.09)	1.37	1.25-2.99	.047

ตัวแปร	การเกิดภาวะ UAO		Crude	95%CI	*p*-value
	เกิด (27) N (%)	ไม่เกิด (276) N (%)	odds ratio		
6. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล					
≤ 10 วัน	1 (3.57)	11 (4.00)	Reference		
> 10 วัน	27 (96.43)	264 (96.00)	0.89	0.11-7.15	.911
7. ดัชนีมวลกาย (BMI)					
ปกติ	20 (71.43)	153 (55.64)	Reference		
ผิดปกติ	8 (28.57)	122 (44.36)	1.99	0.85-4.68	.108
8. White Blood Cell (WBC)					
ปกติ	18 (64.29)	135 (49.09)	Reference		
ผิดปกติ	10 (35.71)	140 (50.91)	1.87	0.83-4.19	.126
9. การทำหัตถการในช่องปาก					
ใช่	27 (96.43)	188 (68.36)	12.49	1.67-93.44	.001
ไม่ใช่	1 (3.57)	87 (31.64)	Reference		

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยว พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (COR = 2.07, 95%CI 1.93-4.62, *p*=.039) มีอาการนำและอาการแสดงด้วยการเจ็บคอ (COR = 2.81, 95%CI 1.14-6.89, *p*=.019) ระยะเวลามีอาการก่อนมาโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน (COR = 1.37, 95%CI 1.25-2.99, *p*=.047) และมีการทำหัตถการในช่องปาก (COR = 12.49, 95%CI 1.67-93.44, *p*=.001) ดังแสดงในตารางที่ 3 และผลการวิเคราะห์หลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป (AOR = 2.46, 95%CI 1.04-5.82, p=.041) อาการนำมีอาการเจ็บคอ (AOR = 3.95, 95% CI 1.47-10.67, p=.007) และผู้ป่วยที่ทำหัตถการภายในช่องปาก (AOR = 12.98, 95%CI 1.69-99.24, p=.013) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนของผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก

ตัวแปร	Adjust Odd ratio	95% CI	*p*-value
อายุ ≥ 60 ปี	2.46	1.04-5.82	.041*
อาการนำมีอาการเจ็บคอ	3.95	1.47-10.67	.007*
ระยะเวลาของการมีอาการ > 7 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	0.39	0.13-1.22	.108
การทำหัตถการภายในช่องปาก	12.98	1.69-99.24	.013*

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความชุกของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (UAO) ข้อมูลย้อนหลังพบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากปี พ.ศ. 2564 ถึงปี พ.ศ. 2566 อัตราความชุกที่เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวในระยะเวลาเพียง 3 ปี จากร้อยละ 5.56 เป็นร้อยละ 10.57 สะท้อนถึงขนาดของปัญหาที่เพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของความชุกในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมาจากหลายองค์ประกอบ เช่น การเปลี่ยนแปลงของเชื้อก่อโรคและความรุนแรงของเชื้อ ภาวะที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ[17] การวินิจฉัยที่ล่าช้าหรือการรักษาเบื้องต้นที่ไม่เหมาะสม[18] และจากปัจจัยเสี่ยงด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่น โรคเรื้อรัง[5] และโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ

กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มคอชั้นลึก (DNI) โดยการติดเชื้อสามารถอธิบายได้ว่าบริเวณคอจะมีช่องว่างหลายช่อง (Fascial spaces) และมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหลวม ๆ ที่เอื้อต่อการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ดี[19] โดยเชื้อก่อโรคมักเข้าสู่ช่องว่างในคอผ่านทางการติดเชื้อจากฟันและเหงือก ต่อมทอนซิลและต่อมน้ำลาย ปฏิกิริยาต่อมาร่างกายจะตอบสนองด้วยการอักเสบ เกิดอาการบวมแดงร้อน การบวมที่เกิดขึ้นนี้มักจะไปกดเบียดทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากได้[20] บริเวณอวัยวะที่พบการติดเชื้อในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่จะเจอพื้นที่บริเวณกระพุ้งแก้ม และบริเวณรอบ ๆ ทอนซิล ซึ่งคล้ายกับหลายผลการศึกษาที่พบการติดเชื้อบริเวณช่องปากและคอ[3] รวมถึงการมีก้อนที่เกิดจากมะเร็งที่อยู่ภายในช่องปากและลำคอที่ถือเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่พบบ่อยและทำให้เกิดการเกิดภาวะติดเชื้อที่เยื่อหุ้มคอชั้นลึกได้

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก พบว่ามีปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาการนำที่มีอาการเจ็บคอและการได้รับหัตถการภายในช่องปาก สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยสูงอายุมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2.46 เท่า (95%CI 1.04-5.82) สะท้อนให้เห็นถึงภาวะภูมิคุ้มกันที่ลดลงตามวัย รวมถึงความสามารถในการฟื้นตัวของเนื้อเยื่อที่ลดลง ทำให้การติดเชื้อลุกลามได้ง่ายและรุนแรงกว่าในผู้ป่วยอายุน้อย[16] นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหอบหืด ซึ่งส่งผลให้ความสามารถของภูมิคุ้มกันของร่างกายในการต่อสู้กับเชื้อโรคลดลง[5] อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ เช่น กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงลง การลดลงของ Mucociliary clearance และความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อที่ลดลง ทำให้เมื่อเกิดการอักเสบและบวม มีโอกาสเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่ายกว่า[21] ข้อมูลนี้เป็นประโยชน์สำหรับแพทย์และพยาบาล ในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีการติดเชื้อในบริเวณดังกล่าว และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดหรือที่ต้องมีการตรวจรักษาที่แม่นยำมากขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผลจากการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้และเพิ่มทักษะเกี่ยวกับสุขอนามัยและการดูแลสุขภาพช่องปากและลำคอเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการนำด้วยอาการเจ็บคอ พบว่ามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง 3.95 เท่า (95%CI 1.47-10.67) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่าอาการเจ็บคอเป็นสัญญาณเตือนสำคัญของการติดเชื้อที่รุนแรงและมีแนวโน้มลุกลามจนเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจได้ง่าย อาการเจ็บคอที่รุนแรงอาจสัมพันธ์กับการอักเสบที่มากและการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจ ทำให้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจสูงขึ้น ผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับอาการนี้เป็นพิเศษในการประเมินความเสี่ยงและวางแผนการรักษา การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าการบวมที่คอและลำคอมีความสัมพันธ์กับการอุดกั้นทางเดินหายใจ โดยเฉพาะเมื่อการติดเชื้อลุกลามไปยังช่องเยื่อหุ้มลำคอหลายชั้น (Multiple space infection)[1] ซึ่งอาการเจ็บคอที่รุนแรงอาจเป็นอาการแสดงของการบวมที่ลุกลาม ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บคอควรได้รับการประเมินด้วยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด การส่องกล้องตรวจทางเดินหายใจหรือการตรวจภาพรังสี เช่น CT scan เพื่อประเมินขอบเขตการติดเชื้อและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

ผู้ป่วยที่มีหัตถการภายในช่องปากมีความเสี่ยงสูงถึง 12.98 เท่า (95%CI 1.69-99.24) สะท้อนให้เห็นว่าการทำหัตถการในช่องปากอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดการลุกลามของการติดเชื้อ หรืออาจเกิดจากการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อระหว่างทำหัตถการ ส่งผลให้เกิดการอักเสบเพิ่มขึ้นหรือเปิดโอกาสให้เชื้อแบคทีเรียลุกลามสู่ช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกได้มากขึ้น[22] หัตถการในช่องปากหลายประเภทที่อาจเพิ่มความเสี่ยง เช่น การถอนฟัน การผ่าตัดเหงือก การเจาะระบายหนอง หรือการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเฉพาะเมื่อทำในภาวะที่มีการติดเชื้ออยู่แล้ว การบาดเจ็บจากหัตถการอาจทำให้เกิดช่องทางให้เชื้อแบคทีเรียเข้าสู่ลำคอชั้นลึกได้มากขึ้น หรืออาจกระตุ้นให้เกิดการอักเสบที่รุนแรงขึ้น[23] ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบก่อนทำหัตถการในช่องปากในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอ รวมถึงการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหลังทำหัตถการเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลควรตระหนักถึงความเสี่ยง และหากเป็นไปได้ควรพิจารณาทางเลือกในการรักษาที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องทำหัตถการ ควรมีการเตรียมพร้อมสำหรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และเน้นย้ำให้ความสำคัญในการติดตามและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาพบว่าความชุกของภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน (UAO) ในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.56 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 10.57 ในปี พ.ศ. 2566 การวิเคราะห์พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 3 อย่าง ได้แก่ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (เพิ่มความเสี่ยง 2.46 เท่า, 95%CI 1.04-5.82) มีอาการเจ็บคอ (เพิ่มความเสี่ยง 3.95 เท่า, 95%CI 1.47-10.67) และการได้รับหัตถการภายในช่องปาก (เพิ่มความเสี่ยงสูงถึง 12.98 เท่า, 95%CI 1.69-99.24) บริเวณที่พบการติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณกระพุ้งแก้มและบริเวณรอบทอนซิล ผลการศึกษานี้มีความสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยง การวางแผนการรักษา และการเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ การเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนอาจขาดรายละเอียดบางประเด็น ด้านกลุ่มตัวอย่างแม้จะมีการคำนวณขนาดตัวอย่างอย่างเหมาะสม แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ตามกลุ่มย่อย เช่น ผู้ที่ได้รับหัตถการภายในช่องปาก พบว่ามีจำนวนไม่มากพอ ทำให้ช่วงความเชื่อมั่นของค่า Odds Ratio ค่อนข้างกว้าง ซึ่งส่งผลให้ลดความแม่นยำของการประมาณค่า นอกจากนี้ การศึกษาในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะในด้านทรัพยากร ความเชี่ยวชาญและแนวทางการรักษาที่แตกต่างจากที่อื่น ผลการศึกษาจึงมีข้อจำกัดในการอ้างอิงกับประชากรในพื้นที่อื่นหรือบริบทการรักษาที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาแนวทางการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนในผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอาการนำด้วยการเจ็บคอ และผู้ป่วยที่มีการทำหัตถการในช่องปาก และจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลและการทำหัตถการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยเน้นการติดตามอย่างใกล้ชิดและการจัดการภาวะแทรกซ้อนอย่างรวดเร็ว และออกแบบโปรแกรมการเพิ่มทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากและลำคอสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ผลลัพธ์ระยะยาวของผู้ป่วย และประสิทธิผลของมาตรการป้องกันต่าง ๆ ในการลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนผลงานวิจัย/ผลงานวิชาการ ประจำปีงบประมาณ 2566 จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

References

1. Lim HK, Wang JM, Hung ST, Ku, HC. A dangerous cause of airway obstruction: deep neck infection. Signa Vitae. 2021;17(2):4-9.
2. Jain U, Luthra M, Bist S, Kumar L, Agarwal V. Predisposing factors and etiology of deep neck space infections – a hospital-based cross-sectional study. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2024;5(3):143-8.
3. Pinsai S, Keeratitadapong W, Trakarnchansiri J. Factors associated with complications among deep neck infection in the community-based hospital in Thailand [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 15]. Available from https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4663172/v1].
4. Osiejewska A, Gorajek A, Kudan M, Gradzik A, Mikut K. Acute tonsillopharyngitis - a review. J Educ Health Sport. 2022;12(7):873–82.

5. Chatterjee A, Chakraborty R. A Comparative study of Deep Neck Space Infections (DNSI) in Diabetic versus Non-diabetic patients: Our experience in a Tertiary Care Centre. Int J Sci Res. 2021;10(2):32–4.
6. Suetrong S, Reechaipichitkul W, Chainansamit S. Piromchai P. Deep neck infection in adults: factors associated with complicated treatment outcomes. The Journal of the Medical Association of Thailand. 2017;100(Suppl.6):s179-88. (in Thai)
7. Klug TE. Peritonsillar abscess: clinical aspects of microbiology, risk factors, and the association with parapharyngeal abscess. Dan Med J. 2017;64(3):B5333.
8. Suesongtham P, Charoensombatamorn S, Ungkhara G. Deep neck infection in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2018; 62(5):365-74. (in Thai)
9. Boscolo-Rizzo P, Stellin M, Muzzi E, Mantovani M, Fuson R, Lupato V, et al. Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012;269(4):1241-9.
10. Ruangmongkollert A. Deep neck infection in Nakhon Phanom Hospital. Journal of Nakornping Hospital. 2016;4(3);5-15. (in Thai)
11. Cho SY, Woo JH, Kim YJ, Chun EH, Han JI, Kim DY, et al. Airway management in patients with deep neck infections: A retrospective analysis. Medicine. 2016;95(27):e4125.
12. Aegakkatajit K, Charateristic of deep neck infection in Buri Ram Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2019;34(3):321-32. (in Thai)
13. Wangtanakorn S. Factor related to severe deep neck infections: retrospective study in Udonthani. Thai journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery. 2021;22(1):3-19. (in Thai)
14. Mitarnun W. Factors affecting on intubation techniques selection on patients with deep neck infection (dni) under general anesthesia at Buri Ram Hospital. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2021;36(1):77-87. (in Thai)
15. Brito TP, Hazboun IM, Fernandes FL, Bento LR, Zappelini CEM, Chone CT, et al. Deep neck abscesses: study of 101 cases. Braz J Otorhinolaryngol. 2017;83:341-8.
16. Maharaj S, Ahmed S, Pillay P. Deep Neck space infections: a case series and review of the literature. Clin Med Insights Ear Nose Throat. 2019;12:1-5.
17. Bandol G, Cobzeanu MD, Moscalu M, Palade OD, Moisii L, Severin F, et al. Deep neck infections: the effectiveness of therapeutic management and bacteriological profile. Medicina. 2025;61(1):1-17.
18. Ho CY, Chan KC, Wang YC, Chin SC, Chen SL. assessment of factors associated with long-term hospitalization in patients with a deep neck infection. Ear Nose Throat J. 2023;3:1455613231168478.
19. Kanagamuthu P, Ramesh GK, Natarajan AV, Srinivasan R. Deep neck space abscess – a case report. Clin Med Insights Ear Nose Throat. 2021;10(37):3310-3.
20. Martins J, Lucas A. Deep neck infection: a case of retropharyngeal abscess. Cureus. 2023;15(11):e48293.

