



JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG

2023

2566



ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566
VOL.10 NO.1, JANUARY-JUNE 2023



สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020

Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by Natcha Chaiwong

ISSN 1906-1919 (PRINT)
ISSN 2697-6412 (ONLINE)



วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ Journal of Health Sciences Scholarship



เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ: ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
ผู้ช่วยบรรณาธิการ: ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัญญา จุตรสิทธิธา
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ
ผอ. ปานทิพย์ ปุณณานนท์

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิจัยอิสระ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณเดชะ
รศ.ดร.เดชา ทำดี
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ
ดร.พัฒนา นาคทอง
ดร.พิทยา ศรีเมือง
ดร.มธุรดา บรรจงการ
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินธา
ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์

นักวิจัยอิสระ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอาวี ชาติมนตรี
นางสาวณัฏชา ไชยวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบายเผยแพร่บทความที่มีคุณภาพด้านสุขภาพและสาธารณสุขซึ่งนิพนธ์โดยพยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์ นักวิชาการ หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน อนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพและบทความด้านการพยาบาลทั่วไป ทฤษฎีการพยาบาลและการวิจัยการพยาบาลขั้นสูงและการพยาบาลเฉพาะทาง โดยมีผู้นิพนธ์จากทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ
2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล
3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิดและผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิด ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้ด้านการพยาบาล การแพทย์ และการสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์ผ่านบทความวิชาการและผลงานวิจัย
2. เพื่อเป็นแหล่งเสนอผลงานวิชาการสำหรับสมาชิกทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
3. เพื่อเสริมสร้างนักวิชาการที่ต่อยอดเป็นองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ
4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141 โทรสาร 054-225-020
Email: journalbcnlp@gmail.com

กำหนดออกวารสาร: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน และ กรกฎาคม-ธันวาคม

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
ผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างน้อย 2 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใด ๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใด ๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรณนะเดช

รศ.ดร.เดชา ทำดี

รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญาพวงษ์

ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข

ดร. ณัฐกร นิลเนตร

ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล

ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี

ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงศ์ชุม

ผศ.ดร. ทศนีย์ นະແສ

ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ

ดร.พัฒนา นาคทอง

ดร.พิทยา ศรีเมือง

ดร.มธรรดา บรรจงการ

ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน

ดร.สุวัฒนา คำสุข

ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินดา

ดร.เชษฐา แก้วพรม

ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง

ดร.สมปรารถนา สุดใจนาค

ดร.ยุทธศิลป์ ชุมณี

ดร.สุวัฒน์ แสนเวียงจันทร์

ดร.ธีรรัตน์ บุญฤกษ์

ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์

ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ

ดร.กฤตพัทธ์ ผักฝน

นพ.กฤษณ์ ทองบรรจบ

ดร.เบญจมาภรณ์ นาคามตี

ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม

นักวิจัยอิสระ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)

คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ ขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงาม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา
ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข
ผศ.ภก.ดร.วินัย สยอวรรณ
ดร. สุตคณิง ฤทธิ์ฤทัย
ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์
ผศ.ดร.ณัฐชัย เทียงบุรณธรรม
นพ.สิทธิ ภาคไพบูลย์
ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ
ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย
ดร. อรัญญา นามวงศ์
ดร. จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์
ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์
ดร.พรรณิ ไพศาลทักษิณ
ดร.ณัฐรัฐภรณ์ ปัญจพันธ์
ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ
ดร. บุศรินทร์ ผัดวัง
ดร. วันวิสาข์ ชูจิตร์
ดร.วิภา เอี่ยมสำอาดค์ จารามิลโล
ดร.ศรีจันทร์ พลบั้ง
ดร.ดุจดือน เขียวเหลือ
ดร.ดวงดาว เทพทองคำ
ดร.วรกรอง นิลเพ็ชร
ดร.จุฑามาศ ผลมาก
ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง
ดร.พยอม ถิ่นอ่อน
ดร.เฉลิมพล คุ่มศรี
ดร.เมทนี ระดาบุตร
ดร.พัชรภรณ์ ตูลยกุล
ดร. จตุพงษ์ พันธุ์ไว
ดร.ศรีณญาณันท์ จันท์ดีแก้วสกุล
ดร. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์
ดร. ศิริกาญจน์ จินาวัน
นาวาโทหญิง ผศ.ดร. สุปราณี พลธนะ
ดร.พัชร ใจการุณ

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
วิทยาลัยนักระบาดวิทยาสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ลำปาง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
โรงพยาบาลลำปาง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า แพร์
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์



สารบัญ

○การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า อาการ เบิร์ยวณัม	1
○การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย วิภาดา พรหมสอน, วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, ศิวพร อึ้งวัฒนา	17
○ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย สุดา อักษรดิษฐ์, ดลนภา ไชยสมบัติ	31
○ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอ เสริมงาม จังหวัดลำปาง สิทธิกร สาริวิท	50
○การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติ พันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดน อันเนื่องมาจากพระราชดำริ และ หมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน วันเฉลิม ฤทธิมนต์	66
○การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง กัญฐณา รณิษยะกุล	82
○ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้ และพฤติกรรมด้านโภชนาการ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อังคณา ชูชื่น, ปุณณภัสส์ อริยะปรานต์	100
○ผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การตรวจ เต้านมด้วยตนเองในผู้รับบริการที่ห้องตรวจคัดกรองมะเร็งทั่วไป 101 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พัชรา นาคณนอม, เดชา ทำดี, เนตรทอง นามพรม, อังคณา กิตติไชยากร	114
○ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง ที่มีอายุน้อย มธุรดา บรรจงการ, ปราณีต จงพันธนิมิตร, จีรภา ศรีท่าโฮ, รุ่งนภา เขียวข้อ	132
○ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี ณัฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, กันทิมา อรรถกาญจน์นา, เกศศิริพันธ์ จันทร์มาก, ณัฐศดานันต์ ทับเปลี่ยน	143



สารบัญ (ต่อ)

- ผลของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของอาจารย์
พยาบาลและนักศึกษา 156
พรรณปพร ชุนหบดี, พัทธภรณ์ ตุลยกุล, เบญจวรรณ จันทรวชิ, ธิดารัตน์ สุภานันท์, ประไพพิศ สิงห์เสมอ
- การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลลำปาง 172
ยุพา อินถาบุตร, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล, ราตรี หว่อง, ศัทธินิยา อินทะยศ
- ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในนักศึกษาพยาบาล 197
พวงเพชร มีศิริ, พรพรรณ ไพศาลทักษิณ, จิตอาวี ชาตมินตรี, ณัฐกมล ดำรงวุฒิโชติ, นฤมล ณะเมธา
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ
โรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 213
บุศรินทร์ ผัดวัง, อุษณีย์ วรรณาลัย, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล
- ปัจจัยทำนายความสามารถในการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศ ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดลำปาง 226
ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, ณัฐจิรา ทิวาโต
- การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการ
รักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี 240
พัชรีย์ ยิ้มขาวผ่อง, ภูมิษฐ์ ดวงสุริยะ, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, ทศณีย์ ประสงค์
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่อง
กล้องโรงพยาบาลน่าน 255
สุชุมาล ต้อยแก้ว, รุ่งทิพย์ กาละดี, วรวรรณ ชำนาญช่วง
- การพัฒนาแผนพัฒนานตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของ
นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง 271
ชมพูนุท แสงวิจิตร, วีระชัย เชื้อนแก้ว, พวงเพชร มีศิริ, จิตอาวี ชาตมินตรี, พชร วิวุฒิ, จักรวาล เรณูรส



สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 10 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ เป็นฉบับต้นปี 2566 โดยวารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความหลากหลาย อาทิเช่น บทความวิชาการเรื่อง การพยาบาล ผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า บทความวิจัยที่หลากหลายประเด็น เช่น การปฏิบัติการวัด ความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน ประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว ความรู้ความเข้าใจและความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทบาง รวมถึงการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยแม่และเด็ก เช่น การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ตามมาด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรงที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนของนักศึกษา เช่น ผลของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้ อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาล ผลของการสอนแบบใช้ผู้เชี่ยวชาญโดยประสบการณ์ ต่อการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ การพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล ปัจจัยทำนายความสามารถในการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศของนักศึกษา ซึ่งแต่ละเรื่องล้วนมีความน่าสนใจแทบทั้งสิ้น

บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลาย ๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงานและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดีรวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการและผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป พบกันใหม่ ฉบับหน้าครับผม

ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม
บรรณาธิการ



Nursing Care for People with Cognitive Impairment from Depression

Arpakorn Prewnim^{1*}

(Received August 2, 2022, Revised: October 29, 2022, Accepted: January 29, 2023)

Abstract

Increasing incidence of acute depression has resulted in an increased interest in cognitive impairment from depression, which results in an increase in mental health problems. Although many people have received treatment or therapy, problems persist in people with cognitive impairment from depression, for example, lack of concentration, memory problems. and recognition. These symptoms significantly affect daily activities, work, quality of life and risk of disease recurrence. The focus of nursing care for people with this condition is to observe symptoms and assess key features that differ from typical depression in order to lead to prompt medical care and mitigate serious consequences. This article aims to review and recommend nursing guidelines for people with cognitive impairment from depression. In this article, the critical nursing care that relies on the scientific and artistic process of nursing in order to be able to practice systematic nursing in accordance with the psychiatric nursing process, as well as the promotion of nursing care for people with degenerative brain disease using knowledge are reviewed. To promote, prevent, care, and rehabilitate people with cognitive impairment from depression to better health.

Keywords: Cognitive impairment, Depression, Nursing

* Instructor, Faculty of Nursing, Bangkok Thonburi University

¹Corresponding author:: email: arpakorn.pr@gmail.com , Tel: 0814222199



การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

อาภากร เปี้ยวนันท์^{1*}

(วันรับบทความ : 2 สิงหาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 29 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 29 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในระยะเฉียบพลันมีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีความสนใจปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น แม้หลายคนจะได้รับการรักษาหรือบำบัด แต่ยังคงพบปัญหาในผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า เช่น การขาดสมาธิ มีปัญหาด้านความจำ และการรับรู้ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน คุณภาพชีวิต และความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของโรค บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและเสนอแนะแนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า โดยจุดสำคัญของการพยาบาลผู้ที่อยู่ในภาวะนี้ คือ การสังเกตอาการ และการประเมินลักษณะสำคัญที่แตกต่างจากภาวะซึมเศร้าโดยทั่วไป เพื่อนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่ทันทั่วถึง และลดผลกระทบที่รุนแรง ผู้วิจัยได้ทบทวนการพยาบาลที่สำคัญที่ต้องอาศัยกระบวนการศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบตามกระบวนการทางการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งการส่งเสริมการพยาบาลที่ผู้ที่มีความเสื่อมของสมองโดยใช้ความรู้ในการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : เสื่อมทางปัญญา, ภาวะซึมเศร้า, การพยาบาล

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹ผู้ประสานงานกิจกรรม: email arpakorn.pr@gmail.com , Tel: 0814222199



ความรู้สึกหดหู่ หรือท้อแท้ในการดำเนินชีวิตสามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราวตามปกติในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ภาวะซึมเศร้ามีลักษณะแตกต่าง เนื่องจากเป็นอารมณ์ที่รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลกระทบต่อทุกแง่มุมชีวิต นำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม ไร้ค่าและร้ายแรงถึงการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีอัตราการเกิดมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลกระทบทางสังคมอย่างมาก มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นเรื้อรัง อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ความผิดปกติของพุทธิปัญญาหรือการรู้คิดของสมอง (Cognitive disorders) ความสนใจ (Attention) การบริหารจัดการของสมอง (Executive function) ความจำ (Memory) และความรวดเร็วในการประมวลผลของสมอง (Processing speed) (Chen, et al, 2017; Semkovska, et, al , 2019; Cai, et al., 2020) จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน และพยายามฆ่าตัวตาย 6 คนต่อชั่วโมง หรือมากกว่า 53,000 คนต่อปี และเสียชีวิตประมาณ 4,000 คน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คน จะเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คน โดยเพศหญิงมีอัตราการป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย แต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ทั้งนี้ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2022)

ภาวะซึมเศร้าจากปัญหาความเสื่อมทางปัญญามีความเกี่ยวข้องกับการทำงานทางจิตสังคมที่ไม่ดี (Rock, Rosier, Riedel, & Blackwell, 2014) ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน ความผิดหวัง ความสัมพันธ์ ความรัก และการสูญเสีย เมื่อไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้ทุกปัญหากลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้า และคิดทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งปัญหาความผิดปกติทางสุขภาพจิตมีความเด่นชัดมากกว่าทำให้ไม่สามารถเห็นปัญหา ความเสื่อมทางปัญญาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการทำงานโดยรวมของสมอง เรียกว่า "Depressive pseudo-dementia" เป็นกลุ่มอาการสมองเสื่อมจากภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาจะมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น แม้จะไม่ใช่ความรู้สึกหดหู่ (Sahin, et.al, 2017 ; Connors, Quinto, & Brodaty, 2019) ภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยเกิดอาการ pseudodementia ก่อนมีภาวะสมองเสื่อม (Pozzoli, Carlo, & Madonna, 2019) ผู้มีภาวะซึมเศร้ามักมีอาการและอาการแสดงของความเสื่อมทางปัญญา แต่อาการทางกายทำให้การประเมินและการรักษาลำบากมากขึ้น การเสื่อมทางปัญญาในภาวะซึมเศร้าไม่ได้เป็นแค่ "อาการหลอก" แต่เป็นลางบอกเหตุก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อมอย่างถาวรในอนาคต ดังนั้น การพยาบาลควรตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเสื่อมทางปัญญากับภาวะซึมเศร้า และสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับความเสื่อมทางปัญญาในระยะ prodromal ของภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ (Dua, & Grover, 2018)

ความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นหลังจากการที่บุคคลเกิดภาวะกลไกทางจิตที่นำไปสู่อาการซึมเศร้า กระบวนการคิด การเรียนรู้ อารมณ์ สมาธิ ความจำ และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้างเปลี่ยนไป ทำให้มีร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมองเกิดการเปลี่ยนแปลง มีปัญหาด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดำเนินชีวิตประจำวัน มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ การมองปัญหาหรือสิ่งแวดล้อมไปในทิศทางลบ ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถ สมาธิหรือความจำแย่ลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง



และสุดท้ายอาจเกิดอาการทางจิตหลังจากมีอาการซึมเศร้า หรือเกิดอาการทางจิตอื่นเช่น หลงผิด ประสาทหลอน และนำไปสู่ความเสื่อมของสมอง (Culpepper, Lam, & McIntyre, 2017; Ismail, et al., 2017; Perini, et al., 2019; Afzal, et al., 2021)

อาการและอาการแสดงทักษะทางปัญญา (Cognitive) ของภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่มีผลต่ออาการและอาการแสดงของความผิดปกติจากปัญหาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า คือ ความรุนแรงของความเสื่อมทางปัญญา จำนวนความผิดปกติของอารมณ์ ระยะเวลาการเกิดอาการ หรือตัวแปรทางสังคมเกี่ยวกับความแปรปรวนของระบบประสาท รวมทั้งปัจจัยภายในอื่น ๆ เช่น แรงจูงใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง ฯลฯ และปัจจัยทางพันธุกรรมที่ต่างกัน (Bora, 2016) ก่อให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์อย่างรุนแรง ความเร็วในการประมวลผล (Processing speed) ของสมองช้าลง ปัญหาความจำขณะคิด (Working memory) การรับรู้ (Perception) ความคิด (Thinking) การบริหารจัดการของสมอง (Executive function) และมีแนวโน้มปรากฏอาการทางจิต เช่น ภาวะความทุกข์ใจ (Dysphoria) ภาวะสิ้นยินดี (Anhedonia) ภาวะที่คิดว่าตัวเองมีอะไรเหนือกว่าคนอื่นทั่วไป (Grandiosity) การพูดมากและพูดเร็วจนยากแก่การจะขัดจังหวะให้หยุดพูดได้ (Pressured speech) ความคิดที่แล่นเร็วมาก (Racing thoughts) ความเสื่อมทางปัญญามีความแตกต่างกันไปตามอาการทางคลินิก เช่น อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) พูดน้อย คิดนานกว่าจะพูด (Alogia) การถอนตัวทางสังคม (Social withdrawal) มีลักษณะเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Poor medication compliance) พฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Self-injurious behavior) และการถูกทำร้ายร่างกาย (Assertiveness) (Calderón, et al., 2017; Mirza, et al., 2017; Kapoor, et al., 2017; Cambridge, et al., 2018; Ma, 2020) ในทางคลินิกสามารถแก้ไขได้โดยวิธีการวิเคราะห์ความแตกต่างตั้งแต่ระยะแรกระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) จากปัญหาความซราหรือเกิดจากภาวะหลุดเล็ดกับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive impairment) จากภาวะซึมเศร้า (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความแตกต่างระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) กับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Perini, et al, 2019)

โรคสมองเสื่อม (Dementia)	ความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Pseudodementia)
- อาการแบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual onset)	- อาการเฉียบพลัน (Sudden onset)
- ความก้าวหน้าช้า (Slow progression)	- ความก้าวหน้าเร็ว (Rapid progression)
- มีประวัติ (Patient has insight)	- ไม่มีประวัติ (Patient has no insight)
- มีภาวะ Confabulations	- ความผิดปกติของความจำ (Memory disorders)
- ความเสื่อมไม่ชัดเจน (Minimizes)	- ความเสื่อมชัดเจน (emphasizes)



ตาราง 1 ความแตกต่างระหว่างโรคสมองเสื่อม (Dementia) กับความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Perini, et al, 2019) (ต่อ)

โรคสมองเสื่อม (Dementia)	ความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า (Pseudodementia)
- พฤติกรรมสอดคล้องกับความเสื่อม - เกิดความล้มเหลวในการตอบสนองบ่อยครั้ง - อาการผิดปกติมักเกิดในเวลากลางคืน - ลักษณะอาการไม่สอดคล้อง (Incongruous mood) - มักไม่เกิดกลุ่มอาการ Vegetative - ไม่ค่อยพบในผู้ที่มีประวัติจิตเวช - มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายต่ำ	- พฤติกรรมไม่สอดคล้องกับความเสื่อม - การตอบสนองไม่ชัดเจน (Non-specific answers) - ช่วงเวลาไม่มีผลต่ออาการ - มีอารมณ์ซึมเศร้า (Depressed mood) - มักเกิดกลุ่มอาการ Vegetative - มักพบในผู้ที่มีประวัติจิตเวช - มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

ความเสื่อมทางปัญญาไม่ได้เกิดจากโรคหรืออาการเฉพาะ ไม่จำกัดกลุ่มอายุ แต่เกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง (Rock, Roiser, Riedel, & Blackwell, 2014; Roca, Vives, López-Navarro, García-Campayo, & Gili, 2015; Vives, López-Navarro, García-Campayo, & Gili, 2015; Zacková, Jáni, Brázdil, Nikolova, & Marečková, 2021) จำแนกออกเป็นปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล : โครงสร้างของสมอง อายุ ประวัติครอบครัว พันธุกรรม (ความผิดปกติของอารมณ์ การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว) ระดับการศึกษา ระดับสติปัญญา การบาดเจ็บของสมองและความพิการ การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea) การสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชหรือสารพิษ ยาเสพติด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ไม่ออกกำลังกาย การเดินช้า (Slow gait) อาหารที่รับประทาน การลดน้ำหนักอย่างรวดเร็ว (Rapid weight loss) การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic) เช่น การติดเชื้อในร่างกาย อัลไซเมอร์ ซึมเศร้า พาร์กินสัน หัวใจ เบาหวาน และหลอดเลือดสมอง

2. ปัจจัยชีวภาพ : การเสื่อมสลายเซลล์ประสาทของสมองบริเวณส่วนหน้าและส่วนขมับ (Frontotemporal dementia) โรคปลอกประสาทเสื่อม (Multiple sclerosis) และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค (Multimorbidity) หรือผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาปัญหาทางสุขภาพบางชนิด และการขาดวิตามิน B12

3. ปัจจัยด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม : ภาวะเจ็บป่วยที่สามารถทำให้เกิดการเสียชีวิต ภาวะโดดเดี่ยวในสังคมหรือการมีปัญหาในการเข้าสังคม ความเครียด (เช่น การมีโรคประจำตัว ปัญหาการหย่าร้าง หรือปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว) ภาวะบาดเจ็บหรือการถูกล่วงละเมิดในวัยเด็ก ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระยะยาวจากการที่สมองสั่งการให้จัดการกับความกลัวและความเครียด



เครื่องมือ/การประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

การประเมินและป้องกันการเสื่อมทางปัญญา (Assessing and preventing cognitive impairment) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive functioning) มี 12 ส่วน คือ สมาธิ (Attention) ความสนใจ (Concentration) สติปัญญา (Intelligence) การตัดสินใจ (Judgment) ความสามารถในการเรียนรู้ (Learning ability) ความจำ (Memory) การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) การรับรู้ (Perception) การแก้ปัญหา (Problem solving) ความสามารถของจิต (Psychomotor ability) ปฏิกริยาตอบสนอง (Reaction time) และความสมบูรณ์ของ สังคม (Social intactness) (Elwood, 2001 ; Fisher, Stachowski, Infurna, Faul, Grosch, & Tetrack, 2014) แต่ปัจจุบันยังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าทั้ง 12 ส่วน และไม่มีเครื่องมือเพื่อวัดหรือประเมินโดยเฉพาะ แต่จะเป็นการประเมินในลักษณะการผสมผสานระหว่างเครื่องมือ เช่น

1. การประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ (6 item cognitive impairment test: 6CIT) ที่พัฒนาโดยบรู๊ค และบัลลอค (Brooke & Bullock, 1999) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยสุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ (2563)

2. แบบประเมินสมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog ฉบับภาษาไทย) ของบอร์สัน และคณะ (Borson, et al., 2000) ร่วมกับแบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3. แบบประเมินสมรรถภาพทางสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของกรมสุขภาพจิต เป็นแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำงานที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไทย

4. แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) เป็นเครื่องมือคัดกรองอย่างรวดเร็วสำหรับภาวะสมองเสื่อมระยะแรกเริ่ม โดยประกอบด้วยโจทย์ (Tasks) สั้น ๆ ที่สามารถประเมินหน้าที่ในการทำงานของสมองด้านต่าง ๆ ได้แก่ ความตั้งใจ (Attention) สมาธิ (Concentration) การบริหารจัดการ (Executive Function) ความจำ (Memory) ภาษา (Language) มิติสัมพันธ์ (Visuoconstruction) ความคิดรวบยอด (Conceptual Thinking) การคิดคำนวณ (Calculation) และการรับรู้สภาวะรอบตัว (Orientation)

ในอนาคตคาดว่าจะมีการพัฒนาแบบประเมินที่ถูกใช้เพื่อการประเมินความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะ

แนวทางการบำบัดรักษาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า

1. การรักษาโดยใช้ยา (Pharmacotherapy) ผู้ป่วยหลายคนตอบสนองต่อการรักษาด้วยยากล่อมประสาทได้ดี ดังนั้น ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการวิจัยทางเภสัชวิทยาได้มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาที่สามารถรักษาทั้งอาการซึมเศร้าและการทำงานของสมองด้วย แต่ยาที่ใช้ในการรักษาจะออกฤทธิ์ค่อนข้างช้า ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 2-3 สัปดาห์ จึงสามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลง หรือมีอาการมึนงงแจ่มใสขึ้น ส่วนใหญ่การใช้ยาต้อง



ใช้เวลานาน 4-6 สัปดาห์ ยาจะออกฤทธิ์และแสดงผลได้เต็มที่ แต่ยาจะไม่ทำให้เกิดการเสพติด สามารถหยุดรับประทานยาได้เมื่อเริ่มเข้าสู่ภาวะปกติ ยารักษาโรคซึมเศร้าทุกตัวมีคำแนะนำสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ว่า ในช่วงแรกของการรักษา คือ ยาอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย และเปลี่ยนพฤติกรรมในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่อายุ 18-24 ปี แต่เมื่ออายุตั้งแต่ 24 ปี ไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว ในขณะที่ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปี พบความเสี่ยงลดลง ตัวอย่างการรักษาโดยการให้ยา เช่น

1.1 ยากลุ่มต้านเศร้าเอสเอสอาร์ไอ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors: SRI) เป็นกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าที่ออกฤทธิ์ช่วยเพิ่มระดับสารเซโรโทนิน (Serotonin) ในสมอง เป็นยาที่ค่อนข้างปลอดภัยและมักไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยารักษาโรคซึมเศร้าชนิดอื่น โดยนำมาใช้บรรเทาอาการซึมเศร้าหรืออาจใช้รักษาโรคอื่น ๆ เช่น โรควิตกกังวล โรคแพนิค และภาวะไฟโบรมัยอัลเจีย เป็นต้น แต่ผู้ที่เริ่มการรักษาด้วยยาต้านอาการซึมเศร้าควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการซึมเศร้าว่าแย่ลง มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Perini, et al, 2019)

1.2 ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinesterase Drug) เป็นยาต้านแอซิติลโคลีนเอสเตอเรส (Acetylcholinesterase Inhibitor: AChEI) เป็นสารเคมีที่มีหน้าที่ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในสมองที่ชื่อว่า อะซิติลโคลีนเอสเตอเรสเอนไซม์ (Acetylcholinesterase Enzyme) ที่ควบคุมให้สารสื่อประสาทในสมองออกฤทธิ์ สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมบางชนิดได้ ซึ่งจะได้ผลดีเมื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการระยะแรก ๆ แต่ยานี้ไม่ได้ทำให้โรคนี้หายขาด ทำได้เพียงชะลอการดำเนินของโรคไม่ให้เปลี่ยนแปลงเร็ว (Pohanka, 2012; Marucci, Buccioni, Dal Ben, Lambertucci, Volpini, & Amenta, 2021)

2. การบำบัดทางจิต (Psychotherapy) การรักษาความเสื่อมทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าโดยไม่ใช้ยาสามารถทำได้ด้วยการเปลี่ยนกระบวนการคิดและพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อยับยั้งความเสื่อมทางปัญญาที่จะเพิ่มขึ้น ดังนั้น การใช้จิตบำบัดหรือการบำบัดด้วยการสนทนา เพื่อช่วยให้รับมือกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้เทคนิคสะท้อนคิด (Reflective practice technique) ถึงปัญหาที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า กระบวนการคิดไตร่ตรองทวนสอบ (Reflective Thinking) พิจารณาสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างรอบคอบ โดยใช้สติและสมาธิ เพื่อหาความคิดหรือความเชื่อในทางลบ หรือคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงที่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และรู้สึกหมดหนทางในการแก้ไขปัญหา ต้องสร้างภูมิคุ้มกันในการเผชิญ หรือรับมือกับความเครียด และปัญหาที่จะเกิดขึ้น กระตุ้นความเชื่อทางบวก พัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ร่วมวางแผนการดูแลตนเอง สร้างเป้าหมายชีวิต กำหนดเป็นเป้าหมายระยะสั้น กลาง และยาว ให้สามารถควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้ เข้าใจเหตุการณ์ที่เจ็บปวดในอดีต ทั้งความอ่อนแอและความต้องการทางจิตใจ เป็นสิ่งที่ต้องตระหนักเป็นลำดับแรกในการบำบัดทางจิต (Antczak, et.al.,2018) แต่การทำจิตบำบัดเพียงอย่างเดียวเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยถึงปานกลาง แต่อาจไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในขั้นรุนแรง

3. การบำบัดด้วยการช็อตไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) โดยปล่อยกระแสไฟฟ้าผ่านสมองขณะดมยาสลบ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสมดุลเคมีในสมอง กระทำในช่วงเวลาสั้นๆ ควบคุมโดยส่งผลต่อเซลล์



ประสาทและสารเคมีในสมอง ส่วนใหญ่ต้องรักษา 4-6 ครั้ง จึงจะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การบำบัดนี้ถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วยกว่า 1 แสนคนต่อปี ให้ผลการรักษาที่ดีมากสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง ถึงแม้ว่าวิธีบำบัดแบบนี้จะทำงานได้อย่างรวดเร็ว และทำให้ผู้ได้รับการรักษารู้สึกดีขึ้นได้มาก แต่หลายครั้งกลับพบว่า ผลจากการรักษาจะคงอยู่ได้ไม่นาน และไม่สามารถช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ และอาจมีผลข้างเคียง คือ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ สับสน ทำให้สูญเสียความทรงจำระยะสั้นได้ และอาจเกิดความจำเสื่อม แต่หลักการของวิธีการบำบัดถูกนำไปพัฒนาต่อ ทำให้เกิดเทคโนโลยีอื่น ๆ

4. การกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic stimulation: TMS) เป็นอีกทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองจากการทานยาแก้ซึมเศร้า โดยการเหนี่ยวนำคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าจากสนามแม่เหล็กมากระตุ้นเซลล์ประสาทบรรเทาอาการซึมเศร้า ภาวะปวดศีรษะ กระตุ้นความจำ (Zhang, et al., 2016; Antczak, et.al., 2018) โดยไม่ต้องดมยาสลบและไม่เจ็บปวด ใช้เวลาในการรักษา 30-60 นาที เน้นไปที่บริเวณสมองที่เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ สามารถลดอาการได้ร้อยละ 50 และทำให้อาการหายขาดได้ร้อยละ 40 (Carpenter, et. al., 2012) การกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็ก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

4.1 การกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้ากระแสตรงผ่านกะโหลกศีรษะ (Transcranial direct current stimulation; tDCS) กระตุ้นต่อสมองส่วนต่าง ๆ เป็นบริเวณกว้างและไม่เฉพาะเจาะจง

4.2 การกระตุ้นซ้ำด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านกะโหลกศีรษะ (Repetitive transcranial magnetic stimulation; rTMS) กระตุ้นที่ส่งผลต่อสมองเฉพาะบริเวณที่ได้รับการกระตุ้นเป็นบริเวณแคบ

การกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็กอาจมีผลข้างเคียง คือ กล้ามเนื้อใบหน้ากระตุก ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และมีภาวะชัก (ถ้าเคยมีประวัติชักมาก่อน)

5. การกระตุ้นการชักด้วยสนามแม่เหล็ก (Magnetic Stimulation Therapy: MST) อาศัยพลังงานแม่เหล็กแรงสูงกระตุ้นให้เกิดการชักเหมือนการทำช็อตไฟฟ้า แต่วิธีนี้สามารถโฟกัสสนามแม่เหล็กให้บำบัดในพื้นที่ที่เจาะจงของสมองได้ ทำให้ไม่มีข้างเคียงเหมือนการทำช็อตไฟฟ้า (Cretaz, Brunoni, & Lafer, 2015)

6.การกระตุ้นเส้นประสาทวากัส (Vagus nerve stimulation: VNS) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการทำช็อตไฟฟ้าหรือการกระตุ้นสมองด้วยแม่เหล็ก จะใช้อุปกรณ์ฝังที่หน้าอกด้านซ้ายเพื่อกระตุ้นเส้นประสาทVagus (เส้นประสาทคู่ที่ 10) ที่ทำหน้าที่ส่งกระแสประสาทอย่างอ่อนไปสมองที่ควบคุมอารมณ์และการนอนหลับด้วยสัญญาณไฟฟ้า เพื่อสร้างจังหวะให้กับสมอง มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ตัวกำเนิดสัญญาณจะถูกตั้งโปรแกรมโดยแพทย์ผู้ดูแลให้ส่งสัญญาณการกระตุ้นโดยอัตโนมัติตาม Parameter ที่เหมาะสม และช่วยกระตุ้นการทำงานของ neurotransmitters เช่น serotonin และ norepinephrine ด้วย แต่อาจมีผลข้างเคียง คือ ปัญหาเกี่ยวกับช่องปาก การกลืน ความเจ็บปวด การไอ ปวดคอ และปัญหาระบบทางเดินหายใจในระหว่างการออกกำลังกาย (Howland, 2014)

7. การรับประทานอาหารเสริม สำหรับบางราย ควรได้รับอาหารเสริมประเภทวิตามิน เนื่องจากการขาดวิตามินหลายชนิดอาจมีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น วิตามินบีรวม (Vitamin B complex) ประกอบด้วย B1 (Thiamine), B2 (Riboflavin), B3 (Niacin), B5 (Pantothenic acid) B6 (Pyridoxine), B7 (Biotin), B12



(Cobalamin) และ กรดโฟลิก (Folic acid) วิตามิน C (Vitamin C หรือ Ascorbic acid) วิตามิน D และแร่ธาตุบางชนิด เช่น แมกนีเซียม แคลเซียม ซิงค์ เหล็ก แมงกานีส และโพแทสเซียม (Parker, Brotchie, & Graham, 2017; Pullar, Carr, Bozonet, & Vissers, 2018)

การพยาบาลผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญา (Cognitive Impairment) จากภาวะซึมเศร้า

การส่งเสริมและฟื้นฟูทักษะทางปัญญา (Cognitive) เป็นเป้าหมายสำคัญในการเริ่มต้นของการรักษา ซึ่งมีความแตกต่างเป็นรายบุคคล โดยเน้นอาการแสดง อาการทางคลินิกและการตอบสนองต่อการรักษา ส่งผลต่อความสามารถในการพยากรณ์ประสิทธิภาพการตอบสนองต่อการรักษาและการวางแผนการรักษา (Miskowiak, Ott, Petersen, & Kessing, 2016; Yager, & Feinstein, 2017) การปฏิบัติการพยาบาลต้องสอดคล้องกับความรู้แรงของโรคซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม ควรดำเนินการตามกระบวนการทางการพยาบาลจิตเวช (Psychiatric nursing process) เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ (Varcarolis, 2014; Ackley, Ladwig, & Makic, 2016)

1. การรวบรวมข้อมูล (Assessment) ข้อมูลจากครอบครัว (Inform family) การติดต่อสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวของผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาเป็นการบำบัดที่ดีที่สุด ทำให้ทราบข้อมูลและเกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแล การที่ครอบครัวและผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วมในการพยาบาลและทราบอาการปัจจุบัน สามารถอำนวยความสะดวกในการดูแลหรือพยาบาล บรรเทาอาการ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และให้ข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับกระบวนการรู้คิดและปัญหาด้านความจำ

พยาบาลต้องทบทวนและเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ค้นหาสาเหตุหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพและรูปแบบการปรับตัวที่บกพร่อง เพื่อพัฒนาแนวทางการรักษาหรือบำบัดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ต้องทำหน้าที่ดูแลต้องใส่ใจกับการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ติดตามอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการและอาการแสดง ให้การพยาบาลที่เหมาะสมตลอดเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่าข้อมูลทางด้านชีวจิตสังคม (Biopsychosocial assessment) ถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการประเมินและป้องกันการเสื่อมทางปัญญา (Assessing and preventing cognitive impairment) เกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive functioning) ทั้ง 12 ส่วน

2. การวิเคราะห์หรือวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing analysis or nursing diagnosis) พยาบาลต้องนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์และประมวลเป็นปัญหาทางการพยาบาล อธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นปัจจุบันหรืออาจเกิดขึ้นในอนาคต ภาวะสุขภาพของผู้ที่มีความเสื่อมทางปัญญาที่สะท้อนถึงการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ จิตวิญญาณ หรือกระบวนการทางเพศ พยาบาลต้องเข้าใจความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ (Basic human needs) ตามทฤษฎีของ Maslow เพื่อให้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ช่วยให้สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างอิสระและเหมาะสม