21. Mora A, Hamidullah A, Samaranayake S, Elnagar S. Life-threatening airway obstruction and septic shock due to submandibular space infection: a case report. Cureus. 2023;15(10):e47181.
22. Ealla KK, Kumari N, Veeraraghavan VP, Ramani P, Sahu V, Gangireddygari N. Preventing surgical site infections in oral and maxillofacial surgery: current challenges and emerging solutions. Achievements and Challenges of Medicine and Medical Science. 2024;6:70–94.
23. Pesis M, Bar-Droma E, Ilgiyaev A, Givol, N. Deep neck infections are life threatening infections of dental origin: a presentation and management of selected cases. Isr Med Assoc J. 2019;12(12):806–11.

ปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่

กนกนาถ กิ่งสันเทียะ พย.บ.[1]
สุมลชาติ ดวงบุบผา ปร.ด.[2,4]
อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ ปร.ด., อ.พย.[3]

(วันรับบทความ: 30 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ: 29 พฤษภาคม พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ: 30 พฤษภาคม พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 120 รายณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงและการออกกำลังกาย และแบบวัดความรู้สึกเครียด ตรวจสอบค่าค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแคร์ และการทดสอบความถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ร่วมวิจัยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และร้อยละ 20 ของผู้ร่วมวิจัยได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีด ผู้ร่วมวิจัยมีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนเฉลี่ย 6.45 ชั่วโมง ค่าพลังงานทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางกายเฉลี่ย 3,690 MET-minutes/week คะแนนระดับการรับรู้ความเครียดเฉลี่ย 13.48 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมพบว่า ผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีดมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานอย่างเดียวร้อยละ 92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยแบบจำลองการทดสอบความถดถอยสามารถอธิบายความแปรปรวนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมจากปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ได้ร้อยละ 18 ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรกำกับติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การนอนหลับ เบาหวานชนิดที่ 2 ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
[4] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: sumolchat.pua@mahidol.ac.th โทร. 02-201-0678

Factors Predicting Glycemic Control Among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus

Kanoknat Kingsanthia B.N.S.[1]
Sumolchat Duangbubpha Ph.D.[2,4]
Apinya Siripitiyakunkit Ph.D., APN[3]

(Received Date: April 30, 2025, Revised Date: May 29, 2025, Accepted Date: May 30, 2025)

Abstract

This predictive correlational design study aimed to assess the predictive power of factors associated with Hemoglobin A1C (HbA1C) control in adults with type 2 diabetes. A total of 120 participants were selected through purposive sampling from Suranaree University of Technology Hospital in Nakhon Ratchasima province. Research instruments included a demographic questionnaire, a global physical activity questionnaire, and the Perceived Stress Scale questionnaire, with Cronbach's alpha coefficients of 0.76 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and binary logistic regressions.

The study results found that 30% of the participants were able to control their blood sugar levels and that 20% of the participants used a combination of oral and injectable antidiabetic medications. The participants had an average sleep duration of 6.45 hours per night. The average total energy expenditure for physical activities was 3,690 MET-minutes/week. The average perceived stress level score was 13.48. Sleep duration per night and type of antidiabetic medications were identified as factors associated with glycemic control. The analysis of the predictive power demonstrated that participants who received both oral and injectable antidiabetic medications were 92% less likely to achieve glycemic control compared to those treated with oral medications alone, with statistical significance at the .05 level. The logistic regression model explained 18% of the variance in glycemic control based on the independent variables. The findings highlight the importance of healthcare providers closely monitoring medication regimens and implementing targeted interventions to enhance glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: sleep, type 2 diabetes mellitus, antidiabetic medications, glycemic control

[1]Student in Master of Nursing Science program (Adult and Gerontological Nursing) , Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
[2]Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
[3]Assistant Professor and Advanced Practice Nurse, Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
[4]Corresponding author E-mail: sumolchat.pua@mahidol.ac.th Tel. 02-201-0678

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยข้อมูลจากการะทรวงสาธารณสุขระบุว่าระหว่างปี พ.ศ. 2560-2564 โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอับดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 อัตราการเสียชีวิตของประชากรจากโรคเบาหวานเท่ากับ 24.55 ต่อประชากรแสนคน[1] ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.90 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 9.50 ในปี พ.ศ. 2563[2] โดยส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด[3,4] โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสาเหตุหลักจากภาวะดื้ออินซูลิน ส่งผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ในระยะแรกเบต้าเซลล์ของตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติ ผู้ป่วยจึงมักจะไม่แสดงอาการ แต่เมื่อเป็นโรคนานขึ้นเบต้าเซลล์จะค่อย ๆ เสื่อมสภาพและไม่สามารถหลั่งอินซูลินได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการวินิจฉัยในระยะนี้โดยที่เบต้าเซลล์มีความเสื่อมไปแล้วมากกว่าร้อยละ 50[4]

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ที่มีความเสื่อมของร่างกายน้อยกว่าวัยสูงอายุ และมีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าวัยสูงอายุ หากผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทั้งแบบเรื้อรัง และแบบเฉียบพลัน[3,4] ซึ่งเป็นสาเหตุของความพิการ และการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงในผู้ป่วยเบาหวาน

วัยผู้ใหญ่เป็นช่วงวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับภาระงาน และการมีกิจกรรมที่เข้มข้น ประกอบกับแนวโน้มการดำเนินชีวิตที่เข้าสู่ลักษณะของสังคมเมืองเพิ่มขึ้น[5] ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น การมีกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายลดลง การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การนอนหลับไม่เพียงพอ และการเผชิญความเครียดจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน การศึกษาปัจจัยพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่ควบคุมโรคเบาหวานได้ไม่ดี มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร่วมกับการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม คือ รับประทานอาหารหวาน หรือน้ำหวาน[6] จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ป้องกันและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การนอนหลับอย่างเพียงพอเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพ แต่ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานประสบปัญหาการนอนหลับ โดยปัญหาการนอนหลับที่พบบ่อยได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลง คุณภาพการนอนหลับไม่ดี และความแปรปรวนของระบบนาฬิกาชีวิต[7] การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับในระยะแรกเริ่ม โดยส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในเรื่องความพึงพอใจและสภาพการนอนในปัจจุบัน ซึ่งอาการนอนไม่หลับนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด[8]

นอกจากนี้การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง นับเป็นแนวทางสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetic Association: ADA) มีข้อแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาที/สัปดาห์[3,9,10] แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับระดับการมีกิจกรรมทางกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยเบาหวานวัยผู้ใหญ่[11] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีระดับกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสูงกว่าเกณฑ์

ความเครียดเป็นปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งประการที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยมีผลผ่านกลไกของการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสำรองพลังงานของร่างกาย หากระดับความเครียดเพิ่มขึ้นจะทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง[12,13] โดยเฉพาะในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เผชิญความเครียดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ภาวะเศรษฐกิจ และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา จำเป็นต้องใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยในปัจจุบันได้มีการพัฒนายาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน และชนิดฉีดให้ออกฤทธิ์ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา โดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีส่วนสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยการปรับพฤติกรรม ซึ่งยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละชนิดมีกลไกการทำงานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดที่แตกต่างกัน และยังมีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว[3,4] ดังนั้นการได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ โดยปัจจัยที่สนใจศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน การมีกิจกรรมทางกาย ระดับการรับรู้ความเครียด และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในวัยผู้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

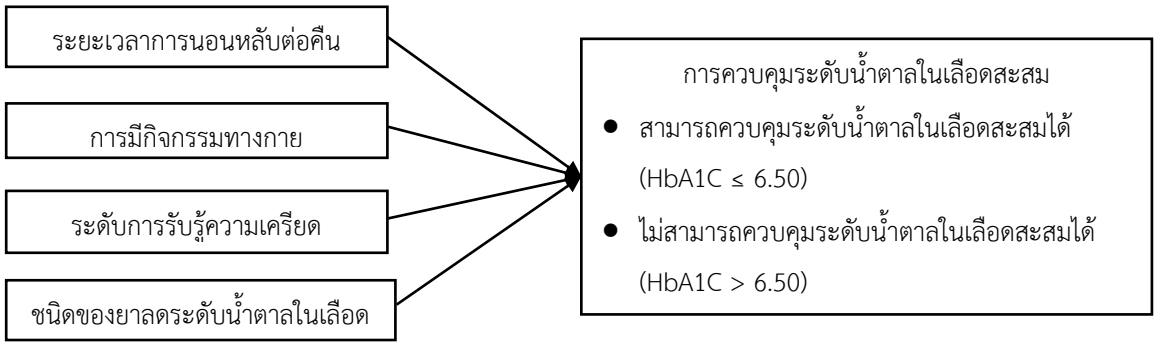
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่จากปัจจัยด้านการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย ระดับความเครียด และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ

ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน การมีกิจกรรมทางกาย ระดับการรับรู้ความเครียด และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ ช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 120 ราย เก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีเป้าหมายการควบคุม คือมีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 6.50[3] ดังนั้นจึงกำหนดให้ผู้ร่วมวิจัยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 6.50 เป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ร่วมวิจัยที่มีค่าน้ำตาลในเลือดสะสมมากกว่าร้อยละ 6.50 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมและกระบวนการหลั่งฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน[14,15-17] การมีกิจกรรมทางกาย[3,9-11] และระดับการรับรู้ความเครียด[6,13] นอกจากนี้ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด[13,18] นับเป็นปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation study design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ จากระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน การมีกิจกรรมทางกาย ระดับการรับรู้ความเครียด และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จ.นครราชสีมา

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าของการศึกษา ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

1. อายุ 18-59 ปี
2. มีผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) ครั้งล่าสุดไม่เกิน 3 เดือน
3. มีการรับรู้ปกติ และสามารถสื่อสารโดยภาษาไทยให้เข้าใจความหมายได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินของโรคเบาหวาน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการแสดงของภาวะฉุกเฉินอื่น ๆทั้งทางร่างกาย และจิตใจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการเก็บข้อมูลได้สำเร็จ

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์ค่ากำลังทดสอบ (Power Analysis) ทำการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจทดสอบ (1-β) เท่ากับ 0.80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.02[11,13-14] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 115 ราย ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจำนวน 5 ราย รวมแล้วมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 120 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูลประกอบไปด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุดได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลภาวะสุขภาพ และระยะเวลาการนอนหลับ

2. แบบสอบถามกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง และการออกกำลังกาย ฉบับภาษาไทย ใช้แบบสอบถาม Global Physical Activity Questionnaire: (GPAQ)[19] ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยวนิดา วิสุทธิพานิช[20] ฉบับแปลไทยมีค่า Inter-rater agreement และ Item-level for content validity เท่ากับ 0.88 และ 0.99 ตามลำดับ ใช้ประเมินระดับการมีกิจกรรมทางกาย โดยการคำนวณพลังงานทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว/ออกกำลัง จากสมการค่าคงที่การใช้พลังงานคูณกับเวลาในหน่วยนาทีและคูณด้วยจำนวนวันในการทำกิจกรรมต่อหนึ่งสัปดาห์ ได้ค่าพลังงานออกมาในหน่วย MET-minutes/week โดยแบ่งระดับการมีกิจกรรมทางกายออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ 1) มีกิจกรรมทางกายระดับหนัก คือมีปริมาณการใช้พลังงานทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว/ออกกำลังมากกว่าหรือเท่ากับ

3,000 MET-minutes/week 2) มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือมีปริมาณการใช้พลังงานทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว/ออกกำลังมากกว่าหรือเท่ากับ 600 MET-minutes/week และ 3) มีกิจกรรมทางกายระดับน้อย คือมีปริมาณการใช้พลังงานทั้งหมดที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหว/ออกกำลังน้อยกว่า 600 MET-minutes/week