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญามีการปรับเปลี่ยนได้เรื่อย ๆ ในระหว่างการรักษา ควรนำข้อมูลที่รวบรวมมาได้เปรียบเทียบและตรวจสอบกับลักษณะทั่วไปและความต้องการส่วนบุคคล เช่น ความสามารถส่วนบุคคลในด้านการช่วยให้ตนเองได้รับความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการคงอยู่ของชีวิต (Basic biological needs) ความสามารถในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามหน้าที่ทั่วไปด้วยตนเอง และความสามารถในการจัดการตนเองให้ดำเนินชีวิตตามสภาพสังคม (Social qualities of man)

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing planning) พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาแต่ละราย ให้การดูแลในสิ่งที่จำเป็น สนับสนุนให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น รวมทั้งตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และองค์ประกอบอื่น ๆ อย่างละเอียด แม้ไม่สามารถใช้เทคนิคการรักษาที่ซับซ้อนได้ แต่สามารถผนวกหลักการสำคัญเข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล การเอาใจใส่ และเห็นอกเห็นใจ นอกจากนี้ ทักษะการสื่อสารและสัมผัสพิเศษ (Sixth sense) เกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในการช่วยเหลือ การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก พุดคุย และแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึก สามารถช่วยสร้างสายสัมพันธ์ทางบวกในฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ เช่น การดูแลการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล (Orientation) การดูแลกิจวัตรสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การขับถ่าย การดูแลเรื่องโภชนาการและการนอนหลับ เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่สมดุลและออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และการนอนหลับอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยเรื้อรังและปรับปรุงการทำงานของสมอง การดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อม (Environment) ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความทุกข์ของผู้ป่วย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดิม ๆ ที่เป็นปัญหา เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นอาการทางสุขภาพจิต ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีของการรักษาจึงควรมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การกำหนดกิจกรรมบำบัดหรือโปรแกรมการบำบัดโดยไม่ใช้ยา การบำบัด (Therapeutics) การวิเคราะห์ผลกระทบการทำงานทางพุทธิปัญญาของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา เช่น การรักษาโดยการฝึกสมาธิร่วมกับการใช้ยา เช่น การบริหารจัดการของสมอง การฝึกสมาธิที่บ้านเพื่อเพิ่มความสามารถด้านการมีสมาธิ และลดการกระตุ้นหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดการกระตุ้น และสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติ

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing intervention or implementations) พยาบาลมีภารกิจหลัก หรือหน้าที่ และบทบาทที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแล ฟื้นฟู และส่งเสริมเพื่อให้สุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญามีอาการที่ดีขึ้น การพยาบาลในระยะแรกมักเป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป แต่เมื่อสามารถรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยได้มากขึ้น แนวทางการดูแลจะเริ่มมีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นประสานงานกับบุคลากรหลายฝ่ายเกี่ยวข้องโดยมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน คือ การช่วยเหลือและให้การรักษามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่น่าพึงพอใจ การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยทางจิต วิธีการเผชิญกับปัญหา การจัดการกับปัญหาส่วนตัวต่าง ๆ การดูแลสุขภาพร่างกาย การรักษาต่าง ๆ ทางจิตเวช และการพัฒนาทักษะทางสังคม อาจอยู่ในรูปแบบการจัดกิจกรรมด้านความรู้ทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะสาเหตุการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต การดำเนินของโรค และผลกระทบต่าง ๆ โดยนำบุคคลพร้อมแหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และควร



บันทึกความก้าวหน้าของการปฏิบัติการพยาบาล แนวทางการพยาบาลผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้า ตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาล (Suvanayos, & Thapinta, 2018: Kansri, Tathong, Yodthongde, & Pichaipact, 2019: Puengsema, 2020) เช่น

4.1 การให้คำปรึกษา (Counselling) เป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน พยาบาลให้บริการใกล้ชิดกับผู้รับบริการและญาติ เป็นวิชาชีพที่ต้องรับฟังเรื่องราว และปัญหาของผู้รับบริการและญาติ รวมทั้งเป็นผู้จัดการเพื่อให้ได้รับบริการทางสุขภาพตามขั้นตอนจนครบบริบูรณ์ การให้คำปรึกษาปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ หดยุติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ แก้ปัญหาตลอดจนปรับปรุงพฤติกรรมหรือสามารถพัฒนาตนเอง มีการให้แรงเสริมทางบวก และการส่งเสริมการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยมีระยะเวลาการให้คำปรึกษาปรับความคิดและพฤติกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือมากกว่าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ครั้งละ 50-60 นาที จำนวน 6-10 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการเกิดปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดจากความคิดบิดเบือนทางลบ มีการตกลงวิธีการในการให้คำปรึกษา มีการเลือกเป้าหมายในการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง เลือกวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทดลองทำกิจกรรม มีการทำการบ้าน การให้ข้อมูลย้อนกลับในการให้การศึกษาแต่ละครั้ง เพื่อปรับการให้การศึกษาครั้งต่อไป (Thapinta, 2015)

4.2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu therapy) ส่งเสริมให้เกิดผลดีในการดูแลรักษา พยาบาลต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย ตลอดจนสร้างปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลอื่น

4.3 ส่งเสริมให้ดูแลกิจวัตรประจำวันตนเอง (Promotion of self-care activities of daily living) การกระตุ้นความสามารถ ให้กำลังใจ และส่งเสริมให้สามารถช่วยเหลือตัวเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และขับถ่าย เพื่อไม่ให้พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ตลอดจนฝึกทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น การใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

4.4 การดูแลผู้ป่วยทางจิตชีวภาพ (Psychobiological intervention) ทำหน้าที่บริหารยา ประเมินประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียงของยา ช่วยเหลือและประเมินการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย นอกจากนี้ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคนิคคลายเครียด (Relaxation techniques) ได้อย่างเหมาะสม

4.5 การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ (Health teaching) สอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของโรค วิธีจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ ผลข้างเคียง วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียง วิธีปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ และสอนทักษะการเผชิญปัญหาและการจัดการกับปัญหา

4.6 การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (Case management) เป็นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพ มีการประเมินผู้ป่วย ร่วมกันวางแผน ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามและประเมินผลการพยาบาล และการดูแลช่วยเหลือให้ตรงตามความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีระบบการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4.7 ส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Health promotion and health maintenance) ส่งเสริมหรือป้องกันโดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การวินิจฉัย



เพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอนเกี่ยวกับสุขภาพ ป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการดูแลกลุ่มเสี่ยง พยาบาลต้องมีความรู้และสามารถบริหารจัดการโปรแกรมบำบัดต่าง ๆ

4.8 การบำบัดทางปัญญา (Cognitive therapy) เป็นกระบวนการบำบัดที่มุ่งเน้นการปรับความคิดทางลบให้เป็นไปในทางบวก เนื่องจากมีความเชื่อว่าความเชื่อของปัญญาส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า แล้วเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ ดังนั้นการปรับความคิดด้านลบจะสามารถช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง แล้วจะลดความเครียดทางปัญญาได้

5. การประเมินผลการพยาบาล (Nursing evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญ เพื่อตรวจสอบประเมินผลและข้อบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาล ควรนำผลการประเมินมาปรับปรุง และแก้ไขข้อผิดพลาด หรือพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เปรียบเทียบว่าหลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลแล้ว ผลที่ได้รับเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ดังนี้

5.1 การประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) ประเมินผลในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล วิเคราะห์พฤติกรรมตอบสนอง ประเมินความก้าวหน้า อาการที่ดีขึ้นหรือพัฒนาการที่ดีขึ้นของผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา หรือแนวทางที่สังคมยอมรับ ซึ่งเป็นผลจากแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่นำไปใช้กับผู้ป่วย ผลของการประเมินขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการพยาบาล พิจารณาได้จากความถูกต้องและเพียงพอของข้อมูลที่รวบรวม ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และความเหมาะสมของเป้าหมายหรือเกณฑ์ประเมินผล

5.2 การประเมินเมื่อสิ้นสุด (Summative evaluation) เป็นการสรุปการดูแลของพยาบาล ประเมินจากผลการปฏิบัติงานของพยาบาล (Self-evaluation) ตามแผนการพยาบาล ประเมินว่ามีขั้นตอนใดที่เกิดปัญหาหรืออุปสรรค ผู้ปฏิบัติงานหรือพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องหรือสอดคล้องกับสหวิชาชีพ ต้องใช้ข้อมูลจากการประเมินแบบการประเมินความก้าวหน้า (Formative evaluation) มาใช้ร่วมด้วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมในอนาคตแก่ที่มีความเสี่ยงทางปัญญา จะเป็นประโยชน์มากในกรณีการวางแผนสิ้นสุดการให้การพยาบาล และเป็นแนวทางให้สามารถช่วยดูแลให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องกับผู้ป่วยต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมด พบข้อสรุปแนวทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ภาวะเสี่ยงของสมองที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าเป็นอาการของผู้ป่วยที่ต้องใช้การสังเกตทั้งจากผู้ป่วยเอง ผู้ใกล้ชิด และบุคลากรทางการแพทย์ เพราะอาการที่แสดงออกนั้น บางครั้งอาจไม่มีความชัดเจน ผู้ใกล้ชิด และผู้ดูแลต้องให้ความสนใจ และระมัดระวังอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยเฉพาะความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจ อันส่งผลกระทบกระเทือนทางจิตใจของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่ง “การป้องกันดีกว่าการแก้ไข”

บทสรุป

ความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา แต่ต้องอาศัยทักษะการสังเกต จึงสามารถการวินิจฉัยและพยากรณ์โรคได้ดีความเสี่ยงทางปัญญาเป็นความบกพร่องของสมองในหลายๆ ด้าน เช่น



ด้านภาษา (วจนภาษาและอวัจนภาษา) ความจำระยะสั้น การประมวลผลภาพ การได้ยิน การแก้ปัญหา ความเร็วในการประมวลผลและการสั่งการของสมอง ความเสื่อมเหล่านี้เป็นปัญหาหลักของการทำงานของสมอง โดยเกิดอาการเฉียบพลัน ความสามารถในการคิดหรือมีสมาธิลดลง มีความผิดปกติของพุทธิปัญญา แรงจูงใจ ความเมื่อยล้า นอนไม่หลับและอารมณ์แปรปรวน การตอบสนองที่ผิดปกติต่อความคิดเห็นเชิงลบและการตัดสินใจ ดังนั้น พยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัว จึงต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลที่ศึกษา รวมทั้งการให้คำปรึกษาทางการพยาบาลเชิงจิตวิทยาแก่ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในวงกว้าง พฤติกรรมบริการตามกระบวนการทางการพยาบาล ซึ่งผลต่อประสิทธิภาพการลดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ในอนาคต ผู้เขียนมีความคาดหวังว่าจะเกิดหน่วยงานหรือโครงการที่คัดกรอง สนับสนุน ให้การป้องกัน พันฟู และให้ความช่วยเหลือหรือให้การพยาบาลกับผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาจากภาวะซึมเศร้าอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายในการวางแผนการพยาบาลที่มีความสอดคล้องกับระดับของความเสี่ยงทางปัญญา เพื่อให้ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง เหมาะสม ช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงทางปัญญาและครอบครัวปรับปรุงสุขภาพของร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งคุณภาพชีวิต สามารถจัดการกับสถานการณ์ในปัจจุบัน กระตุ้นให้มีการตอบสนองตามความต้องการทางจิตวิทยา รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- Ackley, B.J., Ladwig, G.B. & Makic, M.B. (2016). *Nursing Diagnosis Handbook: A Guide for Planning Care*. 11th ed. United States: Mosby.
- Afzal, A., Batool, Z., Sadir, S., Liaquat, L., Shahzad, S., Tabassum, S., Ahmad, S., Kamil, N., Perveen, T. & Haider, S. (2021). Therapeutic potential of curcumin in reversing the depression and associated pseudodementia via modulating stress hormone, hippocampal neurotransmitters, and BDNF levels in rats. *Neurochemical Research*, 46(12), 3273-3285.
- Antczak, J., et.al. (2018). Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of cognitive impairment in frontotemporal dementia: an open-label pilot study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14(1), 749-755.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S153213>
- Aree-Ue, S. & Youngcharoen, P. (2020). The 6 Item cognitive function test-Thai version: psychometric property testing. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(2), 188-202.
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(10), 424-33. doi: 10.1111/pcn.12410.



- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021-1027.
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validation of a 6-item cognitive impairment test with a view to primary care usage. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936-940.
- Cai, M., yun Hu, J., bei Liu, B., jing Li, J., Li, F., & Lou, S. (2020). The molecular mechanisms of excessive hippocampal endoplasmic reticulum stress depressing cognition-related proteins expression and the regulatory effects of Nrf2. *Neuroscience*, 431, 152-165.
- Cambridge, O. R., Knight, M. J., Mills, N., & Baune, B. T. (2018). The clinical relationship between cognitive impairment and psychosocial functioning in major depressive disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 269, 157-171.
- Chen, L. Y., Renn, T. Y., Liao, W. C., Mai, F. D., Ho, Y. J., Hsiao, G., Lee, A. W., & Chang, H. M. (2017). Melatonin successfully rescues hippocampal bioenergetics and improves cognitive function following drug intoxication by promoting Nrf2-ARE signaling activity. *Journal of Pineal Research*, 63(2), e12417.
- Connors, M. H., Quinto, L., & Brodaty, H. (2019). Longitudinal outcomes of patients with pseudodementia: a systematic review. *Psychological medicine*, 49(5), 727-737.
- Cretaz, E., Brunoni, A. R., & Lafer, B. (2015). Magnetic Seizure Therapy for Unipolar and Bipolar Depression: A Systematic Review. *Neural plasticity*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/521398>
- Culpepper, L., Lam, R. W., & McIntyre, R. S. (2017). Cognitive impairment in patients with depression: awareness, assessment, and management. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9), 3185.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2021. Bangkok: Lamom.
- Dua, D., & Grover, S. (2018). Don't forget me: Pseudodementia associated with depression. *Journal of Geriatric Mental Health*, 5(2), 159.
- Elwood, R. W. (2001). MicroCog: assessment of cognitive functioning. *Neuropsychology review*, 11(2), 89-100.
- Fisher, G. G., Stachowski, A., Infurna, F. J., Faul, J. D., Grosch, J., & Tetrack, L. E. (2014). Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(2), 231.



- Howland, R.H. (2014). Vagus Nerve Stimulation. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 1(2), 64–73. <https://doi.org/10.1007/s40473-014-0010-5>
- Kansri, J., Tathong, B., Yodthongde, N. & Pichaipact, R. (2019). Nurses' roles on caring of depressed older people with cognitive impairment. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(1), 142-157.
- Kozicky, J.M., Torres I.J., Silveira, L.E., Bond, D.J., Lam, R.W. & Yatham, L.N. (2014). Cognitive change in the year after a first manic episode: association between clinical outcome and cognitive performance early in the course of bipolar I disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), e587-93. doi:10.4088/JCP.13m08928.
- Ma, L. (2020). Depression, anxiety, and apathy in mild cognitive impairment: current perspectives. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 9.
- Marucci, G., Buccioni, M., Dal Ben, D., Lambertucci, C., Volpini, R., & Amenta, F. (2021). Efficacy of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. *Neuropharmacology*, 190, 108352.
- Mirza, S. S., Ikram, M. A., Bos, D., Mihaescu, R., Hofman, A., & Tiemeier, H. (2017). Mild cognitive impairment and risk of depression and anxiety: A population-based study. *Alzheimer's & Dementia*, 13(2), 130-139.
- Miskowiak, K.W., Ott, C.V., Petersen, J.Z. & Kessing, L.V. (2016). Systematic review of randomized controlled trials of candidate treatments for cognitive impairment in depression and methodological challenges in the field. *Eur Neuropsychopharmacol.*; 26(12), 1845–1867. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.09.641
- Parker, G. B., Brotchie, H., & Graham, R. K. (2017). Vitamin D and depression. *Journal of Affective Disorders*, 208, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.082>
- Perini, G., Ramusino, M. C., Sinforiani, E., Bernini, S., Petrachi, R., & Costa, A. (2019). Cognitive impairment in depression: recent advances and novel treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 1249-1258.
- Pohanka, M. (2012). Acetylcholinesterase inhibitors: a patent review (2008–present). *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 22(8), 871-886.
- Pozzoli, S., Carlo, V. D., & Madonna, D. (2019). Depression, dementia, and pseudodementia. In *Clinical cases in psychiatry: integrating translational neuroscience approaches* (pp. 171-188). Springer, Cham.
- Puengsema, R. (2020). Nursing role in caring for persons with dementia. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 15-24.



- Pullar, J.M., Carr, A.C., Bozonet, S.M. & Vissers, M. (2018). High Vitamin C Status Is Associated with Elevated Mood in Male Tertiary Students. *Antioxidants* (Basel, Switzerland), 7(7), 91.
<https://doi.org/10.3390/antiox7070091>
- Roca, M., Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: A critical review. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 43(5), 187-193.
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>
- Sahin, S., Önal, T. O., Cinar, N., Bozdemir, M., Cubuk, R., & Karsidag, S. (2017). Distinguishing depressive pseudodementia from Alzheimer disease: a comparative study of hippocampal volumetry and cognitive tests. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(2), 230-239.
- Semkovska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knitte, H., Ahern, E. & Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 851-861.
- Suvanayos, C. & Thapinta, D. (2018). Role of nurse in decrease caregiving burden with dementia patients. *Nursing Journal*, 45(4), 229-239.
- Thapinta, D. (2015). Cognitive Behavior Counseling. *Nursing Journal*, 42 (Supplement), 205-213.
- Varcarolis, E. M. (2014). *Manual of Psychiatric Nursing Care Planning-E-Book: Assessment Guides, Diagnoses, Psychopharmacology*. Elsevier Health Sciences.
- Vives, M., López-Navarro, E., García-Campayo, J., & Gili, M. (2015). Cognitive impairments and depression: a critical review. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 187-193.
- Yager, J. & Feinstein, R. E. (2017). Potential applications of the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC) to Clinical psychiatric practice: how RDoC might be used in assessment, diagnostic processes, case formulation, treatment planning, and clinical notes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(4), 423-32. doi: 10.4088/JCP.15nr10476.
- Zacková, L., Jáni, M., Brázdil, M., Nikolova, Y. S., & Marečková, K. (2021). Cognitive impairment and depression: Meta-analysis of structural magnetic resonance imaging studies. *NeuroImage: Clinical*, 32, 102830.
- Zhang, K., et al. (2016). Molecular, functional, and structural imaging of major depressive disorder. *Neurosci Bull*, 32(3), 273–285. doi: 10.1007/s12264-016-0030-0



Self-Monitoring Home Blood Pressure in a High-Risk Group of Hypertension in Baan Dai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province

Wipada Promsorn^{1*}, Wilawan Tuanrat^{**}, Sivaporn Aungwattana^{**}

(Received June 20, 2022, Revised: July 19, 2022, Accepted: December 20, 2022)

Abstract

Hypertension risk groups are those who have a higher probability of hypertension in the future, and who therefore need to monitor their blood pressure readings on a regular basis. This descriptive research aimed to study the Self-Monitoring Home Blood Pressure in a High-Risk Group of Hypertension in Baan Dai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province. Purposive sampling of 30 individuals, in high-risk groups of hypertension aged 35 years and over (11 male and 19 female) resulted in data collected between June 2021 and July 2021. The tools used in this study consisted of the tools used to conduct the research: 1) a Handbook for Self-Monitoring Home Blood Pressure of Baan Dai Sub-District, 2) a Personal Health Guidelines book, and 3) an Automatic Blood Pressure Monitor; and the data-gathering instruments for observational Self-Monitoring Home Blood Pressure consisting of 3 parts: 1) a General Data questionnaire, 2) observation of Self-Monitoring Home Blood Pressure, and 3) suggestions. CVI = 1, Interrater Reliability = 1, an automatic blood pressure monitors were checked for accuracy against mercury blood pressure monitors. Descriptive statistics were used to analyze quantitative data, qualitative data were used to categorize the data.

The results of the study found that most of the samples, 86.67%, were able to perform their own blood pressure measurement at home correctly in all 3 steps (step 1 the practice, step 2 manually recording, and step 3 self-reporting). It was also found that a sample of 4 older people was unable to perform their own blood pressure measurements correctly for any of the three procedures (13.33%). In two categories, there were positive recommendations for Self-Monitoring Home Blood Pressure: it allowed people to know their current blood pressure level. There are also steps that are simple to follow. Developmental proposals have been found that the participating family members can help the high-risk groups measure their blood pressure. Should be extended to people in the region who are at high risk of hypertension, and family members should assist the elderly.

Keywords: High-risk group of hypertension; Home blood pressure; Self-monitoring home blood pressure

*Student, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ Corresponding author email: wipada_789168@gmail.com Tel. 063-8236641



การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ในตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิภาดา พรหมสอน^{1*}, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์^{**}, ศิวพร อึ้งวัฒนา^{**}

(วันรับบทความ : 20 มิถุนายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 19 กรกฎาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 20 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต จำเป็นต้องเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตของตนเองอย่างต่อเนื่อง การศึกษาเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 11 คน และเพศหญิง จำนวน 19 คน รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) คู่มือการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของตำบลบ้านด้าย 2) คู่มือสุขภาพประจำตัว 3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสังเกตการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา = 1 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 1 และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติได้รับการตรวจสอบความแม่นยำเทียบกับเครื่องวัดความดันโลหิตแบบปรอท วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.67 สามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และพบข้อสังเกตว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ไม่สามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องทั้ง 3 ขั้นตอน พบข้อเสนอแนะเชิงบวกต่อการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านใน 2 ประเด็น คือ การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านทำให้ทราบค่าระดับความดันโลหิตของตนเองที่เป็นปัจจุบัน และมีขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติ พบข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาว่า การให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตที่บ้าน สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถวัดระดับความดันโลหิตของตนเองได้ และควรนำไปขยายผลกับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ต่อไป และสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สูงอายุควรให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือการปฏิบัติ

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง; วัดความดันโลหิตที่บ้าน; การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

*นักศึกษาลัทธิสหวิทยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Corresponding author: wipada_789168@gmail.com โทร 063-8236641



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง ถือเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลก โดยมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง (Division of Non Communicable Diseases, 2020) สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงของไทยมี รายงานอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2560 - 2564) พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 9,297.32 ต่อแสนประชากร (จำนวน 5,598,838 คน) ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 10,103.98 ต่อแสนประชากร (6,576,007 คน) ในปี พ.ศ. 2564 (Health Data Center Chiang Rai, 2021) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2562 - 2564) เพิ่มขึ้นจาก 1,070.51 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 691,454 คน) เป็น 1,070.97 ต่อประชากรแสนคน (จำนวน 697,025 คน) รวมทั้งจากรายงานของ Health Data Center พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 7,155,197 คน (Health Data Center Chiang Rai, 2021) กล่าวได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่มีอัตราป่วยเพิ่มอย่างต่อเนื่อง

โดยผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สำหรับทางด้านร่างกายนั้น จากการที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 1.55-1.66 เท่า (Huang et al., 2014; Lee et al., 2011) อีกทั้งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น 1.35 เท่า (Shen, Ma, Xiang, & Wang, 2013) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง 1.28 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความดันโลหิตปกติ (Li, Xia, Xu, Wang, & Chen, 2016) สอดคล้องกับสาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องเนื่องกับโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนตำบลบ้านด้าย คือ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 2.53 ต่อพันประชากร ถือเป็นสาเหตุการตายสูงที่สุดในพื้นที่รับผิดชอบ (Health Data Center Chiang Rai, 2021)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น เพศ และ 2) ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ การรับประทานอาหารเกินพอดีไม่ถูกสัดส่วน การรับประทานอาหารรสเค็ม หวาน ไขมันสูง การรับประทานผักผลไม้ น้อย การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (Bureau of Non communicable Disease, 2016) และค่าความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นโดยผ่านการวัดด้วยวิธีที่ถูกต้อง เป็นปัจจัยเสี่ยงแรกที่ทำให้มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต (Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุข ได้ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคความดันโลหิตสูงมาโดยตลอด ได้กำหนดตัวชี้วัดภายใต้โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งมีแนวทางในการดำเนินงานให้มีการคัดกรอง จำแนกกลุ่มเสี่ยง และให้มีการติดตามการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มสงสัยป่วย ซึ่งการติดตามวัดความดันโลหิตด้วย



ตนเองที่บ้านเป็นวิธีการที่มีความน่าเชื่อถือ ช่วยในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าการวัดความดันโลหิตในสำนักงาน (Shimbo et al., 2020)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่ จำนวน 3,168 คน โดยมีการจัดการต่อสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงาน 5 ปี ย้อนหลัง (พ.ศ. 2558-2562) พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร เป็น 3,964 (จำนวน 27 คน), 2,608.70 (จำนวน 18 คน), 4,471.54 (จำนวน 33 คน), 2,937.27 (จำนวน 22 คน) และ 6,257.52 (จำนวน 52 คน) ตามลำดับ เมื่อเทียบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรกับพื้นที่รับผิดชอบอื่นในอำเภอแม่สาย พบว่า ตำบลบ้านด้ายมีอัตราป่วยสูงเป็นอันดับ 1 คือ 24,179.29 ต่อ ประชากรแสนคน ซึ่งจากข้อมูลสาเหตุการตายย้อนหลัง 5 ปี พบว่า สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง กล่าวได้ว่า โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้มีอัตราการตายเท่ากับ 2.53 ต่อพันประชากรรวมแล้วเป็นอันดับ 1 ในพื้นที่ตำบลบ้านด้าย และจากการคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี 2563 พบผู้ที่มีสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 6.27 ของผู้ที่มาคัดกรองทั้งหมด (Health Data Center Chiang Rai, 2021) ถือว่าเป็นสถานการณ์ปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง

จากการศึกษาแนวทางการจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในประเทศที่ประสบความสำเร็จขององค์การอนามัยโลก กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ชาวญี่ปุ่นลดอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลงได้ คือการให้ประชากรชาวญี่ปุ่นทำการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งได้ดำเนินงานมานานกว่า 30 ปี ส่งผลให้สามารถลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องด้วยการวัดความดันโลหิตที่บ้านทำให้อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้ในระยะยาว ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยอีกด้วย (Sangwatanaroj, 2017) สอดรับกับในปี พ.ศ. 2563 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงรายได้รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบ โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10

เพื่อสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยและทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย จึงได้มีการประชุมระดมสมอง ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอย่างกว้างขวางและเป็นระบบ พัฒนาเป็นนวัตกรรมการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงของตำบลบ้านด้าย ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้แนวทางการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2563 ที่นำมาออกแบบเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับระบบงานและบริบทแบบแผนชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การปฏิบัติก่อนการวัดความดันโลหิต การปฏิบัติขณะทำการวัดความดันโลหิต และการปฏิบัติหลังการวัดความดันโลหิต ขั้นตอนที่ 2) การบันทึกผลการวัดความดันโลหิต เป็นการลงบันทึกค่าระดับความดันโลหิตภายหลังการวัดความดันโลหิตด้วย



ตนเองในแบบบันทึก และขั้นตอนที่ 3) การรายงานผลการวัดความดันโลหิต เป็นการรายงานค่าระดับความดันโลหิตภายหลังการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในสองช่วงเวลา ซึ่งแต่ละขั้นตอนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับการอบรมความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องจากพยาบาลเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง (Srithumsuk & Thummapol, 2020)

ทั้งนี้ การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย ได้มีการนำลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมมาในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องมีศึกษาถึงการนำใช้ เนื่องด้วยเป็นกิจกรรมหนึ่งในการควบคุมคุณภาพงาน ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะสะท้อนให้ทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมบริการ ว่าส่งผลต่อผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมีคุณภาพและมาตรฐานหรือไม่ (Lasuka, 2013) อีกทั้ง เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้ายต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง เป็นบริการสุขภาพที่สำคัญในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของตำบลบ้านด้าย ซึ่งการดำเนินงานที่ผ่านมาผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งทีมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย ร่วมกันพัฒนานวัตกรรมระบบการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงของตำบลบ้านด้ายภายใต้ชื่อ Motivation and Monitoring home blood pressure model (M&M model) เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคของ โรเจอร์ ปี ค.ศ. 1983 (Rogers, 1983) โดยกระบวนการเป็นการกระตุ้นการรับรู้ตามหลักทฤษฎี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 3) ความคาดหวังในผลดีของการการติดตามการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน โดยได้มีการประยุกต์ใช้แนวทางการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2563 (Division of Non Communicable Diseases Chiang Rai Provincial Public Health Office, 2020) นำมาออกแบบเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับระบบงานและบริบทแบบแผนชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ การปฏิบัติก่อนการวัดความดันโลหิต การปฏิบัติขณะทำการวัดความดันโลหิต และการปฏิบัติหลังการวัดความดันโลหิต ขั้นตอนที่ 2) การบันทึกผลการวัดความดันโลหิต เป็นการลงบันทึกค่าระดับความดันโลหิตภายหลังการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในแบบบันทึก และขั้นตอนที่ 3) การรายงานผลการวัดความดันโลหิต เป็นการรายงานค่า



ระดับความดันโลหิตภายหลังการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองในสองช่วงเวลา โดยการศึกษาการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย จะเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ทราบถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้ายต่อไป ถือเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ทีมสหสาขาและพยาบาลวิชาชีพสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Lasuka, 2013)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่เข้ารับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2563 มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท ที่ได้รับการอบรมโครงการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวน 118 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ที่เข้ารับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2563

กลุ่มตัวอย่างได้ทำการคัดเลือกโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 30 คน ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 30 คน แบ่งเป็นเพศชาย 11 คน และเพศหญิง 19 คน โดยมี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
- 2) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกอยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท
- 3) ผ่านการอบรมโครงการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และมีเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติที่บ้าน
- 4) มีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ เบาหวานและโรคภัยแรง
- 5) พูดและอ่าน สื่อสารด้วยภาษาไทยได้เข้าใจ
- 6) ยินยอมและให้ความร่วมมือในการวิจัย
- 7) สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์



เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวระหว่างทำการศึกษา
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหันด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1.1) คู่มือการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย 1.2) คู่มือสุขภาพประจำตัวที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น และ 1.3) เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 10 ข้อ 2.2) แบบสังเกตการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ลักษณะคำตอบเป็น “ปฏิบัติ” และ “ไม่ปฏิบัติ” ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ เท่ากับ 0 คะแนน โดยเป็นการบันทึกการสังเกตใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 2 ข้อ และขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 1 ข้อ และ 2.3) ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ลักษณะเป็นแบบคำถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คู่มือการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และคู่มือสุขภาพประจำตัวได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ได้นำไปทดลองใช้การสังเกตการปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และกับพยาบาลวิชาชีพ 1 ท่านที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (Interrater Reliability) คำนวณค่าความเชื่อมั่น (reliability) ได้เท่ากับ 1 และเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำ โดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ของโรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยนำไปวัดที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบบันทึกการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่เป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน นำมาสรุปและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2564 เลขที่โครงการ: 2564-040 รหัสโครงการ: 2564-EXP032 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่ม



ตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อการนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ 2563 ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จำนวน 30 คนแบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.30) และเพศชาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 27.70) มีช่วงอายุระหว่าง 35 – 78 ปี (Mean= 56.03, (S.D. = 9.19)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยรวม 3 ขั้นตอน

ผลการศึกษาการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน มีผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 35 – 59 ปี จำนวน 7 คน สามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องทุกขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 23.34 และมีกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุอยู่ในช่วง 65 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 23 คน สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกขั้นตอน จำนวน 19 คนคิดเป็นร้อยละ 63.33 รวมมีผู้ที่สามารถสามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องทุกขั้นตอน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67และมีผู้ที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องบางขั้นตอน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงอายุและการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (n=30)

ช่วงอายุ (n=30)	การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (คะแนนเต็ม 13 คะแนน)			
	ปฏิบัติถูกต้องทุกขั้นตอน		ปฏิบัติไม่ถูกต้องบางขั้นตอน	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
35 - 59 ปี	7	23.34	0	0
60 ปีขึ้นไป	19	63.33	4	13.33
รวม	26	86.67	4	13.33



2. การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำแนกรายชั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในชั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในชั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และชั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติ ในจำนวน 29 คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 96.67

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องจำแนกตามขั้นตอนและความถูกต้องในการปฏิบัติ (n=30)

ขั้นตอนการปฏิบัติ การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	จำนวน ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง	ร้อยละ ถูกต้อง/ไม่ ถูกต้อง
ชั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	26/4	86.67/13.33
ชั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	29/1	96.67/3.33
ชั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน	29/1	96.67/3.33

3. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกต่อการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านใน 2 ประเด็น คือ ดังนี้ การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านทำให้ทราบค่าระดับความดันโลหิตของตนเองที่เป็นปัจจุบัน และมีขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ดังข้อเสนอแนะที่ว่า

“วัดความดันด้วยตัวเอง ทำให้รู้ว่าตอนนี้เวลานี้เรามีความดันเท่าใด จะได้ทำตัวถูก”

“มันไม่ยากเลยที่จะวัดความดันด้วยตัวเอง หมอสอนทีละขั้น ไม่ยาก ทำได้”

“หมอมาสอนทำเป็นขั้น ๆ มีภาพให้ดู ทำตามได้ง่าย”

นอกจากนี้พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาต่อการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในประเด็นที่ว่า การให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติ ดังข้อเสนอแนะที่ว่า

“บางครั้งหลงลืม ขั้นตอนมันมีรายละเอียดเยอะ จำได้ไม่หมด ต้องให้ลูกช่วยดูคู่มือให้”

“มันหลายขั้นหลายตอน จำไม่ได้ มีลืมบ้าง ตอนหมอสอนนะจำได้ พอมาทำเองที่บ้านมันลืม ถ้าให้คนที่บ้านไปอบรมด้วยและมาช่วยจะดีมาก ๆ”

“ไม่ใช่หมอสอนไม่ดี แต่อัยลิ้ม ให้ลูกช่วยอ่านคู่มือ และบอกทีละขั้น”

“จำขั้นตอนไม่ได้ ให้หลานสาวช่วย”



อภิปรายผล

การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย ซึ่งได้นำใช้ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน โดยการปฏิบัติดังกล่าวได้ดำเนินการเป็นรูปธรรมมาในระยะเวลาหนึ่ง และเห็นถึงความจำเป็นต้องศึกษาเพื่อให้ทราบถึงคุณภาพของงาน ซึ่งถือเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้การดูแลผู้รับบริการมีคุณภาพและมาตรฐาน (Lasuka, 2013)

ทั้งนี้ ผลการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 30 คน สามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ถูกต้องครบถ้วนทั้ง 3 ขั้นตอน มีเพียงจำนวน 26 คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 86.67 ซึ่งเมื่อจำแนกการปฏิบัติรายขั้นตอนพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ถูกต้องในขั้นตอนที่ 1 การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 ปฏิบัติได้ถูกต้องในขั้นตอนที่ 2 การบันทึกผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และขั้นตอนที่ 3 การรายงานผลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ในจำนวนที่เท่ากัน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.67 จากผลการศึกษาอภิปรายได้ว่าการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านได้ เนื่องด้วยเป็นการปฏิบัติที่มีขั้นตอนที่ชัดเจนในการปฏิบัติ และก่อนการนำใช้ได้มีการอบรมการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านที่ถูกต้อง โดยมีการให้กลุ่มเสี่ยงได้มีการสธิตและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งส่งผลสามารถนำสิ่งที่ได้รับจากการอบรมไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านด้าย มีการกำหนดรูปแบบการปฏิบัติที่ชัดเจนมีมาตรฐาน รวมทั้งมีจัดทำเป็นคู่มือที่มีรายละเอียดการบรรยายประกอบภาพ ทำให้ผู้ปฏิบัติความเข้าใจได้ง่าย และปฏิบัติตามได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุวรรณา หวังกิริติกานต์ และ เพ็ญฉาย เลิศศุภวงค์ (Wangkeeratikarn, Sarnsuvarn, & Lertsuphawong, 2014) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ศีรษะ พบว่าการปฏิบัติตามรูปแบบของการดูแลที่ได้มาตรฐาน จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และ อัจฉรา ประเสริฐสิน เกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างสถานที่ทำงานที่มีความสุข (Thummakul, Kaedumkoeng, & Prasertsin, 2015) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงขึ้นภายหลังการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมถึงกระบวนการถ่ายทอดความรู้ใช้สื่อการสอนที่นำเสนอเป็นขั้นตอนที่เข้าใจได้ง่าย ประกอบกับคู่มือสุขภาพที่มี Info graphic การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพร อยู่เย็น, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และ อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์ (Yooyen, Sanasuttipun, & Srichantarant, 2019) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ดูแลเด็กโรคเริมเม็ดเลือดขาววัยก่อนเรียน ซึ่งการดำเนินกิจกรรม



ประกอบด้วยการสอนโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ PowerPoint ประกอบกับแผ่นพับและการพูดคุยทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน ที่ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะเชิงบวกต่อการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านใน 2 ประเด็น คือ ดังนี้ การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านทำให้ทราบค่าระดับความดันโลหิตของตนเองที่เป็นปัจจุบัน และมีขั้นตอนที่ง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ward และคณะ (Ward et al., 2012) ที่ได้ศึกษาวิจัยด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า การติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านช่วยควบคุมความดันโลหิตในระยะยาวได้ดีกว่าการวัดความดันโลหิตที่สำนักงานหรือสถานพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเห็นการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรสุทธิ ปัตวิบลเสถียร, ขวัญพัฒน์ ปัตวิบลเสถียร, อรัญญา สหัทธพันธุ์, และ วรณัน ดาวหาง (Petavibolsathien, Petavibolsathien, Sahatsaphan, & Dawhang, 2017) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเองที่บ้าน โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี พบว่าการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านเหมาะสมกับ การส่งเสริมสุขภาพในสถานบริการปฐมภูมิ เนื่องจากสะดวก ค่าใช้จ่ายไม่สูงและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง แต่ในขณะเดียวกันพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.33 ที่ไม่สามารถปฏิบัติครบทุกขั้นตอนซึ่งทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้ก็อาจได้ว่า อายุที่สูงขึ้นอาจเป็นข้อจำกัดสำหรับผู้สูงอายุบางรายในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ด้วยข้อจำกัดด้านความจำความเข้าใจซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ตระการกุล ฉัตรวงศ์วิวัฒน์, วิภาวี คงอินทร์, และ เฟลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ (Chattrawongwiwat, Kong-in, & Thaniwattananon, 2013) เกี่ยวกับการส่งเสริมความจำต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยตามวัยในเรื่องความจำ โดยร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีการสูญเสียความทรงจำประมาณร้อยละ 20-40 ของความทรงจำเดิม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพยาภาดาหาร และ เจทสรียา ดาวราช (Daharn & Duangrach, 2018) เกี่ยวกับผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่มีร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงหรือเสื่อมถอยไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการดูแลเพื่อการพึ่งพาตนเองได้ตามอัตภาพและมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข สอดคล้องกับข้อมูลจากการข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาต่อการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในประเด็นที่ว่า การให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศักดิ์สุนัน ก้นคำ (Kankam, 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนอย่างมีคุณภาพ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุยืน มีสภาพครอบครัวที่อบอุ่น มีผู้ดูแลเอาใจใส่และให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเอาใจจากญาติและบุตรหลานซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยธิดา คูหิรัญยรัตน์ และคณะ (Kuhirunyaratn et al., 2018) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลในครอบครัว จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาณิสรา ส่ง



วัฒนายุธ,กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม, และ พิชรนนท์ รัตนภาค (Songwatthanayuth, Watthanakorn, klinhom, & Ratanapat, 2016) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความดันโลหิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าและมีระดับความดันโลหิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

- 1.พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังค่าระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
- 2.การนำใช้การปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้สูงอายุ ควรมีการประเมินความรู้ ความจำก่อนนำไปปฏิบัติ และควรให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสามารถปฏิบัติด้วยความถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายผลในวงกว้างและศึกษาต่อยอดในประเด็นการปฏิบัติการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Non communicable Disease. (2016). *Cardiovascular risk assessment guide for public health volunteers*. Nonthaburi: War veteran's office Thai printing. (in Thai).
- Chatrawongwiwat, T., Kong-in, W., & Thaniwattananon, P. (2013). The effects of memory-promoting program on perceived memory self-efficacy of elderly persons. *Thai Journal of Nursing Council*, 28(2), 98-108. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Know Your Risk for High Blood Pressure*. Retrieved from https://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm. (in Thai)
- Daharn, T., & Duangrach, J. (2018). Development of a Health Care Model for elderly by community participation, Nonglake Sub-district, Kosum Phisai District, Mahasarakham Province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office*, 2(3),44. (in Thai)
- Division of Non Communicable Diseases Chiang Rai Provincial Public Health Office. (2020). *Home monitoring blood pressure guideline*. <http://cro.moph.go.th/hbm/flowHBPM.pdf>. (in Thai)



- Division of Non Communicable Diseases. (2020). *Operating NCD clinic plus guidelines 2020*. Nonthaburi: Aksorn Graphic and design. (in Thai)
- Health Data Center Chiang Rai. (2021). *Documentation for monitor of public health 2021*. Retrieved from <https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>. (in Thai)
- Huang, Y., Cai, X., Li, Y., Su, L., Mai, W., Wang, S., . . . Xu, D. (2014). Prehypertension and the risk of stroke. A meta-analysis, 82(13), 1153-1161. doi: 0.1212/wnl.0000000000000268
- Kuhirunyaratn, P., Ratanasiri, A., Jindawong, B., Natiboot, P., Watchanapan, L., Junthakhun, C., & Supapinij, C. (2018). Health promotion behaviors of elderly living in an urban community of Khon Kaen province. *Srinagarind Medical Journal*, 33(2), 153-160. (in Thai)
- Kankam, S. (2017). Experience the Life of the Elderly Live Longer with Quality. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 4(2), 62. (in Thai)
- Lasuka, D. (2013). Clinical practice guidelines adaptation: Concept and process. *Nursing Journal*, 40, 97-98. (in Thai)
- Lee, M., Saver, J., Chang, B., Chang, K.-H., Hao, Q., & Ovbiagele, B. (2011). Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: A meta-analysis. *Neurology*, 77(14), 1330-1337.
- Li, Y., Xia, P., Xu, L., Wang, Y., & Chen, L. (2016). A Meta-analysis on prehypertension and chronic kidney disease. *PLoS ONE*, 11(6). doi.org/10.1371/journal.pone.0156575
- Petavibolsathien, T., Petavibolsathien, K., Sahatsaphan, A., & Dawhang, W. (2017). The Effect of Home Blood Pressure Monitoring Program on Patients with Hypertension Swang-arom Hospital Uthaithani Province. *Phichit Hospital Journal*, 32(1), 11-18. (in Thai)
- Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.). *Social Psychophysiology*. pp.153-176. New York: Guilford Press.
- Sangwatanaroj, S. (2017). Home blood pressure self-measurement. In S. Watcharasin, & A. Chepo (editor), *NCD clinic Plus* (p. 64-85). Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (in Thai)
- Shimbo, D., Artinian, N. T., Basile, J. N., Krakoff, L. R., Margolis, K. L., Rakotz, M. K., ... & American Heart Association and the American Medical Association. (2020). Self-measured blood pressure monitoring at home: a joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42-e63.



- Shen, L., Ma, H., Xiang, M. X., & Wang, J. A. (2013). Meta-analysis of cohort studies of baseline prehypertension and risk of coronary heart disease. *American Journal of Cardiology*, 112(2), 266-271. doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.03.023
- Songwatthanayuth, P., Watthanakorn, K., Klinhom, K., & Ratanapat, P. (2016). Effects of Family and Village Health Volunteer Participation Program on Health Promoting Behaviors, and Blood Pressure in Pre-hypertension Adults. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(3), 1-14.
- Srithumsuk, W., & Thummapol, O. (2020). Home blood pressure monitoring: Nurses' role for hypertension control management in patients' receiving antihypertensive medication. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(1), 35-44. (in Thai)
- Taro Yamane. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.
- Thummakul, D., Kaeodumkoeng, K., & Prasertsin, U. (2015). Development of an operational training program for the creation of a healthy happy workplace by MapHR. *Journal of Health and Nursing Education*, 20(1), 15-29. (in Thai)
- Wangkeeratikarn, Y., Sarnsuvarn, A., & Lertsuphawong, P. (2014). Efficacy of severe head injury nursing care plan development. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 29(1), 7-10. (in Thai)
- Ward, A. M., Takahashi, O., Stevens, R., & Heneghan, C. (2012). Home measurement of blood pressure and cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Hypertension*, 30(3), 449-456. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32834e4aed>
- Yooyen, P., Sanasuttipun, W., & Srichantarant, A. (2019). The effects of a teaching program on knowledge and behavior of caregivers to prevent infection in preschool-aged children with leukemia. *Nursing Science Journal of Thailand*, 37(4), 80-91. (in Thai)



Factors Related to Health Care Behaviors of Hospitalized Diabetic Patients at Theong Hospital

Suda Auksondit*, Donnapa Chaisombut^{1**}

(Received July 2, 2022, Revised: October 18, 2022, Accepted: January 31, 2023)

Abstract

This cross-sectional study aimed to identify factors related to health care behaviors of hospitalized diabetic patients at Thoeng hospital, Thoeng District, Chiang Rai Province. Purposive sampling was used to recruit 120 diabetic patients admitted in Thoeng hospital. The research instruments consisted of 1) demographic data, 2) diabetes knowledge questionnaire, 3) perception of diabetes, 4) enabling and reinforcing factors for promoting self-care behaviors and 5) self-care behavior questionnaire. The questionnaire was approved by three experts. Data were analyzed by descriptive statistics using frequency, percentage and mean. The relationship between factors and self-care behavior was tested using Pearson's correlation statistics.

The research finding revealed that 73.33% of them were female with an average age of 66.32 years (SD.=10.63). The average duration of diagnosis of diabetes was 9.94 years (SD.=7.29) and 39.16% of them were treated by pills, their average blood sugar level was 201.12 mg% (SD.=147.62) and 93.33% of them had diabetes complications. They had low level of self-care behaviors, and moderate level of diabetes knowledge. However, their perception of diabetes was at good level. The most enabling factors received was a blood glucose test in the community (93.34%). Also, the reinforcing factors received was the diabetes information regarding self-care behaviors from public health workers (91.66 %). There were four factors significantly related to the health care behavior of diabetic patients: knowledge ($r = 0.205$), perception of diabetes ($r = 0.239$), enabling factors ($r = 0.253$) and reinforcing factors ($r = 0.319$). Research suggests that public health officials should provide activities for promoting knowledge and accurate perception of diabetes since it is an important predisposing factor affecting the health care behaviors of diabetic patients. Also, the enabling in particular, providing a blood glucose test in the community and reinforcing factors especially providing information on diabetes should be provided in order to encourage diabetic patients to have good health care behaviors.

Keywords: Health care behaviors, Diabetic patients, Factors

* Registered Nurse, Professional Level, Theong hospital, Chiang Rai Province

** Nurse Instructor, Boromarajajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute

¹Corresponding author: Donnapa.c@bcnpy.ac.th, Tel: 0987479524



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

สุดา อักษรดิษฐ์*, ดลนภา ไชยสมบัติ^{1**}

(วันรับบทความ : 2 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 18 ตุลาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 31 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 ถูกเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป, 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน, 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน, 4) แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้สถิติ Pearson's correlation

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.33 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.32 ปี (SD.= 10.63) ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 9.94 ปี (SD.=7.29) รักษาโดยยารับประทานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.16 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 201.12 mg% (SD.= 147.62) ปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 93.33 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ได้รับการปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพมากที่สุดในเรื่องได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน (ร้อยละ 93.34) ได้รับการปัจจัยเสริมในเรื่องการได้รับข่าวสารในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 91.66) พบ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้ ($r=0.205$), การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($r=0.239$), ปัจจัยเอื้อ ($r=0.253$) และ ปัจจัยเสริม ($r=0.319$) ข้อเสนอแนะในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับเบาหวานที่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งควรสนับสนุนปัจจัยเอื้อ โดยเฉพาะการจัดบริการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน และ ปัจจัยเสริมในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้ป่วยเบาหวาน, ปัจจัย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ผู้ประสานธุรณกิจ: Donnapa.c@bcnpy.ac.th, Tel: 0987479524



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation (IDF), 2019) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลก โดยคาดว่าประชากรวัยผู้ใหญ่จะเป็นเบาหวานกันเพิ่มขึ้นเป็น 700.1 ล้านคน (10.9% ของประชากรโลก) ภายในปี 2588 จากเดิม 463 ล้านคน (9.3% ของประชากรโลกอายุ 20-79 ปี) ในปี 2562 เช่นเดียวกันกับประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น (Diabetes Association of Thailand, 2017) และ ประเมินการว่า ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน 5 ล้านคน หรือ 1 ใน 10 คนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปกำลังป่วยด้วยโรคเบาหวาน และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 100,000 คนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง 40% ที่ไม่รู้ตัวตัวเองป่วย ซึ่งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษามีเพียง 54.10% หรือเพียง 2.6 ล้านคน มีเพียง 1 ใน 3 คนที่สามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษา ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 ราย/วัน (National Health Security office, 2021) ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี (Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control, 2021)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบมากที่สุดพบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงร้อยละ 90 มีสาเหตุจากภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ส่งผลให้อินซูลินซึ่งทำหน้าที่ลดระดับน้ำตาลในเลือดทำงานได้ไม่ดี ระดับน้ำตาลในเลือดจึงเพิ่มสูงขึ้น (Nawwong, 2021) นอกจากนั้น การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่นการรับประทานอาหารหวาน มัน และขาดการออกกำลังกาย ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ภาวะหมดสติจากน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้นหากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ จะสามารถลดจำนวนครั้งการมาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง และเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ (Rongmuang et al., 2019)

ตามกรอบแนวคิด PRECEDE – PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) อธิบายปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้เลือกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ และ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก



สะดวกของทรัพยากร ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และ 3) ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว, การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า มี 4 ปัจจัย คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ (Khuneepong, 2018; Sangsawang, Anothai Palitnonkert & Ngamkham, 2018) และ ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Piwnuan & Netrin, 2018; Pongpumma & Himanunto, 2017; Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana, 2016) นอกจากนี้ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (Tajarernwiriyakul & Suwannakud-Silawong, 2016) พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ นโยบายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลและการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Chareonkulwatana, 2013)

โรงพยาบาลเทิงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง มีจำนวนประชากรในความดูแลจำนวน 85,178 คน พบว่า โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ เนื่องจากเป็นโรคที่มีจำนวนผู้มารับบริการเป็นอันดับ 2 ของผู้ป่วยนอกรองจากโรคความดันโลหิตสูงและมีค่าใช้จ่ายสูงเป็นอันดับ 2 ด้วยเช่นกัน โดยจำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นเบาหวานในปี พ.ศ. 2558 - 2562 มีจำนวน 2,050, 2,679 , 2,755 , 3,092 และ 3,106 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ($HbA1C < 7$) ยังต่ำกว่าเป้าหมายของโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 40 โดยในปี พ.ศ. 2558-2562 ได้ผลลัพธ์ร้อยละ 38.20, 38.01, 18.22 ,22.05 และ 20.51ตามลำดับ ส่งผลให้มีผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ติด 1 ใน 10 อันดับโรคของผู้ป่วยใน โดยสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยปี พ.ศ. 2558 -2562 มีจำนวน 276, 344, 368 , 347และ 318 คน ตามลำดับ (Theong Hospital Information Center, 2019) ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษามะเร็งผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง เพื่อนำผลการศึกษาวិเคราะห์ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้นำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพัฒนาระบบการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้เป็น เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย จำนวน 120 คน โดยทำการศึกษาในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มกราคม 2564

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แนวคิด PRECEDE – PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) ในระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา ซึ่งตัวแปรอิสระประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน, การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน 2) ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ และ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และ 3) ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว, การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เช่น จากสื่ออินเทอร์เน็ต สื่อมวลชน วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร วารสาร สิ่งพิมพ์ต่างๆ แผ่นพับ หนังสือ และเพื่อนบ้าน ตัวแปรตามประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลเทิง ประกอบไปด้วยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร, การรับประทานยา, การออกกำลังกาย, การจัดการกับความเครียด และ การดูแลรักษาต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1



ปัจจัยนำ

- ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน
- การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 4 ด้าน
 - * การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
 - * การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน
 - * การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
 - * การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ

- การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ
- ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร

ปัจจัยเสริม

- การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว
- การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน

1. การรับประทานอาหาร
2. การรับประทานยา
3. การออกกำลังกาย
4. การจัดการกับความเครียด
5. การดูแลรักษาต่อเนื่อง

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเทิง อำเภอนาหว้า จังหวัดเชียงราย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกคนที่ได้รับการรักษา ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 มกราคม 2564 จำนวน 120 คน โดยมี

- 1.คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป สามารถฟัง พูด สื่อสารภาษาไทยได้ และ สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ เป็นผู้ที่มีปัญหาการได้ยินและการพูด มีปัญหาทางสุขภาพจิต และ ไม่สะดวกในการตอบคำถาม



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงในเขตจังหวัดเชียงราย มีลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาลและลักษณะความเป็นอยู่กลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยนำ ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ ประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พัฒนาโดยผู้วิจัยเป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบแบบเลือกตอบ (Check List)

1.2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากเครื่องมือของ อ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (Tajarernwiriyakul & Suwannakud-Silawong, 2016) มีคำถามจำนวน 10 ข้อ ตัวเลือก 4 ตัว 1 คำตอบถูก คะแนนเต็ม 10 คะแนน แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิด Bloom (1971) เป็น 3 ระดับ ความความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน), ความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน) และ ความรู้สูง (8-10 คะแนน) แบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และ ค่า Reliability = 0.64

1.3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามของ อ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (Tajarernwiriyakul & Suwannakud-Silawong, 2016) มีข้อคำถาม 16 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน 5 ข้อ, การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3 ข้อ, การรับรู้ประโยชน์ 4 ข้อ และ การรับรู้อุปสรรค 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน 3,2,1 (เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่แน่ใจ) ใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ การรับรู้ระดับน้อย (1.00-1.66), ระดับปานกลาง (1.67-2.33) และ ระดับดี (2.34-3.00) แบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และ ค่า Reliability = 0.81

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามของอ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (Tajarernwiriyakul & Suwannakud-Silawong, 2016) มีข้อคำถามปัจจัยเอื้อ 5 ข้อ เลือกตอบการได้รับการ 2 ประเด็น เคยได้รับการ, และไม่เคยได้รับการ เคย แบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และ ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.77

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเสริมของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาจากแบบสอบถามของ อ้อมใจ แต่เจริญ วิริยะกุล และ กิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (Tajarernwiriyakul & Suwannakud-Silawong, 2016) ข้อคำถามปัจจัยเสริม 3 ข้อ เลือกตอบการได้รับการ 2 ประเด็น เคยได้รับการ, และไม่เคยได้รับการ รวมทั้งให้แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสาร และบุคคลที่ให้ข้อมูลภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา แบบสอบถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 – 1.00 และ ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) = 0.74

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พัฒนามาจากแบบสอบถามของ สุปรียา เสียงดัง (Siangdung, 2017) มี 20 คำถาม คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนน 3,2,1 (ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบางครั้ง, ไม่ปฏิบัติ) ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง



ด้านการรับประทานอาหาร 5 ข้อ, การรับประทานยา 5 ข้อ, การออกกำลังกาย 2 ข้อ, การจัดการความเครียด 4 ข้อ และ การดูแลรักษาต่อเนื่อง 4 ข้อ ใช้คะแนนเฉลี่ยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ (1.00-1.66), ระดับปานกลาง (1.67-2.33), และ ระดับสูง (2.34-3.00) แบบสอบถามทุกข้อ มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และ ค่า Reliability = 0.77

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistic) โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยใช้สถิติ Pearson's correlation

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่ REC 56/256 รับรอง วันที่ 30 กันยายน 2563 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงสิทธิให้ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียหาย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคณะผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 66.32 ปี (SD.=10.63) อายุน้อยสุด 40 ปี อายุมากที่สุด 90 ปี เกินครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 57.57 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 62.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.50 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 80.83 ที่มาของรายได้มากที่สุดจากอื่นๆเช่นเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 59.79 ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เฉลี่ย 9.94 ปี (SD.=7.29) มีระยะเวลาวินิจฉัยน้อยสุด 1 ปี มากสุด 35 ปี รักษาโดยการรับประทานยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.16 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 201.12 mg% (SD.=147.62) ระดับน้ำตาลน้อยสุด 29 mg% มากสุด 800 mg% ปัจจุบันมีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 93.33

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการ
ในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n=120)

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	ร้อยละ(จำนวน)	แปลผล
ความรู้ต่ำ (0-5 คะแนน)	14.16 (17 คน)	ต่ำ
ความรู้ปานกลาง (6-7 คะแนน)	61.66 (74 คน)	ปานกลาง
ความรู้สูง (8-10 คะแนน)	24.16 (29 คน)	สูง
ค่าเฉลี่ย = 6.65 คะแนน (SD.=1.21)		



จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 6.65, SD.=1.21) เมื่อแบ่งระดับพบว่า ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.66 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 24.16 อยู่ในระดับสูง และ ร้อยละ 14.16 อยู่ในระดับต่ำตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n=120)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	ร้อยละ(จำนวน)	แปลผล
ระดับน้อย (1.00-1.66)	0 (0 คน)	ระดับน้อย
ระดับปานกลาง(1.67-2.33)	21.66 (74 คน)	ระดับปานกลาง
ระดับดี (2.34-3.00)	78.33 (29 คน)	ระดับดี
ค่าเฉลี่ย = 2.53 คะแนน (SD.=0.25)		

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานภาพรวมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.53, SD.=0.25) เมื่อแบ่งระดับพบว่า ส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 78.33 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี รองลงมาร้อยละ 21.66 มีการรับรู้ระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจำแนกตามรายด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n = 120)

การรับรู้	Mean $\pm$ SD. คะแนนเต็ม 3	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	2.40 $\pm$ 0.25	ระดับดี
1. แพทย์ผู้รักษาให้แก่ท่านเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคเบาหวานเป็นอย่างดี	2.89 $\pm$ 0.31	ระดับดี
2. การตรวจร่างกาย การตรวจเลือดและปัสสาวะ ทำให้ทราบแน่นอนว่าท่านเป็นโรคเบาหวาน	2.96 $\pm$ 0.18	ระดับดี
3. การไม่ควบคุมอาหาร การไม่ออกกำลังกาย และ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง	2.72 $\pm$ 0.64	ระดับดี
4. การไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด ไม่มีผลเสียที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น น้ำตาลในเลือดสูง ตาพร่ามัว โรคหัวใจ ฯลฯ	2.06 $\pm$ 0.97	ระดับปานกลาง
5. โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	1.36 $\pm$ 0.59	ระดับต่ำ



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจำแนกตามรายด้าน
ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n = 120) (ต่อ)

การรับรู้	Mean $\pm$ SD. คะแนนเต็ม 3	ระดับการรับรู้
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	2.72 $\pm$ 0.35	ระดับดี
6. คนที่เป็นโรคเบาหวานมักจะเป็นลมหมดสติ ซึ่งมีสาเหตุมาจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงกว่าปกติ	2.72 $\pm$ 0.59	ระดับดี
7. การรักษาโรคเบาหวานไม่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง ก็สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขเหมือนคนปกติได้	2.53 $\pm$ 0.74	ระดับดี
8. โรคเบาหวานทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่นโรคหัวใจ โรคไต โรคตา เป็นต้น	2.91 $\pm$ 0.34	ระดับดี
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	2.56 $\pm$ 0.44	ระดับดี
9. การรับประทานยารักษาโรคเบาหวานเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้ควบคุมอาหาร สามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้	2.42 $\pm$ 0.82	ระดับดี
10. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวัน มีผลดีต่อการรักษาและควบคุมโรคเบาหวาน	2.75 $\pm$ 0.51	ระดับดี
11. การควบคุมอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลไม่ใช่ สิ่งจำเป็น ในการควบคุมโรคเบาหวาน	2.41 $\pm$ 0.84	ระดับดี
12. ถ้าท่านไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ตามนัดฝากให้ใครไปรับยาแทนก็ได้	2.71 $\pm$ 0.64	ระดับดี
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน	2.53 $\pm$ 0.48	ระดับดี
13. การไปพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาล เป็นการเสียเวลายุ่งยาก	2.81 $\pm$ 0.57	ระดับดี
14. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ในแต่ละมื้อเนื่องจากไม่ใช่ผู้ปรุงและจัดเตรียมอาหาร	2.21 $\pm$ 0.84	ระดับปานกลาง
15. การออกกำลังกายเป็นประจำ จะทำให้เสียเวลา เสียงาน	2.78 $\pm$ 0.59	ระดับดี
16. ท่านไม่สามารถควบคุมอาหารได้ในช่วงเทศกาลงาน บุญหรืองานเลี้ยงต่างๆ	2.32 $\pm$ 0.84	ระดับปานกลาง



จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ในระดับดี โดยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานมีระดับคะแนนสูงสุด รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค และ การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีค่าเฉลี่ย 2.72, 2.56, 2.53 และ 2.40 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบในรายข้อ พบส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีคะแนนสูงสุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในเรื่อง การตรวจร่างกาย การตรวจเลือดและปัสสาวะ ทำให้ทราบแน่นอนว่าเป็นโรคเบาหวาน ($\text{mean} = 2.96 \pm 0.18$) แต่ทั้งนี้พบการรับรู้ในระดับปานกลาง 3 ข้อ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมอาหารได้ในช่วงเทศกาลงาน บุญหรืองานเลี้ยงต่างๆ ($\text{mean} = 2.32 \pm 0.84$), ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ในแต่ละมื้อเนื่องจากไม่ใช่ผู้ปรุงและจัดเตรียมอาหาร ($\text{mean} = 2.21 \pm 0.84$) และการไม่ไปตรวจตามแพทย์นัด ไม่มีผลทำให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนเช่น น้ำตาลในเลือดสูง ตาพร่ามัว โรคหัวใจ ฯลฯ ($\text{mean} = 2.06 \pm 0.97$) ตามลำดับ ทั้งนี้ พบ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับต่ำ เพียงข้อเดียว คือ โรคเบาหวานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ($\text{mean} = 1.36 \pm 0.59$)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละในการได้รับบริการปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง ($n = 120$)

ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	การได้รับบริการ (% ,จำนวน)	
	เคย	ไม่เคย
1. เคยได้รับการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากสถานบริการใกล้บ้าน	85.84 (103)	14.16(17)
2. เคยได้รับการอบรมการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	85.00(102)	15.00(15)
3. เคยได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	91.66(110)	8.34(10)
4. ชุมชนของท่านเคยได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด	93.34(112)	6.66(8)
5. เคยมีโอกาสไปใช้สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนเช่นลานออกกำลังกายในชุมชน	40.0(48)	60.0(72)

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 93.34 ในเรื่องชุมชนของท่านเคยได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด รองลงมาเป็นการได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.66 ได้รับการสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากสถานบริการใกล้บ้าน ร้อยละ 85.84 ได้รับการอบรมการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 85.0 และการมีโอกาสไปใช้สถานที่ออกกำลังกายในชุมชนเช่นลานออกกำลังกายในชุมชน ร้อยละ 40.0 ตามลำดับ



ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละในการให้บริการปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพ แหล่งข้อมูลข่าวสาร และบุคคลที่ให้ข้อมูลภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n = 120)

ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แหล่งข้อมูล ข่าวสาร และ บุคคลที่ให้ข้อมูลภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา	การให้บริการ (% ,จำนวน)	
	เคย	เคย
1. เคยได้รับข่าวสารในเรื่องการรับรู้และและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	91.66(110)	8.34(10)
2. เพื่อนบ้านเคยแนะนำหรือแจ้งข้อมูลข่าวสารในเรื่องการรับรู้และและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	75.0(90)	25.0(30)
3. ผู้นำชุมชนเคยให้ความรู้หรือชี้แนะแนวทางในเรื่องการรับรู้และและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	75.84(91)	24.16(29)
แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
4. วิทยุ	93.34(112)	6.66(8)
5. โทรทัศน์	40.00(48)	60.00(72)
6. หนังสือพิมพ์	14.16(17)	85.84(103)
7. อินเทอร์เน็ต	26.66(32)	73.34(88)
8. เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	16.66(20)	83.34(100)
9. นิตยสาร/วารสาร	70.84(85)	29.16(35)
บุคคลที่ให้ข้อมูลแก่ท่านภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา		
10. คนในครอบครัว	70.83(85)	29.17(85)
11. เพื่อนบ้าน	49.16(59)	50.84(61)
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์/พยาบาล	95.00(114)	5.00(6)

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างได้รับการเคยได้รับข่าวสารในเรื่องการรับรู้และและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อันดับสูงสุดร้อยละ 91.66 รองลงมาเป็นผู้นำชุมชนให้ความรู้หรือชี้แนะแนวทางในเรื่องการรับรู้และและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 75.84 ทั้งนี้แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.34 คือได้รับจากวิทยุ รองลงมาเป็นนิตยสาร/วารสารร้อยละ 70.84 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 40.00



ตามลำดับ และบุคคลที่ให้ข้อมูลอันดับสูงสุดคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/แพทย์/พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 95.00 รองลงมาคือ คนในครอบครัวร้อยละ 70.83 และเพื่อนบ้าน ร้อยละ 49.16 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จำแนกรายข้อของคำตอบ (n = 120)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	Mean $\pm$ SD.	ระดับการปฏิบัติ
คะแนนเต็ม 3		
ด้านการรับประทานอาหาร	1.62 $\pm$ 0.29	ระดับต่ำ
1. รับประทานอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ ตรงเวลา	1.36 $\pm$ 0.52	ระดับต่ำ
2. รับประทานอาหารผักใบเขียวทุกชนิด	1.49 $\pm$ 0.52	ระดับต่ำ
3. ไม่ดื่ม น้ำอัดลม โอเลี้ยง ชา กาแฟ หรือนมข้นหวาน	1.79 $\pm$ 0.72	ระดับปานกลาง
4. รับประทานอาหารหลากหลายในปริมาณที่เหมาะสม ถูกสัดส่วน	1.64 $\pm$ 0.49	ระดับต่ำ
กับความต้องการของร่างกาย		
5. รับประทานอาหารของขบเคี้ยว ทอดกรอบ ขนมหวานและผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะม่วง	1.84 $\pm$ 0.53	ระดับปานกลาง
ด้านการรับประทานยา	1.28 $\pm$ 0.26	ระดับต่ำ
6. รับประทานยาเบาหวานตามคำแนะนำของแพทย์	1.04 $\pm$ 0.20	ระดับต่ำ
7. ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเบาหวานด้วยตนเอง	1.40 $\pm$ 0.74	ระดับต่ำ
8. ฉีดยาหรือรับประทานยาเบาหวานตรงตามเวลา	1.10 $\pm$ 0.30	ระดับต่ำ
9. ไม่เคยใช้ยาต้ม ยาสมุนไพร ในการรักษาโรคเบาหวาน	1.77 $\pm$ 0.86	ระดับปานกลาง
10. ขอเฝ้าระวังรักษาโรคเบาหวานของเพื่อนเมื่อยาของท่านหมด	1.13 $\pm$ 0.46	ระดับต่ำ
ด้านการออกกำลังกาย	1.96 $\pm$ 0.62	ระดับปานกลาง
11. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที	1.98 $\pm$ 0.67	ระดับปานกลาง
12. ออกกำลังกายโดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ออกกำลังกายต่อเนื่องและการผ่อนคลายก่อนหยุด	1.94 $\pm$ 0.66	ระดับปานกลาง
การจัดการกับความเครียด	1.63 $\pm$ 0.41	ระดับต่ำ
13. ท่านจัดการความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การนั่งสมาธิ การละหมาด ดูทีวี ฟังเพลงคุยกับเพื่อน	1.69 $\pm$ 0.61	ระดับปานกลาง
14. เผชิญกับความเครียดได้อย่างมีสติ	1.66 $\pm$ 0.62	ระดับต่ำ
15. พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานคนอื่น ๆ ในคลินิกเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	1.70 $\pm$ 0.60	ระดับปานกลาง
16. ปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตร ญาติ	1.46 $\pm$ 0.58	ระดับต่ำ



ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง จำแนกรายข้อของคำตอบ (n = 120) (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	Mean $\pm$ SD.	ระดับการปฏิบัติ
	คะแนนเต็ม 3	
การดูแลรักษาต่อเนื่อง	1.15 $\pm$ 0.23	ระดับต่ำ
17. สนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	1.37 $\pm$ 0.55	ระดับต่ำ
18. ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	1.12 $\pm$ 0.33	ระดับต่ำ
19. มาพบแพทย์ตามนัด	1.04 $\pm$ 0.20	ระดับต่ำ
20. มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ	1.06 $\pm$ 0.29	ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.48 $\pm$ 0.23	ระดับต่ำ

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.48, SD.=0.23) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้านพบ คะแนนพฤติกรรมสูงสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย (1.96 $\pm$ 0.62) อยู่ในระดับปานกลาง และ รองลงมาทั้ง 4 ด้าน มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด ตามลำดับ คือ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด (1.63 $\pm$ 0.41) ด้านการรับประทานอาหาร (1.62 $\pm$ 0.29) การรับประทานยา (1.28 $\pm$ 0.26) และการดูแลรักษาต่อเนื่อง (1.15 $\pm$ 0.23)

ตารางที่ 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง (n=120)

ตัวแปร	r	p-value
ความรู้	0.205*	0.025
การรับรู้เกี่ยวกับเบาหวาน 4 ด้าน	0.239*	0.008
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	0.202*	0.027
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	0.067	0.466
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่	0.163	0.075
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ	0.256*	0.005
ปัจจัยเอื้อ	0.253*	0.005
ปัจจัยเสริม	0.319*	<0.001

*ระดับนัยสำคัญที่ 0.05



จากตารางที่ 7 พบ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการในตึกผู้ป่วยใน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประกอบด้วย ความรู้ ($r=0.205$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (รวม 4 ด้าน, $r=0.239$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($r=0.202$) และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพ ($r=0.256$) รวมทั้ง ปัจจัยเอื้อ ($r=0.253$) และ ปัจจัยเสริม ($r=0.319$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเทิง จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน พบ มีเพียงพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง และ อีก 4 ด้าน คือ พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำทั้งหมด อธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี ร้อยละ 75.00) ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 77.50) อาจจะทำให้ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลให้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่งผลให้ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.33) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยค่อนข้างสูง ($201.12 \text{ mg\%}$, $SD=147.62$) ซึ่งผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ลักษณะ พงษ์ภุมมา และ ศุภรา หิมานันโต (Pongpumma & Himanunto, 2017) ซึ่งได้ทำการศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จำนวน 147 ราย พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ ดวงหทัย แสงสว่าง, อนันท์ ผลิตนนท์เกียรติ และ นิลาวรรณ งามขำ (Sangsawang, Anothai Palitnonkert & Ngamkham, 2018) ศึกษากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า มีพฤติกรรมการลดระดับน้ำตาลในระดับพอใช้