3. แบบวัดความรู้สึกเครียด ใช้แบบวัดความรู้สึกเครียด Perceived Stress Scale-10 ของ Cohen และ Williamson[21] ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดยณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์[22] ค่า Intraclass Correlation Coefficient ของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยเท่ากับ 0.82 ประกอบด้วย 10 ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่าลิเกต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความรู้สึกตรงกับข้อคำถาม (0 คะแนน) แทบจะไม่รู้สึกตรงกับเหตุการณ์ในข้อคำถาม (1 คะแนน) มีบางครั้งที่รู้สึกตรงกับเหตุการณ์ในข้อคำถาม (2 คะแนน) ค่อนข้างบ่อยที่รู้สึกตรงกับเหตุการณ์ในข้อคำถาม (3 คะแนน) และบ่อยมากที่รู้สึกตรงกับเหตุการณ์ในข้อคำถาม (4 คะแนน) คะแนนสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้ความเครียดออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ได้แก่ 1) คะแนน 0-13 มีระดับการรับรู้ความเครียดน้อย 2) คะแนน 14-26 มีระดับการรับรู้ความเครียดปานกลาง และ 3) คะแนน 27-40 มีระดับการรับรู้ความเครียดสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง และการออกกำลังกายและแบบวัดความรู้สึกเครียด ทดสอบหาความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยการนำไปทดลองใช้ในประชากรที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 18 ราย จากนั้นหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.76 และ 0.80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. MURA 2022/512) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (COA No. 88/2565) โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ออกหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
2. เมื่อได้รับอนุมัติให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกอายุรกรรม เพื่อชี้แจงหัวข้อ วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการแนะนำผู้รับบริการให้ทำความรู้จักกับผู้วิจัย
3. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าของงานวิจัย จากนั้นแนะนำตัวต่อผู้ร่วมวิจัย
4. ผู้วิจัยชี้แจงหัวข้อ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินการเก็บข้อมูล อธิบายประโยชน์ทางตรง ประโยชน์ทางอ้อม และความเสี่ยงในการเข้าร่วมงานวิจัยให้ผู้ร่วมวิจัยรับทราบ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยสอบถามข้อมูล หากผู้ร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยความสมัครใจ จึงลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลในห้องให้คำปรึกษาเพื่อรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ร่วมวิจัยโดยผู้ร่วมวิจัยทำการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ซึ่งข้อมูลการวิจัยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล หรือข้อมูลที่สามารถใช้ ระบุตัวตนของผู้ร่วมวิจัย
6. เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นลงรหัส และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ
7. ข้อมูลการวิจัยเก็บรักษาในรูปแบบไฟล์เอกสาร บนพื้นที่เก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงหลังจากเผยแพร่งานวิจัยข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปีตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จากนั้นจะถูกทำลายอย่างถาวร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และระดับการรับรู้ความเครียด นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าฐานนิยม และค่ากลาง

2. ใช้สถิติไคสแคร์ (Chi-square) ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม นำเสนอโดยค่าสถิติไคสแควร์ Continuity correlation และค่า *p*-value

3. ใช้สถิติทดสอบความถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) วิเคราะห์อำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยเหตุการณ์ที่สนใจคือสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ เลือกตัวแปรอิสระเข้าแบบจำลองโดยวิธี Enter ตัวแปรอิสระได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน การมีกิจกรรมทางกาย ระดับการรับรู้ความเครียด และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ นำเสนออำนาจการทำนายโดยค่า Odds ratio, 95% CI, และ *p*-value ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีค่าผิดปกติ ตัวแปรอิสระไม่มีภาวะร่วมเส้นตรงพหุ และข้อมูลของตัวแปรอิสระไม่มีค่าเป็นศูนย์

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาจากผู้ร่วมวิจัยทั้งหมด 120 ราย แบ่งออกเป็น 7 ส่วนได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย ระดับการรับรู้ความเครียด ปัจจัยที่มีความกับสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม และความสามารถในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยมีรายละเอียดผลการศึกษาดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผู้ร่วมวิจัยเป็นเพศชายร้อยละ 45.80 เพศหญิงร้อยละ 54.20 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.78 ปี (S.D. = 4.64) จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีร้อยละ 36.70 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทร้อยละ 49.20

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ ผู้ร่วมวิจัยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 27.80 กิโลกรัม/เมตร^2 (S.D. = 4.90) ร้อยละ 50 มีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.70 มีระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี และร้อยละ 80 ได้รับการรักษาโดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทาน โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดสะสมเท่ากับร้อยละ 7.39 (S.D. = 1.46) แบ่งออกเป็นกลุ่มที่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C ≤ 6.50) ร้อยละ 30 และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C > 6.50) ร้อยละ 70 (ตารางที่ 1)

3. ระยะเวลาการนอนหลับ ผู้ร่วมวิจัยมีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนเฉลี่ย 6.45 ชั่วโมง (S.D. = 1.38) โดยผู้ร่วมวิจัยร้อยละ 72.50 มีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนน้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง ผู้ร่วมวิจัยร้อยละ 27.50 มีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง (ตารางที่ 1)

4. การมีกิจกรรมทางกาย ผู้ร่วมวิจัยมีค่าพลังงานเฉลี่ยที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังเท่ากับ 6,746.58 MET-minutes/week (S.D. = 7,369.78) ผู้วิจัยได้ทำการจัดกลุ่มผู้ร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่มโดยอ้างอิงจากค่าพลังงานที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลัง คือ 1) กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก ผลการศึกษาพบผู้ร่วมวิจัยร้อยละ 85.80 และ 2) กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่มีกิจกรรมทางกายระดับน้อยผลการศึกษาพบผู้ร่วมวิจัยร้อยละ 14.20 (ตารางที่ 1)

5. ระดับการรับรู้ความเครียด ผลการศึกษาระดับการรับรู้ความเครียดพบว่าคะแนนการรับรู้ความเครียดเฉลี่ยเท่ากับ 13.48 (S.D. = 5.37) โดยไม่พบผู้ร่วมวิจัยที่มีระดับการรับรู้ความเครียดสูง ร้อยละ 54.20 มีการรับรู้ความเครียดระดับปานกลาง และร้อยละ 48.80 มีการรับรู้ความเครียดระดับน้อย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกาย และระดับการรับรู้ความเครียด (n = 120)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ข้อมูลภาวะสุขภาพ		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2) Max = 39.51; Min = 16.41; Mean = 27.80; S.D. = 4.90		
โรคประจำตัวร่วมกับโรคเบาหวาน		
โรคความดันโลหิตสูง	60	50.00
ไขมันในเลือดสูง	51	42.50
โรคหลอดเลือดสมอง	3	2.50
อื่น ๆ	6	5.00
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี) Max = 30; Min = 1; Mean = 5.80; S.D. = 5.72		
น้อยกว่า 5 ปี	68	56.70
มากกว่า 5 ปี	52	43.30
ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ		
ยารับประทาน	96	80.00
ยารับประทานร่วมกับยาฉีด	24	20.00
น้ำตาลในเลือดสะสม (ร้อยละ) Max = 12.80; Min = 4.4; Mean = 7.39; S.D. = 1.46		
ค่าน้ำตาลในเลือดสะสมน้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 6.5	36	30.00
ค่าน้ำตาลในเลือดสะสมมากกว่าร้อยละ 6.5	84	70.00
ระยะเวลาการนอนหลับ		
ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน (ชั่วโมง) Max = 9; Min = 3; Mean = 6.45; S.D. = 1.38		
ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนน้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง	87	72.50
ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง	33	27.50
กิจกรรมทางกาย		
ระดับปานกลางถึงหนัก	103	85.80
ระดับน้อย	17	14.20
ระดับการรับรู้ความเครียด		
คะแนนการรับรู้ความเครียด (Max = 24; Min = 0; Mean = 13.48; S.D. = 5.37		
ระดับปานกลาง	65	54.20
ระดับน้อย	55	48.80

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์พบว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน มีค่าสถิติไคสแควร์ Continuity Correlation เท่ากับ 4.21 และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีค่าสถิติไคสแควร์ Continuity Correlation เท่ากับ 8.06 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (n=120)

ปัจจัย	การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม		χ^2	*p*-value
	สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ)	ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ)		
ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน				
ระยะเวลาน้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง	21 (24.10)	66 (75.90)	4.21	.04*
ระยะเวลามากกว่า 7 ชั่วโมง	15 (45.50)	18 (54.50)		
กิจกรรมทางกาย				
ระดับปานกลางถึงหนัก	33 (32.00)	70 (68.00)	0.84	.36
ระดับน้อย	3 (17.60)	14 (82.40)		
ระดับการรับรู้ความเครียด				
ระดับปานกลาง	17 (26.20)	48 (73.80)	0.64	.42
ระดับน้อย	19 (34.50)	36 (65.50)		
ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ				
ยารับประทาน	35 (36.50)	61 (63.50)	8.06	.01*
ยารับประทานร่วมกับยาฉีด	1 (4.20)	23 (95.80)		

df = 1 *$p < .05$

7. ความสามารถในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม นำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ มาวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยการทดสอบความถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี ผลการศึกษาพบว่าชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีด มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานอย่างเดียวร้อยละ 92 (OR = 0.08, 95% CI = 0.01-0.64) ในขณะที่ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมจากตัวแปรระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนพบว่าระยะเวลาการนอนหลับไม่สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารีพบว่า แบบจำลองนี้สามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ในระดับปานกลาง โดยมีค่า Nagelkerke R^2 เท่ากับ 0.18 หมายความว่าตัวแปรอิสระที่อยู่ในแบบจำลอง ได้แก่ ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน และชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ร้อยละ 18 ทั้งนี้แบบจำลองนี้มีความแม่นยำในการจำแนกกลุ่มเท่ากับร้อยละ 70.80 โดยมีความไวในการจำแนกกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ร้อยละ 41.70 และมีความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 83.30 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมด้วยสถิติ Binary Logistic Regression (n=120)

ปัจจัย	B	S.E.	Wald	df	*p*	Exp(B)/ OR	95%CI	
							Lower	Upper
ระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน	0.86	0.45	3.69	1	.055	2.36	0.98	5.67
ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือด	-2.50	1.05	5.70	1	.017	0.08	0.01	0.64
ค่าคงที่ (Constant)	-0.83	0.26	9.94	1	.002	0.44		

-2Log likelihood = 130.59

Chi-square = 0.50; df = 2

Cox & Snell R^2 = 0.16; Nagelkerke R^2 = 0.18

Hosmer and Lemeshow test: p = .78

Classification accuracy = 70.80%

Sensitivity = 41.70%; Specificity = 83.30%

False positive = 48.28%; False negative = 23.08%

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ครั้งนี้ มีผู้ร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้าทั้งหมด 120 รายโดยมีการอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลภาวะสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มีสัดส่วนของเพศชาย และเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.78 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 5.78 ปี ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเท่ากับร้อยละ 7.39 โดยผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากภาวะดื้อต่ออินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์บุผนังหลอดเลือด นำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis)[23] จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อนทางหลอดเลือด คือโรคความดันโลหิตสูง โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สูงถึงร้อยละ 63 ในประเทศไทยอ้างอิงจากการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานระดับประเทศ[3,23]

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้จากพยาธิวิทยาการทำงานของระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อได้ว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนที่ลดลง ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะหลับสนิทได้ช้า สมองมีการตื่นตัวตลอดเวลาส่งผลให้ระบบประสาทซิมพาเทติกทำงานเพิ่มขึ้น เกิดการหลั่งคอร์ติซอลเพิ่มขึ้น จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เกิดภาวะดื้ออินซูลิน นำไปสู่การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้[15,23] และเนื่องจากการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับระบบนาฬิกาชีวิต ซึ่งเป็นระบบที่ควบคุมการนอนหลับและการตื่นนอนมีศูนย์กลางการทำงานที่สมองส่วนไฮโปทาลามัส โดยมีแสงสว่างและฮอร์โมนเมลาโทนินเป็นตัวกระตุ้นการทำงาน[7] ดังนั้นการมีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลงส่งผลให้ระบบนาฬิกาชีวิตแปรปรวน ร่างกายเกิดการอักเสบและภาวะดื้ออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถหลั่งอินซูลินเพื่อชดเชยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นได้[4,7] จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระยะเวลาการนอนหลับที่สั้นลงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาได้ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการนอนหลับในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผ่านมา[16,24,25] พบว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนที่สั้นลงมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการศึกษาพบว่าชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอธิบายได้โดยการรักษาเบาหวานจะเริ่มต้นด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา ในกรณีที่มีการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานในขนาดสูงสุด

แล้วยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ แพทย์ผู้รักษาอาจพิจารณาเพิ่มยาฉีดอินซูลิน [3,4] เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษา ดังนั้นจึงพบว่าชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ สีขาว และคณะ[18] ที่พบว่าชนิดของยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สามารถอธิบายได้โดยในการศึกษานี้ทำการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งมีระบบการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงมีคลินิกเฉพาะทางที่รับปรึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ประกอบกับผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ของการศึกษานี้จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจึงมีความรู้ และศักยภาพในการจัดการความเครียดของตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ไผ่ตระกูล และคณะ[26] ที่พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกับระดับความเครียด โดยในการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะมีระดับความเครียดสูง

ผลการศึกษาพบว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้รับบริการทุกรายในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีจะได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกปรับพฤติกรรมซึ่งมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และไม่ได้ มีพฤติกรรมการออกกำลังที่ดี และมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงหนัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Balducci และคณะ[27] ที่พบว่าระดับการมีกิจกรรมทางกายทางลบกับระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยในการศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีกิจกรรมทางกายสูงจะมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมที่ลดลง

3. ความสามารถในการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม โดยใช้สถิติการทดสอบความถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี พบว่าชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับสามารถทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีดมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานอย่างเดียวร้อยละ 92 (OR = 0.08, 95%CI = 0.01-0.64) ในการศึกษานี้พบว่าผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีดแล้ว แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้สามารถอธิบายได้ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานนอกจากจะใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทั้งชนิดยารับประทานและยาฉีดร่วมกันแล้วยังต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนักตัว[28] นอกจากนี้ปัจจัยด้านโรคร่วม[29] ความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้และเก็บรักษายาฉีด[3] แบบแผนความเชื่อสุขภาพ[30] คุณภาพการบริการสุขภาพ[31] รวมทั้งการยอมรับและความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลิน[26] ล้วนส่งผลต่อการใช้ยาฉีดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอธินันท์ ชัญญาวงศักดิ์ และคณะ[13] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมีโอกาสในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีมากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้ใช้ยาฉีดอินซูลิน และการศึกษาของอรพินท์ สีขาว และคณะ[18] พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดรับประทาน

ในขณะเดียวกันผลการวิเคราะห์ตัวแปรระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนพบว่า ผู้ร่วมวิจัยที่มีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนมากกว่า 7 ชั่วโมง มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ร่วมวิจัยที่มีระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนน้อยกว่าเท่ากับ 7 ชั่วโมง 2.36 เท่า (OR = 2.36, 95%CI = 0.98-5.68) โดยความสามารถในการทำนายนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แม้ว่าผลการวิเคราะห์ในการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการมีระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอในการส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสม เนื่องจากวงจรการนอนหลับ

และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทำงานผ่านระบบต่อมไร้ท่อ โดยฮอร์โมนเมลาโทนินทำหน้าที่ควบคุมการนอนหลับ ฮอร์โมนอินซูลินควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นเมื่อระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนลดลง ทำให้ร่างกายเสียสมดุลจึงส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่ผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาอัตราการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวาน[17] พบว่าการเข้านอนช้าเพิ่มขึ้น 1 ชั่วโมง มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.01 และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[32] พบว่าผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับน้อยกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน มีโอกาสที่จะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาการนอนหลับมากกว่า 5 ชั่วโมงต่อคืน อย่างไรก็ตามนอกจากระยะเวลาการการนอนหลับแล้วคุณภาพการนอนหลับก็มีส่วนสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเช่นกัน[16] โดยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ถูกรบกวนการนอนหลับจากอาการของโรคเบาหวาน เช่น การตื่นปัสสาวะบ่อยครั้ง ทำให้ระบบประสาทซีมพาเทติกถูกกระตุ้น เกิดความผิดปกติของเยื่อหุ้มผนังหลอดเลือด เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย ส่งผลต่อการเกิดภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้น[25] จึงนำไปสู่การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาได้

เมื่อพิจารณาค่า Nagelkerke R^2 จากแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ซึ่งใช้อธิบายความแปรปรวนของเหตุการณ์ที่สนใจ หรือตัวแปรตามในการวิเคราะห์การถดถอย[33] พบว่าแบบจำลองของการศึกษาครั้งนี้มีค่า Nagelkerke R^2 เท่ากับ 0.18 แสดงว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืน และ ชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ร้อยละ 18 แม้ว่าจะเป็นค่าที่ไม่สูงมาก แต่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์บางส่วนระหว่างตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตาม

สรุปการวิจัย

การศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 วัยผู้ใหญ่ พบว่าระยะเวลาการนอนหลับต่อคืนและชนิดของยาลดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปศึกษาอำนาจการทำนายพบว่าผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดยารับประทานร่วมกับยาฉีดมีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมได้ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ร่วมวิจัยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานอย่างเดียวร้อยละ 92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามที่อาศัยการระลึกเหตุการณ์ของผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ระยะเวลาการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางากาย และระดับการรับรู้ความเครียด ดังนั้นข้อมูลอาจมีความคลาดเคลื่อนจากการระลึกย้อนความจำ

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลเดียว อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่น

ข้อแสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรให้ความสำคัญในการกำกับติดตามการใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับ การมีกิจกรรมทางกายและการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมที่ช่วยให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความสม่ำเสมอของการใช้ยา รวมถึงโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มาศึกษาเพิ่มเติม

References

1. Department of Disease Control. The incidence and mortality rate of 5 non-communicable diseases from 2017 - 2021. [internet]. 2024 [cited 2024 Sep 23], Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/. (in Thai)
2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheabboppakao W. Report on the Thai people's health survey by physical examination No. 6, 2019-2020. [internet]. 2021 [cited 2022 Apr 05], Available from: http:// https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425 (in Thai)
3. The Royal College of Physicians of Thailand; Diabetes Association of Thailand; The Endocrine Society of Thailand; Department of Medical Services, Ministry of Public Health; National Health Security Office. Clinical practice guideline for diabetes 2023. Bangkok: srimuang printing; 2023. (in Thai)
4. Charoensri S, Pongchaiyakul C. Overview and classification of diabetes Mellitus. In: Pongchaiyakul C, editor. Diabetes mellitus and related Disorders. KhonKaen: Department of Medicine KhonKaen University; 2019. P. 1-17. (in Thai)
5. National Statistical Office. Statistical Data Warehouse System [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 15], Available from: https://nsodw.nso.go.th/dwportal/Item.aspx?p=hbRIFTlUQyd5b7gnrA3dnQ== (in Thai)
6. Boonlerdkrai W. Behavioral factors affecting hemoglobin A1c level in Type II mellitus. Burapha journal of medicine. 2024;11(2):1-12. (in Thai)
7. Tantrakul V. Circadian rhythm disorder. In: Panjapornpon K, Kittivoravitkul P, Chirakalwasan N, Veeravigrom M, Banhiran W, editors. Basic sleep medicine. 2nd eds. Bangkok: Beyond Enterprise Company Limited; 2020. P. 103-34. (in Thai)
8. Kopiyanun U, Preechawong S. Factors related to insomnia in persons with type 2 diabetes. Nursing Research and Innovation Journal. 2024;30(3):339-53 (in Thai)
9. Hongsprabhas P. Therapeutic lifestyle changes for Diabetes Mellitus. In: Pongchaiyakul C, editor. Diabetes mellitus and related disorders. KhonKaen: department of Medicine KhonKaen University; 2019. P. 363-82. (in Thai)
10. Rattanachaiwong S. Exercise in diabetes patients. In: Pongchaiyakul C, editor. Diabetes mellitus and related Disorders. KhonKaen: Department of Medicine KhonKaen University; 2019. P. 383-414. (in Thai)
11. Kocatepe V, Kizilci S. Physical activity level and related factors of diabetic adults according to gender. Int J Caring Sci. 2017;10(3):1478-89.
12. Haenjohn J. Brain and emotions: a miracle connection. Ratchaphruek Journal. 2015;13(3):9-19. (in Thai)
13. Chunyawongsak A, Soonthornpun S, ungthanakorn S. Shift work and its association with glycemic control among type 2 diabetes patients. Royal Thai Army Medical Journal. 2019;72(3):165-75. (in Thai)
14. Htut HN, Howteerakul N, Suwannapong N, Rawdaree P. Sleep quality among type 2 diabetes mellitus patients in a private hospital setting in Yangon, Myanmar. J Health Res. 2021;35(2):186-98.
15. Anothaisintawee T, Reutrakul S, Cauter EV, Thakkinstian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2016;30:11-24.

16. Huey Lee SW, Khuen YN, Chin WK. The impact of sleep amount and sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Sleep Med Rev. 2017;31:91-101.
17. Anothaisintawee T, Lertrattananon D, Thamakaison S, Reutrakul S, Thakkinstian A. Progression rate to diabetes mellitus and association between sleep factors, serum uric level, and HbA1C level in prediabetic people. [internet]. 2017. [cited 2018 May 23], Available from: https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4640?show=full (in Thai)
18. Sikaow O, Namjuntra R, Trakulsithichok S. Factors associated with glycemic control in type 2 diabetic patients at Hua-Chiew Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2013;14(3):39-49. (In Thai)
19. World Health Organization. Global physical activity questionnaire (GPAQ). [internet]. 2021 [cited 2022 June 09], Available from: http://www.who.int/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire
20. Visuthipanich V. Psychometric testing of GPAQ among the Thai Population. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. 2016;11(4):144-52. (in Thai)
21. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability Sample of the United States. In Spacapan S, Oskamp S, editors. The social psychology of health: claremont symposium on applied Social psychology. CA Sage: Newbury Park; 1988. P. 31-67.
22. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. BioPsychoSocial Med. 2010;4:6.
23. Sothornwit J, Pongchaiyakul C. Screening and management for diabetes mellitus. In: Pongchaiyakul C, editor. Diabetes mellitus and related disorders. KhonKaen: Department of Medicine KhonKaen University; 2019. P. 19-55. (in Thai)
24. Banhiran W. Physiology of human sleep. In: Panjapornpon K, Kittivoravitkul P, Chirakalwasan N, Veeravigrom M, Banhiran W, editors. Basic Sleep Medicine. 2nd eds. Bangkok: Eeyond Enterprise Company Limited; 2020. P. 12-7. (in Thai)
25. So-ngern A. Diabetes mellitus and obstructive sleep apnea. In: Pongchaiyakul C, editor. Diabetes mellitus and related disorders. KhonKaen: Department of Medicine KhonKaen University; 2019. P. 337-50. (in Thai)
26. Phaitrakoon J, Rassameepong S, Phansawat K, Pimtakrong S, Norapan B, Siriviriyapat P, et al. Factors correlated with stress of patient with diabetes mellitus type 2 in Princes Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Ongkaharak, Nakhonnayok Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2019;29(1):21-31 (in Thai)
27. Balducci S, D'Errico V, Haxhi J, Sacchetti M, Orlando G, Cardelli P, et al. Level and correlates of physical activity and sedentary behavior in patients with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis of the Italian Diabetes and Exercise Study_2. PLOS ONE. 2017;12(3):e0173337.
28. Pongwecharak J. An overview of insulin and its clinical application. [internet]. Date unknown [cited 2025 Apr 27], Available from: http://pharm.tu.ac.th/uploads/pharm/pdf/articles/pocketbook%20edit2.pdf (in Thai)

29. Pramvichai P. Factors associated with blood sugar levels (HbA1C) in type 2 diabetic in Somdej Prayannasungworn Hospital, Chiang Rai province. Journal of Nakornping Hospital. 2023;14(1):2-21. (in Thai)
30. Boonrat W. Health belief model influencing glycated hemoglobin control in diabetes patients in Moklan Subdistrict, Tha sala District, Nakhon Si Thammarat Province. Academic Journal for Primary Care and Public Health Department. 2025;3(1):107-24. (in Thai)
31. Daengbua P, Koshakri R, Rerkluenrit J. Relationship of service care-receiving quality and A1C level of Patients with type 2 diabetes mellitus in Bangkok Metropolitan. Journal of the Royal Thai Army Nurse. 2022;23(3):89-98. (in Thai)
32. Kaewsuk S. Proportion and association factors of poor glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in primary care cluster, Nakorn-Nont 1. Journal of Primary Care and Family Medicine. 2020;3(3):59-72. (in Thai)
33. Kaiyawan Y. Principal and using logistic regression analysis for research. Rajamangala University of Technology Srivijaya Research Journal. 2012;4(1):1-12. (in Thai)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป

พลับพลึง โคตรฐิติธรรม วท.บ.[1]
รุ่งทิวา บุญประคม พย.ด.[2]

(วันรับบทความ :26 เมษายน พ.ศ.2568/ วันแก้ไขบทความ :3 มิถุนายน พ.ศ.2568/ วันตอบรับบทความ :7 มิถุนายน พ.ศ.2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป กลุ่มตัวอย่าง คือพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 650 คน ในโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ จำนวน 30 แห่ง ที่ได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยหลักของการวิเคราะห์องค์ประกอบ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบออนไลน์ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 มีค่าความเที่ยงวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอร์นบาคเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก และหมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธโกนอลด้วยวิธีแวริแมกซ์

ผลการวิจัย พบว่าองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ บรรยายด้วย 45 ตัวแปร มีค่าไอเกนระหว่าง 0.82-26.84 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 83.76 ดังนี้ 1) ภาวะผู้นำการปรับเปลี่ยน ประกอบด้วย 12 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 26.84 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 59.64 2) ทักษะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 3.78 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 8.41 3) ความสามารถด้านการวิจัยและนวัตกรรม ประกอบด้วย 6 ตัวแปรมีค่าไอเกนเท่ากับ 2.31 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5.13 4) จริยธรรมในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย 4 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.65 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 3.66 5) การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 1.31 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.92 6) การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 0.98 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 2.17 7) การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร มีค่าไอเกนเท่ากับ 0.82 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 1.83 ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และพยาบาลวิชาชีพสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาตนเอง ในการเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์องค์ประกอบ โรงพยาบาลเอกชน สมรรถนะ สังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป หัวหน้าหอผู้ป่วย

[1]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
[2]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: roongtivab@nu.ac.th Tel.099-2399994

An Exploratory Factor Analysis of Head Nurse Competency, Private Hospitals in The Next Normal

Phlapphlueng Khotarathititham B.Sc.[1]
Roongtiva Boonpracom Ph.D.[2]

(Received Date: April 26, 2025, Revised Date: June 3, 2025, Accepted Date: June 7, 2025)

Abstract

This study employed a descriptive research design incorporating exploratory factor analysis to examine the underlying structure of head nurse competency within private hospitals in the context of the Next Normal era. The sample consisted of 650 head nurses with a minimum of two years of experience, selected using a proportionate multi-stage sampling method from 30 private hospitals across the country. Data were collected via an online questionnaire employing a five-point Likert scale. The instrument demonstrated excellent content validity, with a Content Validity Index (CVI) of 0.98, and high reliability as evidenced by a Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using principal component analysis with orthogonal rotation via the varimax method.