ผลการศึกษา พบ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้ ($r=0.205$), การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ($r=0.239$), ปัจจัยเอื้อ ($r=0.319$) และ ปัจจัยเสริม ($r=0.319$) ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE – PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) ในระยะที่ 4 ซึ่งใช้เป็นแนวทางการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพ และ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแล



สุขภาพที่ดี และ 3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว, การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้ การที่บุคคลมีความรู้เรื่องสุขภาพก็จะทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น เนื่องจากการที่บุคคลรับรู้คุณค่าของสุขภาพของตนเองมากเท่าไรก็จะมีพฤติกรรมแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพมากเท่านั้น ตามที่ PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 1999) ระบุว่า “ความรู้เป็นปัจจัยนำในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และเป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การดูแลสุขภาพ” ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่พบว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Piwuan & Netrin, 2018; Pongpomma & Himanunto, 2017; Jangwang, Pittayapinune, & Chutipattana, 2016)

นอกจาก การรับรู้ เป็นปัจจัยนำที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพแล้ว ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม เมื่อบุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วยก็จะปฏิบัติตนแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ หลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ สิ่งจูงใจสู่การปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ รวมถึงเป็น การเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการ ดูแลปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง อย่างเหมาะสมและยั่งยืน (Becker & Maiman, 1975) ดังผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.239$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเอง (Khuneepong, 2018; Sangsawang, Anothai Palitnonkert & Ngamkham, 2018)

จากผลการวิจัย ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพมากที่สุดในเรื่องได้รับการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน (ร้อยละ 93.34) และ ได้รับบริการปัจจัยเสริมในเรื่องการได้รับข่าวสารในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 91.66) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเทิง อำเภอกะเทิง จังหวัดเชียงราย มีปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมที่ดีในชุมชน ที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ชนิดที่ 2 ได้ (Khuneepong, 2018; Sangsawang, Anothai Palitnonkert & Ngamkham, 2018) และ มีผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การสนับสนุนจากบุคคลและการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวาน (Chareonkulwatana, 2013) นอกจากนี้ การจัดระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ของจังหวัดลำปาง ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเอื้อและ ปัจจัยเสริมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน การจัดทำนโยบายสาธารณะโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การเสริมสร้างความสามารถ และทักษะให้กับทีมบุคลากรสุขภาพ และผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเอง และ ประสานงานสร้างทีมสุขภาพภาคประชาชน เป็นต้น (Kochragas & Panchakhan, 2021)

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ และสร้างการรับรู้เกี่ยวกับเบาหวานที่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมทั้งควรสนับสนุนปัจจัยเอื้อ โดยเฉพาะการจัดบริการเจาะเลือดตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดในชุมชน และ ปัจจัยเสริมในการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานแบบยั่งยืน โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ สหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of students learning*. New York: McGraw-Hill.
- Becker, M.H. & Maiman L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and medical Care Recommendation. *Medical Care*,13(1),10-24.
- Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control. (2021). *The Department of Disease Control campaigns for World Diabetes Day 2021 to recognize diabetes care to be treated thoroughly*. Retrieve 1 December 2021 from: <https://ddcmoph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc>. (in Thai)
- Chareonkulwatana, J. (2013). *Factors related to health behaviors of diabetic patients in*



- Banna hospital, Nakhon Nayok Province. (Master of Science, Kasetsart University). (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *IDF DIABETES ATLAS*. 8th Ed. Retrieve 1 December 2021 from <https://www.dmthai.org/old/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/549-2018-02-08-14-52-46>. (in Thai)
- Green, L. & Krueter, M. (1999). *Health Promotion Planning An Education Approach*. 3rd Ed. Toronto: Mayfield Publishing Company.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF DIABETES ATLAS*. 9th Ed. Retrieve 1 December 2021 from https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133351_IDFATLAS9e-final-web.pdf#page=68&zoom=auto.
- Jangwang, S., Pittayapinune, T. & Chutipattana, N. (2016). Factors related to self-care behavior for prevention of diabetes mellitus and hypertension among population groups at risk. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(1), 110-128. (in Thai)
- Khuneepong, A. (2018). Factors Influencing Self-Care Behavior of Type 2 Diabetic Mellitus Patients in Phatthana Nikhom District, Lop Buri Province. *Journal of the Department of Medical Services*. 43(3), 101-107. (in Thai)
- Kochragasa, N. & Panchakhan, N. (2021). Analysis of Caring System for New Diabetes Patients in Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(1), 69-81.
- National Health Security office. (2021). *Diabetes Association prepares for World Diabetes Day Access to diabetes care, if not used now, then when will it be?* Retrieve 1 December 2021 from <https://www.nhso.go.th/news/3364>. (in Thai)
- Nawwong, W. (2021). *Type 2 Diabetes*. Retrieve 1 December 2021 from [https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/Type 2 Diabetes/](https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/Type%20Diabetes/). (in Thai)
- Piwnuan, J. & Netrin, P. (2018). Self - Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM at Bangkaewnai Sub-district Health Promoting Hospital, La-Un district, Ranong Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 1(2), 46-61. (in Thai)
- Pongpumma, L. & Himanunto, S. (2017). Knowledge and self-care behavior among type 2 diabetes living in Bangsai, Maung, Chonburi, Chonburi province. *HCU Journal*, 20(40), 67-76. (in Thai)
- Rongmuang, D., Leaungsomnapa, Y., Khanwiset, S. & Wongraka, S. (2019). The effect of



possible selves and stage of change on self-management behavior and hemoglobin A1C controlling for the effect of knowledge among type 2 diabetic patient.

Journal of Nursing and Education, 12(2), 34-51. (in Thai)

Sangsawang, D., Palitnonkert, A. & Ngamkham, N. (2018). Factors affecting behaviors to reduce blood sugar levels of diabetes patients in Bangpoomai Tambon Health Promoting Hospital, Samutprakarn province. *Valaya Alongkorn Review (Humanities and Social Science)*, 8(1), 103-117. (in Thai)

Siangdung, S. (2017). Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 191-204. (in Thai)

Tajarernwiriyakul, A. & Suwannakud-Silawong, K. (2016). Health perceives and self-care behaviors of people with diabetes mellitus in Tungmon Subdistrict, Prasat District, Surin Province. *Research and Development Health System Journal*, 9(2), 331-338.

Theong Hospital Information Center. (2019). *Disease Ranking Statistics from 2014 -2019*. Chiangrai province, Theong Hospital. (in Thai)



Effectiveness of Family Care Team with Mental Health Care among
Diabetic Patients with poor glycemic control in Primary Care Unit
Soem Sai Subdistrict, Soem Ngam District, Lampang Province

Sittikorn Sariwat^{1*}

(Received December 12, 2022, Revised: January 11, 2023, Accepted: March 31, 2023)

Abstract

This community trial, in two groups design with pretest and posttest measurement aimed to study effectiveness of caring by family physician care team in conjunction with mental health care among diabetic patients with poor glycemic control undergoing services in the network of primary care unit (NPCU) in Soem Sai sub-district, Soem Ngam district, Lampang province during August 2021 to January 2022. Population was 132 diabetic patients with poor glycemic control, divided into 66 persons per place. The instruments included 1) a questionnaire consisting of personal data questions, depression assessment questions, and stress assessment questions 2) blood glucose measurement scale and caring program by family physician care team in conjunction with mental health care. Data were analyzed by using descriptive statistics, independent t-test, paired t-test and Pearson correlation.

The study revealed that undergoing services at Thapong NPCU and Soem Ngam Hospital were not associated with changing in HbA1c. The group of patients undergoing services at Thapong NPCU had a large decrease in the average depression score and the average stress score more than the group of patients undergoing services at Soem Ngam Hospital with statistically significance ($p\text{-value} < .05$). Changes in the depression score and stress score were positively associated with HbA1c of the posttest with statistically significance 0.05. It was also found that the changed stress score was positively associated with changed HbA1c with statistically significance level of 0.05. Therefore, caring diabetic patients with poor glycemic control to undergoing services at NPCU should make a close care plan by a multidisciplinary team and mental health care should be taken into consideration as well.

Keywords: Diabetes, network of primary care unit, Depression, Stress.

* Medicine Doctor, Senior Professional Level, Muang Pan Hospital, Lampang Province

¹Corresponding author: Sittikorn129@gmail.com, Tel: 0877862218



ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
โดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย
ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่าง จังหวัดลำปาง

สิทธิกร สาริวิทย์^{1*}

(วันรับบทความ : 12 ธันวาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 11 มกราคม 2566, วันตอบรับบทความ : 31 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การทดลองในชุมชนแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้ารับบริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่าง จังหวัดลำปาง ประชากรคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง และที่โรงพยาบาลเสริมงาม ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 132 คน แบ่งเป็นแต่ละ 66 คน เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า แบบประเมินความเครียด 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และโปรแกรมการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test, Paired t-test และ Pearson correlation

ผลการศึกษา พบว่า การเข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง และโรงพยาบาลเสริมงามไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มที่เข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่งมีการลดลงมากกว่าที่โรงพยาบาลเสริมงามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) คะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลง และคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ HbA1c หลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่า HbA1c ที่เปลี่ยนแปลงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีการวางแผนการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยทีมสหวิชาชีพ และควรมีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย

คำสำคัญ: เบาหวาน, เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ, ภาวะซึมเศร้า, ความเครียด

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเมืองปาน จังหวัดลำปาง

¹ผู้ประสานงาน: Sittikorn129@gmail.com, Tel: 0877862218



บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ว่าเบาหวานนั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ 1 ใน 4 ของโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาที่กลุ่มผู้นำของโลกตั้งเป้าหมายในการแก้ไข โดยทั้งในเรื่องจำนวนผู้ป่วยและความชุกของเบาหวานซึ่งได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มาตลอดในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายส่วนของร่างกายและสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (WHO, 2016) ส่วนในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ.2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน และมีผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c<7%) มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ.2560 จากร้อยละ 51.15 เป็นร้อยละ 39.68 โดยหลังจากปี พ.ศ.2560 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 42.37 ในปี พ.ศ.2561 (Department of Disease Control, 2020) ซึ่งแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและโรคไม่ติดต่อ ระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) ของกระทรวงสาธารณสุข มีข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ คือ ในด้านการบริการคลินิก NCDs ควรเน้นการจัดบริการที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้การเพิ่มศักยภาพของเครือข่ายให้มีความพร้อม และทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายมากขึ้น และควรมีการจัดบุคคล หรือหน่วยงานที่ดูแลให้คำปรึกษาเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลทางด้านจิตวิทยาสังคมเสริมกับการดูแลทางด้านกายในคลินิกบริการอย่างเต็มที่ชัดเจนมากขึ้น (Department of Disease Control, 2017) กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้านปฐมภูมิ โดยจัดทำโครงการ คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อมีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำ เป็นการดูแลแบบองค์รวม ด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยีด้วยทีมหมอครอบครัว อันประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว (Health Administration Division, 2016)

ปีงบประมาณ 2563 พบว่าในจังหวัดลำปางมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 47,922 คน จากจำนวนประชากรในจังหวัดลำปางทั้งหมด 553,262 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของประชากรในจังหวัดลำปาง และจำนวนผู้เสียชีวิตที่เป็นเบาหวานในจังหวัดลำปางมีจำนวน 1,520 คน ส่วนในอำเภอเสริมงามมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 1,765 คน จากจำนวนประชากรอำเภอเสริมงามทั้งหมด 22,834 คน คิดเป็นร้อยละ 7.7 ของประชากรในอำเภอเสริมงาม และมีผู้เสียชีวิตที่เป็นเบาหวานในอำเภอเสริมงามจำนวน 60 คน และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดลำปางที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 21.98 ส่วนในอำเภอเสริมงามนั้นมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์มีเพียงร้อยละ 10.48 (HDC, 2021) ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางได้มีนโยบายพัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ในจังหวัดลำปางให้กระจายอยู่ทุกอำเภอ ดังนั้นโรงพยาบาลเสริมงามร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงามจึงได้พัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโป่ง ตำบลเสริมซ้าย ให้เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อที่จะพัฒนาเป็นคลินิกหมอครอบครัวต่อไป และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการปฐมภูมินั้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของกอบกุล ยศณรงค์ (Yodnarong, 2012) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต. สามารถควบคุมระดับ



น้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของ รพ.ปัว โดยมีผู้ป่วยของ รพ.สต. และของ รพ.ปัว ที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c < 7% เท่ากับร้อยละ 72.55 และร้อยละ 54.37 ตามลำดับ และจากการศึกษาของดารณี เทียมเพ็ชร (Tiampet, Sangrattanapiman, Aksornde, Taweebut, Changkaew, 2016) ก็พบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อช่วยให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสมีภาวะซึมเศร้าประมาณสองเท่าของคนทั่วไป และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีการควบคุมการเผาผลาญอาหารที่ด้อยกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (Department of Mental Health, 2015) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าประชากรทั่วไป โดยความชุกของโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 14 (Wang F., et al., 2019) ซึ่งในประเทศไทยนั้นจากการศึกษาของจิตรา อารังชัยชนะ (Thamrongchaichana, Laohasiriwong, Thinkamrop, 2018) พบว่ามีโรคซึมเศร้าอยู่ร้อยละ 18.92 และจากการศึกษาของสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (Rungreangkulkij, Thavornpitak, Kittiwatanapaisan, Kotnara, Kaewjanta, 2014) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ทำการศึกษามีอาการซึมเศร้าร้อยละ 15.83 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า คือ ผู้หญิง ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 5 ปี และผู้ป่วยที่รับรู้ว่ามีปัญหาที่เกี่ยวกับการเป็นโรคเบาหวาน สำหรับในเรื่องความเครียด พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปกติ/ไม่มีความเครียด (ร้อยละ 77.72) แต่ความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Palizgir, Bakhtiari, Esteghamati, 2013)

ดังนั้นจากความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้น โดยที่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของผู้ป่วยเบาหวานที่ลดลง และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้นมีความซับซ้อนโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ได้นั้น จึงต้องมีการเข้าถึงทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและคนใกล้ชิด รวมทั้งชุมชนที่ผู้ป่วยนั้นอาศัยด้วย จึงมีการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิร่วมกับการใช้แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) โดยมีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพเข้าไปดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน ซึ่งจากหลายงานวิจัยข้างต้นก็พบว่าปัญหาเรื่องทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และความเครียดนั้นส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การวิจัยในครั้งนี้จึงต้องการศึกษาถึงประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ โดยที่มีการดูแลทางสุขภาพจิตร่วมด้วย เพื่อเป็นการติดตามประสิทธิภาพเชิงกระบวนการของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้ารับบริการในเขตเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิท่าโป่ง ตำบลเสริมซ้าย อำเภอสว่างงาม จังหวัดลำปาง



วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในเขตเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิท่าโป่ง ตำบลเสริมซ้าย อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง กับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม
2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซีมเศร้า และระดับความเครียด ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระหว่างก่อนและหลังการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซีมเศร้า ระดับความเครียด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดูแลโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วยในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้ารับบริการในเขตเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงามและในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลท่าโป่ง จำนวน 132 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลท่าโป่ง 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565

นิยามศัพท์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่า 7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ($HbA1c > 7 \text{ mg\%}$) หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ติดต่อกันตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถจัดบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิได้อย่างเป็นองค์รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และได้ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการทดลองในชุมชน (Community trial) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง ศึกษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตำบลท่าโป่ง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่รับบริการที่ NPCU ตำบลเสริมซ้าย และในโรงพยาบาลเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ถึงมกราคม พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งสิ้น 132 คน โดยแบ่งเป็นแห่งละ 66 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ($HbA1C > 7$) การคำนวณขนาดศึกษาโดยใช้ Program สำเร็จรูป Estimated sample size for two samples with repeated measures คำนวณจากค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมของงานวิจัยที่ผ่านมา (Sunongbua, Sripornkitkajorn, 2017) ที่ได้ค่าเฉลี่ย $HbA1c$ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสะสม $HbA1c > 7\%$ โดยก่อนการทดลองได้ค่าเฉลี่ย $HbA1C = 8.9+1.4\%$ หลังทดลองได้ค่าเฉลี่ย $HbA1c = 8.1+1.5\%$ ⁽¹⁴⁾ โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญ 0.05, อำนาจการทดสอบ 80%, two-side test โดยกำหนดค่าต่างๆดังนี้ $m1 = 7.2$, $m2 = 6.5$, $sd1 = 1.7$, $sd2 = 1.5$, $n2/n1 = 1.00$, number of follow-up measurements = 1, number of baseline measurements = 1, correlation between baseline & follow-up = 0.50, Method: ANCOVA ได้ขนาดศึกษากลุ่มละ 62 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการออกจากการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้กลุ่มละ 66 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้อยู่อาศัย ร่วมบ้าน ประวัติการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิต และค่าระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าจำนวน 2 คำถาม (2Q) และประเมินโรคซึมเศร้าจำนวน 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

3) แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นแบบวัดความเครียดจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับการทดลอง ได้แก่

1) เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ใช้ได้ผ่านการสอบเทียบเครื่อง ด้วย เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่ได้มาตรฐาน

2) โปรแกรมการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเฉพาะทางสาขากายภาพบำบัดและจิตเวช พยาบาลที่เป็นผู้จัดการโรคเบาหวานของอำเภอ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการจัดกิจกรรมร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมผู้ดูแลในแต่ละบุคคล กำหนดการประเมินผลและการติดตามโดยมีกิจกรรมดังนี้



2.1) ทำความเข้าใจร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยคำนึงถึงเรื่องของสุขภาพจิตร่วมด้วย โดยทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและแนวทางการดูแลรักษา และองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและความเครียด โดยให้ทราบถึงวิธีการประเมิน วิธีการจัดการกับความเครียดและการรักษาโรคซึมเศร้า ตามแนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

2.2) จัดกระบวนการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการเข้ากลุ่มเพื่อกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิกในเรื่องปฏิบัติตัว และทีมสหวิชาชีพส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้โดยให้ข้อมูลเรื่องของโรค สาเหตุ การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน ผลกระทบด้านต่าง ๆ ของโรค แนวทางการรักษา แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ทั้งในส่วน of โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด โดยจัดให้มีการเข้ากลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง และมีการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดทุกเดือน รวมทั้งมีการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความเครียด ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งแรก และประเมินประเมินภาวะซึมเศร้า ประเมินความเครียดในครั้งสุดท้ายหลังเสร็จกิจกรรมครบ 3 ครั้งแล้ว

2.3) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าหรือภาวะเครียดให้การดูแลและใช้วิธีการจัดการกับความเครียดและการรักษาโรคซึมเศร้า ตามแนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิต สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558), แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยร่างแบบสอบถามเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้าน content 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโครงสร้างของแบบสอบถาม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โครงสร้างและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้ศึกษารวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญมาประเมินความตรงตามเนื้อหา โครงสร้างและให้คะแนนเป็นรายข้อ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ (scale-level CVI/Ave) = $2.67/3 = 0.89$ และได้รับการตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 2 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้าน ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage)



1.2) วิเคราะห์ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับภาวะซีมเศร้า ระดับความเครียด ก่อนการทดลองภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มด้วย จำนวน ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

2.1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม คะแนนภาวะซีมเศร้า คะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนภาวะซีมเศร้า คะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

2.3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับภาวะซีมเศร้าและระดับความเครียดกับระดับน้ำตาลในเลือดด้วยสถิติ Pearson correlation

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่รับรอง E 2564-053 วันที่ 14 กรกฎาคม 2564 - 14 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองที่เข้ารับบริการที่ NPCU ท่าโป่ง จำนวน 66 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการที่ รพ.เสริมงาม จำนวน 66 ราย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65.15 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.94 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.76 โดยมีจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.15 รองลงมาเป็นไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 22.73 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 65.15 รองลงมาเป็นไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 68.18 รองลงมาอยู่อาศัยกับบุตร/หลาน คิดเป็นร้อยละ 13.64 โดยมีประวัติการดื่มสุราเป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นบางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.94 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 27.27 โดยมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.87 รองลงมาเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.76 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 86.36 เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.64 อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.79 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.60 รองลงมาเป็นไม่ได้เรียน คิดเป็นร้อยละ 18.18 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 46.97 รองลงมาเป็นอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 25.76 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกันกับสามีหรือภรรยา คิดเป็นร้อยละ 87.88 รองลงมาอยู่คนเดียว คิดเป็นร้อยละ 7.58 โดยประวัติการดื่มสุราเป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็น



บางครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.48 รองลงมาเป็นกลุ่มที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 40.91 โดยมีระยะเวลาการเป็นเบาหวานไม่เกิน 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.39 รองลงมาเป็นเบาหวานมานานกว่า 5 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.82 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 75.76 เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด คะแนนภาวะซีมเศร้า คะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่ NPCU ท่าโป่ง และรพ.เสริมงาม

ตัวแปร	NPCU ท่าโป่ง		รพ.เสริมงาม		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
HbA1c ก่อนการทดลอง	8.96	1.23	9.26	1.43	0.195
HbA1c หลังการทดลอง	9.07	1.18	9.30	1.71	0.379
HbA1c ที่เปลี่ยนแปลง (หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง)	0.12	1.18	0.04	2.11	0.803
คะแนนภาวะซีมเศร้าก่อนการทดลอง	5.03	1.45	2.56	2.16	<0.001*
คะแนนภาวะซีมเศร้าหลังการทดลอง	1.36	2.03	0.79	1.18	0.048*
คะแนนภาวะซีมเศร้าที่เปลี่ยนแปลง (หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง)	-3.67	2.34	-1.77	2.07	<0.001*
คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง	4.12	1.26	2.65	2.01	<0.001*
คะแนนความเครียดหลังการทดลอง	1.35	1.69	0.95	1.45	0.154
คะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลง (หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง)	-2.77	1.80	-1.71	2.01	0.002*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับบริการที่ NPCU ท่าโป่งและที่ รพ.เสริมงาม มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เปลี่ยนแปลง ไม่แตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการระหว่างที่ NPCU ท่าโป่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าก่อนการทดลอง และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซีมเศร้าหลังการทดลองสูงกว่า รพ.เสริมงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซีมเศร้าที่เปลี่ยนแปลงโดยมีคะแนนภาวะซีมเศร้าที่ลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ รพ.เสริมงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการระหว่างที่ NPCU ทำโป่ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ รพ.เสริมงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง และที่ รพ.เสริมงาม ไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงโดยมีการลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ รพ.เสริมงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานที่ที่เข้ารับบริการระหว่างที่ NPCU ทำโป่ง และที่ รพ.เสริมงาม ที่มีผลต่อลักษณะการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่าง

สถานที่	ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของ HbA1c ภายหลังการทดลอง			χ^2	df	p-value
	ลดลง (ร้อยละ)	เท่าเดิม (ร้อยละ)	เพิ่มขึ้น (ร้อยละ)			
NPCU ทำโป่ง	29 (43.94)	3 (4.54)	34 (51.52)	2.09	2	0.352
รพ.เสริมงาม	24 (36.36)	7 (10.61)	35 (53.03)			

*p-value < 0.05

เมื่อพิจารณาจากเฉพาะลักษณะของการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่ลดลง เท่าเดิม หรือเพิ่มขึ้น จากตารางที่ 2 พบว่าการเข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง และที่ รพ.เสริมงาม ไม่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่รับบริการที่ NPCU ทำโป่ง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
HbA1c	8.96	1.23	9.07	1.18	0.42
คะแนนภาวะซึมเศร้า	5.03	1.45	1.36	2.03	<0.001*
คะแนนความเครียด	4.12	1.26	1.35	1.69	<0.001*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ NPCU ทำโป่ง ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของคะแนน



ความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนภาวะซึมเศร้า คะแนนความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มที่รับบริการที่ รพ.เสริมงาม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
HbA1c	9.26	1.43	9.30	1.71	0.875
คะแนนภาวะซึมเศร้า	2.56	2.16	0.79	1.18	<0.01*
คะแนนความเครียด	2.65	0.25	0.95	0.18	<0.01*

*p-value < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการที่ รพ.เสริมงาม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะซึมเศร้ากับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ตัวแปร	ค่า HbA1c ก่อนการทดลอง		ค่า HbA1c หลังการทดลอง		ค่า HbA1c ที่เปลี่ยนแปลง (หลัง-ก่อน)	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง	-0.070	0.426	-0.092	0.295	-0.025	0.778
คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง	-0.004	0.964	0.151	0.085	-0.116	0.185
คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง	0.062	0.483	0.162	0.064	0.091	0.298
คะแนนความเครียดหลังการทดลอง	-0.016	0.859	0.151	0.085	0.143	0.103
คะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลง (หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง)	0.107	0.220	0.198*	0.023	-0.087	0.323
คะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลง (หลังการทดลอง-ก่อนการทดลอง)	-0.003	0.972	0.256*	0.003	0.223*	0.01

*p-value < 0.05



จากตารางที่ 5 ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) กับ การทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่าพบว่าคะแนนภาวะซึ่มเศร้าที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนภาวะซึ่มเศร้าหลังการทดลอง-คะแนนภาวะซึ่มเศร่าก่อนการทดลอง) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง ในส่วนของความเครียดพบว่าคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลง(คะแนนความเครียดหลังการทดลอง-คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลอง และยังพบว่าคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เปลี่ยนแปลง (ค่า HbA1c หลังการทดลอง – ค่า HbA1c ก่อนการทดลอง)

อภิปรายผล

ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้ารับบริการในเขตเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิท่าโป่ง ไม่แตกต่างกับที่รับการดูแลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม โดยพบว่าหลังการทดลอง ทั้งสองกลุ่ม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ (Sunongbua, Sripornkitkajorn, 2017) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย HbA1c ปี 2559 = $7.6 \pm 1.9\%$ ปี 2560 = $7.2 \pm 1.7\%$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของ HbA1c ปี 2560 ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2559 และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) รวมทั้งผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูง ($HbA1c \geq 7\%$) ปี 2559 พบว่าค่าเฉลี่ยของ HbA1c ปี 2559 = $8.9 \pm 1.4\%$ ปี 2560 = $8.1 \pm 1.5\%$ ซึ่งค่าเฉลี่ยของ HbA1c ลดลงและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาวิจัยข้างต้นได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานทั้งที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ แต่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำการศึกษาในเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนในการดูแลมากกว่าและมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสูงมากอยู่แล้ว อีกทั้งยังเป็นช่วงสถานการณ์ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จึงทำให้กิจกรรมบางอย่าง เช่น การเยี่ยมบ้าน ทำได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร รวมถึงช่วงเวลาที่ใช้ในการศึกษามีระยะเวลาเพียง 6 เดือน ซึ่งอาจจะสั้นเกินไปที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือดจากกระบวนการที่ได้ดำเนินการในการศึกษาวิจัย

ค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลอง และผลต่างของค่าเฉลี่ยของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการในเขตเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิท่าโป่ง กับที่รับการดูแลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม พบว่าไม่แตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดลง กับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก็พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจาตุรนต์ ตั้งสงวรธรรมะ, สมศักดิ์ วสุวิฑิตกุล และสุธีร์ รัตนมงคลกุล (Tangsangwornthamma, Wasuwititgul, Rattanamongkolgul, 2013) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเฝ้าระวังด้วย HbA1c ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และในหน่วยบริการตติยภูมิ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าแตกต่างจากการศึกษาของดารณี เทียมเพชร (Tieampet, Sangrattanapiman, Aksornde, Taweebut, Changkaew, 2016) ซึ่งพบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 204.47$, $SD = 41.62$) หลังการทดลอง ($\bar{X} = 150.10$, $SD = 40.93$) น้อยกว่าก่อน



การทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=10.15$, $p<.001$) และแตกต่างกับการศึกษาของกอบกุล ยศณรงค์ (Yodnarong, 2012) ที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่ รพ.สต. สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของ รพ.ปัว โดยมีผู้ป่วยของ รพ.สต. และของ รพ.ปัว ที่สามารถควบคุมระดับ HbA1c $<7\%$ เท่ากับ ร้อยละ 72.55 และร้อยละ 54.37 ตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุที่แตกต่างจากทั้งสองการศึกษาวิจัยข้างต้น เนื่องมาจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่รับบริการที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงทำให้ความซับซ้อน และความยากง่ายในการดูแลรักษา มีความแตกต่างจากทั้งสองการศึกษาวิจัยข้างต้น รวมทั้งช่วงระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยที่ไม่เท่ากัน และการติดตามค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด (FBS) กับค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก็ส่งผลต่อผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

ภาวะซึมเศร้าและความเครียดหลังการทดลองทั้งสองกลุ่มมีการลดลงกว่าก่อนการทดลอง โดยหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจากการที่มีความครอบคลุมในเรื่องของการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเครียดของทั้งสองกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้นั้นเข้าถึงและได้รับดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และพบว่ากลุ่มที่เข้ารับบริการในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทำไปมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของทั้งคะแนนภาวะซึมเศร้าและคะแนนความเครียดหลังการทดลองเมื่อเทียบกับก่อนการทดลองที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่รับบริการดูแลที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทำไปมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ รวมถึงพยาบาลด้านสุขภาพจิตเข้าร่วมประเมินและให้การดูแลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยร่วมด้วย อีกทั้งใกล้บ้านของผู้ป่วยมากกว่า ไม่แออัดเท่าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลเสริมงาม และทีมที่ดูแลมีเวลาในการตรวจรักษาและให้คำแนะนำมากกว่า

คะแนนภาวะซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง-คะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กล่าวคือเมื่อคะแนนภาวะซึมเศร้ายิ่งลดลงมากค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก็มีการลดลงไปในทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลวิภา สุลักษณ์ารักษ์, วโรตม ใจสนุก และเบญจา มุกตพันธุ์ (Sulukananuruk, Jaisanook, Muktabhant, 2016) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์แบบกลับทางกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และคะแนนความเครียดที่เปลี่ยนแปลง (คะแนนความเครียดหลังการทดลอง-คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการทดลองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และยังพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ที่เปลี่ยนแปลง (ค่า HbA1c หลังการทดลอง - ค่า HbA1c ก่อนการทดลอง) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กล่าวคือเมื่อคะแนนความเครียดยิ่งลดลงมาก ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก็มีการลดลงไปในทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนชัย เพ็ชรสมบัติ (Pechsombut, 2016) ที่พบว่าโปรแกรมบริหารสมองแบบปรับใหม่มีความเหมาะสมเพื่อใช้ลดความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และในกลุ่มทดลองหลังฝึกด้วยโปรแกรม



ระดับความเครียดวัดจากระดับคอร์ติซอล (Cortisol) และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดลงต่ำกว่าก่อนฝึกด้วยโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ไผ่ตระกูล และคณะ (Phaitrakoon, et al., 2019) ที่พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดมีความสัมพันธ์ระดับต่ำในทางบวกกับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.16$, $p=.04$)

ข้อจำกัดงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม และความสะดวกใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งตัวผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ให้ไปรับบริการที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ หรือมีการดูแลตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย และมีการวางแผนการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหรือป้องกันไม่ให้อัตราส่วนน้ำตาลสะสมในเลือดสูงขึ้น และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในอนาคต

2. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการดูแลด้านสุขภาพจิตร่วมด้วย ดังเช่นการคัดกรองและดูแลตามแนวทางของภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยหากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มากขึ้น โดยอาจทำการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยหาโรงพยาบาลอื่นและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นเข้าร่วม ให้มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ในบริบทที่มีความหลากหลายมากขึ้น และควรติดตามและประเมินผลของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อย่างต่อเนื่องอีกเป็นระยะ 1 ปี 3 ปี และ 5 ปี เพื่อดูประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ให้มีความชัดเจนในระยะยาวต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2016). NCD Management-Screening, Diagnosis and Treatment. Global report on diabetes. Retrieved 30 January 2021 from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257/>.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2020). Annual Report 2019 (NCD). Nonthaburi: Aksorn Graphic and Design publishing limited partnership. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). 5-Year National NCDs Prevention and Control Plan (2017-2021). Bangkok: Emotion Art Co., Ltd..12-13.
- Health Administration Division, Ministry of Public Health. (2016). Guideline primary care cluster service. Retrieved 29 January 2021 from:
[http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Manual%20PCC%202017\(1\).pdf](http://www.amno.moph.go.th/amno_new/files/Manual%20PCC%202017(1).pdf).
- Ministry of Public Health. (2021). Lampang Health Data Center. Retrieved 30 January 2021 from:
<https://lpg.hdc.moph.go.th/>.
- Yodnarong, K. (2012). Development of Diabetic Care System in Pua Contracting Unit for Primary Care, Nan Province. Journal of Health Systems Research. 6(2), 290-7. (in Thai)
- Tieampet, D., Sangrattanapiman, K., Aksornde, M., Taweebut, P., Changkaew, W. (2016). Development of Diabetes Mellitus (DM) Care System Continued Seamlessly to Communities, Muang District, Srakaew Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 25(3), 156-169. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2015). Mental health assessment guideline for health care service in community hospital (NCDs clinic). Revised edition. Nonthaburi: The agricultural Co-operative Federation of Thailand., LTD. 7. (in Thai)
- Wang F., et al. (2019). Prevalence of comorbid major depressive disorder in Type 2 diabetes: a meta-analysis of comparative and epidemiological studies. Diabetes UK. Retrieved 28 January 2021 from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.14042#>.
- Thamrongchaichana, J., Laohasiriwong, W., Thinkamrop, W. (2018). Situation and Factors Associated with Depression among Diabetes Mellitus Type II Patients in Khon Kaen Province. Royal Thai Navy Medical Journal. 45(3), 613-631. (in Thai)
- Rungreangkulkij, S., Thavornpitak, Y., Kittiwatanapaisan, W., Kotnara, I., Kaewjanta, N. (2014). Prevalence and Factors of Depression among Type 2 Diabetic Patients. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 59(3), 287-298. (in Thai)



- Palizgir, M., Bakhtiari, M., Esteghamati, A. (2013). Association of depression and anxiety with diabetes mellitus type 2 concerning some sociological factors. Iran Red Crescent Medical Journal. Retrieved 28 January 2021 from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24578829/>.
- Sunongbua, A., Sripornkitkajorn, D. (2017). The outcome of Network Development for Diabetic Patients Care at Health Promoting Hospital, Mueang Chaiyaphum District. Chaiyaphum medical journal. Retrieved 19 March 2011 from: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/7340/9386>. (in Thai)
- Tangsangwornthamma, C., Wasuwithitgul, S., Rattanamongkolgul, S. (2013). The Comparative studies of Treatment Outcomes of Diabetes Thai patients in HRH Princess Mahachakri Sirindhorn Medical Center Using The ADA 2008 guideline. Journal of Medicine and Health Sciences. 20(1), 29-40. (in Thai)
- Sulukananuruk, C., Jaisanook, W., Muktabhant, B. (2016). Association of Depression and Stress with HbA1c level of Type 2 Diabetic Patients Attending the Diabetes Clinic of Nampong Hospital, Khon Kaen Province. Srinagarind Medical Journal. 31(1), 34-46. (in Thai)
- Pechsombut, R. (2016). Reducing Stress in Type 2 Diabetes Patients using a Modified Brain Fitness Program. Master of Science (Research and Statistics in Cognitive Science). Burapha University. (in Thai)
- Phaitrakoon, J., et al. (2019). Factors Correlated with Stress of Patients with Diabetes Mellitus Type 2 in Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center, Ongkharak, Nakhonnayok Province. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 29(1), 21-31. (in Thai)



Early Childhood Development Promotion: Usage of Early Childhood Developmental Assessment and Promotion Tool for Children in Highland Ethnic Groups in the Area of Border Security Development Village Under the Royal Initiatives and Border Guard Village in Mae Hong Son Province

Wanchaream Ritthimom^{1*}

(Received November 22, 2022, Revised: January 25, 2023, Accepted: February 20, 2023)

Abstract

This action research aims to assess the developmental early childhood as well as the advancement tool for children in highland ethnic groups residing in the border security development village under the Royal initiatives and border Guard village located in Mae Hong Son province. The study involved a sample of 287 individuals, comprising of parents and their preschool-aged children (aged 0-5 years), with a one-to-one parent-child ratio. Data were collected using descriptive statistics to analyze and gather data, including percentage, frequency, mean, and standard deviation.

The assessment of early childhood development and promotion of children's growth are highlighted by three perspectives. Firstly, the enormous majority of participants (96.52%) demonstrated proficiency in utilizing the instrumental tool correctly. Secondly, within the parental cohort (97.47%), the instrumental tool was found effective in assessing growth development, with results aligning with the normal childhood developmental level as mentioned in the Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM). A simply 2.53% of parents expressed concern regarding potential developmental delays in their children. Lastly, a significant proportion of participants (98.60%) expressed contentment with the utilization of the instrumental tool in this project. The utilization of developmental assessments and progressive tools is deemed suitable for the early childhood stage and sufficient reasons further promotion across diverse settings.

Key words: Early childhood developmental assessment and promotion tool; Highland ethnic

* Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, Lamphang, Thailand

¹Corresponding author : wanchaream.r@gmail.com tel: 0898596048



การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดน
อันเนื่องมาจากพระราชดำริและหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

วันเฉลิม ฤทธิมนต์^{1*}

(วันรับบทความ : 22 พฤศจิกายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 25 มกราคม 2566, วันตอบรับบทความ : 20 กุมภาพันธ์ 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย(0-5ปี) จำนวนกลุ่มละ 287 คน (ผู้ปกครอง 1 คน ต่อเด็ก1คน) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการประเมินการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ผลการประเมินความสามารถของการใช้เครื่องมือ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน สามารถทำการคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี โดยใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 96.52 ประเด็นที่ 2 ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0-5ปี) ด้วยการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ประเมินโดยผู้ปกครองในกลุ่มที่ใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง ทั้งสิ้น 277 คน พบว่าพัฒนาการปกติ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 และสงสัยพัฒนาการล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 ซึ่งเมื่อนำผลการประเมินไปเปรียบเทียบกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระบบปกติที่ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยไม่แตกต่างกัน ประเด็นที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นโดยภาพรวมมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 98.60 ดังนั้น ควรมีการผลักดันให้นำเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ไปขยายผลการใช้ให้ครอบคลุมในพื้นที่ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ต่อไป

คำสำคัญ: เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย; กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

* ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย จังหวัดลำปาง

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : wanchaream.r@gmail.com โทร: 0898596048



บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า และเป็นอนาคตที่สำคัญของชาติ ในหลายประเทศล้วนมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะต้องเริ่มต้นจากเด็ก โดยเฉพาะในช่วงแรกเกิดถึง 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เริ่มมีการพัฒนาในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม พัฒนาการเป็นพื้นฐานในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่และเป็นการกำหนดวิถีชีวิตด้านสุขภาพ การเรียนรู้และความเป็นอยู่ที่ดี (National Statistical Office and Unicef, 2019) ซึ่งพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิต เนื่องจากการพัฒนามนุษย์อย่างมีประสิทธิภาพให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ (Smart Citizen) จำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพของแม่ก่อนการตั้งครรภ์ การดูแลเด็กช่วงปฐมวัย และการส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง (Rittiron et al., 2021) โดยปัจจุบันการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง (Nakvirojana, Baitragual, kreasuwan, and Dakdacha, 2021) ให้ครอบครัวเป็นแกนหลัก มีบทบาทหน้าที่สำคัญยิ่งต่อการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เจริญเติบโตไปในทางที่พึงประสงค์ โดยผู้ปกครองต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการใช้เครื่องมือและมีทักษะที่ถูกต้องในการประเมินพัฒนาการเด็กด้านต่างๆ

ซึ่งพัฒนาการเด็กเกิดจากการเปลี่ยนแปลงหลายด้านผสมผสานกัน โดยพัฒนาการทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor: GM), ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (Fine Motor: FM), ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language: RL), ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language: EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social: PS) (Ministry of Public Health, 2019) ล้วนมีความสำคัญและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทุกด้าน การเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการด้านหนึ่งย่อมมีผลให้พัฒนาการอีกด้านหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Chumai, 2016) เช่น เด็กที่มีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์มักเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอารมณ์แจ่มใส รู้จักควบคุมอารมณ์เข้ากับผู้อื่นได้ดี และมีความสนใจเรียนรู้สิ่งรอบตัว ในทางตรงกันข้ามเด็กที่มีสุขภาพไม่ดี มักประสบปัญหาด้านการเจริญเติบโตของร่างกายล่าช้า หรือหยุดชะงักชั่วคราว อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีอาการเศร้าซึม ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ยาก และขาดสมาธิในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ควรได้รับการตรวจและประเมินพัฒนาการ แต่สำหรับในเด็กชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงชาวไทยภูเขา มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ทุกกันดาร ยังพบปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง รวมทั้งขาดโอกาสรับการประเมินพัฒนาการและสถานะสุขภาพ ซึ่งปัญหาพัฒนาการล่าช้าของเด็กปฐมวัยในชุมชนบนพื้นที่สูง ยังพบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลกระทบต่อเด็กกลุ่มนี้ในระยะยาวหากไม่ได้รับการแก้ไขได้อย่างทันท่วงที (Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, 2021)

จากข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็กสมัยของจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าเด็กปฐมวัย (0 -5 ปี) ได้รับการประเมินพัฒนาการร้อยละ 83.95 โดยพบว่ามีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 84.74 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 15.26 (Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, 2020) สอดคล้องกับการสำรวจการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 -5ปี) ปีงบประมาณ 2564 ของศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วย 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง, อำเภอปาย และอำเภอปางมะผ้า



ทั้งสิ้นจำนวน 34 หมู่บ้าน พบมีเด็กปฐมวัย(0 -5ปี) ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 81.25 พบพัฒนาสมวัย ร้อยละ 82.19 และสงสัยพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 17.81 (Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker, 2021) จากการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความครอบคลุมของการตรวจประเมินพัฒนาการเด็ก ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ปกครอง กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าไม่มีเครื่องมือประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมสำหรับผู้ปกครอง กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ซึ่งพบมีข้อจำกัดด้านการอ่าน หรือเขียนภาษาไทย และไม่มีความรู้ด้านการประเมินพัฒนาการ ประกอบกับสภาพความห่างไกลทุรกันดาร การคมนาคมไม่สะดวก เดินทางเข้า-ออกพื้นที่ยากลำบาก นอกจากนี้มีความเห็นของผู้ปกครอง ต่อการใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) พบว่าการตรวจพัฒนาการเด็กมีหลายด้าน มีจำนวนหลายข้อ เข้าใจยาก และตัวหนังสือจำนวนมาก ทำให้เกิดความสับสน การแปลจากภาษาไทยเป็นภาษาชนเผ่า อาจจะแปลความหมายไม่ถูกต้อง

ในการดำเนินงานที่ผ่านมาทางศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0 -5ปี) พร้อมทั้งได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ออกแบบให้เหมาะสมต่อการใช้สำหรับผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กได้สะดวกและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้พัฒนาจากคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้นแบบของการพัฒนา และทำการออกแบบ สร้างวิธีการใหม่ ใช้รูปภาพประกอบขั้นตอนการประเมินพัฒนาการเด็กทุกขั้นตอน เพื่อให้ง่ายและสะดวกกับผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ ได้ใช้ในการส่งเสริมเฝ้าระวังและประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 -5ปี) ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ได้พัฒนาขึ้น

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหาเพื่อประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย (0-5ปี) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง จำนวน 287 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 – 30 กันยายน 2565



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่ได้พัฒนาขึ้นโดยศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ การสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีจับฉลากโดยการสุ่มแบบไม่คืนกลับ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบทั้งสิ้น 287 คน ซึ่งขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย ส่งเสริมให้กับผู้ปกครอง ใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง โดยผู้ปกครองจะต้องมีการนำเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงไปใช้จริงทุกราย และด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้มีการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงแล้วเป็นระยะ 3 เดือน ซึ่งทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวน 1 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย (0-5ปี) กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ ทาโร่ ยามาเนะ (Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 คน จากประชากรทั้งสิ้น 750 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีจับฉลากโดยการสุ่มแบบไม่คืนกลับ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้ากลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ 1)เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง 2) เด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 3)สามารถสื่อสาร พูดและอ่านภาษาไทยได้ในระดับดี และ 4)ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งทุกคนได้รับการทาบทามเพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยนักวิจัยทำการแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ก่อนเริ่มดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. **เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เป็นเครื่องมือที่นักวิจัยได้พัฒนาจากคู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้นแบบของการพัฒนา และทำการออกแบบ สร้างวิธีการใหม่ ใช้รูปภาพประกอบขั้นตอนการประเมินพัฒนาการเด็กทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นภาพบุคคลในพื้นที่ แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์ของชนเผ่า ภาษาที่ใช้ มีความกะทัดรัดเข้าใจง่าย ผู้ใช้จดจำได้ง่าย ประกอบด้วยวิธีการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้งหมด 23 ช่วงอายุ จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว (GM) ,ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา(FM),ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ,ด้านการใช้ภาษา (EL) และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) เครื่องมือมีลักษณะเป็น“ภาพพลิก” ขนาดเอ 4 (ขนาด A4 = 29.7×21 Cm) มีจำนวน 117 หน้า



ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่างเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง



ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง



ภาพที่ 3 แสดงตัวอย่างเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง



2. เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง สำหรับผู้ปกครองเด็กปฐมวัย (0 - 5ปี) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ กลุ่มชาติพันธุ์ อายุ ความเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริม/การตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประสบการณ์การตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย และประวัติการได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 9 ข้อ และเติมคำด้วยภาษาไทย จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการประเมินความสามารถของการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ซึ่งเป็นแบบสังเกตความสามารถของการใช้เครื่องมือ ที่ทำการเก็บข้อมูลโดยนักวิจัย มีจำนวน 5 ข้อ (พัฒนาการทั้ง 5 ด้านตามช่วงอายุของเด็กปฐมวัย) ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน คือ ผู้ปกครองทำได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน และผู้ปกครองทำไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ดำเนินการโดยผู้ปกครองเด็กปฐมวัย ต้องเตรียมดังนี้

-เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง

-อุปกรณ์ชุดเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ช่วงอายุ 0-5 ปี (กระเป๋าสีม่วง) โดยผู้ปกครองสามารถนำจากของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มาใช้ในการประเมิน หรือสามารถใช้วัสดุทดแทนตามท้องถิ่นที่มีระบุไว้ในเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ตามช่วงวัยที่กำหนดมาใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0-5ปี) ที่ทำการเก็บข้อมูลโดยผู้ปกครอง โดยแบบเก็บข้อมูลพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีจำนวน 5 ข้อ (พัฒนาการทั้ง 5 ด้านตามช่วงอายุของเด็กปฐมวัย) ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน คือ พัฒนาการสมวัย ให้ 1 คะแนน และสงสัยพัฒนาการล่าช้า ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครอง ต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ซึ่งแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ โดยเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนดังนี้

(1) ระดับความพึงพอใจตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด	ให้	5	คะแนน
พึงพอใจมาก	ให้	4	คะแนน
พึงพอใจปานกลาง	ให้	3	คะแนน
พึงพอใจน้อย	ให้	2	คะแนน
พึงพอใจน้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

(2) ความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.80 ซึ่งได้มาจากการคำนวณโดยใช้สมการคณิตศาสตร์ ดังนี้ (Chindaprasert, 2019)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$



ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนดังนี้

ช่วงค่าเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
4.20 – 5.00	พึงพอใจมากที่สุด
3.40 – 4.19	พึงพอใจมาก
2.60 – 3.39	พึงพอใจปานกลาง
1.80 – 2.59	พึงพอใจน้อย
1.00 – 1.79	พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญงานด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกรมอนามัยและกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยผลการตรวจสอบพบว่า ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (try Out) กับผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในพื้นที่ตำบลนาเกียน อำเภอมกน้อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่นของ ส่วนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลการประเมินความสามารถของการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง และส่วนที่ 3 แบบเก็บข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) โดยทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี KR-20 ซึ่งมีความความเที่ยง เท่ากับ 0.88 และ 0.81 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) วิเคราะห์หา ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ตระหนักถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชน ซึ่งได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยยึดหลักหลักความเคารพในบุคคล (Respect for person), หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) ซึ่งได้รับการอนุมัติทำการศึกษาวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ 38/2564 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2564 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลก่อนทำการศึกษา โดยข้อมูลที่ได้จะแสดงเป็นภาพรวม เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น เมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง แบบสอบถามทั้งหมดจะถูกทำลายโดยวิธีที่เหมาะสม



ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.46 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ร้อยละ 73.86 รองลงมาเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ร้อยละ 26.14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 21-25 ปี ร้อยละ 49.48 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 26-30 ปี ร้อยละ 29.27 และช่วงอายุระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 11.15 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24.38 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มพ่อ/แม่ ร้อยละ 73.87 รองลงมาเป็น ตา/ยาย ร้อยละ 13.24 และเป็นปู่/ย่า ร้อยละ 9.06 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.23 ซึ่งมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปีทั้งสิ้น 25,861.46 บาท สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 97.21 และในด้านการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้เครื่องมือได้ถูกต้อง จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 96.52 และไม่สามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 3.48

ข้อมูลด้านการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) ร้อยละ 90.59 และเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) คิดเป็น ร้อยละ 9.41 โดยกลุ่มที่เคยรับการอบรม ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมให้ความรู้จากหน่วยงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 100.00 ด้านประสบการณ์ในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 97.56 และเคยตรวจพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 2.44 โดยเด็กปฐมวัยที่อยุ่ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับการประเมินพัฒนาการทุกราย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลชุมชน(รพช.)และประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล(รพ.สต.) ร้อยละ 89.90 รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 10.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินความสามารถของผู้ปกครองในการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง(n=287)

กลุ่มตัวอย่าง	สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กได้ถูกต้อง		ไม่สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินพัฒนาการเด็กได้	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ปกครอง	277	96.52	10	3.48
รวม	277	96.52	10	3.48



จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน สามารถทำการคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ได้ถูกต้อง จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 96.52 และพบผู้ปกครองไม่สามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 3.48

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0-5ปี) ระหว่างการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ประเมินโดยผู้ปกครอง กับการใช้คู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ที่ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

พัฒนาการด้านต่างๆ	ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0-5ปี)							
	ใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ประเมินโดย ผู้ปกครอง (n=277)				ใช้คู่มือเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (n=277)			
	ปกติ		สงสัยล่าช้า		ปกติ		สงสัยล่าช้า	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor ; GM)	277	100	0	0	277	100	0	0
ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (Fine Motor ; FM)	276	99.64	1	0.36	276	99.64	1	0.36
ด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language ; RL)	270	97.47	7	2.53	270	97.47	7	2.53
ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language ; EL)	270	97.47	7	2.53	270	97.47	7	2.53
ด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social; PS)	277	100	0	0	277	100	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย(0-5ปี) โดยการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ประเมินโดยผู้ปกครอง โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 277 คน พบว่าพัฒนาการปกติ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 และสงสัยพัฒนาการล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 โดยเมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) พัฒนาการปกติ 277 คน คิดเป็นร้อยละ 100,ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (FM) พัฒนาการปกติ 276 คน คิดเป็นร้อยละ 99.64



สงสัยล่าช้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36,ด้านการเข้าใจภาษา (RL) พัฒนาการปกติ 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 สงสัยล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 ด้านการใช้ภาษา (EL) พัฒนาการปกติ 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 สงสัยล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) พัฒนาการปกติ 277 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเมื่อนำผลการประเมิน ไปเปรียบเทียบกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) กระทรวงสาธารณสุข ที่ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 - 5ปี) ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 การประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (n=277)

ข้อที่	รายการประเมิน	ร้อยละ	Mean	S.D.	การแปลผล
1	ท่านมีความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	95.20	4.76	0.52	มากที่สุด
2	ท่านมีความเข้าใจเนื้อหาในการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	98.60	4.93	0.46	มากที่สุด
3	ท่านมีความเข้าใจวิธีประเมินพัฒนาการจากการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	97.80	4.89	0.43	มากที่สุด
4	เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ทำให้การประเมินพัฒนาการเด็กมีความสะดวกและรวดเร็วขึ้น	97.60	4.88	0.64	มากที่สุด
5	ท่านมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	98.00	4.90	0.47	มากที่สุด
6	เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง เป็นประโยชน์ต่อเด็กที่ท่านดูแลอยู่	95.60	4.78	0.55	มากที่สุด



ตารางที่ 4 การประเมินความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์ บนพื้นที่สูง(ต่อ) (n=277) (ต่อ)

ข้อที่	รายการประเมิน	ร้อยละ	Mean	S.D.	การแปลผล
7	เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ส่งเสริมให้เด็กที่ท่านดูแลมีพัฒนาการสมวัย	96.60	4.83	0.52	มากที่สุด
8	เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ทำให้ท่านสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในช่วงอายุถัดไปได้ถูกต้อง ครบทั้ง 5 ด้าน	96.00	4.80	0.53	มากที่สุด
9	ท่านสามารถใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ได้อย่างเป็นประจำและต่อเนื่อง	98.40	4.92	0.36	มากที่สุด
10	ท่านมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง	98.60	4.93	0.29	มากที่สุด

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาพรวมความคิดเห็นของผู้ปกครองต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 98.60 (Mean= 4.93 ,S.D. = 0.29)

อภิปรายผล

การประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในด้านการประเมินความสามารถของการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 287 คน สามารถทำการคัดกรองพัฒนาการเด็กแรกเกิด - 5 ปี โดยใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงได้ถูกต้อง จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 96.52 และพบผู้ปกครองไม่สามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.48 เนื่องจากผู้ปกครองมีอายุมากจึงไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Boonchiam, 2020) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เด็กปฐมวัยจำนวนถึงร้อยละ 29.30 ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อ แม่ โดยอาศัยอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย



เนื่องจาก พ่อ แม่ ต้องออกไปทำงานในกรุงเทพมหานคร ทำให้เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการประเมินพัฒนาการ เนื่องจากผู้ปกครองมีอายุมากและไม่ได้เรียนหนังสือจึงไม่เข้าใจวิธีการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ถูกต้อง

ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0-5ปี) โดยการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ที่ประเมินโดยผู้ปกครอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 277 คน พบว่าพัฒนาการปกติ จำนวน 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 และสงสัยพัฒนาการล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 โดยเมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว (GM) พัฒนาการปกติ 277 คน คิดเป็นร้อยละ 100, ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และสติปัญญา (FM) พัฒนาการปกติ 276 คน คิดเป็นร้อยละ 99.64 สงสัยล่าช้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36, ด้านการเข้าใจภาษา (RL) พัฒนาการปกติ 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 สงสัยล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 ด้านการใช้ภาษา (EL) พัฒนาการปกติ 270 คน คิดเป็นร้อยละ 97.47 สงสัยล่าช้า 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.53 และด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (PS) พัฒนาการปกติ 277 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเมื่อนำผลการประเมิน ไปเปรียบเทียบกับผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) กระทรวงสาธารณสุข ที่ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริ และหมู่บ้านยามชายแดน จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (0 - 5ปี) ไม่แตกต่างกัน

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง โดยภาพรวมมีระดับความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 98.60 (Mean= 4.93 ,S.D. = 0.28) นอกจากนี้พ่อแม่ ผู้ปกครองให้ความเห็นต่อการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ว่าเครื่องมือนี้เข้าใจง่าย ใช้สะดวก สามารถนำมาใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็ก บุตรหลานในครอบครัวได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีภาพประกอบขั้นตอนการประเมินพัฒนาการเด็กทุกขั้นตอน ซึ่งเป็นภาพบุคคลในพื้นที่ แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์ของชนเผ่า ภาษาที่ใช้มีความกะทัดรัดเข้าใจง่าย ผู้ใช้จดจำได้ง่าย และมีความสะดวกเรื่องระยะเวลาในการประเมินพัฒนาการที่รวดเร็วกว่าการใช้ คู่มือเฝ้าระวัง คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Chunta, Keawsai, Saelim, and Khapa, 2018) ที่ทำการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมของ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็ก ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้ามามีบทบาทในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า หลังจากที้นำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ ผู้ใช้รูปแบบทุกกลุ่มมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้วยภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมากทุกคน และเห็นด้วยและต้องการให้มีการดำเนินงานตามรูปแบบต่อเนื่องทุกปี



ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ควรผลักดันให้มีการนำเครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงไปขยายการใช้ให้ครอบคลุมในพื้นที่ที่มีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่ มีสภาพการดำรงชีวิตยากต่อการเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุข ให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่ดีสมวัย โดยการส่งมอบในระดับจังหวัดที่มีกลุ่มชาติพันธุ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อให้เกิดการนำไปขยายผลในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงในประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ชาวไทยภูเขาบนพื้นที่สูง ทั้งหมด 20 จังหวัด ครอบคลุมกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งประเทศไทย เพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตลอดจนการศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการใช้เครื่องมือประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Boonchiam, S. (2020). The relationship between caregiver's quality of life and early childhood development in the northeast region. *Journal of Regional Health Promotioncentre 7 Khonkaew*. 13(1), 3-20. (in Thai).
- Chindaprasert, K. (2019). The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*. 8(15), 112-126. (in Thai).
- Chumai, T. (2016). Growth and development of early childhood. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*. 1(2), 18-33. (in Thai).
- Chunta, C., Keawsai, S., Saelim, S., & Khapa, P. (2018). *Development of integrated surveillance and promotion of early childhood development in child care centers, Yasothon Province, 2018*. Yasothon: Yasothon Provincial Public Health Office Printing House.(in Thai)
- Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker. (2020). *Highland health development center dashboard*. Retrived 2021, 10 March, from <https://hhdclampang.anamai.moph.go.th:8080/hhdcdashboard/>.
- Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker. (2021). *Health survey of hilltribe in the royal development project for border security area, 2021*. Lampang: Health Center for Ethnic Group, Marginal People and Migrant Worker Printing House. (in Thai).
- Ministry of Public Health. (2019). *Developmental surveillance and promotion manual (DSPM)*. Nonthaburi: Office of Printing Works, Veterans Affairs Organization. (in Thai).
- Nakvirojana, N., Baitragual, S., kreasuwan, J., & Dakdacha, J. (2021). The development of caring



model to promote growth and development of preschool children in the preschool development center at boromarajonani college of nursing, lampang. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 8(1), 237-252. (in Thai).

National Statistical Office and Unicef. (2019). *Survey of mother and child in thailand, 2019*. Bangkok: National Statistical Office Printing House. (in Thai).

Rittiron, P., Janchual, D., Yammen, P., Insar, N., Niamsawan, A., Raso, W., & Boonmejew, A. (2021). Factors affecting the development of early childhood thailand health region 2 phitsanulok. *Research and Development Health System Journal*. 14(3), 42-56. (in Thai).

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory statistics*, (Second Edition). New York: Harper& Row.



Development of Guidelines for Screening Patients during Situation COVID-19 Hang Chat Hospital, Hang Chat District, Lampang Province

Kanthana ranishchayakul^{1*}

(Received October 16, 2022, Revised: December 13, 2022, Accepted: February 20, 2023)

Abstract

This participatory research purposes to develop an assessment guideline and examine the outcomes of implementing guidelines for patient screening during Covid-19 pandemic at Hang Chat hospital. This study used the Bureau of Nursing's Outpatient Nursing Service Standards and the Department of Health's Covid free setting policy as a conceptual framework. Purposive sampling was used to recruit participants, who were divided into two groups. The first group of participants comprised of four registered nurses working in the screening department, while the second group consisted of 40 patients who required treatment and had sought laboratory test as a referral certificate from Lampang Hospital and Koh Kha hospital. The first group's instrument consisted of sociodemographic data gleaned from group discussion structure queries while the second group was interviewed for sociodemographic information, patient waiting time, and patient satisfaction surveys. Descriptive statistics: paired t-test and content-based were utilized for data collection analysis.

In order to establish an efficient screening protocol within the screening department, the protocol consisted of a nurse behavior plan and a service satisfaction plan. This study has revealed statistically significant differences ($p < .05$) in patient satisfaction and patient waiting time scores when evaluating post-service development.

Keywords: Development of patient screening guidelines; Waiting period; Nursing quality satisfaction; COVID-19 pandemic

* Registered Nurse, professional level, Hang Chat Hospital, Lampang Province

¹Corresponding author: apnkanthana@yahoo.co.th tel: 0936646941



การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

กัญญา รัตนชัยกุล^{1*}

(วันรับบทความ : 16 ตุลาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 13 ธันวาคม 2565, วันตอบรับบทความ : 20 กุมภาพันธ์ 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 2) เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกคัดกรอง จำนวน 4 คน แบ่งเป็นหัวหน้างานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการรักษาโดยแพทย์ จำนวน 40 คน กลุ่มผู้ป่วยที่มาตรวจทางห้องปฏิบัติการและขอผลทางห้องปฏิบัติการไปตามนัดโรงพยาบาลอื่นจำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มาขอใบส่งตัวไปตามนัดของ โรงพยาบาล ลำปาง และ โรงพยาบาลเกะกา จำนวน 10 คน กรอบแนวคิดที่ใช้ คือมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกของสำนักงานการพยาบาลและนโยบายมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) ของกรมอนามัย เครื่องมือที่ใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแนวคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อการสนทนากลุ่ม ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การบันทึกระยะเวลารอคอย และแบบสอบถามด้านความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา ข้อมูลระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการคัดกรองในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย คู่มือแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่แผนกคัดกรอง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ของกองการพยาบาล นอกจากนั้นกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เข้าร่วมในการวิจัยยังได้เสนอการพัฒนาพฤติกรรมบริการควบคู่กันและเมื่อนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้พบว่า คะแนนความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลหลังการพัฒนามีมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระยะเวลารอคอยลดลงอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

คำสำคัญ: การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย; ระยะเวลารอคอย; ความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาล; สถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้างฉัตร

¹Corresponding author: apnkanthana@yahoo.co.th โทร: 0936646941



บทนำ

การระบาดของโควิด-19 เป็นลักษณะของการระบาดใหญ่ (pandemic) องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) ประเทศไทยได้ประกาศให้โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย (Ministry of Public Health, 2020) แผนกผู้ป่วยนอกเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญเพราะเป็นหน่วยที่ต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องมีการมีการกำหนดมาตรการ ควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยการจัดระยะห่างสำหรับผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกให้นั่งห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร การลดระยะรอคอยที่โรงพยาบาล และการลดการแออัดในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากทำให้แผนกผู้ป่วยนอกต้องให้ความสำคัญของการลดระยะเวลาของผู้รับบริการโดยให้ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้อยที่สุดแต่ไม่ลดประสิทธิภาพของการบริการ มีเป้าหมายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการในสถานการณ์โควิด-19 (Sathiraangkur and Leelawong, 2021)

การลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยโดยไม่ลดประสิทธิภาพของการบริการ ย่อมทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการจัดเป็นคุณภาพบริการอย่างหนึ่ง คุณภาพบริการหมายถึงคุณภาพบริการในสายตาผู้ป่วยเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการกับการบริการที่ได้รับจริง หากบริการที่ได้รับจริงสูงกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังจะถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ (Berry, Zeithaml, and Parasuraman, 1990) สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาลห้างฉัตรคือ เป็นโรงพยาบาลที่มีบริการสุขภาพ สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัยมีมาตรฐานและชุมชนไว้วางใจ แต่อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์ระบาดของโควิด-19 ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่ต้องทำหัตถการหรือต้องทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมต้องส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายคือ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลเกาะคา จะต้องมารับตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือทำการตรวจหาเชื้อโควิด-19 Real-time Polymerase chain reaction (Rt-PCR) หรือ Antigen test kit (ATK) ที่ โรงพยาบาลห้างฉัตร ทำให้แผนกคัดกรอง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และมีนโยบายเพิ่มจุดบริการคลินิกผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ (Acute Respiratory Infection: ARI) เพื่อคัดกรอง ลดการแพร่กระจายเชื้อ ยิ่งไปกว่านั้นโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของอำเภอห้างฉัตร ทำให้มีการหมุนเวียนอัตรากำลังของ พยาบาลวิชาชีพ จุดคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอกไปปฏิบัติงานทั้ง 2 จุดบริการดังกล่าว ส่งผลกระทบต่ออัตรากำลังในแผนก ซึ่งรูปแบบบริการพยาบาล แผนกคัดกรอง ในปัจจุบันคือ ผู้ป่วยทุกราย วัดสัญญาณชีพ ได้การคัดกรองความรุนแรงเบื้องต้น (Triage) ถ้ามีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจจะส่งไปจุดบริการคลินิกผู้ป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจ(ARI) ถ้าอยู่ในเกณฑ์เร่งด่วนจะส่งไปแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ถ้าไม่อยู่ในเกณฑ์เร่งด่วนจะรอเรียกคัดกรองตามคิวที่ระบุเวลามาถึงโรงพยาบาล จากการประเมินผลการปฏิบัติงานปี 2562-2564 พบว่า ผลการประเมินร้อยละความพึงพอใจงานผู้ป่วยนอก เท่ากับ 77.12, 76.81 และ 75.00 ตามลำดับ และจากข้อมูลในโปรแกรมฮอสเอกซ์พี (Hos Xp) ในปี 2562-2564 พบว่า ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย เท่ากับ 2 ชั่วโมง 54 นาที, 2 ชั่วโมง 40 นาที และ 2 ชั่วโมง 53 นาที ตามลำดับ

จากสถานการณ์ข้างต้นทำให้เกิดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการจัดการระบบบริการพยาบาลของแผนกคัดกรองงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยส่งพบแพทย์ล่าช้า ผู้ป่วยที่อดอาหารและน้ำมาเพื่อเจาะเลือดมารับการเจาะเลือดเพื่อนำผลไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต้องรอนาน ผู้ที่มาตรวจขอรับการตรวจเชื้อโควิด-19 และต้องการขอเอกสารรับรองผลการด้วย วิธี Real-time Polymerase chain reaction (Rt-PCR) หรือ Antigen test kit (ATK) ได้รับการตรวจไม่ทันรอบตรวจในเวลา 11.00น หรือ 14.00 น. เนื่องจากรอบการตรวจของทาง



โรงพยาบาลมีเพียง 2 รอบ ผู้ป่วยที่ต้องการไปตรวจตามนัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายแต่ใบส่งตัวหมดอายุต้องรอคิวคัดกรองก่อนหลังจากนั้นจึงสามารถไปจุดออกใบส่งตัวได้ เป็นต้น Taylor (1994) กล่าวว่า ความล่าช้าในการรอคอยบริการมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพบริการ ถ้าผู้รับบริการรอคอยมากกว่า 30 นาที จะเกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย โกรธ เครียด วิตกกังวล มีความเชื่อถือลดลง และประเมินคุณภาพบริการไปในทางลบ และระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ ดังนั้นต้องอาศัยระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพจึงจะสามารถพัฒนาระบบการบริการพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อให้องค์กรพยาบาลของสถานบริการสาธารณสุขนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยได้พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการบริการสาธารณสุข มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็น 1 ใน 10 มาตรฐานที่สำนักการพยาบาลได้พัฒนาและปรับปรุงขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ระบบงานเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล (Jiravinthipak, Zhemwivatkul , Nityangkur , Wongsuwansiri, and Wongcharoen , 2008) โดยมี 2 มิติดังนี้ 1. มิติกระบวนการ ประกอบด้วย การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจ การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา การดูแลต่อเนื่อง การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิ และการบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งการพยาบาลทั้ง 3 ระยะนี้ (ก่อนการตรวจ ขณะตรวจรักษา หลังการตรวจรักษา) การปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญต้องมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและให้การพยาบาลเบื้องต้น และติดตามการค่าวิกฤติ (Critical value) ของผู้ป่วยที่ต้องรับรายงานแพทย์ทันทีซึ่งพยาบาลสามารถนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการในทุกแผนกและ 2. มิติผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจของงาน ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการ ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ด้านการพัฒนาองค์กร ซึ่งเป็นกรอบที่พยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ในระบบบริการพยาบาลร่วมกับอาศัยความร่วมมือของพยาบาลผู้ปฏิบัติโดยมุ่งหวังเพื่อเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยสูงสุด

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ตามแนวคิดของ เคมมิส และแมกทาเกท (Kemmis and Mc Taggart, 1990) เป็นการวิจัยที่มีกระบวนการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการสะท้อนการวิเคราะห์ตนเอง ร่วมคิด ร่วมสร้าง ร่วมพัฒนาโดยผ่านเกลียวของวงจรจนกระทั่งได้รูปแบบที่เหมาะสม จากการศึกษาของ (Amornprompakdi ,2019) ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการนิเทศการพยาบาลปฐมภูมิ ที่ส่งเสริมการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จากการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการนิเทศงานที่พัฒนาขึ้นที่ได้ให้ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่ดีทั้งต่อผู้นิเทศ ผู้รับการนิเทศ และผู้ใช้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Sumanit , 2021) ศึกษาการพัฒนาระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกุมวาปี จังหวัดอุดรธานี ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในงานพยาบาลผู้ป่วยนอก หลังการพัฒนา พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อระบบบริการงานพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะต้องพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อิงมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นยุทธวิธีที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ เพราะเกิดจากการช่วยกันคิด ช่วยกันทำ ช่วยกันปรับปรุงและ พัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วย ที่อาจทำให้ได้รูปแบบแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19



โรงพยาบาลห้างฉัตร เกิดผลลัพธ์ที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้รับบริการมีความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลของผู้รับบริการดีขึ้น และระยะเวลาการรอคอยลดลงแต่ไม่ลดประสิทธิภาพการทำงาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลของผู้รับบริการ และระยะเวลาการรอคอย ก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย ในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 เป็นอย่างไร
2. แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ทำให้ลดระยะเวลาการรอคอย และเพิ่มความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลได้หรือไม่