The findings revealed that head nurse competency comprised seven distinct factors, encompassing 45 variables with Eigen values between 1.517-7.053 and accounting for 83.76% of the total variance. The seven identified factors were as follows: 1) Adaptive Leadership consisted of twelve variables, the Eigen value was 26.84, explaining the variance of 59.64%, 2) Communication and relationship-building skills consisted of six variables, the Eigen value was 3.78, explaining the variance of 8.41%, 3) Research and innovation capabilities consisted of six variables, the Eigen value was 2.31, explaining the variance of 5.13%, 4) Ethics in the digital technology era consisted of four variables, the Eigen value was 1.65, explaining the variance of 3.66%, 5) Use of artificial intelligence in nursing practices consisted of six variables, the Eigen value was 1.31, explaining the variance of 2.92%, 6) Nursing quality improvement consisted of five variables, the Eigen value was 0.98, explaining the variance of 2.17% and 7) Strategic management consisted of six variables, the eigen value is 0.82, explaining the variance of 1.83%. The findings suggested that nursing executives can use these research results as a guideline to promote the development of head nurse competency so that they can perform their duties more efficiently. In addition, registered nurses can use research results as a guideline for self-development preparation in the next position of head nurse.

Keywords: factor analysis, private hospital, competency, Next Normal, head nurse

[1]Student of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Naresuan University, Phitsanulok province

[2]Instructor at faculty of Nursing, Naresuan University

[2]Corresponding Author, E-mail: roongtivab@nu.ac.th Tel.099-2399994

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเป็นแบบสังคมชีวิตวิถีปกติใหม่ (Next Normal) ทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล การล้างมือบ่อย ๆ รวมถึงการลดการออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น[1] เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เปลี่ยนจากแบบดั้งเดิมเป็นการดำเนินชีวิตแบบ Next Normal เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 จนกระทั่งรัฐบาลได้ประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต จาก Next Normal เป็นแบบสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป (Next Normal)[2] ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ จากจำนวนผู้ใช้บริการที่เข้ารับบริการลดลงเฉลี่ยร้อยละ 30-40 ส่งผลต่อผลประกอบการของโรงพยาบาลเอกชน มีแนวโน้มหดตัวร้อยละ 10 -12[3]

การบริหารโรงพยาบาลเอกชนในยุค Next Normal ประกอบด้วยการเปลี่ยนแปลงไปสู่การสร้างเครือข่าย การรวมกลุ่มและการขยายตลาดไปยังหัวเมืองต่าง ๆ ทั่วประเทศรวมไปถึงประเทศในภูมิภาคที่เป็นประเทศคู่แข่งด้านบริการสุขภาพของไทยด้วย ส่วนโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางถึงเล็ก ต้องแสวงหาพันธมิตรหรือเครือข่ายหรือหาแนวทางการบริหารต้นทุนให้สามารถแข่งขันได้ รวมถึงจะต้องเร่งปรับตัว เพื่อให้สามารถอยู่รอดในธุรกิจได้ ด้วยการปรับกลยุทธ์ทางการตลาดให้เจาะจงเฉพาะกลุ่มลูกค้ามากขึ้น เช่น การให้บริการเฉพาะด้านในบางกลุ่มบางโรค เช่น ผู้สูงอายุ เป็นต้น[4] จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้การบริการในหอผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารและการบริการตามนโยบายขององค์การ หอผู้ป่วยเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อโรงพยาบาลเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ผู้ป่วยนอนพักอยู่ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลได้มากกว่าการบริการผู้ป่วยนอก จากค่าบริการ ค่ายาและค่าเวชภัณฑ์ที่มากกว่า[3] ดังนั้นหอผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของโรงพยาบาลเอกชนจึงจำเป็นจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ สามารถบอกต่อและกลับมาใช้บริการซ้ำทำให้เกิดจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น

การกำกับดูแลคุณภาพการบริหารและการบริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ประกอบด้วยด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากจะปฏิบัติตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามหลักวิชาชีพแล้วยังต้องปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคอย่างเคร่งครัด ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการอำนวยความสะดวก การปรับระบบการให้บริการและการบริหารอัตรากำลังบุคลากร รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ให้สามารถปฏิบัติการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[5] และจากการศึกษาพบว่าสมรรถนะพยาบาลในการดูแล COVID-19 พยาบาลต้องเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะ พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอและเพียงพอเพื่อรับมือกับการระบาดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ[6] ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีรูปแบบการบริหารการพยาบาลที่ดีในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 เพื่อทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน และพยาบาลมีความมั่นใจในมาตรการการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ไม่พบการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของพยาบาล และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากผู้สงสัยและผู้ติดเชื้อ COVID-19[7] จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอาจทำให้สมรรถนะเดิมของหัวหน้าหอผู้ป่วยอาจจะไม่เพียงพอกับสถานการณ์ปัจจุบัน

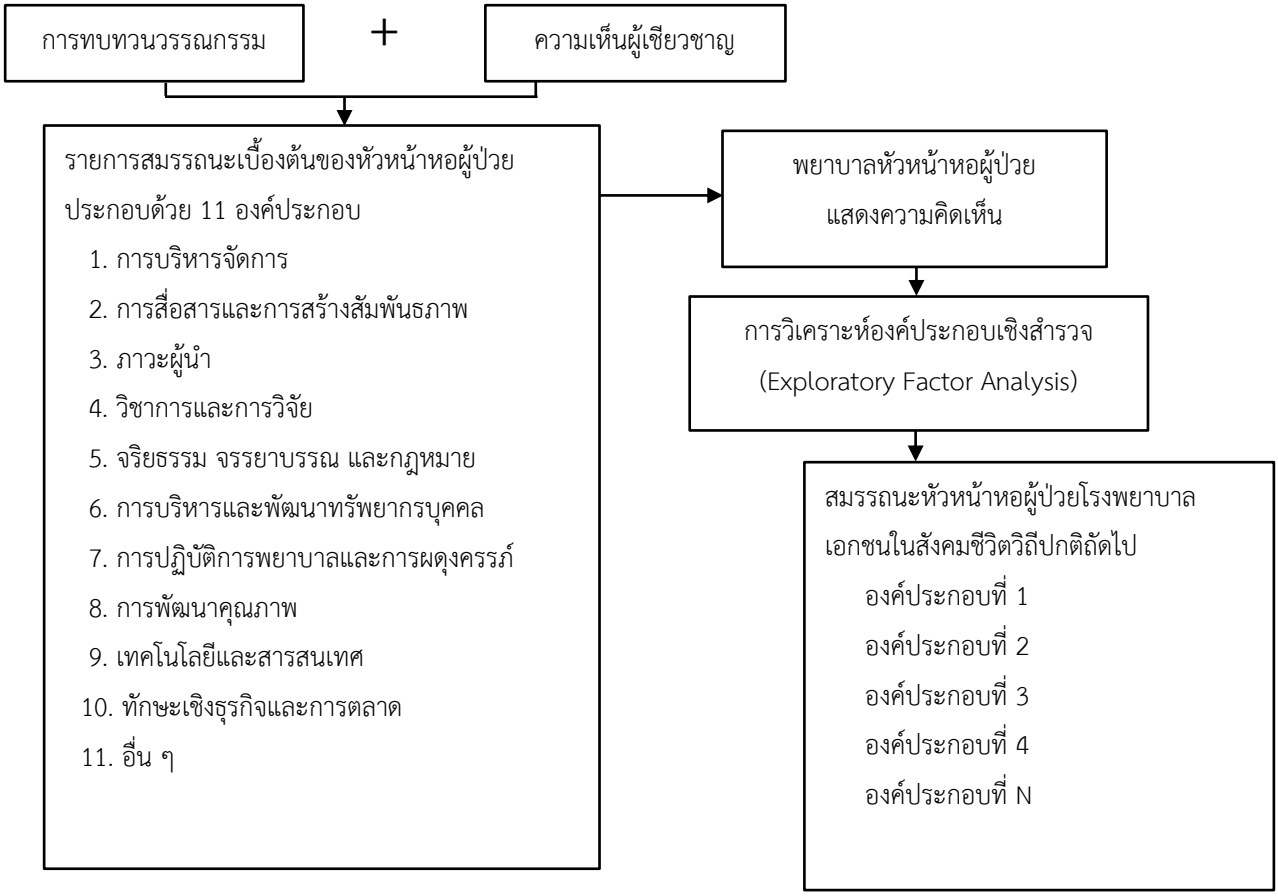
จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีถัดไปว่าประกอบด้วยสมรรถนะอะไรบ้างที่พอเพียงให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารจัดการหน่วยงานได้อย่างมีคุณภาพ เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด ผู้รับบริการประทับใจ ปลอดภัยเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ผลจากการศึกษาครั้งนี้ฝ่ายการพยาบาลจะมีแนวทางการพัฒนาผู้บริหารระดับต้น และทำให้องค์การสามารถดำเนินงานผ่านสถานการณ์วิกฤต COVID-19 และเพิ่มผลประกอบการในยุค Next Normal ได้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความต้องการและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผลงานและสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนและใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติการในการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศไทย ในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ช่วงปลายปีพ.ศ. 2564 หลังการระบาดของโรค COVID-19 ในปี พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เรียบเรียงเป็นข้อคำถามรายการสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นว่าข้อรายการใดมีความสำคัญต่อสมรรถนะ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)[13]

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนทั้วประเทศที่มีขนาดเตียงมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป เนื่องจากเป็นขนาดที่มีขอบเขตความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมและหลากหลาย มีโครงสร้างและระบบบริหารที่ชัดเจน มีประสบการณ์ในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำนวน 1,165 คน ในโรงพยาบาลเอกชน 136 แห่ง ทั่วประเทศไทย (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2565)

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์งานวิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบ กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ คือ 300-500 คน ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 500 คน จากการเก็บข้อมูลทางออนไลน์ เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากอัตราการตอบกลับคืน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่ได้รับการตอบกลับแบบสอบถามคืน[13] ฉะนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 650 คน ไม่รวมผู้ที่ลาศึกษาต่อ ลาคลอด ลาป่วย หรืออยู่ระหว่างการลาหยุดระยะยาว เพราะไม่สามารถให้ข้อมูลตามสภาพการปฏิบัติงานจริงได้

เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป[10] จำนวน 1 ชุด ซึ่งมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมข้อความลงในช่องว่าง จำนวน 6 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นข้อรายการเกี่ยวกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมข้อรายการตามที่ได้รวบรวมข้อมูลและบูรณาการมาจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหาร ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 61 ข้อ กำหนดให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว โดยพิจารณาจากรายการสมรรถนะแต่ละข้อคำถามนั้นว่ามีความสำคัญต่อสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในระดับใดในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป

การพัฒนาและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การพัฒนาเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน และสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารเกี่ยวกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 ท่าน นำรายการสมรรถนะที่เกี่ยวข้องมารวบรวมและประมวลสรุปเป็นรายการสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน เรียบเรียงเป็นข้อคำถามรายการสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.98 นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ให้มีความชัดเจนและความเหมาะสมของสำนวนภาษา การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาในโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง โรงพยาบาลละ 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน ได้รับข้อมูลตอบกลับครบ 50 คน คิดเป็นร้อยละ 100 นำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัญหาในการนำไปใช้ ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำ QR Code แบบสอบถามความคิดเห็นด้วยการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ด้วย Google Forms เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 มีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยโทรศัพท์ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างไม่เป็นทางการกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ/หรือผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หากได้รับการอนุญาตจึงดำเนินการขอหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน และสำเนาเรียนผู้อำนวยการหรือผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

3. ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการหรือผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแต่งตั้งผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ชี้แจงขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์ การทำแบบสอบถามกับผู้ประสานงานวิจัย (Training)

4. การเก็บข้อมูลด้วยการส่ง QR Code แบบสอบถามความคิดเห็นด้วย Google Forms ไปให้ผู้ประสานงานวิจัยส่งไปยังโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทางอีเมล หรือไลน์ แอปพลิเคชัน

5. การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างของผู้ประสานงานวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ ผู้ประสานงานวิจัยขอรายชื่อและจำนวนของหอผู้ป่วยที่มีหัวหน้าหอผู้ป่วย มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์คัดเข้าจากฝ่ายการพยาบาล หลังจากนั้นนำ QR code ไปที่หอผู้ป่วย โดยขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในเวลาส่วนตัวที่ว่างจากการทำงาน ให้เสร็จภายใน 2 สัปดาห์ เมื่อครบ 2 สัปดาห์แล้ว ผู้ประสานงานวิจัยติดตามการทำแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

6. ผู้วิจัยสอบถามความคืบหน้าในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ประสานงานวิจัยภายใน 2 สัปดาห์หลังให้ QR Code ไปแล้ว

7. ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามความคิดเห็นที่ได้รับคืน คัดเลือกฉบับที่ตอบครบถ้วนสมบูรณ์สำหรับการวิเคราะห์ นำข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมดมาตรวจนับคะแนน และบันทึกข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางและความเรียง

2. แบบสอบถามตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีใหม่ เป็นปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 61 ข้อ นำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ารายการนั้นเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนที่สำคัญมากที่สุดถึงสำคัญน้อยที่สุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อชี้ให้เห็นถึงลักษณะการกระจายความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อรายการสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป

3. การวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีใหม่ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย ประกอบด้วย 5 วิธี ดังแสดงในตารางที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ตัวแปรทุกตัวต้องเป็นค่าต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ จึงสามารถใช้วิธีวิเคราะห์องค์ประกอบได้

3.1.2 ทดสอบข้อมูลว่ามีความเป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ด้วยสถิติ Bartlett's test of sphericity พบว่ามีค่า Chi-square เท่ากับ 51,599.64 มีค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .00 ซึ่งน้อยกว่าค่านัยสำคัญที่ตั้งไว้ .05 นั่นคือข้อมูลชุดนี้ไม่ได้เป็นเมตริกซ์เอกลักษณ์ (Identity matrix) แสดงว่ามีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไป

3.1.3 จำนวนตัวแปรที่คัดเลือกมาวิเคราะห์ปัจจัย มีจำนวนมากพอสมควร ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายในปัจจัยเดียวกัน ควรมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) กันในระดับสูง ($r \geq 0.30$) ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างตัวแปรได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันอยู่ในช่วง r เท่ากับ 0.30 - 0.86

3.1.4 กลุ่มตัวอย่างควรมีขนาดใหญ่ โดยทั่วไปขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้คือ 300-500 คน ในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 637 คน ตรวจสอบความเพียงพอของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy: KMO) ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งมากกว่า 0.80 และมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อมูลมีความเหมาะสมสำหรับนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ ในระดับมากที่สุด

3.1.5 ค่าความร่วมกัน (Communalities) เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหนึ่งกับตัวแปรอื่น ๆ ที่เหลือทั้งหมด ซึ่งค่าความร่วมกันมีค่าอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 ถ้าค่าความร่วมกันเท่ากับ 0 หมายความว่าองค์ประกอบร่วม (Common factor) ไม่สามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรได้ โดยที่ค่าความร่วมกันที่ยอมรับได้จะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป พบว่าตัวแปรมีค่าความร่วมกันของตัวแปรอยู่ในช่วง 0.64 – 0.91 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.50 แสดงว่าองค์ประกอบสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรที่ศึกษาได้

3.2 วิเคราะห์องค์ประกอบ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยมีการสกัดองค์ประกอบด้วยเทคนิค Principal Component Analysis (PCA) ในการกำหนดองค์ประกอบ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ที่เหมาะสมของข้อมูลกำหนดว่า ตัวแปรแต่ละตัวแปรจะต้องมีน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.30 ขึ้นไป และองค์ประกอบมีตัวแปรที่อธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป[12]

4. หมุนแกนองค์ประกอบแบบออโธโกนอล ด้วยวิธีแวริแมกซ์ เพื่อให้ได้องค์ประกอบที่มีโครงสร้างอย่างง่าย ไม่ซับซ้อน การหมุนแกนวิธีนี้จะได้ตัวแปรแต่ละตัวที่ไม่มีความสัมพันธ์กัน พิจารณาค่า Factor Loading ของแต่ละตัวแปรนั้น ถ้า Factor Loading ของตัวแปรใดมีค่ามาก (เข้าสู่ +1 หรือ -1) ควรจัดตัวแปรนั้นอยู่ใน Factor ดังกล่าว[12] และหากตัวแปรนั้น ๆ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุดอยู่ในองค์ประกอบใด ให้ถือว่าตัวแปรนั้นเป็นสมาชิกขององค์ประกอบนั้น และใช้กฎที่เรียกว่า Rule of Thump โดยพิจารณาค่าน้ำหนักตัวแปรที่มีค่ามากกว่า 0.30[13]

5. ทวนสอบความถูกต้องของผลการวิเคราะห์องค์ประกอบกับวิธีการของแคทเทล[13,14] ซึ่งเรียกว่า Scree test โดยการนำค่าไอเกนและจำนวนปัจจัยมาหาจุดตัดและวาดเส้นกราฟ กำหนดให้ค่าไอเกนอยู่ในแนวแกนวาย (y) ส่วนจำนวนปัจจัยอยู่ในแนวแกนเอกซ์ (x) ซึ่งการพิจารณาจำนวนปัจจัยที่สกัดได้ว่ามีกี่ปัจจัยนั้นให้พิจารณาจากจุดตัดซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนของเส้นกราฟหรือจุดตัดที่เส้นกราฟเริ่มเปลี่ยนจากเส้นโค้งเป็นเส้นตรง

6. นำผลการวิเคราะห์แปรผลและกำหนดชื่อสมรรถนะใหม่ให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์และนำผลการวิเคราะห์เสนอในรูปตารางและความเรียง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากแบบสอบถาม เกี่ยวกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน เป็นแบบสอบถามตามการรับรู้และความคิดเห็นของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยตระหนักดีว่าการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความสำคัญอย่างยิ่ง จึงได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามและโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ IRB No.P2-0273/2566 วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย โดยแบบสอบถามไม่ระบุชื่อ นามสกุลและสิ่งแสดงตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลทั้งหมดของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และดำเนินการเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลเอกชนตามรายชื่อโรงพยาบาลที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ตอบแบบสอบถามและโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย

รายการ	ค่าที่ต้องการ	ค่าที่ได้จากการวิจัย	การแปลผล
1. การตรวจสอบเงื่อนไขการใช้สถิติ			
1.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	> 500	637	ตามเกณฑ์
1.2 Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	≥ 0.80	0.86	ตามเกณฑ์
1.3 Bartlett's test of Sphericity	$P \leq 0.05$	0.00	ตามเกณฑ์
1.4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายในปัจจัยเดียวกัน	r ≥ 0.30	0.30 - 0.86	ตามเกณฑ์
1.5 ค่าความร่วมกันของตัวแปร (Communalities)	≥ 0.50	0.64 – 0.91	ตามเกณฑ์
2. การสกัดองค์ประกอบ (Factor Extraction)			
2.1 ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative percentage of Variance)	≥ 60	83.76%	ตามเกณฑ์
2.2 ค่าที่ถ่วงน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)	≥ 0.3	0.30 - 0.88	ตามเกณฑ์
2.3 จำนวนตัวแปรแต่ละองค์ประกอบ	≥ 3 ตัวแปร	4-12	ตามเกณฑ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 36-40 ปี จำนวน 153 คน ร้อยละ 24.02 เป็นเพศหญิง จำนวน 627 คน ร้อยละ 98.43 มีสถานภาพสมรส จำนวน 413 คน ร้อยละ 64.83 มีระยะเวลาในการปฏิบัติในตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยในช่วงเวลา 2-4 ปี จำนวน 278 คน ร้อยละ 43.64 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 484 คน ร้อยละ 75.98 ปฏิบัติงานในหน่วยงานกุมารเวชกรรมมากที่สุด จำนวน 178 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.94

2. การประเมินสมรรถนะรายข้อของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนจากข้อคำถาม จำนวน 61 ข้อ ที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ให้ความสำคัญระดับมากที่สุด 36 ข้อ และความสำคัญระดับมาก 25 ข้อ ในแต่ละข้อมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 4.12 - 4.88 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.33 - 0.80 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ารายการสมรรถนะที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีความสำคัญมากที่สุดคือ การยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม หลักเมตตาธรรม เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงาน (Mean=4.88, S.D =0.33) รายการสมรรถนะที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่ามีความสำคัญน้อยที่สุด คือ สามารถวางแผนในเชิงธุรกิจโดยใช้หลักการตลาดมาประยุกต์ ในการบริหารจัดการในหน่วยงานภายใต้สถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mean=4.12, S.D =0.72)

3. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในบริบท Next Normal พบว่ามีทั้งหมด 7 องค์ประกอบ อธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 83.76 โดยมีค่าไอเกนตั้งแต่ 0.82 ถึง 26.84 การทวนสอบจำนวนองค์ประกอบด้วย Scree Test ตามแนวทางของ Cattell พบจุดหักศอกชัดเจนที่องค์ประกอบที่ 4 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังคงองค์ประกอบที่ 6 และ 7 ไว้ แม้จะมีค่าไอเกนเข้าใกล้ 1 เนื่องจากมีความสำคัญเชิงเนื้อหาและสอดคล้องกับบริบทการบริหารทางการพยาบาล อีกทั้งยังมีค่าการถ่วงน้ำหนักอยู่ในระดับที่เหมาะสม เท่ากับ 0.30 - 0.88 และมีตัวแปรเกินสามตัวแปร ครอบคลุมมิติสมรรถนะสำคัญจากแบบสอบถามทั้ง 45 ตัวแปร และช่วยเสริมโครงสร้างองค์ประกอบให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ตารางที่ 2 ชื่อองค์ประกอบสมรรถนะ ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน ร้อยละสะสมของความแปรปรวน จำนวนตัวแปร และ Factor Loading

องค์ประกอบ/ชื่อองค์ประกอบ	ค่าไอเกน (Eigen values)	ร้อยละของความแปรปรวน (%of variance)	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน (Cumulative%)	จำนวนตัวแปร	Factor Loading
1. ภาวะผู้นำการปรับเปลี่ยน	26.84	59.64	59.64	12	0.32-0.83
2. ทักษะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์	3.78	8.41	68.05	6	0.31-0.85
3. ความสามารถด้านการวิจัยและนวัตกรรม	2.31	5.13	73.18	6	0.31-0.79
4. ด้านจริยธรรมในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล	1.65	3.66	76.84	4	0.36-0.87
5. การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปฏิบัติการพยาบาล	1.31	2.92	79.75	6	0.31-0.60
6. การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล	.98	2.17	81.93	5	0.32-0.49
7. การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์	.82	1.83	83.76	6	0.30-0.46

จากตาราที่ 2 ชื่อองค์ประกอบสมรรถนะ ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน ร้อยละสะสมของความแปรปรวน จำนวนตัวแปรและ Factor Loading หลังจากวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้องค์ประกอบทั้งหมด 7 องค์ประกอบ ประกอบด้วยจำนวนตัวแปร 45 ตัวแปร มีค่าไอเกนอยู่ระหว่าง 0.82 – 26.84 อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 83.76

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการวิเคราะห์และกำหนดองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป มีองค์ประกอบ 7 องค์ประกอบ อภิปรายได้ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ภาวะผู้นำการปรับเปลี่ยน เป็นการเสริมสร้างภาวะผู้นำที่สามารถปรับตัวแสดงถึงการบริหารงานโดยกำหนดแบบแผน เป้าหมาย ตอบสนองกับนโยบายขององค์การ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พัฒนาทีมและช่วยเสริมสร้างความร่วมมือในทีม สร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานเน้นความสัมพันธ์ของทีมการพยาบาลในหน่วยงาน สร้างขวัญและกำลังใจให้กับทีมการพยาบาลภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม เพื่อไปสู่เป้าหมายเดียวกันอย่างยั่งยืน หัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีภาวะผู้นำ ซึ่งประกอบด้วยมีความคิดรวบยอด ริเริ่มสร้างสรรค์ วิเคราะห์และตัดสินใจ แก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ มีเหตุผล รวมถึงมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ คิดเชิงบวก และสามารถบริหารการเปลี่ยนแปลงโดยใช้เหตุผล โน้มน้าว จูงใจ เสริมแรงเพื่อนำทีมการพยาบาลปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย[8,9] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในยุคก่อนและในยุคของสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป พบว่าการมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์พัฒนางานทางการพยาบาลด้วยแนวทางใหม่ ๆ สามารถขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงาน สามารถแก้ไขปัญหาช่วยเหลือทีมทางการพยาบาล รวมถึงการมีบุคลิกภาพและเป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงาน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้ใต้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ สันศนีย์ ดีภัย[15] อธิบายได้ว่าในสถานการณ์โลกแห่งความผันผวน มีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงพลิกผันรวดเร็ว มีความไม่แน่นอน มีความซับซ้อนและคลุมเครือ มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการงานขององค์กรทุกระดับ โรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจที่มี

การแข่งขันสูงจากผู้ประกอบการทั้งในประเทศและต่างประเทศเดิมและรายใหม่ สอดคล้องกับ Burnes[16] กล่าวถึงทฤษฎีการบริหารการเปลี่ยนแปลง ความสำคัญของการมีผู้นำที่ยืดหยุ่น และสามารถทำให้บุคลากรยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ รวมถึงการสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มีความร่วมมือและเปิดกว้างต่อการเรียนรู้ และ Bass และ Avolio[17] กล่าวถึงผู้นำที่มีพลังและวิสัยทัศน์ จะมุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจให้ทีมงานสามารถปรับตัวและพัฒนาได้ในทุกสถานการณ์

องค์ประกอบที่ 2 ทักษะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ประสานความร่วมมือ ลดความขัดแย้งระหว่างทีมพยาบาล และกับสายงานหรือหน่วยงานอื่น ๆ เกิดความเข้าใจที่ดี สร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในองค์การ รวมถึงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ[8,9] กิตติศักดิ์ จันทร์สะอาด[18] อธิบายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ต้องมีความสามารถในการสื่อสารในแต่ละกรณี สามารถเลือกใช้คำพูดที่มีความชัดเจน ตรงประเด็นถูกต้อง เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ มีการใช้วิธีพูดที่เน้นสร้างความเข้าใจและการแก้ปัญหาแทนการตำหนิ ลดความขัดแย้งที่ไม่จำเป็น มีความยืดหยุ่น สร้างความสัมพันธ์ช่วยสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน สามารถแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ใช้บริการและบุคลากร ยอมรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะด้วยความใส่ใจและเต็มใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชา คนกาญจน์[19] พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความสามารถในการประสานงานที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ฉับไว ทันต่อสถานการณ์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีในการปฏิบัติงาน มีกลยุทธ์ วิธีการที่จะปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงาน บุคลากรอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกองค์การ จะเห็นได้ว่าทักษะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์เป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ เนื่องจากการสื่อสารที่ดีและการสร้างความสัมพันธ์ที่แข็งแกร่งจะช่วยให้การบริหารจัดการหอผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการบริหารพยาบาลรุ่นอายุแซดในทีมการพยาบาลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของรัฐ อารีย์วรรณ อ่วมตานี และคณะ[20] พบว่าพยาบาลในรุ่นอายุแซดยังไม่สามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพยังขาดความสามารถในการเชื่อมโยงข้อมูลความสามารถในการคิดวิเคราะห์แบบการคิดอย่างมีวิจารณญาณ