ขอบเขตการวิจัย

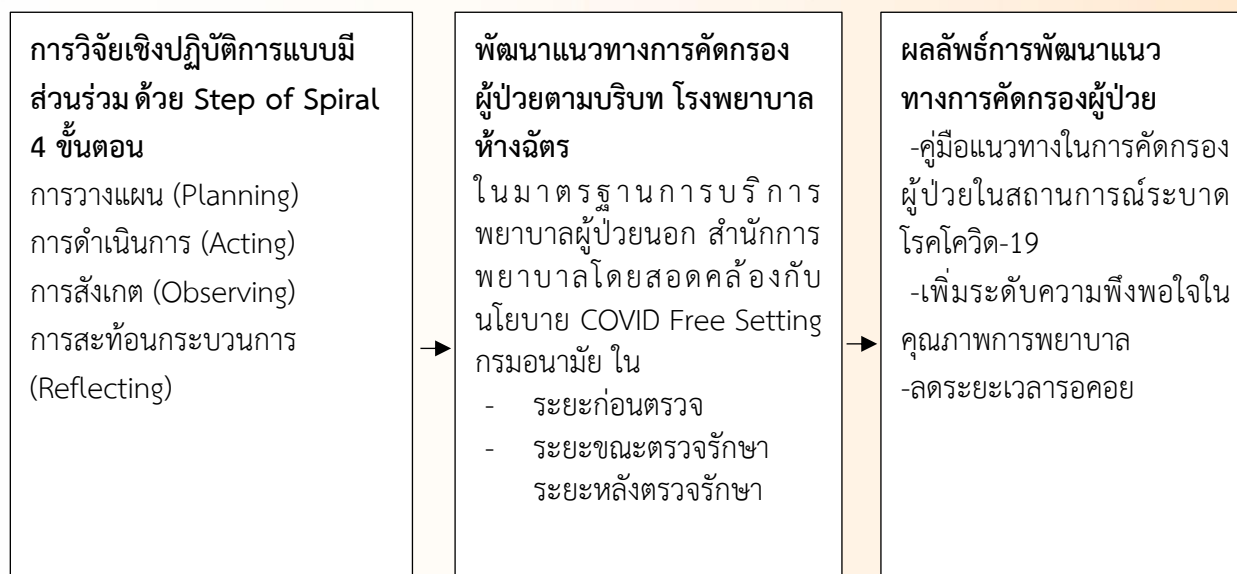
ในการศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษาประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหามุ่งการนำมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก โดยกองการพยาบาล โดยใช้กลยุทธ์วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ที่แผนกคัดกรอง โรงพยาบาลห้างฉัตร คัดกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกคัดกรอง ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลห้างฉัตร รวมทั้งหมดจำนวน 5 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 4 คน และหัวหน้างานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน 3) ด้านพื้นที่ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ที่แผนกคัดกรอง โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ระยะเวลา ระหว่างเดือน มกราคม – กรกฎาคม 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยตามแนวทางของของวงจการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทาเกท (Kemmis and Mc Taggart, 1990) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัตของเกลียวปฏิสัมพันธ์ในแต่ละรอบของวงรอบ แต่ละรอบของวงรอบประกอบด้วย ใน 1 รอบวงจร มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนา คือ การวางแผน (Plan) ร่วมกันสำรวจวิเคราะห์สภาพการณ์ของปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา และร่วมวางแผนดำเนินการ โดยแผนต้องมีความยืดหยุ่นปรับเปลี่ยนได้และเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ ระยะที่ 2 การนำไปใช้ นำแนวทางพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาล โดยสอดคล้องกับนโยบายมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free setting) ไปใช้คือ การดำเนินการ (Action) ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดอย่างเป็นระบบ ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ การสังเกตผล (Observe) สังเกตและการจดบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนดำเนินการ โดยสังเกตกระบวนการปฏิบัติการ (The action process) และสังเกตผลกระทบของการปฏิบัติ (The effects of action) บันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



จริงทั้งหมด และการสะท้อนผล (Reflection) เป็นการสะท้อนกระบวนการทั้งวงจร วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละขั้นตอนของวงจร โดยผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันอภิปรายปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไข เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุง และวางแผนดำเนินการในรอบต่อไป ทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นเกลียวปฏิสัมพันธ์ (Interaction spiral) สามารถทำซ้ำปรับปรุงและพัฒนาขึ้นในแต่ละรอบของวงจรต่อเนื่อง จนกว่าจะได้คู่มือแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล ในระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจรักษาและระยะหลังตรวจรักษา ที่สามารถเพิ่มระดับความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาล และลดระยะเวลารอคอยได้ ณ จุดคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนา แนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดกรอง จำนวน 4 คน หัวหน้างานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนั้นให้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เข้าลักษณะตามกลุ่มที่ระบุไว้แบบจำเพาะเจาะจง 2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจนเสร็จสิ้น 3) สามารถเข้าร่วมสนทนาเสนอแนวทางพัฒนาได้ในรูปแบบสนทนาเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีการไม่สบาย 2) ไม่สามารถร่วมงานวิจัยจนการวิจัยเสร็จสิ้นได้ 3) เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะนำไปใช้ การแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ไปใช้ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย

- 1) ผู้นำไปใช้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานคัดกรอง จำนวน 4 คน



2) ผู้ถูกใช้ คือ ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน มีจำนวนก่อนพัฒนา 35 คน หลังพัฒนา 35 คน โดยแบ่งกลุ่มดังนี้ ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพื่อรักษาทั่วไป จำนวน 40 คน (ก่อนพัฒนา 20 คน หลังพัฒนา 20 คน โดยคัดให้มีข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังเหมือนกันที่สุด) ผู้ป่วยที่มาตรวจทางห้องปฏิบัติการและขอผลทางห้องปฏิบัติการไป โรงพยาบาล อื่น จำนวน 10 คน (เป็นผู้รับบริการคนเดิมมาตรวจทุก 1- 3 เดือน) ผู้ป่วยที่มาขอใบส่งตัวไปตามนัดของ โรงพยาบาล ลำปางและ โรงพยาบาลเกาะคา จำนวน 10 คน (ก่อนพัฒนา 5 คน หลังพัฒนา 5 คน โดยคัดให้มีข้อมูลทั่วไปก่อนและหลังเหมือนกันมากที่สุด)

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เข้าลักษณะตามกลุ่มที่ระบุไว้แบบจำเพาะเจาะจง 2) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยจนเสร็จสิ้น 3) เป็นคนไทย อ่านออก เขียนได้ สามารถตอบแบบสอบถามได้

และมีเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีการไม่สบาย 2) ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 3) เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย 4) เป็นชาวต่างชาติ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้

1. **ระยะพัฒนา** แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรพยาบาลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาทำงาน

1.2 แนวคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อการสนทนากลุ่ม 5 คน ผู้วิจัยพัฒนาคำถามตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทากาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นการวางแผนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Planning) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ

2. **ระยะนำไปใช้** แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัดลำปาง มีเครื่องมือรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา ความต้องการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ สิทธิคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล มี 7 ข้อ ของสำนักการพยาบาล (Leelawong, 2021) เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการ สำหรับผู้ป่วยนอก OP VOICE ที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาล ในตอนที่ 3 ข้อ 15-21 คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 6 ระดับ พอใจมากที่สุดมีค่าเท่ากับ 6 คะแนน พอใจมากมีค่าเท่ากับ 5 คะแนน พอใจปานกลางมีค่าเท่ากับ 4 คะแนน พอใจน้อยมีค่าเท่ากับ 3 คะแนน พอใจน้อยที่สุดมีค่าเท่ากับ 2 คะแนน ไม่พอใจมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผล คะแนน 0-13 แสดงว่า มีความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลน้อย

คะแนน 14-27 แสดงว่า มีความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลปานกลาง

คะแนน 28-42 แสดงว่า มีความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลมาก

2.3 แบบบันทึกระยะเวลาารอคอย จำนวน 1 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด (open-ended questionnaire) โดยดูข้อมูลเวลาจากโปรแกรมฮอสเอกซ์พี (HosXp)

2.4 แนวคำถามเชิงโครงสร้างเพื่อการสนทนากลุ่ม 5 คน ที่ผู้วิจัยพัฒนาคำถามตามแนวคิดของเคมมิสและแมกทากาท (Kemmis and Mc Taggart, 1990) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นการดำเนินการ(Acting) ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ขั้นการสังเกตกระบวนการและผลกระทบของการ



เปลี่ยนแปลง (Observing) ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ขั้นการสะท้อนกระบวนการและผลกระทบ (Reflecting) ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ

2.5 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน

คุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแนวคำถามเชิงโครงสร้าง แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity Index) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช หัวหน้าแผนกคลินิกพิเศษ และอาจารย์พยาบาล และแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษา และได้นำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 4 ท่านเพื่อขอข้อคิดเห็นและแนะนำ (comment and suggestion)

2. ความเชื่อมั่นเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษามากที่สุด จำนวน 30 คน โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ E2565-030 กลุ่มตัวอย่างได้รับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม แบบสอบถามจะถูกนำไปทำลายทั้งหมดหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะพัฒนา แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ในเดือน มกราคม 2565

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก/นำเสนอข้อมูลวิชาการ/กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น (Share) ตามแนวคำถามเชิงโครงสร้าง ใช้ระยะเวลาสั้นๆ 5-10 นาที จำนวน 4 ครั้ง จนได้ผลสรุปข้อคิดเห็นที่เห็นพ้องต้องกัน หลังจากนั้นนำมาพัฒนาเป็นแนวทางพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ระยะนำไปใช้ แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2565

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลในเดือนกุมภาพันธ์ และ เดือนกรกฎาคม 2565
2. ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาการคอยจากโปรแกรม HosXp ในเดือนกุมภาพันธ์ และ เดือนกรกฎาคม 2565
3. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพผู้นำแนวปฏิบัติไปใช้ ร่วมกันบันทึกในแบบฟอร์มเหตุการณ์ประจำวัน



4. การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก/นำเสนอข้อมูลวิชาการ/กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น (Share) ตามแนวคำถามเชิงโครงสร้าง และข้อมูลจากบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน ใช้ระยะเวลาสั้นๆ 5-10 นาที จำนวน 6 ครั้ง โดยทำการปรับเปลี่ยนแนวทางการคัดกรองจะมีการดำเนินการเริ่มวงรอบใหม่ (Step of spiral) จนกว่าจะได้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลห่างฉัตร

5. ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ตรวจสอบข้อมูล (Member checking) เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะมีการสอบถามเพิ่มเติม เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด จึงนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ในการสนทนาทุกครั้งมีการรวบรวมข้อมูลโดยมีผู้ช่วยบันทึกตามหัวข้อการสนทนา/ประเด็น ทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลข้อมูลจากแบบสอบถาม ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา นำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลคะแนนความพึงพอใจคุณภาพการพยาบาลและระยะเวลารอคอย นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำไปวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจและระยะเวลารอคอยด้วยสถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การบันทึกเหตุการณ์ประจำวัน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทาเกท (Kemmis and Mc Taggart, 1990) ตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักงานพยาบาล โดยสอดคล้องกับนโยบาย COVID Free Setting กรมนามัย ในระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจรักษา และระยะหลังตรวจรักษา

1. ระยะการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห่างฉัตร อำเภอห่างฉัตร จังหวัดลำปาง จากการสนทนากลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน แบบไม่เป็นทางการ ในเดือน มกราคม พ.ศ. 2565 สนทนากลุ่มทั้งหมดจำนวน 4 ครั้ง พบว่า

1.1 ประเด็นสภาพปัญหาการปฏิบัติงาน ข้อเสนอที่ได้จากการสนทนา “คนไข้เยอะ Screen ไม่ทัน” “พยาบาลขาดเพราะติดโควิด” “คนไข้รอนาน” “คนไข้และญาติไม่ค่อยพอใจเรา” “คนไข้ไม่ให้เกิดใจเรา” “เรายังไม่ลดขั้นตอนบริการในคนไข้” และผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลแก่กลุ่มสนทนา คือระยะเวลารอคอยจากโปรแกรม HosXp และร้อยละความพึงพอใจจากการประเมินผลงานปี 2562-2564 ของแผนกคัดกรอง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห่างฉัตร เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าเบื้องต้น

1.2 การทบทวนแนวทางการปฏิบัติเดิม โดยประเมินตนเองตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก กองการพยาบาล (2550) ทั้ง 9 มาตรฐาน ข้อเสนอที่ได้จากการสนทนา “น่าจะแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความต้องการบริการ” “ควรพัฒนาตามส่วนขาดที่เราพอจะทำได้ก่อน” ซึ่งทีมเสนอแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห่างฉัตร อำเภอห่างฉัตร จังหวัดลำปาง ในประเด็นที่ควรพัฒนาตามมาตรฐาน 9 มาตรฐาน ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา ประเด็นการพัฒนาคือ

1. การแบ่งผู้ป่วยตามวัตถุประสงค์ที่ผู้ป่วย/ญาติมาโรงพยาบาล ลดขั้นตอนบริการ



2. พัฒนาระบบการคัดกรอง (Triage) และเฝ้าระวังสำหรับกลุ่มระดับฉุกเฉินเร่งด่วน สีเหลือง (Urgency) มีแนวโน้มเข้าระดับฉุกเฉินหนัก สีชมพู (Emergency), การคัดกรองผู้ที่มีอาการของโรคทางเดินหายใจ เพื่อส่งไปตรวจที่คลินิกผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ (ARI)

3. การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้นนำส่งผู้ป่วยไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าวิกฤติ (Critical value) ที่ต้องรับรายงานแพทย์ทันที

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา ประเด็นการพัฒนา คือ

1. การมอบหมายงานแก่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการช่วยเหลือตรวจพิเศษ และการกำกับดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ

2. การสื่อสารให้ผู้ป่วยกับญาติ และสหวิชาชีพอื่นในจุดบริการที่ผู้ป่วยและญาติจะไปติดต่อรับบริการ

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา ร่วมกับมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ และมาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนา คือ

1. การประชาสัมพันธ์แนะนำจุดบริการและขั้นตอนบริการต่างๆใน แผนกคัดกรอง (screen)

2. จัดทำทำให้คำแนะนำการปฏิบัติตนในกลุ่มโรคสำคัญ และการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยละญาติในโรคที่พบบ่อย

3. การประสานการส่งไปรับการรักษาต่อ ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน และทีมหมอครอบครัว (Family Care Team, FCT)

4. พัฒนาการใช้สื่อสารโดย SBAR เพื่อสื่อสารผู้ป่วยที่รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล (admit) และส่งผู้ป่วยไปแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ER)

5. จัดระบบการปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทาง เช่น Tele-medicine และ ZOOM

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การพัฒนา คือ การมีระบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเพื่อส่งต่อไปคลินิก ARI ของโรงพยาบาล , การจัดสถานที่เว้นระยะห่างขณะรอตรวจ หลังตรวจ, การทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ, และการจัดเตรียมเจลแอลกอฮอล์ในแต่ละจุด

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการแพทย์ การพัฒนา คือ การบันทึกข้อมูลให้องค์ตามการลงข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามข้อกำหนด สปสช. ปี 2563 ในกรณีส่งไปยังแผนกอื่นให้บันทึก อาการผู้ป่วย สาเหตุการส่งต่อใน Chief complaints : CC

วิธีการรวบรวมข้อมูลและวิธีประเมินความก้าวหน้า ข้อเสนอที่ได้จากการสนทนาคือ “ประเมินจากเอกสารที่มี” “ความร่วมมือการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้” “การดูระยะเวลาารอคอยจาก HosXp” “ดูจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยและญาติ” “จากคำบอกของผู้ป่วยและญาติ” โดยผู้วิจัยได้เสนอการใช้เครื่องมืองานวิจัยร่วมในการประเมินความก้าวหน้า และมีการเสนอผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดคือ “ต้องการทำงานได้ง่ายขึ้น เร็วขึ้น” “คนไข้ไม่เป็นคอขวด” “ความพึงพอใจผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ไม่มีข้อร้องเรียน”

2. ให้นำไปใช้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัดลำปาง โดยทั้ง 9 มาตรฐาน ใช้ในผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการที่จุดคัดกรอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร แต่วัดผลการพัฒนางานวิจัยนี้ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อน-หลังพัฒนา จำนวน 35 คน ที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนดคือ เดือน กุมภาพันธ์ – กรกฎาคม 2565 สนทนากลุ่มทั้งหมดจำนวน 6 ครั้ง เมื่อนำแนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัด



ลำปาง ไปใช้โดยผู้นำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้คือกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน พบว่า ช่วงแรกๆ เริ่มนำมาปฏิบัติยังติดขัด ไม่ค่อยไหลลื่น ถึงแม้ว่าผู้ปฏิบัติมีความพยายามที่จะปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ มีข้อเสนอแนะสนทนากลุ่มว่า “เราน่าจะมาทบทวนแผนให้รู้และปฏิบัติเหมือนกัน” จึงได้มีการทบทวนการปฏิบัติตามแผนแต่ละมาตรฐานอีกครั้งหนึ่ง พุดซึกซอกกันจนผู้ปฏิบัติเข้าใจและปฏิบัติได้ตรงกัน ขณะให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่บอกว่า “อยากให้เร็วๆ ได้กลับบ้านเร็วๆ ไม่อยากรอนาน” “อยากให้พุดดีๆ” ดังนั้นนอกจากการนำแนวทางทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่พัฒนาขึ้นมาใช้แล้ว กลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้สนทนาได้ร่วมกันให้ข้อคิดในประเด็นการพัฒนาด้านพฤติกรรมบริการ การพุดคุย กิริยามารยาท และการตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือที่รวดเร็วควบคู่ไปด้วย

การหมุนวงล้อ Step of spiral โดยมีการปรับแผนหมุนวงล้อกระบวนการใหม่ คือ

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนการตรวจรักษา ได้มีการพัฒนา Triage ก่อนเข้าพบแพทย์ จากความชำนาญที่แตกต่างกันกลุ่มพยาบาลผู้ร่วมวิจัยจึงตกลงร่วมกัน คือให้เน้นแยกผู้ป่วยระดับฉุกเฉินเร่งด่วนสี่ เหลือง (Urgency) ออกมาเฝ้าระวังก่อนแล้วให้กลุ่มนี้ให้ได้ลัดคิวเข้าพบแพทย์ และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้น โดยมีพยาบาลวิชาชีพคู่ Buddy ร่วมปรึกษาและช่วยกันเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้นนำส่งผู้ป่วยไปยังแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าวิกฤติ (Critical value) ที่ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที และ ถึงแม้ว่าการTriage ได้อิงจากหนังสือ MOPH ED. Triage (Burwong, R., 2018) โรงพยาบาลห้างฉัตรมีแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก 3 ระดับ คือระดับที่ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) ตรวจรักษาภายใน 30-60 นาที ระดับที่ 4 ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Semi-Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 60 – 180 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non Urgent) ตรวจรักษาภายใน 180 นาทีขึ้นไป แต่จากบริบทโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีความใกล้ชิดกับชุมชน ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ กลุ่มอาการปวด และ/หรือผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์นอนพักรอแพทย์ จึงมีการตกลงกันในทีมสหวิชาชีพให้นำผู้ป่วยไปนอนพักที่ห้องสังเกตอาการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รอแพทย์เวร ER ให้ตรวจรักษา

ในมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่องในการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่รับยาต่อที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ FCT (Family Care Team) ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากขาดแคลนอัตรากำลังจากการป่วยด้วยโรคโควิด 19 จึงมีการปรับแผนโดยปรับที่เอกสารเวชระเบียนการรักษาในวันนั้น ให้ผู้ป่วยนำไปยื่นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน โดยวิธีการนี้ทำให้การสื่อสารระหว่างหน่วยงานมีความครอบคลุม และรวดเร็วยิ่งขึ้น

การติดตามผลลัพธ์ ติดตามจากการสนทนาโดยมีข้อคิดเห็นดังนี้ “รู้สึกทำงานเป็นระบบมากขึ้น ทำงานง่ายขึ้น” “เดี๋ยวนี้คนไข้ไม่วินสไลเรื่องรอนาน” “คนไข้ Flow เร็วขึ้น” “คนไข้กลุ่มสี่เหลืองกลายเป็นสี่ชมพูส่งไป ER ได้เร็วขึ้น” “การพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติแผนกเราได้เลย” ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่า “พยาบาลทำงานเร็วขึ้น” “พุดดีขึ้น พุดเพราะขึ้น” มีผู้สูงอายุ 1 ท่านบอกว่า “อยากให้พุดดังๆอีกหน่อย” จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงรวบรวมและจัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด- 19 ของโรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่า การพัฒนาที่ยังไม่บรรลุผลคือ ในมาตรฐานที่ 7 พัฒนาระบบ Tele- medicine คือ ยังไม่มีระบบและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขโดยต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน และระบบการประชุมผ่านออนไลน์ (ZOOM MEETING) กับแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลลำปาง จากช่วงเวลาพร้อมที่สามารถเข้าระบบที่ไม่ตรงกันของแพทย์เฉพาะทาง แพทย์โรงพยาบาลห้างฉัตร



และตัวผู้ป่วยเอง อันเกิดจากภาระงานของแพทย์ทั้ง 2 ฝ่าย และผู้ป่วยไม่ได้มาตรงตามเวลานัด ทำให้ผู้ป่วยและแพทย์รอคอยในการเข้าระบบนาน ซึ่งเป็นปัญหาที่จะต้องพัฒนาเชิงระบบโดยผู้รับผิดชอบงานต่อไป

3.สรุปผลการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 54.40 และเพศชายจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 อายุโดยเฉลี่ย 51 ปี อายุต่ำสุด 13 ปี สูงสุด 69 ปี ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 27 และมีอายุเฉลี่ย 51.51 ปี อายุสูงสุด 69 ปี และอายุต่ำสุด 13 ปี ระดับการส่วนใหญ่คือมัธยมศึกษาหรืออนุปริญาจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 43.20 รองลงมาคือประถมศึกษาหรือต่ำกว่าจำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 40.50 สิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่คือ ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 19คน คิดเป็นร้อยละ 51.40 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคมจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 24.30 ความต้องการที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้นส่วนใหญ่มาพบแพทย์เพื่อรับการรักษจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 54.10 รองลงมาคือ มาตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ขอผลไปโรงพยาบาล อื่น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00

ผลการพัฒนาด้านความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล

คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลก่อนการพัฒนา (Mean= 23.48, S.D.=2.82) และหลังพัฒนา(Mean= 37.03, S.D.=1.72) นำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจคุณภาพบริการหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 (t= 24.40, p<.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย (n = 35)

ด้าน	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	t	P-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล	23.48 (2.82)	37.03 (1.72)	24.40	<.001

*p-value<.05

เมื่อแบ่งระดับความพึงพอใจตามช่วงคะแนนพบว่า ก่อนพัฒนาระดับพึงพอใจสูงสุดอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 91.40 รองลงมาคือ พึงพอใจระดับมากจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 8.60 หลังพัฒนา ระดับพึงพอใจสูงสุดอยู่ในระดับมาก จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 97.14 รองลงมาคือ พึงพอใจระดับปานกลางจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.86 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละช่วงระดับความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย (n = 35)

ระดับความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล	ก่อนการพัฒนา คน(ร้อยละ)	หลังการพัฒนา คน(ร้อยละ)
ระดับพึงพอใจมาก	3 (8.6)	34 (97.14)
ระดับพึงพอใจปานกลาง	32 (91.4)	1 (2.86)
ระดับพึงพอใจน้อย	0	0

เมื่อแบ่งกลุ่มตามความต้องการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลในกลุ่มที่มาพบแพทย์เพื่อรักษาทั่วไปก่อนการพัฒนา (Mean= 23.50, S.D.=3.00) และหลังพัฒนา (Mean= 37.65, S.D.=1.66) กลุ่มที่ต้องการมาขอใบส่งตัวก่อนการพัฒนา (Mean= 24.00, S.D.=4.12) และหลังพัฒนา (Mean= 36.60, S.D.= 1.14) และกลุ่มที่มาขอตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ขอผลไปตามนัดโรงพยาบาลอื่นก่อนพัฒนา (Mean= 23.21, S.D.= 1.81) หลังการพัฒนา (Mean= 36.60, S.D.= 1.63) นำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจคุณภาพบริการหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($p<.00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความพึงพอใจแยกตามความต้องการที่มาโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 35)

ความต้องการที่มาโรงพยาบาล	ก่อนการพัฒนา Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา Mean (S.D.)	P-value
กลุ่มพบแพทย์รักษาทั่วไป	23.50 (3.00)	37.65 (1.66)	<.001
กลุ่มขอใบส่งตัว	24.0(4.12)	36.60(0.36)	<.001
กลุ่มตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ขอผล	23.20(1.81)	36.00(1.63)	<.001

ผลการพัฒนาด้านระยะเวลารอคอย

ระยะเวลารอคอยก่อนการพัฒนาต่ำสุด เท่ากับ 45 นาที สูงสุดเท่ากับ 3 ชม.54นาที (Mean 1.59, S.D. 0.99) หลังการพัฒนาระยะเวลารอคอยต่ำสุดเท่ากับ 10นาที สูงสุดเท่ากับ 2 ชม.5นาที (Mean 0.55, S.D. 0.57) นำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีการสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยหลังพัฒนาน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($t= 5.86, p<.00$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลารอคอยก่อนและหลังการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย (n = 35)

ด้าน	ก่อนการพัฒนา Mean (S.D.)	หลังการพัฒนา Mean (S.D.)	t	P-value
ระยะเวลารอคอย	1.59 (0.99)	0.55 (0.57)	24.40	<.001

*p-value< .05



เมื่อแบ่งกลุ่มตามความต้องการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า ระยะเวลารอคอยกลุ่มที่มาพบแพทย์เพื่อรักษาทั่วไปก่อนพัฒนาต่ำสุดเท่ากับ 57 นาที 2.21 สูงสุดเท่ากับ 3 ชม.49 นาที (Mean= 2.21, S.D.= 0.76) หลังการพัฒนาระยะเวลารอคอยต่ำสุดเท่ากับ 48 นาที สูงสุดเท่ากับ 2 ชม.5 นาที (Mean= 1.17 , S.D.= 0.51) กลุ่มที่ต้องการมาขอใบส่งตัวก่อนพัฒนาระยะเวลารอคอยก่อนพัฒนาต่ำสุดเท่ากับ 1 ชม 30 นาที สูงสุดเท่ากับ 3 ชม 56 นาที (Mean=2.39, S.D.= 1.04) หลังการพัฒนาระยะเวลารอคอยต่ำสุดเท่ากับ 48 นาที สูงสุดเท่ากับ 2 ชม 5 นาที (Mean 1.17 , S.D. 0.51) และกลุ่มที่มาขอตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ขอผลไปตามนัดโรงพยาบาลอื่น ก่อนพัฒนาระยะเวลารอคอยต่ำสุดเท่ากับ 45 นาที สูงสุดเท่ากับ 1 ชม 13 นาที (Mean= 1.09, S.D.= 0.27) หลังการพัฒนาระยะเวลารอคอยต่ำสุดเท่ากับ 10 นาที สูงสุดเท่ากับ 35 นาที (Mean= 0.30, S.D.= 0.12) นำมาเปรียบเทียบกับกันด้วยวิธีการสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของระยะเวลารอคอยในแต่ละกลุ่มตามความต้องการที่มาโรงพยาบาลหลังพัฒนาน้อยกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($p < .00$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระยะเวลารอคอยแบ่งกลุ่มตามความต้องการที่มาโรงพยาบาล ก่อนและหลังการพัฒนา (n = 35)

ความต้องการที่มาโรงพยาบาล	ก่อนการพัฒนา Mean(S.D.)	หลังการพัฒนา Mean(S.D.)	P-value
กลุ่มพบแพทย์รักษาทั่วไป	2.21 (0.76)	1.17 (0.51)	<0.001
กลุ่มขอใบส่งตัว	2.39(1.04)	36.60(0.36)	<.001
กลุ่มตรวจทางห้องปฏิบัติการ/ขอผล	1.09(0.27)	0.30(0.12)	<.001

*p-value < .05

อภิปรายผล

ผลการพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด- 19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, PAR (Step of spiral) ตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทากาท (Kemmis & Mc Taggart, 1990) 4 ขั้นตอน การพัฒนาอิงตามมาตรฐานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก 9 มาตรฐาน สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ปีพ.ศ. 2550 และนโยบาย COVID Free Setting กรมอนามัย ปี พ.ศ. 2564 เน้นการเว้นระยะห่าง หมั่นการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัยปิดปากและจมูก หมั่นสังเกตอาการตนเองกลุ่มเสี่ยงตรวจ ATK โดยผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวก/กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น (Share) จากผู้ร่วมสนทนา 5 คน ในการสนทนางroupจะใช้เวลาเพียง 5-8 นาที จนได้ผลสรุปข้อคิดเห็นที่ตรงกันพร้อมใจกัน ในขณะที่การศึกษา พบว่า การหมุนวงล้อ Step of spiral อย่างเป็นพลวัตรไม่พร้อมกันในแต่ละมาตรฐาน จะเห็นได้จากในระยะนำไปใช้ มีการทบทวนการดำเนินการปฏิบัติ (Acting) และมีการวางแผน (Planning) ใหม่มีการทบทวนแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยให้พยาบาลวิชาชีพผู้นำแนวทางไปใช้ให้เข้าใจและปฏิบัติเหมือนกัน ขั้นการสะท้อนกระบวนการและผลกระทบ (Reflecting) มีการปรับแก้แผนอย่างละ 1 ครั้ง ในมาตรฐานที่ 1 การพัฒนา Triage เพื่อเข้าพบแพทย์ก่อนโดยแยกผู้ป่วยระดับสีเหลืองออกมาเฝ้าระวังก่อน และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและการช่วยเหลือให้พยาบาลวิชาชีพ โดยมีการปรึกษากันและช่วยกันเฝ้าระวังเป็นคู่ Buddy และในมาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่องในการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่รับยาต่อที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team, FCT) ยังไม่ครอบคลุม จึงมีการปรับแผนโดย



ปรีณท์เวชระเบียนการรักษาในผู้ป่วยมารับบริการ หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยนำไปยื่นให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทำให้การบริการมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น ในขั้นการสังเกตกระบวนการและผลกระทบของการเปลี่ยนแปลง (Observing) มีการประเมิน ติดตามผล จนกระทั่งได้แนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปางกล่าวได้ว่ากระบวนการพัฒนานี้เป็นกระบวนการที่ปฏิบัติไปพร้อมกับการทบทวนกระบวนการในแต่ละขั้นตอน ทำการประเมินผลในทุกขั้นตอน และทำการปรับแก้จนกลายเป็นแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จนกระทั่งมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การนำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด 19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ที่พัฒนาขึ้นมา ซึ่งนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน แบ่งกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม ตามความต้องการมาโรงพยาบาลห้างฉัตร คือ 1.กลุ่มผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพื่อรักษาทั่วไป 2.กลุ่มที่ผู้ป่วยมาตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขอผลทางห้องปฏิบัติการไปตามนัดที่ โรงพยาบาล อื่น และ 3. กลุ่มผู้ป่วยที่มาขอใบส่งตัวไปตามนัดของ โรงพยาบาล ลำปาง และโรงพยาบาลเกาะคา ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.40 เป็นหญิง อายุโดยเฉลี่ย 51 ปี ช่วงอายุส่วนใหญ่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ระดับการส่วนใหญ่คือมัธยมศึกษาหรืออนุปริญญาร้อยละ 43.20 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 51.40 รองลงมาคือ สิทธิประกันสังคมร้อยละ 24.30 จากบริบทพื้นที่เขตอำเภอห้างฉัตรมีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก ผลการพัฒนาจาก 2 ด้าน 1.ด้านความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล และ 2. ด้านระยะเวลารอคอย วิเคราะห์ในภาพรวม แยกเป็นรายกลุ่มข้างต้น และการแบ่งระดับความพึงพอใจคุณภาพบริการเป็นช่วง ดังนี้

ด้านความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล การพัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ ในภาพ รวมคะแนนความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลหลังการพัฒนามีคะแนนมากกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และ พบว่า หลังพัฒนาระดับความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาล ระดับปานกลางร้อยละ 91.40 เพิ่มขึ้นเป็นความพึงพอใจระดับมากเป็นร้อยละ 97.14 และเมื่อแบ่งตามกลุ่มตามความต้องการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีค่าคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นจากก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การประเมินความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลเป็นการประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้ใช้บริการ คะแนนผ่านเกณฑ์คือคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 28 คะแนนอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (Leelawong, S. et al., 2021) จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลหลังการพัฒนาอยู่ในระดับพอใจมากถึงร้อยละ 97.14 ดังนั้นความรู้สึกของผู้รับบริการที่มีต่อคุณภาพการบริการ สามารถอธิบายผลการศึกษาได้ว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการพื้นฐาน และความคาดหวังของผู้ใช้บริการแต่ละคน เนื่องจากผู้รับบริการไม่มีความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ทางวิชาชีพพยาบาล กล่าวได้ว่าการบริการที่มีคุณภาพในทัศนะของผู้รับบริการควรมีลักษณะที่เป็นการให้บริการด้วย ความสะดวก รวดเร็ว ให้บริการแก่ผู้มารับบริการทุกคนด้วยความเสมอภาค ให้บริการด้วยความรู้ความชำนาญ กิริยามารยาท และอัธยาศัยที่ดีให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ เอาใจใส่ เอื้อ อำนวย สามารถอธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจ ให้ความรู้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการปรับตัวและรักษาสุขภาพแก่ผู้ป่วย

ด้านระยะเวลารอคอย ในภาพรวมระยะเวลารอคอยหลังการพัฒนานี้น้อยกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และเมื่อแบ่งตามกลุ่มความต้องการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มหลังการพัฒนามีระยะเวลารอคอยน้อยลงจากเดิมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 การแบ่งกลุ่มตามความต้องการของผู้รับบริการที่มาโรงพยาบาล ทำให้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถจัดระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการผู้รับบริการได้ ผู้ป่วยที่มาขอใบส่งตัวอย่างเดียวก็ไม่ต้องนั่งรอซักประวัติร่วมกับผู้ป่วยที่ต้องมาพบแพทย์สามารถไปจุดส่งต่อได้เลย



เป็นบริการ One stop service ซึ่งเป็นการลดขั้นตอนบริการให้เสร็จทุกขั้นตอนในจุดเดียว ส่งผลให้ลดระยะเวลา รอคอยลงและเกิดความพึงพอใจคุณภาพบริการพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Parkpisak, V. & Varanand, C., 2021) ศึกษาการนำระบบลิ้นมาประยุกต์ใช้ในงานบริการผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสุขภาพ 68 สะพานสูง ลดขั้นตอนที่ไม่เกิดคุณค่า คือ ขั้นตอนให้ผู้ป่วยนั่งรอการบริการนอกอาคาร การที่เจ้าหน้าที่แจกบัตรคิว การปรับระบบให้ผู้ป่วยที่เจาะเลือดปลายนิ้วไปเจาะที่จุดนัดในขณะที่ยังไม่มีคนไข้ ทำให้ระยะเวลาในการรับบริการ เฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Jinakeau, S., Chikasemsuk, A. & Chanwarasut, P., 2020) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์ โรงพยาบาลพระจังหวัดตาก พบว่า 1. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2. ระยะเวลาการใช้บริการน้อยกว่ารูปแบบเดิม 3. คุณค่าสายธารการให้บริการตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูงกว่า รูปแบบเดิม และ 4. คุณภาพการบริการที่มีการลดความสูญเปล่าจากการใช้บริการสูงกว่ารูปแบบเดิม กล่าวได้ว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการมารับบริการที่รวดเร็วใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที ในแผนผู้ป่วยนอกเป็นปัจจัยที่สร้างความพึงพอใจ ในคุณภาพบริการในระดับมากแก่ผู้รับบริการได้ แต่ถ้ามีความล่าช้าในการรอคอยการบริการนานมากกว่า 30 นาที ผู้รับบริการจะเกิดความรู้สึกกระสับกระส่าย โกรธ เครียด วิตกกังวล มีความเชื่อถือลดลงและประเมินคุณภาพ บริการไปในทางลบ (Taylor, 1994)

จะเห็นได้ว่าแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะเวลา รอคอยลดลง พยาบาลผู้ปฏิบัติตามแนวที่พัฒนาขึ้นมีทำงานได้ง่ายขึ้น นอกจากนั้นงานวิจัยนี้ยังทำให้เกิดการพัฒนาเอกสารเพิ่มขึ้นในแผนกคัดกรอง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้างฉัตร คือ กระบวนการคัดกรอง (Triage) กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน รหัสสีเหลือง (Urgency) เพื่อเข้าพบแพทย์ก่อน, คู่มือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงใน กลุ่มอาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้น และส่งแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (ER), ผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการค่าวิกฤติ (Critical value) ที่ต้องรีบรายงานแพทย์หรือส่ง ER, การให้สุขศึกษาการปฏิบัติตนในโรค ที่พบบ่อย, การบันทึกทางการแพทย์ ที่อิงตามการลงข้อมูลเวชระเบียนครบถ้วนตามข้อกำหนด สปสช. ปี 2563 ซึ่งทั้งคู่มือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้น และผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการค่าวิกฤติ (Critical value) ที่ต้องรีบรายงานแพทย์ทันที กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลห้างฉัตรได้ ขยายผลนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพทั้งในและนอกเวลาราชการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การนำแนวทางการแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ที่ได้พัฒนาขึ้นทั้ง 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะก่อนตรวจ ระยะขณะตรวจรักษา ระยะหลังตรวจรักษา ควรมีการปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาลคู่มือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม อาการสำคัญและการพยาบาลเบื้องต้น และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่าวิกฤติ (Critical value) ที่ต้องรีบ รายงานแพทย์ทันทีที่สามารถนำมาใช้ปฏิบัติการพยาบาลทั้งในเวลาราชการสำหรับแผนกผู้ป่วยนอกและและทั้งใน/ นอกเวลาราชการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

2. ควรมีการพัฒนาเวลาของการนัดการประชุมออนไลน์ที่ชัดเจน



ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลงานผู้ป่วยนอก ดังนั้นความพึงพอใจ และระยะเวลารอคอยจึงเป็นประเด็นสำคัญ ดังนั้นศึกษาในครั้งต่อไปควรนำระบบคืน มาพัฒนาคุณภาพในกระบวนการบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มความพึงพอใจ และลดระยะเวลารอคอย
2. การพัฒนาระบบ Tele-medicine และ ระบบ Zoom เป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลลูกข่าย และตัวผู้ป่วย/ญาติ ดังนั้นควรมีการวางระบบพัฒนาบริการร่วมกัน และมีการทดลองนำมาใช้ ปรับปรุงตามแนวทาง action research ต่อไป
3. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การสนทนากลุ่มแบบไม่เป็นทางการ จะทำให้ผู้ร่วมวิจัยรู้สึกเป็นกันเอง กล่าวเสนอความคิดเห็น ดังนั้นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, PAR ผู้วิจัยควรมีการวางแผนให้เกิดการผ่อนคลายในการสนทนากลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- Amornprompakdi, A. (2019). The Participatory action research to develop a model of nursing supervision in the primary health care that promotes the effective functioning of nurses working in primary care settings, Unpublished Doctor of Philosophy, Srinakharinwirot University.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Parasuraman, A. (1990). Five imperatives for improving service quality. *Sloan Management Review*. (Summer): 29-38.
- Buriwong, R. (2018). *MOPH ED. Triage. 1st edition*. Nonthaburi: Office of Medical Scholars. Department of Medical Services. Ministry of Public Health.
- Jinakeau, S., Chikasemsuk, A. & Chanwarasut, P. (2020). The Development of a Logistic-based Health Service Model for the Outpatient Department at PhopPhra Hospital, Tak Province. *Research and Development Health System Journal*. 13(1), 442-452. (in Thai).
- Jiravinthipak, T., Zhemwiwatkul, J., Nityangkur, S., Wongsuwansiri, S. & Wongcharoen, S. (2008). Standards of nursing in hospitals. 4th update. 3rd edition Office of Nursing Department of Medicine Ministry of Health.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1990). *The Action Research Planner. 3rd ed*. Victoria, Australia: Deakin University.
- Leelawong, S. et al. (2021). *Guidelines for storing indicators of improving the quality of nursing services for the fiscal year 2019*. Bureau of Nursing, Division of Nursing Ministry of Health.
- Ministry of Public Health. (2020). Crisis Management during the First Wave of COVID-19 Pandemic Situation. Retrieved 28 January 2022 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5744/hsri-journal-v16n3-p370-389.pdf?sequence=3&isAllowed=y>



- Parkpisak, V. & Varanand, C. (2021). Implementation of Lean in Outpatient Department at 1the 68th Public Health Center at Saphansung. *Thai Journal of Pharmacy Practise*. Vol. 11(1), 18-31. (in Thai).
- Sathiraangkur, T. & Leelawong, S. (2021). Development of Nursing Administration Model in the COVID-19 Outbreak Situation. *Journal of Health Science*. 30(2), 320-333. (in Thai).
- Sumanit, P. (2021). Development of Nursing Service System on Out Patient Department (OPD) at Kumpawapi Hospital, UdonThani. *Journal of Research and Health Innovative Development*. 3 (1), 85-98. (in Thai).
- Taylor, F. (1994). Waiting for service. The relationship between delays and evaluation of service. *Journal of Marketing*, 58: 56-69.



The Effect of A Nutrition Promotion program on Knowledge and Nutritional Behavior in Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia

Angkana Chuchuen^{1*}, Ponnipass Ariyaprana^{**}

(Received June 28, 2022, Revised: February 28, 2023, Accepted: March 14, 2023)

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of a nutritional education program on knowledge and behavior outcomes among pregnant women with iron deficiency anemia at Krathumban hospital in Samutsakhon Province. Thirty pregnant women were recruited based on inclusion criteria into intervention or control group. The intervention group received a nutrition-promoting program, combining questionnaire regarding knowledge of high-iron diet foods and self-care behavior assessment scale. Using statistical analyses and paired t-test was used to analyze.

A total of thirty pregnant women were recruited for participation in either the intervention or control group, based on inclusion criteria. The intervention group received a nutrition-promoting program, combining questionnaire regarding knowledge of high-iron diet foods and self-care behavior assessment scale. Using statistical analyses and paired t-test was used to analyze.

The average of knowledge regarding high-iron foods was found to be significant high ($t = 8.48, p < .05$), comparing to the pre-training phase. In addition, the behavior of food consumption and iron-fortified tablet usage exhibited a significant increase ($t = 8.28$ and $5.02, p < .05$) upon completion of program. This recommended that the application of guidelines for managing and enhancing the quality of care in pregnant women with iron deficiency anemia is deemed necessary for maternal and child nurses.

Keywords: Iron deficiency anemia; Nutritional promotion program; Pregnant woman

*Registered Nurse, Antenatal Care Unit, Krathumban Hospital, Samutsakhon Province.

**Instructor, Nursing faculty, Bangkokthonburi University.

¹Corresponding author: Angkanachu2508@gmail.com Tel: 0895357164



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้ และพฤติกรรมด้านโภชนาการ ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

อังคณา ชูชื่น^{1*}, ปุณณภัสร์ อริยะปรานต์^{**}

(วันรับบทความ : 28 มิถุนายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 28 กุมภาพันธ์ 2566, วันตอบรับบทความ : 14 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองแบบ กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดคุณสมบัติเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ จำนวน 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และเครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง และพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.86 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระจากกันรายคู่ (Paired t-Test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.48$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 8.28$ และ 5.02) ตามลำดับ ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลผู้ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ควรนำแนวทางในการจัดกิจกรรมไปประยุกต์ใช้รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก; โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ; สตรีตั้งครรภ์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

**อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Angkanachu2508@gmail.com โทร: 0895357164



บทนำ

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ต่ำกว่า 11 กรัมต่อเดซิลิตร หรือมีระดับฮีมาโตคริต (hematocrit) ต่ำกว่าร้อยละ 33.00 (World Health Organization, 2001) และพบได้บ่อยในระหว่างตั้งครรภ์ ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราการตายของสตรีตั้งครรภ์ (Suratameekul and Saranritticha, 2021) โดยภาวะโลหิตจางถือเป็นปัญหาทางโลหิตวิทยาที่พบทั่วโลกทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กเล็กและสตรีตั้งครรภ์ จากการสำรวจความปลอดภัยทางโภชนาการของมารดาและเด็กในภูมิภาคเอเชียโดยสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) และ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ระหว่างปี ค.ศ. 2011-2015 ภายใต้โครงการ Maternal and Young Child Nutrition Security Initiative in Asia (MYCNSIA) พบความชุกของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 39.00 (The ASEAN Secretariat, 2016)

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้ทั่วโลก ประเทศไทยพบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ระหว่าง พ.ศ.2563-2565 เท่ากับ ร้อยละ 14.29, 14.69 และ 15.56 ตามลำดับ (Department of Health, 2022) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางในประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย ซึ่งมีเป้าหมายลดความชุกภาวะโลหิตจางในประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ได้แก่ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ลดลง เด็กปฐมวัย 6 เดือน-5 ปี ได้รับยารักษาธาตุเหล็ก ร้อยละ 50 เด็กวัยเรียน 6-14 ปี ได้วิตามินเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 50 ภาวะโลหิตจางในสตรีวัยเจริญพันธุ์ลดลง (Department of Health, 2016) เขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่ผสมผสานซึ่งประกอบด้วยภาคอุตสาหกรรมมีสถานประกอบการจำนวนมาก มีการย้ายถิ่นฐานของประชากรบ่อยและส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเรื่องการประกอบอาชีพมากกว่าการดูแลสุขภาพ จากรายงานการตรวจราชการรอบแรก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เขตสุขภาพที่ 5 วันที่ 13 - 14 กุมภาพันธ์ 2561 ประเด็นหลักการพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยสรุปปัญหาสุขภาพจากการดำเนินงานในช่วงปีที่ผ่านมาพบปัญหาการฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานก่อสร้างเร่ร่อน การศึกษาน้อย รายได้ต่ำ ท้องปกปิด การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มักไปใช้บริการที่คลินิกและไปคลอดที่อื่น และสตรีตั้งครรภ์บุตรคนที่สองคิดว่าตัวเองมีความรู้จากการตั้งครรภ์ครั้งแรกสามารถดูแลตัวเองได้จึงไปฝากครรภ์ช้าหรือฝากครรภ์ไม่ครบ 5 ครั้ง ส่งผลให้ไม่ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพรวมถึงไม่ได้รับการค้นหาโรคที่ถ่ายทอดจากแม่สู่ลูก โรคทางพันธุกรรม โรคติดเชื้อ และวินิจฉัยความเสี่ยงต่าง ๆ หรือได้รับแต่ลำไส้ไม่สามารถแก้ไขได้ทันเวลา (Health service network Krathumban District, 2018)

จากสถิติประชากรที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลกระทุ่มแบนในปี พ.ศ. 2560-2561 พบอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.05 เป็นร้อยละ 21.61 (Medical records and



statistics Krathumbaen Hospital, 2018) และจากสถิติประชากรที่การเข้ารับบริการแผนกฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2562 จำนวนทั้งสิ้น 2,638 คน พบสตรีตั้งครรภ์สัญชาติไทย จำนวน 1,530 คน มีภาวะซีด 312 สตรีตั้งครรภ์ต่างชาติ จำนวน 1,108 คน มีภาวะซีด 258 คน (Medical records and statistics Krathumbaen Hospital, 2020) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ในเขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดสมุทรสาคร ยังสูงเกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่อัตราไม่เกินร้อยละ 10 จากสถิติที่กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่สำคัญในงานอนามัยแม่และเด็ก ที่ควรได้รับการแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์เพื่อการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ จากรายงานการวิจัยปฐมภูมิตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง 2557 พบงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ทั้งหมดเป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ มีข้อเสนอแนะว่าการเลือกวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ ควรมีการให้ความรู้โดยการใช้สื่อที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความรู้ มีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะโลหิตจาง หรือมีระดับความเข้มข้นของโลหิตสูงขึ้น สำหรับวิธีการจัดกระทำควรเป็นลักษณะกลุ่ม และควรมีการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม การสร้างแรงจูงใจ การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสม สำหรับด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยเฉพาะงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อยืนยันผลลัพธ์ของวิธีการส่งเสริมการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ต่อไป (Techakampholsarakit, Kantaruksa, and Sansiriphun, 2018) นอกจากนี้การศึกษาลงมือของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮีมาโตคริตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มีข้อเสนอแนะในการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่นแอปพลิเคชันไลน์หรือโทรศัพท์เพื่อใช้ติดตามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางหรือสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายได้อย่างต่อเนื่อง เพราะเข้าถึงง่าย สะดวกและปลอดภัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงเหมาะสมกับการนำไปใช้ในสถานการณ์ปัจจุบัน (Suratemeekul and Saranritticha, 2021)

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดการกับภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันผลลัพธ์ในทางลบที่จะเกิดขึ้นในช่วงของการตั้งครรภ์ โดยมีการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้ แนะนำการรับประทานอาหาร การให้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การมีส่วนร่วมของครอบครัว การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การจดบันทึก การเสริมแรงทางบวก การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน (Pinchaleaw, 2017) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA., 2011) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเกิดการเรียนรู้ประโยชน์ คาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้ความเชื่อมั่น ความสามารถของตน มีกำลังใจ เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ลดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่อาจเกิดต่อมารดาและทารกในครรภ์ได้



วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

คำถาม

การเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการมีผลต่อความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

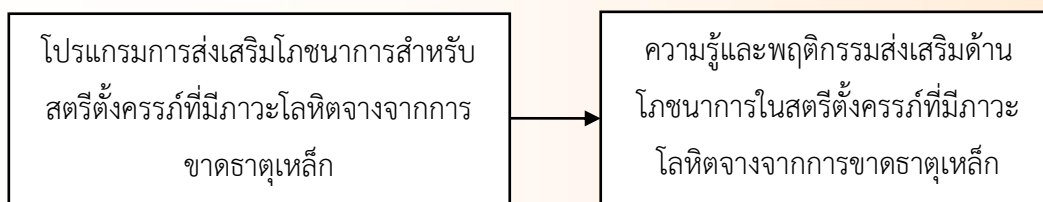
สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการศึกษา คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก 2) ด้านประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มีอายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ ที่มาฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน 3) ด้านพื้นที่ คือ ในเขตอำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 4) ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อความรู้และพฤติกรรมด้านโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตามแนวคิดแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh Parsons, 2011) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi –Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นสตรีตั้งครรภ์อายุระหว่าง 20-44 ปี จำนวน 30 คน ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ.2563 เลือกกลุ่มตัวอย่าง จากประชากร โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดใหญ่ของโรคโควิด-19 ในช่วงปี พ.ศ.2563-2564 ผู้วิจัยจึงต้องขยายเวลาในการวิเคราะห์ สรุปและอภิปรายผลการวิจัยที่ล่าช้าออกไป

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ 2) ระดับฮีมาโตคริต (hematocrit) ต่ำกว่า 33 % 3) มีผลการตรวจชนิดของฮีโมโกลบิน (Hb Typing) แปลผลปกติ (Normal or Non clinically significant thalassemia) 4) ฟังและพูดอ่านเขียนภาษาไทยได้ 5) มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ

เกณฑ์การออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) สตรีตั้งครรภ์ที่มีประวัติการเป็นโรคเลือด เช่น ธาลัสซีเมีย ตั้งครรภ์แฝด โลหิตจาง อะพลาสติก ภาวะพร่องเอนไซม์ จี-6 พีดี (G6PD) เอสแอลอี (SLE) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ในขณะตั้งครรภ์ เช่น ริดสีดวงทวาร แผลในกระเพาะอาหาร โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง 2) สตรีตั้งครรภ์ต้องการออกจากการเข้าร่วมการวิจัยในทุกขั้นตอนของโครงการ โดยไม่กระทบต่อการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, Parsons, 2011) ประกอบด้วย

1.1 แผนการสอนสุศึกษาและสื่อภาพพลิก เรื่อง “การดูแลตัวเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก” กลุ่มเป้าหมายคือสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีอายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ ที่มารับบริการฝากครรภ์มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเกิดภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ แนวทางการปฏิบัติและการป้องกัน ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมของสตรีตั้งครรภ์ เมนูอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง การป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยกิจกรรมจัดขึ้นเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเกิดการรับรู้ประโยชน์ คาดหวังถึงประโยชน์ที่จะได้รับการปฏิบัติพฤติกรรม รับรู้ความเชื่อมั่น ความสามารถของตน มีกำลังใจ เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ



1.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยมีรายละเอียดประกอบด้วย ความหมายของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ อาการและอาการแสดง สาเหตุ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และด้านหลังเป็นแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์โดยการพูดคุย สอบถามปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว และประวัติการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยลักษณะเครื่องมือเป็นคำถามแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยประยุกต์จากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ของ Phaksorn (2010) มาปรับใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารจำนวน 15 ข้อ และด้านพฤติกรรมบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) แบ่งเกณฑ์คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ระดับคะแนน 4 3 2 1 และ 0 ตามลำดับเกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) อ้างถึงใน Pancheewan (2021) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 64-80 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (ช่วงคะแนน 49-63 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ช่วงคะแนน 0-48 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยให้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ในแผนกฝากครรภ์ 1 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 1 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบการใช้ภาษา ความถูกต้อง ความครอบคลุมของข้อคำถามของและแบบทดสอบความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผู้วิจัยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective congruence: IOC) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00



2. การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ไปทดลองใช้ (try out) กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 และแบบทดสอบความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติรับรองการตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ 042/2562 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยพร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงสิทธิผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้โดยไม่มีผลเสียสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ณ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลกระทุ่มแบน ทุกวันจันทร์-อังคาร เวลา 08.00-15.00 น. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จากเวชระเบียน สมุดฝากครรภ์และการซักประวัติ และผู้วิจัยจดบันทึกรายละเอียดของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ชื่อ อายุ อายุครรภ์ วันที่เก็บข้อมูล เบอร์โทรศัพท์ และ Line ID เพื่อใช้ติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่แผนกฝากครรภ์ตามช่วงเวลาการนัดฝากครรภ์ของโรงพยาบาล สัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 และ สัปดาห์ที่ 12

กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 อายุครรภ์ 20-24 สัปดาห์ ใช้เวลา 40-50 นาที)

ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ให้สตรีตั้งครรภ์ทำแบบทดสอบความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) ใช้เวลาตอบคำถาม 15 นาที หลังจากนั้นเชิญสตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefit of action) โดยผู้วิจัยให้ความรู้สุขภาพเป็นเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยการบรรยายและอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ผลกระทบภาวะโลหิตจางต่อสุขภาพ มารดาและทารก อาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก สอดแทรกการอภิปรายกลุ่ม โดยกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เช่น ตัวอย่างอาหารเปรียบเทียบกับอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานในช่วงที่ผ่านมา ประเมินความเหมาะสมของอาหาร น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลตนเองสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก อธิบายเนื้อหาเชื่อมโยงพร้อมเสริมแรงใจ ให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน และแบบบันทึกการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก กลับไป



บ้านทำการบันทึกและให้นำมาในวันนัดหมาย เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้รับรู้ประโยชน์ และได้รับแรงจูงใจการกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4 อายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ใช้เวลา 20-25 นาที) ผู้วิจัยกล่าวทักทายและเชิญสตรีตั้งครรภ์เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม(perceived benefit of action) โดยผู้วิจัยทบทวนความรู้และให้คำแนะนำรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่างประเมินชนิด และปริมาณอาหารที่รับประทานในช่วงที่ผ่านมาจากแบบบันทึกที่ได้รับไป วิเคราะห์ผลการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กและน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น แสดงความชื่นชมกลุ่มตัวอย่างที่ทำได้ดี พฤติกรรมโดยยังไม่เหมาะสมร่วมกันหาสาเหตุ วิธีการแก้ไข และให้คำแนะนำเพิ่มเติมและผู้วิจัยรายงานผลการเจาะเลือดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากพบว่ายังมีภาวะโลหิตจางอยู่ ผู้วิจัยทำการส่งกลุ่มตัวอย่างให้สูติแพทย์ดูแลเพิ่มเติม

กิจกรรมส่งเสริมรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action) ส่งเสริมด้านโภชนาการ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงอุปสรรคที่พบและวิธีที่ได้แก้ไข ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมเมื่อกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องเหมาะสม และกล่าวให้กำลังใจพร้อมทั้งให้แนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เข้าใจและยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างนำเอกสารบันทึกการรับประทานอาหารและยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กไปบันทึกต่อที่บ้าน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างประเมินพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ผ่านมาของตนเอง และเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อให้ตระหนักและเกิดการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการเกิดความเชื่อมั่นความสามารถของตนเอง ภายใต้อุปสรรค ขณะการปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยอธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างถึงการติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์ อาทิตย์ละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อเป็นการสื่อสารกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ข้อมูลการบริโภคอาหาร การรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การดูแลสุขภาพประจำวันที่ต้องอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 6 อายุครรภ์ 26-30 สัปดาห์ ใช้เวลา 3-5 นาที)

ผู้วิจัยติดตามข้อมูลสตรีตั้งครรภ์ทางโปรแกรมไลน์ มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามพฤติกรรมรับประทาน อาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็กและการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กขณะอยู่ที่บ้าน ปัญหาที่พบ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยสามารถประเมินข้อมูลโภชนาการ และให้ความรู้ได้ตรงกับปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ ได้อย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 12 อายุครรภ์ 32-36 สัปดาห์ ใช้เวลา 20-30 นาที)

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล และดำเนินกิจกรรมดังนี้

1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเล่าถึงประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการผ่านมาเป็นรายบุคคล เมื่อสตรีตั้งครรภ์รับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนแล้วก็จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมด้านโภชนาการ (nutritional behavior) โดยผู้วิจัยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มเกี่ยวกับรับประทานอาหารที่ครบถ้วนได้รับสารอาหารเพียงพอขณะตั้งครรภ์ รับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก และรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กถูกต้อง และสม่ำเสมอตามแผนการรักษาโดยใช้แนวทางตามคำแนะนำการบริโภคอาหารสำหรับสตรีตั้งครรภ์ จากข้อแนะนำการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อส่งเสริมภาวะ



โภชนาการที่ดีของสตรีตั้งครรภ์รายบุคคล ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบถูกให้กล่าวชื่นชม แต่ถ้ายังไม่ถูกก็เสริมกำลังใจ และบอกแนวทางการแก้ไข การกระตุ้นการรับรู้ประโยชน์และการกระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตน

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้รายบุคคลเรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (post-test) ใช้เวลา 15 นาที หลังจากเสร็จกิจกรรมผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการเสร็จสิ้นของการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.60 อายุครรภ์เมื่อเริ่มทำการศึกษามีอายุ 22 สัปดาห์ ร้อยละ 50.30 ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 84.30 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.00 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย ร้อยละ 66.66 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 83.33 รายได้รวมของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 82.70 สำหรับประวัติการตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างครรภ์แรก ร้อยละ 64 ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 84.23 ผลฮีมาโตคริต (hematocrit) ครั้งที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำกว่า 33 % ร้อยละ 100 และ ครั้งที่ 2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 78.45

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n= 30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก	9.04	1.29	12.93	.95	8.48	.000

*p-value < .05

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กหลังเข้าร่วมโปรแกรม (t = 8.48, p<.05) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการ (n= 30)

พฤติกรรมการดูแลตนเองใน สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็ก		Mean	S.D.	t	p-value
ด้านพฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	58.70	4.49	8.28	.000
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	67.10	3.24		
ด้านพฤติกรรมการบริโภค ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	15.36	3.01	5.02	.000
	หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	21.29	1.61		

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ($t = 8.28$, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ($t = 5.02$, $p < .05$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาการจัดโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการสำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องอาหารที่มีธาตุเหล็กสูงในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.48$) 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 8.28$ และ 5.02) ตามลำดับ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการวิจัยของ พันธิพา จารณีย์ มยุรี นิรัตธราดร และณัฐพัชรบัวบุญ (Jaranai P., Nirattharadorn M., and Buaboon N., 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมด้านโภชนาการและระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และงานวิจัยของศรีณยา ลาโมะ สุนันทา ย่างนิชเศรษฐ และเบญญาภา ธิติมาพงษ์ (Lamoh S., Youngwanichsetha S., and Thitimapong B., 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็ก และความเข้มข้นของเลือดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการวิจัยของสมาพร สุระเทมียกุล และเกศินี สราญฤทธิชัย (Suratemeekul,



and Saranrittichai, 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติตัวและระดับฮิมาโตคริตของสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลวิจัยดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าเนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่เข้าร่วมโปรแกรม มีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความสามารถของตน ซึ่งในกิจกรรมเป็นการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์เรื่องโภชนาการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การที่ผู้จัดกิจกรรมเป็นผู้กระตุ้น ให้เกิดการพูดคุย และบรรยากาศที่เป็นกันเอง และการพัฒนาสื่อการสอนสุขภาพที่เข้าใจง่าย ชัดเจนและช่วยในการจดจำ ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการเรียนรู้ สังเกต และสนใจแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากขึ้น ซึ่งตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ และคณะ (Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA., 2011) อธิบายว่า 1) บุคคลเป็นแกนหลัก ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนตัวแตกต่างกัน และประสบการณ์ที่ได้รับแตกต่างกันซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อีกทั้งบุคคลมีการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพภายในบริบทของครอบครัวและชุมชน 2) สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมที่บุคคลนั้นอาศัย 3) สุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพในระดับสูงของบุคคลในทิศทางบวก และ 4) การพยาบาล เพนเดอร์ ไม่ได้นิยามการพยาบาลโดยตรง แต่กล่าวถึงบทบาทของการพยาบาลภายในบริบทของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญและมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนการสร้างเสริมประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการจัดการกับอุปสรรคเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลผู้ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์ควรนำแนวทางในการจัดกิจกรรมไปประยุกต์ใช้รวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง
2. ภายใต้มูลงานวิจัยในรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก พยาบาลผู้ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์สามารถติดตามเยี่ยมทางโปรแกรมไลน์ เพื่อเป็นการสื่อสารกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยและพัฒนาแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยเฉพาะการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีผลต่อค่าเลือดที่เกี่ยวข้องหรือภาวะเสี่ยงด้านอื่นๆ
2. ศึกษาพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารและยาเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง และติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารและความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงจนถึงหลังคลอด และติดตามภาวะสุขภาพของทารกแรกเกิด ที่เกิดจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก



เอกสารอ้างอิง

- ASEAN Secretariat. (2016). Regional Report on Nutrition Security in ASEAN Indonesia: *Association of Southeast Asian Nations (ASEAN)*. 49-54. Retrieved 2021, 14 December from <https://www.asean.org/wp-content/uploads/2016/03/Regional-Report-on-Nutrition-Security-in-ASEAN-Volume-1.pdf>
- Artsanthia J, and Chaleoykitti S. (2022). Transcultural nursing in ASEAN Community. *J Royal Thai Army Nurses*, 17(1). 10-6. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). Anemia in Pregnancy: Area Health Level, Supporting Information System for Health Promotion and Environmental Health. Retrieved 2023, 22 January from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia/index?year=2022>. (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2016). *Fiscal Year 2019 Action Plan*. Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Health service network Krathumban District. (2018). *Documents supporting the presentation of the first round of government inspections 1st Year 2017*, Krathumbaen Hospital. Samutsakhon Province: Krathumbaen Hospital. (in Thai)
- Jaranai P., Nirattharadorn M., and Buaboon N. (2018). The Effect of a Nutrition Promotion Program on the Nutritional Health Behavior and Hematocrit Levels of Adolescent Pregnant Women, *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 30(1), 59-69). (in Thai)
- Lamoh S., Youngwanichsetha S., and Thitimapong B. (2021). The Effects of Nutrition Promotion Program on Food and Iron Supplement Consumption Behaviors and Hematocrit among Teenage Pregnant Women with Anemia, *NJPH*. 31(1), (224-236). (in Thai)
- Medical records and statistics Krathumbaen Hospital. (2020). *Aannual report (2017-2018)*. Summary of the annual report. Samutsakhon Province: ante-natal services. (in Thai).
- Meesuwan W. (2018). Educational technology research. Phitsanulok: Naresuan University Press. (in Thai).
- Office of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2016). *Thai public health 2011 – 2015. Office of the Health Promotion Fund*; Bangkok: Printing House, The War Veterans Organization. (in Thai).
- Pancheewan L., and Watcharapong B. (2021). The Effect of Changing Health Behavior



- Program for the Diabetes Patients in Samai Subdistrict, Sop Prap District, Lampang. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 8(2), 87-102. (in Thai).
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Phaksorn, A. (2010). *The effectiveness of health education program for promoting self-care behaviors of pregnant women having iron deficiency anemia Prachuap Khiri Khan hospital*. Master's thesis, Kasetsart University. (in Thai).
- Phommachan H, and Srisaeng P. (2016). The effects of educative program with video and handbook on drug and food taking behavior and hematocrit level among pregnant women with Anemia at Mother and Child Hospital, Lao PDR. *Journal of Nursing Science & Health*. 39(1), 89-101. (in Thai).
- Pinchaleaw D. (2017). Nurses and management of iron deficiency anemia in pregnant women. *JOPN*. 9(2), 195-202. (in Thai).
- Pongboriboon U. (2018). Health teaching. Pathum Thani: Academic Document Production Center University of Eastern Asia. (in Thai).
- Reinold, C., Dalenius, K., Brindley, P., Smith, B., & Grummer-Strawn, L. (2010). Pregnancy nutrition surveillance 2008 report. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, *Center for Disease Control and Prevention*. Retrieved 2021, 14 December from http://www.cdc.gov/pednss/pdfs/PNSS_2008.pdf
- Suratemeekul S. and Saranritticha K. (2021). The effects of health literacy development and social support program on behaviors and hematocrit levels among pregnant women with Iron deficiency anemia. *Journal of Nursing Science & Health*, 44(4), 41-54. (in Thai).
- Techakampholsarakit L, Kantaruksa K, and Sansiriphun N. (2018). Interventions to Promote Anemia Prevention among Pregnant Women: A Systematic Review. *Nursing Journal*, 45(1), 62-74. (in Thai).
- Wanapirak C, and Thongsong T. (2012). Hematological diseases in pregnant women. In Thongsong T, (editor), *Obstetrics*. Bangkok: Laxmirung Co., Ltd. (in Thai).
- World Health Organization. (2001). Iron deficiency anaemia assessment prevention and control a guide for programme managers. Retrieved 2021, 14 December from http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/anaemia_iron_deficiency/WHO_NHD_01.3/en/. (in Thai).



The Effects of Promoting Self-breast Examination Using Online Media on
Knowledge and Practice of Self-breast Examination Among Patients
Receiving Services at Room 101, General Surgery Department,
Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Patchara Naktanom^{1*}, Decha Tamdee^{**}
Nethong Namprom^{***}, Angkana Kittichaiyakorn^{****}

(Received February 28, 2023, Revised: April 26, 2023, Accepted: May 1, 2023)

Abstract

Breast cancer tends to progressively increase the global mortality and malignancy risk for women. Self-screening for breast cancer is essential for primarily diagnosing and treating patients. A quasi-experimental study with a one-group pretest - posttest design intended to compare breast self-examination knowledge and practice after receiving an online-based breast self-examination promotion program. 29 patients with abnormal results for breast cancer at the general surgery department of Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital were recruited using purposive sampling. Online media such as personal information, knowledge of breast cancer, and a self-breast examination questionnaire, as well as a self - breast examination observation, showed content reliability of 0.81, 0.72, and 1.00, respectively. Data analytics used descriptive statistics and pair t-tests.

The score of breast cancer and self-breast examination knowledge using online media was statistically significant at a high level compared to the previous program ($p < .001$ and $p = .003$). Likewise, the practice of self-breast examination via online media was higher than before the promotion of the self-breast examination program ($p < .001$). Therefore, promoting self-breast examination using online media can develop the clients' potential for self-assessment and self-screening.