องค์ประกอบที่ 3 ความสามารถด้านการวิจัยและนวัตกรรม อธิบายได้ว่าการบริหารจัดการหน่วยงานให้เกิดการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ จัดทำ ส่งเสริมสนับสนุน และประยุกต์ใช้ผลงานวิจัย โดยแลกเปลี่ยนความรู้ของสมาชิกร่วมกับการนำความรู้ด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อส่งเสริมพัฒนาความคิดที่เป็นนวัตกรรมให้เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน และถ่ายทอดความรู้ออกมาเป็นความคิดสร้างสรรค์ให้เกิดการบริการ และกระบวนการทำงานแบบใหม่ เพื่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีองค์ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมงานทางคลินิกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน[9] ผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี การมีความรู้ความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำความรู้เชิงวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีการพัฒนาตนเองในเรื่องความรู้ความสามารถทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง[16] ความสามารถด้านการวิจัย เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชน และธนตพร อ่อนชื่นชม[21] อธิบายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีองค์ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ ครอบคลุมงานทางคลินิกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน พิชา คนกาญจน์[19] กล่าวว่าผู้นำทางการพยาบาลต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี มีความรู้ความเข้าใจแนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำความรู้เชิงวิชาชีพมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ และมีการพัฒนาตนเองในเรื่องความรู้ความสามารถทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง Kotter[22] ที่กล่าวว่าความสามารถในการจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการนำผลการวิจัยหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในหน่วยงานพยาบาลจะช่วยให้การเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างมีระเบียบและสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบที่ 4 ด้านจริยธรรมในยุคเทคโนโลยีดิจิทัล เกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความตั้งใจ มีความรับผิดชอบ มุ่งมั่นทำงานจนสำเร็จ ยึดมั่นปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพด้วยความยุติธรรม เสมอภาค เท่าเทียมกัน รวมถึงการส่งเสริมความเป็นธรรมและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และบุคลากรในสถานพยาบาล[8,21,23-26] สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านจริยธรรมเป็นสมรรถนะที่สำคัญจำเป็นตั้งแต่ในอดีตและมีความสำคัญจำเป็นมากยิ่งขึ้นในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีการใช้เทคโนโลยีที่แพร่หลายและพัฒนาอย่างรวดเร็ว การปฏิบัติการพยาบาลโดยการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และการให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิ เป็นการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในยุคเทคโนโลยีดิจิทัลที่ข้อมูลต่าง ๆ ถูกจัดเก็บและใช้ในระบบดิจิทัลมากขึ้น การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยตามการปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act: PDPA) ทั้งต่อผู้รับบริการและบุคลากร ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นต้องปฏิบัติงานด้วยคุณธรรม โดยมีการยึดมั่นในจริยธรรม พัฒนาตนเองให้เป็นผู้นำที่มีจริยธรรม ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ มีความรับผิดชอบ มีการเคารพในตนเองและผู้อื่น หากผู้บริหารทางการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารระดับใดในองค์การภาครัฐหรือเอกชน ถ้าขาดคุณธรรมแล้วจะทำให้ขาดความชอบธรรมในการบริหารงาน การปฏิบัติหน้าที่ในการให้บริการทางสุขภาพ และการควบคุมการปฏิบัติงานในวิชาชีพอย่างมีคุณธรรม[27] อธิบายได้ว่าสมรรถนะทางจริยธรรมในยุคเทคโนโลยีดิจิทัลของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญและใช้ควบคู่กับความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ รวมทั้งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นของหัวหน้าหอผู้ป่วยตั้งแต่ในอดีต เพื่อให้วิชาชีพการพยาบาลมีคุณค่า และเป็นที่ประจักษ์ต่อสังคม และในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคเทคโนโลยีดิจิทัล สมรรถนะด้านนี้ยิ่งมีความสำคัญ มุ่งเน้นให้พยาบาลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นวิธีการพื้นฐานสำหรับป้องกันความเสี่ยงทางจริยธรรม สอดคล้องกับคู่มือส่งเสริมจริยธรรมสำหรับองค์การพยาบาลมุ่งเน้นให้พยาบาลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนทางจริยธรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[28]

องค์ประกอบที่ 5 การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นสมรรถนะที่สำคัญในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการนิเทศงาน แก้ไขปัญหา และวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ รวดเร็ว และเหมาะสมในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งยังสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกและการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องปรับตัว เรียนรู้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และใช้ประโยชน์กับเทคโนโลยีที่พัฒนาผลลัพธ์ของการพยาบาล ส่งผลดีต่อการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ[28] สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีสมรรถนะด้านวิชาชีพควบคู่กับความสามารถด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและดิจิทัลเพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาล[11,15,18,21, 23,25,30] อธิบายได้ว่า ในสังคมชีวิตวิถีปกติถัดไป ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย ปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีบทบาททั้งในวิชาชีพแพทย์ พยาบาล และวิชาชีพอื่น ๆ โดยปัญญาประดิษฐ์สามารถช่วยวิเคราะห์ ตัดสินใจ ได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว ลดความผิดพลาด การใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษาผู้ป่วย ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระงานของพยาบาลในการให้คำแนะนำทั่วไป ทำให้พยาบาลสามารถมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือที่ซับซ้อนมากขึ้น สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยในการใช้ปัญญาประดิษฐ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงแต่ช่วยในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยและการตัดสินใจ แต่ยังต้องมีความสามารถในการนำทฤษฎีและแนวทางทางจริยธรรมมาใช้เพื่อให้เทคโนโลยีถูกใช้ในทางที่ดีและมีความรับผิดชอบ โดยคำนึงถึงการรักษาคุณภาพการดูแลและการเคารพในสิทธิของผู้ป่วย[28]

องค์ประกอบที่ 6 การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย ความสามารถในด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล มีความสามารถในการบริหารความเสี่ยง การกำกับติดตามกระบวนการและผลลัพธ์การพยาบาล ให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาล การพัฒนาการพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง สามารถประกันคุณภาพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือ ความมั่นใจให้กับผู้ใช้บริการและบุคลากรการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถวางแผนและดำเนินการบริหารคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด ดำเนินการบริหารจัดการผลลัพธ์ของหน่วยงาน ตอบสนองกับแผนพัฒนาคุณภาพฝ่ายการพยาบาลและองค์การ[8] นอกจากนี้หัวหน้าหอผู้ป่วย

จำเป็นต้องมีทักษะด้านการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความเสี่ยง เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัย เพื่อให้การให้บริการพยาบาลมีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย และช่วยให้โรงพยาบาลสามารถบรรลุมาตรฐานที่กำหนดไว้[18,19,21,23-25] อธิบายได้ว่าการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการประกันคุณภาพตามแนวคิดของวิจารณ์ พานิช[29] เป็นการทำงานที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้เครื่องมือทางการบริหารที่เหมาะสม เช่น การฝึกอบรมบุคลากร การตรวจสอบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการรับรองมาตรฐาน และสอดคล้องกับผลการวิจัยของมาริสา ไกรฤกษ์ฐ และคณะ[31] ที่พบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมภาวะผู้นำด้านการดูแลเอาใจใส่ตนเอง และผู้รับบริการในระดับสูงจะช่วยให้โรงพยาบาลมีคุณภาพการบริการที่ดีและสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้การพัฒนาและประกันคุณภาพเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด แต่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อผลักดันให้การบริการมีมาตรฐานสูงขึ้น

องค์ประกอบที่ 7 การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วยการร่วมวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์ช่วยให้การพัฒนาหน่วยงานตอบสนองกับเป้าหมายขององค์การ หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถจัดการเชิงกลยุทธ์ของหน่วยงานบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และการใช้ทรัพยากรในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[8,9] สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยในอดีต การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์เป็นสมรรถนะที่สำคัญจำเป็นในโรงพยาบาลเอกชน และในยุคสมัยต่อมาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญมากขึ้นในโรงพยาบาลของภาครัฐ ในโรงพยาบาลเอกชนได้เน้นถึงความสำคัญของการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่จำเป็นอย่างยิ่งในยุคที่การแข่งขันทางธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนมีความเข้มข้นมากขึ้น หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีความสามารถด้านการวิเคราะห์ผลประกอบการของหน่วยงาน และความคาดหวังความต้องการของผู้ใช้บริการ เพื่อการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการให้คุ้มค่าคุ้มทุนในการให้บริการของหน่วยงาน[18,19,21,23,32,33] อธิบายได้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในด้านการบริหารจัดการตั้งแต่การร่วมวิเคราะห์และวางแผนกลยุทธ์ ช่วยให้การพัฒนาหน่วยงานตอบสนองกับเป้าหมายขององค์การ สอดคล้องกับทฤษฎีของการบริหารเชิงกลยุทธ์ ของ Porter[34] ที่กล่าวว่าการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ โดยเฉพาะการใช้กลยุทธ์เพื่อสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันในตลาดที่มีการแข่งขันสูง เพื่อดึงดูดลูกค้าและเสริมสร้างโอกาสในการแข่งขันในตลาด

ข้อจำกัดการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป ดังนั้นสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยอาจไม่ครอบคลุมถึงโรงพยาบาลเอกชนที่มีขนาดเล็กหรือมีจำนวนเตียงน้อยกว่า 100 เตียง
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในบริบทของ Next Normal ผลการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่ครอบคลุมหากบริบทของเวลามีการเปลี่ยนแปลงไป
3. เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีหรือความเข้าใจแบบสอบถามในแต่ละบริบท

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 องค์ประกอบกำหนดเป็นสมรรถนะที่สำคัญจำเป็นต่อการทำงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ทีมฝ่ายการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัย เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อพัฒนาตนเอง ในการขึ้นตำแหน่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การนำผลการวิจัยองค์ประกอบสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 องค์ประกอบ พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน

2. ควรมีการศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบสมรรถนะผู้บริหารระดับอื่น ๆ ในโรงพยาบาลเอกชน เช่น ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนที่อนุเคราะห์ให้ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลช่วยเหลือในการแจก QR code แบบสอบถาม และติดตามการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยอย่างครบถ้วนและรวดเร็ว ทำให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ในเวลาที่กำหนด คุณค่าและคุณประโยชน์ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแด่ครูบาอาจารย์ผู้ให้ความรู้และผู้มีพระคุณ ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัย จนกระทั่งทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

References

1. Department of Mental Health. New Normal, new way of life [internet]. 2020. [cited 2020 Jun 01]. Available from https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2288. (in Thai)
2. Thanaboonpuang P. Health care and quality of life for the older adults in next normal. Journal of Research for Promotion of Health and Quality of Life. 2020;2(1):86-96. (in Thai)
3. Ninkitsaranont, P. Business/Industry Trends 2020-2022: Private Hospital Business. [internet]. 2020. [cited 2024 May 22], Available from: https://www.krungsri.com/th/research/industry/ industry-outlook/Services/Private-Hospitals/IO/io-Private-Hospitals. (in Thai)
4. Yoovidhya S, Pinthapataya S, Roopsing T, Suppradit T. Health service management development model of private hospital in Thailand. Journal of Industrial Education King Mongkut's University of Technology North Bangkok. 2021;12(3):74-84. (in Thai).
5. Amphonareekul S, Sirikhetrakorn S, Amatyakul A. Development of a management model for patients with dangerous communicable diseases, emerging diseases, and re-emerging diseases at Bamrasnaradura Institute. Re-emerging diseases at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute Journal. 2022;16(1):1-12. (in Thai)
6. Pramajati H. Nurse's Competency Toward Covid-19: A systematic review. Comprehensive Nursing Journal. 2022;8(4):540-54. (in Thai)
7. Sathira –Angkura T, Leelawong S, Srisuttisak S, Phutthapitakphon S, Yonjorho N, Jamsomboon K. Development of nursing management model in the situation of COVID–19 outbreak. In hospitals under the Ministry of Public Health. Journal of Public Health. 2021;30(2):320-33. (in Thai)
8. Thailand Nursing and Midwifery Council. Strategic plan of the Nursing and Midwifery Council 2014-2018. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand; 2013. (in Thai)
9. American Organization of Nurse Executive [AONE]. AONE nursing manager competencies. [internet]. 2015 [cited 2020 Jun 30]. Available from http://www.aone.org/resources/nurse- manager-competencies.pdf. (in Thai)

10. Likert R. The method of constructing and attitude Scale. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967.
11. Karnasut P. Statistics for behavioral research (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press, Thailand; 1999. (in Thai)
12. Wanichbancha K. Advanced statistical analysis with SPSS for Windows. Bangkok: Chulalongkorn University Press, Thailand; 2008. (in Thai)
13. Srisathitnarakun B. Nursing research methods (5th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University, Thailand; 2010. (in Thai)
14. Cattell HE. The original big five: A historical perspective. European Review of Applied Psychology/Revue Européenne de Psychologie Appliquée. US: American Psychological Association; 1996.
15. Deepai S, Juntachum W. A factor analysis of head ward's competencies in 21st century at tertiary hospitals in The Northeast of Thailand. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office. 2024;6(3):1-16. (in Thai)
16. Burnes, B. Managing change (7th ed.). Malaysia: Pearson Education; 2017.
17. Bass BM, Avolio BJ. Transformational leadership development: Manual for the multifactor leadership questionnaire. USA: Mind Garden; 2000.
18. Chansa-at K. Development of a competency framework for head nurses. McCormick Hospital Chiang Mai Province. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2020;26(1):90-9. (in Thai)
19. Konkan P. Leadership and management in modern nursing. Singburi Hospital Journal. 2021;30(1):15–23. (in Thai)
20. Oumtani A, Pornmeesri A, Chintapanyakul T, Raimathuraphong J. Nursing management in the COVID-19 outbreak situation, Samut Prakan Hospital. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2023;24(1):249-58. (in Thai)
21. Onchoenchum T. Competency of head nurses. Sakon Nakhon Hospital [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2017. (in Thai)
22. Kotter JP. Leading change. USA: Harvard Business Press; 1996.
23. Limtrakul D, Hinjiranan S, Suwannakote K. The components of head nurse competencies at the tertiary level hospital in Prachuap Khiri Khan Province. Nursing Journal CMU. 2014;63(2):29-35. (in Thai)
24. Phonchat T, Aungsuroch Y. Head Nurse's competency, hospitals under the Jurisdiction of Ministry of Defense. Journal of Nursing Research, Innovation, and Health. 2016;28(3):110-21. (in Thai)
25. Laobanthao M. The development of head nurses 's competency scale, Surin Hospital [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2017. (in Thai)
26. Krinsmith K. Head nurses' competency in Vajira hospital. Vajira Nursing Journal. 2016;9(2):24-34. (in Thai)
27. Hanpattanachaikun K, Teerawongsa N, Kamnueng C, Autmeungpeam T. Using artificial intelligence in nursing practice. Journal of Public Health. 2023;32(5):962-9. (in Thai)
28. Thailand Nursing and Midwifery Council. Guide to promoting ethics for nursing organizations. Bangkok: Thailand Nursing and Midwifery Council, Thailand; 2024. (in Thai)
29. Panich W. Organizational change. Bangkok: Chulalongkorn University Press, Thailand; 2007. (in Thai)

30. Kaewphech U, Kaewsarn P, Siritharungsri B. The influence of service leadership of head nurses on the performance nurse competencies of staff nurses at community hospital in Nakhonratchasima Province. Journal of Health and Nursing Education. 2020;25(1):108-22. (in Thai)
31. Krairiksh M, Boonthi L. Leadership behavior in caring of the head nurses of community hospitals, Region 14, Ministry of Public Health. Journal of nurses Association of Thailand, North Eastern division. 2012;30(4):156-65. (in Thai)
32. Panyanam R. Analysis of competency factors for head nurses of private hospitals during the period 2007-2011 [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
33. Leksomboonsuk K. The components of the head nurse competency at the Tertiary hospital in Suphanburi province [Thesis]. Nakhon Pathom: Christian University; 2012. (in Thai)
34. Porter ME. Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance. Florence, MA: Free Press; 1985.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (ฉบับปรับปรุง เริ่มใช้ตั้งแต่ฉบับที่ 3/2566)

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ เป็นของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สำนักงานสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมเผยแพร่ความรู้และแนวปฏิบัติจากงานวิจัย บทความวิชาการ เพื่อเพิ่มพูนความเข้มแข็งทางวิชาชีพพยาบาล ดังนั้นจึงใคร่ขอเชิญชวนให้พยาบาลทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่สนใจส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสาร โดยอยู่ในขอบเขตดังนี้

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

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

2. บทความวิจัย (Research article) เป็นบทความเกี่ยวกับการรายงานการวิจัยทางการพยาบาลและการดูแลสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (Meta-synthesis)

การเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับที่จะส่งมาลงพิมพ์ในวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ ต้องเป็นผลงานที่แล้วเสร็จไม่เกิน 5 ปี ไม่เป็นเรื่องที่เคยพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในวารสารอื่น

2. ผู้มีรายชื่อในบทความทุกคนต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการผลิตผลงานวิชาการนั้นๆ และมีความเห็นพ้องต้องกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

3. ผู้เขียนต้องแน่ใจว่าได้ตรวจสอบเนื้อหาของบทความแล้วและไม่มีการลักลอกเลียนงานวิชาการ (Plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักวิชาการที่ถูกต้องครบถ้วน (แนบผลการตรวจสอบโดยใช้โปรแกรมมาตรฐาน 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 12 - 14 หน้า (นับตั้งแต่บทคัดย่อ รวมรูปภาพและตารางและเอกสารอ้างอิง) พิมพ์จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป MS word for window พิมพ์ด้วยตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 14 pt. ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 เท่า เว้นระยะขอบบน ล่าง 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 รุ้งลาวัลย์ เอี่ยมกุศลกิจ ปร.ด. (Runglawon Eamkusolkit, Ph.D.)[1] ตามแบบฟอร์มของวารสาร เพื่อให้สอดคล้องกับเชิงอรรถด้านท้าย โดยเชิงอรรถด้านท้ายประกอบด้วย

1. แหล่งทุน (ถ้ามี)

2. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ระบุองค์กรที่พิจารณาจริยธรรมการวิจัย และรหัสหรือหมายเลขของเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย
<u>งานวิจัยที่ไม่ได้ขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจะไม่ได้รับการลงตีพิมพ์</u>

3. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัย แต่มิได้เป็นผู้ร่วมงาน

4. ตำแหน่ง สถาบันต้นสังกัดที่ผู้เขียนปฏิบัติงาน อีเมล์ของผู้เขียนและทีมทุกคน โดยด้านหน้าให้ใส่ตัวเลขแบบตัวยกกำกับลำดับให้สอดคล้องกับชื่อผู้เขียนและทีมด้านบน

5. ระบุคำว่า “Corresponding author” หน้าชื่อผู้เขียนหลัก

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิชาการ เรียงลำดับดังนี้

1.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ

1.2 บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (Abstract) ไม่เกินอย่างละ 350 คำ โดยให้ครอบคลุมหัวข้อดังนี้ เกริ่นนำสิ่งที่ทำ สรุปผลสำคัญที่ได้ระบุคำสำคัญไว้ด้านล่างไม่เกิน 5 คำ โดยกำหนดคำสำคัญที่เป็นสากล สามารถสืบค้นได้ คือ กำหนดตาม Medical subject headings (MeSH)

1.3 ส่วนเนื้อหา (Content) ประกอบด้วยบทนำ เนื้อหาสาระ และบทสรุป โดยบทนำให้อธิบายความสำคัญ และวัตถุประสงค์ของบทความวิชาการ ส่วนเนื้อหาควรมีการจัดลำดับเนื้อหาที่เหมาะสม เข้าใจง่าย แสดงการวิเคราะห์ วิจารณ์อย่างสมเหตุสมผลด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ส่วนบทสรุปควรสั้น กระชับ ที่สะท้อนการนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจน

1.4 ส่วนเอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

2. บทความวิจัย เรียงลำดับดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง (Title) ควรจะสั้นได้ใจความ ระบุตัวแปรที่ศึกษา สะท้อนวิธีการวิจัยและสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง โดยพิมพ์ไว้ด้านบนของบทคัดย่อ

2.2 บทคัดย่อ (Abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกินอย่างละ 350 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/หรือจากผู้ใช้บริการ (patient trigger) มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องแบบบูรณาการเกี่ยวกับเรื่องที่ทำอย่างย่อๆ สะท้อนสถานะองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาและจุดอ่อนในองค์ความรู้ (gap of knowledge) และ/หรือจุดอ่อนในการปฏิบัติงาน (gap of practice)

2.5 วัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายเป้าหมายของการวิจัยที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและชื่อเรื่อง ที่คลอบคลุมตัวแปรและประชากรที่ต้องการศึกษา

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) เป็นการนำเสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย อาจแยกเป็นหัวข้อเพื่อให้เข้าใจง่าย

2.9.1 ตาราง จะต้องไม่เกิน 3 ตาราง หัวข้อของตารางอยู่ด้านบนของตาราง และควรมีความสมบูรณ์เพียงพอที่จะให้ผู้อ่านเข้าใจข้อมูลที่นำเสนอ โดยใช้เลขในการกำหนดลำดับของตาราง เส้นขอบตารางให้มีเพียงเส้นแนวนอน 3 เส้นได้แก่ เส้นขอบบนสุด เส้นด้านล่างของหัวตาราง และเส้นขอบล่างสุด ซึ่งต้องไม่มีเส้นแนวตั้ง และให้บรรจุข้อมูลที่สรุปจากผลอย่างชัดเจนให้พอเหมาะกับหน้ากระดาษในแนวตั้ง และตัวเลขให้ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง และใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังตัวอย่างนี้ ค่าเฉลี่ย (Mean) 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 ระบุหากผลการวิจัยมีสิ่งค้นพบใหม่และอธิบายที่มาหรือเหตุผลที่น่าเชื่อถือ

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

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

2.13 เอกสารอ้างอิง (references) เป็นส่วนท้ายของบทความ ให้ดำเนินการตามเกณฑ์ที่วารสารกำหนด

3. บทความการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์ อภิมาน (meta-analysis) และการสังเคราะห์อภิมาน (meta-synthesis) ประกอบด้วยชื่อเรื่อง บทคัดย่อและคำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ การสืบค้นและแหล่งข้อมูล การคัดกรองการประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเสนอผล การอภิปรายผล ข้อสรุปและข้อเสนอและ ข้อจำกัด (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารตรงกับสาระในบทความและให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด แม้ว่าต้นฉบับเอกสารนั้นจะเป็นภาษาอื่นก็ตาม การเขียนเอกสารอ้างอิงต่างๆ ให้ใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouvers' style) ดังนี้

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

1.1 การอ้างอิงที่เน้นผู้แต่งในเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง

ในปี ค.ศ.2016 Silberstein และ Litmanovitz[1] ได้ทำการศึกษาการนำ NIDCAP มาใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกและพบว่าได้ผลในการป้องกันความเครียดสำหรับทารกได้

1.2 การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขอ้างอิงหลังข้อความนั้น

ตัวอย่าง

การส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกในหอผู้ป่วยวิกฤตทารก จำเป็นต้องอาศัยบุคลการทางการแพทย์และพยาบาล ร่วมกับผู้ปกครองทารกในการร่วมกันป้องกันความเครียดในทารกและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสม ซึ่งจะเป็นการป้องกันปัญหาด้านระบบประสาทและการเรียนรู้ของทารกในอนาคตได้เป็นอย่างดี[8]

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

ตัวอย่าง

ในปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถทำได้ตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ปกครอง โดยเฉพาะมารดา[2-4] ซึ่งเน้นการป้องกันสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไปและส่งเสริมสิ่งกระตุ้นที่เหมาะสมสำหรับทารกเกิดก่อนกำหนด[7,10,18]

2. การอ้างอิงเอกสารท้ายบทความ (reference) เอกสารอ้างอิงต้องอ้างเฉพาะเอกสารที่ตรงกับสาระในบทความ และให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมดแม้ว่าต้นฉบับเอกสารจะเป็นภาษาอื่น โดยจัดเรียงเอกสารอ้างอิงเป็นลำดับตัวเลขตามลำดับในเนื้อหา ซึ่งการระบุตัวเลขในเอกสารอ้างอิงต้องตรงกับตัวเลขในเนื้อหา โดยมีวิธีการเขียนดังนี้

2.1 ผู้เขียนคนไทยหรือชาวต่างประเทศ ให้ใช้นามสกุลขึ้นก่อนตามด้วยอักษรย่อชื่อต้น และชื่อกลาง (ถ้ามี) ดังตัวอย่าง

Runglawon Eamkusolkit	ใช้คำว่า Eamkusolkit 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. Chromasome 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. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์;ปีที่(ฉบับที่ของวารสาร):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

1. 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)
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002;347(4):284-7.

***หมายเหตุ** วารสารที่เป็นภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม ส่วนวารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อย่อ

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.

3. Eamkusolkit R, Watcharasin C, Thory SM. Maternal-Preterm Infant Attachment, Nakhon Phanom, Thailand. In: Knafl 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 State: International Family Nursing Association; 2013. p. 15-24.

2.6 กรณีเป็นการอ้างอิงจากอินเตอร์เน็ต หากเป็นภาษาไทยให้มี (in Thai) ไว้ท้ายสุด มีรูปแบบการเขียนและตัวอย่างดังนี้

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

4. 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 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญและไม่ใช่ผู้ที่ปฏิบัติงานในสถาบันเดียวกับผู้เขียน เป็นผู้ประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กองบรรณาธิการกำหนด โดยระยะเวลาในการตอบรับการตีพิมพ์ตั้งแต่ส่งต้นฉบับ จะใช้เวลาประมาณ 2-3 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

สำนักงานสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
(ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี)
สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ห้อง 1105 อาคาร 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น 40002

โทร : 08-08952065 e-mail : jnatned@gmail.com
Facebook : www.facebook.com/natne.or.th