Keywords: Self-breast examination, Knowledge and practice, Breast cancer, online media

* Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

¹Corresponding author: pnaktano@gmail.com โทร.094-710-4719



ผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ต่อความรู้และการปฏิบัติ
การตรวจเต้านมด้วยตนเองในผู้รับบริการที่ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป 101
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พัชรา นาคณอม^{1*}, เตชา ทำดี^{**}

เนตรทอง นามพรม^{***}, อังคณา กิตติไชยากร^{****}

(วันรับบทความ : 28 กุมภาพันธ์ 2565, วันแก้ไขบทความ : 26 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 1 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

สตรีมีโอกาที่จะเป็นมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้น และอัตราการตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หากสตรีสามารถคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ด้วยตนเองจะทำให้สามารถได้รับการรักษาที่รวดเร็วขึ้น การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเต้านมที่มาใช้บริการที่ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 29 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สื่อออนไลน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หุ่นสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เต้านมเทียม และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม แบบวัดความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบสังเกตการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .72 และ 1.00 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และ $p = .003$ ตามลำดับ และมีคะแนนการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ดังนั้นการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์จึงเป็นรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการด้านความรู้และทักษะในการประเมินคัดกรองสุขภาพได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ: การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, ความรู้และการปฏิบัติตัว, มะเร็งเต้านม, สื่อออนไลน์

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

1ผู้ประสานงาน: pnaktano@gmail.com tel : 094-710-4719



บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่า ปี 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 18.1 ล้านคน โดยพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 2.1 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 และมีการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมเป็นจำนวน 0.627 ล้านคน (Department of Medical Services, 2018) สำหรับประเทศไทยมะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับหนึ่งในสตรีร้อยละ 40 โดยเฉพาะช่วงอายุ 45-55 ปี (National Cancer Institute, 2020) และอัตราการตายต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยปี 2558 อัตราตาย 11.30 เพิ่มขึ้นเป็น 13.90 ในปี 2562 (Ministry of Public Health, 2020) ส่วนจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564 พบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตรา 102.28 เพิ่มขึ้นเป็น 124.41 ในปี 2565 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2022) อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมจังหวัดเชียงใหม่ช่วงปี 2562 - 2566 เท่ากับ 1.77, 1.66, 1.67, 2.27, 2.09 ตามลำดับ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2023) จากสถิติข้างต้นอาจกล่าวได้ว่า มะเร็งเต้านมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนผู้ป่วยและอัตราการเสียชีวิต

มะเร็งเป็นโรคที่รักษาให้หายได้หากพบในระยะเริ่มแรก แต่มีมะเร็งหลายชนิดไม่ปรากฏอาการ ส่วนใหญ่พบโดยความบังเอิญ หรือเกิดอาการผิดปกติ เนื่องจากประชาชนไม่นิยมรับการคัดกรองโรคมะเร็ง เพราะเข้าใจผิดว่าหากไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจ (Department of Health Service Support, n.d: Online) โดยเฉพาะมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งเพียงชนิดเดียวที่สามารถตรวจคัดกรองเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปีของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกสูงกว่าระยะลุกลามและระยะแพร่กระจาย (Soimadee, 2017, Phutivut, 2019, Wongjunlongsin and Sumdaengrit, 2019)

มะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่น การรักษา การเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Wannapornsiri, Rattanachamroon, and Trakultip, 2014) เนื่องจากการรักษาให้ได้ผลดีขึ้นกับระยะการดำเนินของโรค และวิธีในการรักษาที่จำเป็นต้องใช้หลายวิธีการร่วมกัน เช่น การผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสีรักษา การให้ยาด้านฮอร์โมนและการรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) ผลกระทบเหล่านี้จะลดลงหากทุกคนใส่ใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งไม่ว่าจะเป็น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือการตรวจในสถานบริการซึ่งแต่ละวิธีมีค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน ได้แก่ การทำอัลตราซาวด์ (Ultrasound) แมมโมแกรม (Mammogram) การเจาะตรวจชิ้นเนื้อ การคัดกรองเบื้องต้นที่ง่าย สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายและใช้เวลาในการตรวจน้อย คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกวิธีและทำเป็นประจำสม่ำเสมอ เพราะการตรวจคัดกรองก่อนที่เต้านมได้เร็ว จะทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเร็วขึ้น ยืนยันและเข้าสู่การรักษาได้อย่างทันท่วงที เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาได้มากยิ่งขึ้น ชะลออัตราการสูญเสียชีวิต และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เนื่องมะเร็งเต้านมยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทำให้สูญเสียชีวิตของประชากร และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เนื่องจากประชาชนทั่วไปขาดทักษะในการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ภาครัฐจึงจัดให้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งของแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.2561-2565 ซึ่งอยู่ในแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2561-2565 (Department of Medical Services, 2018) โดยจัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตัวเอง (self-breast examination) ที่ถูกต้องในผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ทั้งในรูปแบบนิทรรศการของสถานพยาบาลต่างๆ รูปแบบสื่อออนไลน์ในลักษณะของภาพอินโฟกราฟิก วิดีทัศน์การสอน อีบุ๊คส์ รวมทั้งการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง



มะเร็งเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนสามารถคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง และลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ช่วงปี 2561-2565 จำนวน 730, 587, 556, 374, 306 ราย ขณะที่ผู้ป่วยที่เต้านมมีความผิดปกติรายใหม่แต่ไม่ใช่มะเร็งเต้านม จำนวน 1,228, 2,856, 2,132, 1,477, 1,487 ราย แม้จำนวนผู้ป่วยลดลง แต่ยังคงส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทำงานที่ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป 101 ที่ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคทางคัดกรองทั่วไปและผู้ป่วยโรคทางคัดกรองที่มีความซับซ้อน ได้แก่ โรคทางศัลยกรรม ศีรษะ คอและเต้านม พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเต้านมส่วนใหญ่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่เป็น พบก้อนที่เต้านมด้วยความบังเอิญ หรือตรวจพบด้วยตนเองแต่ไม่แน่ใจว่าตรวจถูกต้องหรือไม่ บางส่วนตรวจเป็นแต่ไม่ได้ตรวจอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวงศ์จรโลงศิลและสำแดงฤทธิ์ (Wongjunlongsin & Sumdaengrit, 2019) พบว่าสตรีไทยที่เป็นมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่คลำพบก้อนที่เต้านมร้อยละ 91.70 มารักษาซ้ำเพราะไม่กังวลกับก้อนเนื้อคิดว่าไม่ใช่มะเร็ง (ร้อยละ 83.30) ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มีอาการจนรักษา เฉลี่ย 15.62 เดือน นอกจากนี้ศรีจันทร์ (Srichan, 2012) พบว่าผู้ป่วยที่รักษาซ้ำมีผลโดยตรงกับระยะโรคที่เป็นมากขึ้น โดยร้อยละ 15-20 เสียชีวิตจากโรคระยะที่ 3-4 ขณะที่มะเร็งเต้านมระยะแรกมีโอกาสรักษาหายได้มากกว่าร้อยละ 90 แต่ระยะที่ 4 โอกาสหายมีเพียงร้อยละ 30-40 (Vassanasiri, 2020) จะเห็นว่าการตรวจพบก้อนที่เต้านมในระยะแรกมีความสำคัญต่อการมาตรวจเพื่อวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษา ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงหรือผู้รับบริการมีความรู้และสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยให้สามารถตรวจค้นพบความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและนำไปสู่กระบวนการดูแลรักษาต่อไป

สอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศในเรื่องการส่งเสริมความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องมีความรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยในบทบาทของพยาบาลห้องตรวจคัดกรองทั่วไป 101 ที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่มาตรวจรักษาด้วยอาการผิดปกติของเต้านมได้แก่ มีก้อน หรือมาตรวจสุขภาพตามนัด จึงจัดการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง แก่ผู้รับบริการที่ห้องตรวจในช่วงรอพบแพทย์ แต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องปฏิบัติตามมาตรการรักษาระยะห่าง (Social distancing) จึงต้องหยุดการสอนที่ห้องตรวจ ทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับความรู้ และการฝึกปฏิบัติ จึงต้องเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ผู้รับบริการยังคงได้รับบริการและข้อมูลที่จำเป็น สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือคัดกรองตัวเองได้เร็วยิ่งขึ้น ซึ่งวิธีการสอนผ่านระบบออนไลน์เหมาะสมกับสถานการณ์ดังกล่าว เพราะสะดวก ค่าใช้จ่ายต่ำ สอนได้ไม่จำกัดจำนวนคน และเรียนรู้ซ้ำได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำการสอนผ่านสื่อออนไลน์ซึ่งอยู่ในรูปแบบของสื่อประสม (Multimedia) มาช่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้รับบริการ สื่อการสอนมีการออกแบบให้ใช้งานง่าย เหมาะกับการศึกษาด้วยตนเอง สามารถนำเสนอได้ทั้งภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ข้อความ เสียง สามารถเรียนรู้ได้ทุกสถานที่และทุกเวลา มีอิสระในการเลือกเรียน สร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ ช่วยกระตุ้นความสนใจ เข้าใจเนื้อหาได้เร็วและดีขึ้น และสามารถใช้ในการสาธิตอย่างได้ผล เลือกดูซ้ำในส่วนที่ไม่เข้าใจได้ (Srisoy & Akkarasetsakul, 2020) โดยการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีการออกแบบกระบวนการภายใต้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ กายะ (Khammanee, 2014) และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Sakcharoen, 2015) เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ จดจำ และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของนาคณอม, ทำดี, นามพรม, และกิตติไชยากร (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ บทเรียน



คอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสม สามารถเสริมทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ใกล้เคียงกับการสอนโดยวิธีบรรยาย และง่ายต่อการปฏิบัติ (Yonphan, Kaveevivitchai and Neelapaichit, 2016, Srisoy and Akkarasetsakul, 2020)

ดังนั้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้รับบริการไม่สามารถรับการเรียนรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ต่อความรู้ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความสำคัญ และเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการคัดกรองค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะแรกเริ่มได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์
2. การปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์สูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

ขอบเขตการศึกษา

ในการวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้ 1) ด้านเนื้อหา/ตัวแปร ประกอบด้วย การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเต้านมที่มารับบริการที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป 101 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ จำนวน 29 คน 3) ด้านพื้นที่ศึกษา ประกอบด้วย ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป 101 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ โดยศึกษาระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2564

นิยามศัพท์

การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ หมายถึง กระบวนการและกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงบทเรียนเรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และขั้นตอนการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ โดยสามารถเข้าเรียนรู้เนื้อหาบทเรียนได้ด้วยตนเองอย่างสะดวกผ่านลิงก์บทเรียนออนไลน์ เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วน โดยเป็นเนื้อหาที่ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผู้วิจัยนำมาจากสื่อการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนาคนอมและคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022)



ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม หมายถึง ข้อมูลความเข้าใจของผู้รับบริการในเรื่องมะเร็งเต้านม โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของนาคนอมและคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022)

ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง ข้อมูลความเข้าใจของผู้รับบริการในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนาคนอมและคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022)

การปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง กระบวนการในการกระทำของผู้รับบริการในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยสามารถอธิบายและดำเนินการได้ถูกต้องทั้งในเรื่องเวลา หลักการ จนถึงเทคนิควิธีการตรวจ ทั้งนี้ติดตามประเมินจากแบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนาคนอมและคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ ใช้กระบวนการศึกษาถึงทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental study, one group pre-post test)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเต้านม เช่น มีก้อนที่เต้านม มีอาการปวดบริเวณเต้านม คล้ายคลึงได้ก้อนที่เต้านมหรือมีของเหลวซึมออกจากหัวนม เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) คือ ผู้รับบริการที่มีความผิดปกติของเต้านมที่มารับบริการที่ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป 101 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีอายุ 20-60 ปี สามารถอ่าน เขียนภาษาไทย ใช้เทคโนโลยีได้ และมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดให้ $\alpha = .05$, Power = .80, Effect size = .6 (ขนาด effect size ระดับปานกลางสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์ (Burns & Grove, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน และคำนวณ dropout rate ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความสมบูรณ์ของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 29 คน และมีเกณฑ์ในการพิจารณาคัดออกจากการศึกษา (dropout criteria) คือ ผู้รับบริการที่ไม่ได้ทำแบบทดสอบหลังเรียน และไม่ได้ทำการสาธิตย้อนกลับในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองตามระยะเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ สื่อออนไลน์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย

- 1.1 บทเรียนออนไลน์เรื่องความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมเป็นระยะเวลา 10 นาที
- 1.2 บทเรียนออนไลน์เรื่องความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 5 นาที
- 1.3 บทเรียนออนไลน์วีดิทัศน์เรื่องขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 15 นาที
- 1.4 หุ่นสาธิตการตรวจเต้านม (Breast model) เพื่อใช้ในการตรวจสอบการปฏิบัติการตรวจเต้านม
- 1.5 เต้านมเทียม เพื่อใช้ในการตรวจสอบการปฏิบัติการตรวจเต้านมหลังเรียน

1.6 LINE Official Account (LINE OA) ชื่อ “กลุ่มคนรักสุขภาพ 101” ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมผ่านทาง QR Code เพื่อใช้เป็นช่องทางในการส่งลิงก์บทเรียน ใช้ในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างให้เข้าเรียนและฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจะทำการกระตุ้นเตือนทุกวันพุธและวันเสาร์ ในเวลา 19:00 น. อีกทั้งยังใช้



เป็นช่องทางในการติดต่อกับผู้วิจัย หากมีข้อซักถามเกี่ยวกับบทเรียนและการฝึกปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง จะได้รับการส่งเสริมฯ ไม่พร้อมกันและเมื่อครบระยะเวลา 4 สัปดาห์ จะมีการติดตามประเมินผลโดยการวัดผล ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การได้รับการสอนในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแหล่งความรู้ เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านม

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 15 คะแนน

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน

แบบสังเกตการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 15 รายการ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติ ถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติถูกต้องทุกข้อจึง จะถือว่าปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องครบถ้วน

คุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบสังเกต การปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนาคนอม และคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) ที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า CVI เท่ากับ .93, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากผู้รับบริการที่ห้องตรวจคัดกรองทั่วไป 101 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครเชียงใหม่ จำนวน 3 ราย เพื่อเป็นการสอบถามความเข้าใจ (understanding) และส่วนที่ต้องการให้ปรับแก้ เพื่อนำมาปรับปรุงและใช้งานจริงในการดำเนินการวิจัย ส่วนแบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .81 และ .72 ตามลำดับ และแบบสังเกตการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองใช้การตรวจสอบความ เชื่อมั่นโดยการหาความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (Inter-rater) จนได้ค่าความตรงกันเท่ากับ 1 (Kritpreedaborisut, 2006)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับอนุญาต ดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก



และผู้ป่วยฉุกเฉินในการดำเนินการวิจัย ตลอดระยะเวลาผู้วิจัยยึดหลักการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการรักษาระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ การงดรวม การทำกิจกรรมเป็นกลุ่มกับกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ ทำความเข้าใจ การศึกษา รวมทั้งขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่และการ พิจารณาสีที่แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอม และทดสอบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านหุ่นสาธิตการตรวจเต้านม (Breast model) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มไลน์คนรักสุขภาพ 101 ใน LINE OA พร้อม ส่งลิงก์แบบวัดความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อทดสอบความรู้ก่อนเข้าสู่บทเรียน ออนไลน์ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที หลังประเมินแบบวัดความรู้ฯ จึงส่งลิงก์บทเรียนออนไลน์เกี่ยวกับความรู้เรื่อง มะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และวิดีโอขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านทางไลน์คนรักสุขภาพ 101 พร้อมให้เต้านมเทียมแก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำไปใช้ในการประเมินผล

การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในการวิจัยนี้ให้เวลากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาบทเรียนออนไลน์ เกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิดีทัศน์ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมทั้ง ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งระหว่างนั้นผู้วิจัยกระตุ้นเตือนการเข้าชมวิดีโอ และ การฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน LINE OA ทุกวันพุธและวันเสาร์เวลา 19:00 น. อีกทั้งยังเป็นช่องทางใน การติดต่อกับผู้วิจัยหากมีข้อซักถามเกี่ยวกับบทเรียนและการฝึกปฏิบัติ เมื่อเรียนรู้ครบ 1 เดือน ผู้วิจัยแจ้งเตือน กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนที่ครบกำหนดผ่านทาง LINE OA เพื่อติดตามประเมินผล โดยการประเมินความรู้และทดสอบ การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมและ การตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านลิงก์แบบวัดความรู้ฯ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน เต้านมเทียมที่ได้รับไปเป็นครั้งแรกโดยการส่งคลิปวิดีโอขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลับมา เพื่อให้ผู้วิจัย ทำการตรวจสอบ และแจ้งผลการทดสอบการปฏิบัติการตรวจเต้านมพร้อมการแก้ไขจุดบกพร่องย้อนกลับให้แก่ กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปใช้ในการตรวจเต้านมในชีวิตประจำวันได้อย่างครบขั้นตอน ผู้วิจัยตรวจเช็คความครบถ้วน ของข้อมูล วิเคราะห์สรุปและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อน และหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ โดยใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบโค้งปกติ

วิเคราะห์เปรียบเทียบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านม ด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ตามลักษณะของข้อมูล

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: FAC-MED-2564-08304 ทั้งนี้ก่อนทำการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่ม ตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษายเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และทำการ



บันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้ หรือระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการศึกษา

พบว่าภายในระยะเวลา 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าชมหัวข้อการบรรยายเรื่องมะเร็งเต้านมเฉลี่ยคนละ 3.38 ครั้ง (SD=2.47, Max.=13, Min.=1) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ยคนละ 3.69 ครั้ง (SD=3.06, Max.=15, Min.=1) และวิถีทัศน์ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ยคนละ 4.24 ครั้ง (SD=3.08, Max.=14, Min.=1) โดยผลการศึกษาแนะนำตามวัตถุประสงค์ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี อายุเฉลี่ย 44.41 ปี (SD= 9.69) มีสถานภาพสมรสโสดและคู่จำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 41.40 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 44.80 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.10 อาชีพรับราชการและรับจ้างจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 24.11 มีรายได้เฉลี่ย 21,954.48 บาทต่อเดือน (SD= 19,450.82) มีประสบการณ์การได้รับการสอนในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 53.33 ส่วนแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้รับจากสื่อออนไลน์มากที่สุด ร้อยละ 62.10 รองลงมาคือ บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 41.40 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=29)	ร้อยละ
อายุ (ปี) อายุเฉลี่ย 44.41 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.69)		
20-35	6	20.69
36-59	23	79.31
สถานภาพสมรส		
โสด	12	41.40
คู่	12	41.40
หม้าย	2	6.90
หย่า/ แยกกันอยู่	3	10.30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	6.90
มัธยมศึกษา	7	24.10
ปวช./ ปวส./ ปวท.	2	6.90
ปริญญาตรี	13	44.80
สูงกว่าปริญญาตรี	5	17.20



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=29)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ	7	24.14
พนักงานบริษัท	5	17.24
ค้าขาย/ ประกอบกิจการส่วนตัว	5	17.24
รับจ้าง	7	24.14
อื่นๆ (ได้แก่ เกษตรกร, นักกายภาพบำบัด, พนักงานมหาวิทยาลัย, ลูกจ้างประจำ, แม่บ้าน จำนวนอาชีพละ 1 คน)	5	17.24
รายได้บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย = 21,954.48 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 19,450.82)		
น้อยกว่า 5,000 บาท	2	6.89
5,000–23,000 บาท	19	65.52
มากกว่า 23,000 บาท	8	27.59
ประสบการณ์การได้รับการสอนในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง		
เคยมีประสบการณ์การได้รับการสอนฯ	16	53.33
ไม่เคยมีประสบการณ์การได้รับการสอนฯ	13	47.67

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์เฉลี่ย 13.93 (SD= 1.44) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมฯ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 12.62 (SD= 2.13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ และมีค่าคะแนนความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมฯ เฉลี่ย 9.59 (SD= 0.57) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมฯ ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย 8.76 (SD= 1.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p=.003$ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

ผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์	ก่อนได้รับการส่งเสริมฯ		หลังได้รับการส่งเสริมฯ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม	12.62	2.13	13.93	1.44	<.001
คะแนนความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	8.76	1.27	9.59	0.57	.003

* $p\text{-value} < .05$



ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับการส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่สามารถปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วนทุกขั้นตอน แต่หลังได้รับการส่งเสริมพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.07 สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 37.93 ที่ปฏิบัติได้บางขั้นตอน ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีทั้งกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองและกลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการสอนมาก่อน พบว่าภายหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์กลุ่มที่มีประสบการณ์ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 56.25 และปฏิบัติได้ถูกต้องแต่ไม่ครบทุกขั้นตอนร้อยละ 43.27 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์ปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วนร้อยละ 69.23 และปฏิบัติได้ถูกต้องแต่ไม่ครบทุกขั้นตอนร้อยละ 30.77 ดังแสดงในตารางที่ 5

ในส่วนของการประเมินการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริม 13.34 (SD= 2.77) ซึ่งสูงกว่าก่อนได้รับการส่งเสริม ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย .62 (SD= 1.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .001$ และเมื่อพิจารณาจากกลุ่มดังแสดงในตารางที่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ก่อนได้รับการส่งเสริม (n=29)		หลังได้รับการส่งเสริม (n=29)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปฏิบัติได้ถูกต้อง	0	0.00	18	62.07	<.001
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	29	100.00	11	37.93	

*p-value < .05

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ จำแนกตามกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริม	ประสบการณ์การได้รับการสอน			
	เคย (n=16)		ไม่เคย (n=13)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปฏิบัติไม่ถูกต้องเลย	0	0.00	0	0.00
ปฏิบัติได้ถูกต้องแต่ไม่ครบทุกขั้นตอน	7	43.75	4	30.77
ปฏิบัติถูกต้องครบถ้วน	9	56.25	9	69.23

*p-value < .05



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์

ผลของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สื่อออนไลน์	ก่อนได้รับการส่งเสริม		หลังได้รับการส่งเสริม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
คะแนนการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	0.62	1.24	13.34	2.77	<.001
กลุ่มเคยได้รับประสบการณ์การสอน	0.44	0.81	13.25	2.84	<.001
กลุ่มไม่เคยได้รับประสบการณ์การสอน	0.85	1.63	13.46	2.79	<.001

*p-value < .05

การอภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับการส่งเสริมฯ สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และ $p = .003$ (คะแนนเฉลี่ยก่อนได้รับการส่งเสริม 12.62 และ 8.76 คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการส่งเสริม 13.93 และ 9.59 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมฯ ทำให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับประสบการณ์การสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือสนใจเรื่องมะเร็งเต้านมเป็นพิเศษจากการมีปัญหที่เต้านม (กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ได้รับความรู้จากสื่อออนไลน์ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย ทำให้มีพื้นฐานความรู้ก่อนได้รับการส่งเสริมฯ ทั้ง 2 เรื่อง) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสื่อที่เรียนที่พัฒนาบนพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ และทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ที่มุ่งเน้นกระตุ้นความสนใจให้เกิดแรงจูงใจที่สอดคล้องกับประสบการณ์ตรงของผู้เรียน นอกจากนี้ เนื้อหาความรู้ทันสมัย การบรรยายกระชับ ชัดเจน รายละเอียดเนื้อหาที่สำคัญครบถ้วน เช่น สถานการณ์ อาการ ปัจจัยเสี่ยง สาเหตุ แนวทางป้องกันการรักษา การตรวจเต้านม สิ่งผิดปกติที่อาจตรวจพบและต้องมาพบแพทย์เพื่อวินิจฉัย เป็นต้น โดยเฉพาะความรู้ในการตรวจเต้านมสามารถนำไปเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน หรือทบทวนซ้ำในส่วนที่ไม่เข้าใจ สามารถวางแผนในการดู หรือเลือกเวลาและสถานที่ได้ ทำให้มีความพร้อมและสมาธิในการดู สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) (Sakcharoen, 2015) ที่เน้นเรื่องของการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed) อย่างมีอิสระ (Autonomous) ตลอดชีวิต โดยผู้สอนทำหน้าที่อำนวยความสะดวก (Facilitators) ในการเรียนรู้ ทั้งนี้เนื้อหาสาระที่ตัดสินใจเรียนรู้ (Self-concept) เกิดจากความสนใจ (Motivation to learn) ซึ่งเชื่อมโยงกับประสบการณ์ (Learner experience) และการประยุกต์ใช้ความรู้ (Orientation to learn) ในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เหมาะสมกับตนเอง (Readiness to learn) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 44 ปี และระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ทำให้เมื่อมีการใช้สื่อที่ออกแบบโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของนาคนอม และคณะ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) เรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรี งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน การศึกษาของหวังมัน, ปิ่นเฉลียว และเกษโกมล (Wangmun, Pinchaleaw & Keskomon, 2021) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การศึกษา



ของแจ่มแจ่ม, อรรถเมธากุล, ประยูรเทพ (Jamjang, Atthamaethakul & Prayoontap, 2020) เรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล และการศึกษาของภาณุพรพงษ์ (Panupornpong, 2021) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองในการคัดกรองมะเร็งเต้านมของสตรีจังหวัดนครราชสีมา ที่ต่างก็พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรู้หลังการวิจัยสูงกว่าก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .01$ และ $.05$ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการด้วยการใช้สื่อออนไลน์ที่มีความทันสมัยและสามารถเข้าเรียนรู้ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ตามช่วงเวลาที่สามารถเข้าเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างต่อเนื่องจะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในยุคที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงตามความทันสมัยของเทคโนโลยีและข้อจำกัดจากสถานการณ์วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่การใช้สื่อออนไลน์ในการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติในการตรวจคัดกรองสุขภาพด้วยตนเองจึงมีความสำคัญยิ่ง

2. การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

หลังได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้องครบถ้วนมากกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับประสบการณ์การสอนฯ และกลุ่มที่ไม่เคยได้รับประสบการณ์การสอนฯ สามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้องครบถ้วนมากขึ้น (ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนส่งเสริมฯ 0.44 และ 0.85 ค่าคะแนนเฉลี่ยหลังส่งเสริมฯ 13.25 และ 13.46 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพที่ดีของการส่งเสริมฯ อย่างเป็นระบบ กรอบกับช่องทางออนไลน์เป็นการประยุกต์นำเอาเทคโนโลยีทางด้านการสื่อสารมาช่วยในการเข้าถึงผู้คนได้อย่างกว้างขวาง เหมาะกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทุกฝ่ายต้องปรับตัวในการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน สื่อออนไลน์จึงเป็นเครื่องมือที่ดี สามารถอำนวยความสะดวกในการเผยแพร่ความรู้ต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง คุ่มค่า คุ่มเวลา คล่องตัว สอดรับกับความเป็นไปของโลกที่ผู้คนมีการเข้าถึงเทคโนโลยีได้อย่างง่ายดายทุกที่ทุกเวลา โดยปราศจากข้อจำกัดในการเว้นระยะห่าง นอกจากนี้ขั้นตอนการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองคำนึงถึงพฤติกรรมการเรียนรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ตามทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Khammanee, 2014) ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Sakcharoen, 2015) เป็นหลัก เริ่มตั้งแต่การถ่ายทอดความรู้วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การให้บทเรียนออนไลน์ในรูปของสื่อวีดิทัศน์ สาธิตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จนสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ละขั้นตอนเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดการเรียนรู้ จนสามารถจดจำ และนำไปใช้ได้ตลอดชีวิต

ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ได้ผลดีเกิดจากแรงจูงใจจากการมีปัญหที่เต้านม (การจูงใจ Motivation Phase) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีทัศนคติขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ย 4.2 ครั้ง (การรับรู้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ Apprehending Phase) รวมถึงความน่าสนใจของสื่อวีดิทัศน์ การนำเสนอเนื้อหาที่ครอบคลุม การใช้ภาษากระชับ เข้าใจได้ง่าย ภาพและเสียงชัดเจน อีกทั้งยังมีการใช้คนแทนหุ่นสาธิตเพื่อให้เข้าใจวิธีการดูและการสังเกตลักษณะรูปร่างของเต้านมและหัวนม การคลำที่ไม่ใช่เพียงการสัมผัสเพราะน้ำหนักการคลำแตกต่างจากการสัมผัส ซึ่งจะช่วยให้ขั้นตอนการตรวจเต้านมที่ประกอบไปด้วยการดูและการคลำเกิดประสิทธิผลที่ดีที่สุด การใช้นักแสดงซึ่งเป็นคนจริงสาธิตขั้นตอนการตรวจเต้านม ทำให้สามารถจำลองภาพการตรวจเต้านมแต่ละขั้นตอนได้อย่างชัดเจน ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 1 เดือน และระหว่างฝึกปฏิบัติจะได้รับการกระตุ้นเตือนให้ชมวีดิทัศน์และการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกวันพุธและวันเสาร์ เวลา 19:00 น. ผ่าน LINE OA กลุ่มคนรักสุขภาพหมั่น



101 การที่สามารถซักถามเกี่ยวกับบทเรียนและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทาง ทำให้เกิดความเข้าใจ ส่งผลให้เกิดการจดจำ (การปรุงแต่งสิ่งที่รับรู้ไว้เป็นความจำ Acquisition Phase) และสามารถนำไปปฏิบัติตามได้ (ความสามารถในการจำ Retention Phase) ซึ่งสะท้อนผลลัพธ์ของการส่งเสริมฯ ได้จากค่าสถิติก่อนและหลังที่แตกต่างกัน โดยค่าคะแนนหลังได้รับการส่งเสริมฯ เพิ่มขึ้น (ความสามารถในการระลึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปแล้ว Recall Phase การแสดงออกพฤติกรรมที่เรียนรู้ Performance Phase) นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนการแจ้งผลการปฏิบัติย้อนกลับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างส่งคลิปวิดีโอแสดงขั้นตอนการตรวจเต้านมทั้งหมดย้อนกลับมา เพื่อรับการประเมิน ให้คำชื่นชม ให้การเสริมพลัง และให้การแนะนำขั้นตอนที่ขาดตกบกพร่อง ทำให้สามารถนำไปใช้ในการตรวจเต้านมในชีวิตประจำวันได้อย่างมั่นใจ เพิ่มโอกาสในการตรวจพบความผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว (การแสดงผลการเรียนรู้กลับไปยังผู้เรียน Feedback Phase) จะเห็นได้ว่าทุกขั้นตอนในการส่งเสริมฯ ส่งผลสืบเนื่องเป็นลูกโซ่ และเนื่องจากผู้ใหญ่เรียนรู้สิ่งต่างๆ ตามความสนใจ หรือการใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน การเตรียมความพร้อม โดยนำเสนอเรื่องเกี่ยวข้องกับเต้านมที่เป็นความกังวล เพื่อกระตุ้นความสนใจ สร้างแรงจูงใจจากภายใน นำไปสู่การตัดสินใจอย่างอิสระที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมจากปัญหาเต้านมที่เผชิญอยู่ และประยุกต์ใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ การปฏิบัตินำไปตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะประสิทธิผลในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบถ้วน ต้องเกิดขึ้นจากความสุขในการเรียนรู้ จากการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริง อีกทั้งการนำเสนอในรูปแบบออนไลน์มีความสะดวก ความอิสระ สามารถทบทวนซ้ำได้ทุกที่ทุกเวลาตามความต้องการ และเมื่อสื่อสามารถกระตุ้นความสนใจ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองจนเกิดความชำนาญ สามารถชี้แนะ และรับผิดชอบตนเองให้ตรวจเต้านมได้ถูกต้องครบถ้วนและต่อเนื่อง จนกลายเป็นความคุ้นชินในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน

ผลการศึกษาสอดคล้องเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (Naktanom, Tamdee, Namprom and Kittichaiyakorn, 2022) และสอดคล้องกับการศึกษาในตุรกีเรื่องประสิทธิผลของการศึกษาออนไลน์ในการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเองในบุคลากรของมหาวิทยาลัยและนักศึกษา พบว่าความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาออนไลน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Tuna, et al., 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลี เรื่องผลของแอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคูมารดาและบุตรสาวเพื่อให้ฝึกตรวจเต้านมด้วยกัน โดยมีการพัฒนาฟังก์ชันต่างๆ รวมถึงการประมาณวันที่เหมาะสมในการตรวจเต้านม การแจ้งเตือนเพื่อกระตุ้นให้ตรวจเต้านม การให้ความรู้โดยใช้คลิปวิดีโอ คำแนะนำในการป้องกันมะเร็งเต้านม และการเก็บบันทึกข้อมูล ผลการศึกษาพบว่าหลังจากใช้แอปพลิเคชันสมาร์ตโฟนแล้วกลุ่มตัวอย่างมีการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 62.20 เป็นร้อยละ 71.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.5$ (Heo, et al., 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shakeri, Mehrabi, & Khademian (2021) ที่ศึกษาการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชันที่ประกอบด้วยวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แอปพลิเคชัน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการตรวจเต้านมเพิ่มขึ้น 4 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนการใช้ และปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .01$

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ยังมีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ไม่ถูกต้องครบถ้วน โดยเฉพาะในขั้นตอนการดู ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เคยและไม่เคยได้รับประสบการณ์การสอนฯ ข้ามขั้นตอน ได้แก่



การใช้มือเท้าเอวทั้ง 2 ข้าง เกร็งหน้าอกโน้มตัวไปข้างหน้า การดูเต้านมที่ห้อยลงมาข้างหน้าว่ามีความผิดปกติหรือไม่ และการดูว่าหัวนมบิดเบี้ยวหรือไม่ ซึ่งหากอธิบายตามพีระมิดการเรียนรู้ (Edgar, 1969) ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมนุษย์จดจำความรู้จากการฟังบรรยายได้เพียงร้อยละ 5 การอ่านร้อยละ 10 การฟังเสียงและดูรูปภาพร้อยละ 20 การได้เห็นตัวอย่างร้อยละ 30 นอกจากนี้การตรวจเต้านมที่ไม่ต่อเนื่องอาจทำให้เกิดการลืม เพราะการลงมือทำและการฝึกฝน ทำให้จดจำได้ร้อยละ 75 ฉะนั้นการกระตุ้นเตือนให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการใช้สื่อการสอนที่มีคุณภาพ และนำมาใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน จึงเป็นส่วนสำคัญต่อประสิทธิผลของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ มาเป็นรูปแบบในการพัฒนาศักยภาพบุคคลที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะการส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ เป็นขั้นตอนเบื้องต้นที่มีความสำคัญในการลดการอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งเต้านม ฉะนั้นเพื่อให้ประชาชนได้รับการคัดกรองอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์จะทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย อย่างไรก็ตามต้องพัฒนาสื่อให้เหมาะสม และเกิดประโยชน์ในการเพิ่มพูนความรู้ในเรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
2. ควรมีการนำการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ไปใช้ในโรงพยาบาล โดยผ่านระบบ LINE OA ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้มารับบริการ บุคลากร และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านมให้ได้เร็วเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งช่องทาง รวมทั้งควรเพิ่มให้มีระบบแจ้งเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉพาะราย และมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
3. การนำวิธีนี้ไปใช้อาจจะต้องมีการเน้นย้ำในส่วนของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ควรทำให้ถูกต้องครบถ้วนในทุกๆ ขั้นตอน เนื่องจากทุกขั้นตอนมีความสำคัญในการช่วยให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของเต้านมได้เร็วเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโดยการใช้การส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้สื่อออนไลน์ในประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยเพศหญิงกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น กลุ่มที่มาตรวจทางด้านสูตินรีเวช และต่อมไทรอยด์ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนของการติดตามผลการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ผู้บริหารคณะแพทยศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลที่ให้การสนับสนุนและอนุญาตในการทำวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนและเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่มีส่วนให้งานวิจัยลุล่วงด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- Burns, N., & Grove, S.K. (2010). *The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization (8th ed)*. Philadelphia: Saunders.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2022). *Important indicators-illness with cancer new breast*. Retrieved January 20, 2023, from https://smart-ncd.chiangmaihealth.go.th/web/index.php?r=report/greport&id=CA1002&pur=&sp_level=&year=2022.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2023). Percentage of illness with disease group Malignant tumors of the breast. Retrieved April 2, 2023, from https://cmi.ciorh1.com/web/index.php?r=report%2Fpdx&co_thip_new=073 (in Thai)
- Department of Health Service Support. (n.d). Reveals that almost 60 percent of Thai people "misunderstood" thinking that people are physically strong. Annual health check-up is not required. Retrieved November 10, 2022, from https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=686
- Department of Medical Services. (2018). *National Cancer Control Programme*. Retrieved December 6, 2020, from https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/National Cancer Prevention and Control Plan.pdf
- Edgar, D. (1969). *Audiovisual Methods in Teaching*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Heo, J., Chun, M., Lee, K.Y., Oh, Y.T., Noh, O.K., & Park, R.W. (2013). Effects of a smartphone application on breast self-examination: a feasibility study. *HJR*. 19(4):250-260. Retrieved April 6, 2023, from <https://www.researchgate.net/publication/260170882>
- Jamjang, S., Atthamaethakul, W., & Prayoontap, S. (2020). The Effects of Breast Self-Examination Acquisition Program on Knowledge, Attitude and Breast Self-Examination Skill Among Nursing Students. *Journal of Nursing and Education*, 13(4), 77-91. (In Thai)
- Khammanee, T. (2014). *Teaching Science (18th edition)*. Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Kritpreedaborisut, B. (2006). *Statistical analysis for research*. Retrieved December 15, 2020, from <http://library2.tni.ac.th/ulib/dublin.php?ID=13079#.YciEJmhBxPY>
- Ministry of Public Health. (2020). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Retrieved January 24, 2021, from: https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
- Naktanom, P., Tamdee, D., Namprom, N., & Kittichaiyakorn, A. (2022). Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program via E-Learning Toward Knowledge and Self-Breast Examination Practice Among Female Healthcare Personnel in Outpatient Departments and Emergency Units. *Nursing Journal CMU*, 49(2), 351-364. (In Thai)
- National Cancer Institute. (2020). *Hospital-Based Cancer Registry 2020*. Retrieved December 10, 2020, from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html.
- Panupornpong, T. (2021). The Effectiveness of a Breast Self-Examination Behavior Enhancement Program for Women Breast Cancer Screening, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of*



- Health Research and Development Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office, 7(1), 140-157. (In Thai)
- Phutivut, V. (2019). *Overall Survival in Patients Breast Cancer Early Staged and Factors Affecting Survival of Breast Cancer in Udonthani cancer hospital*. Retrieved November 25, 2022, from <https://www.udch.go.th/uploads/doc/R2R/2562/ID7%20ชมเชย.pdf>
- Sakcharoen, P. (2015). Adult Learning Theory and Self-Directed Learning Concept: Learning Process for Promoting Lifelong Learning. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 8-13. (In Thai)
- Shakery, M., Mehrabi, M. & Khademian, Z. (2021). The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 21(248). Retrieved April 6, 2023, from <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01609-4>
- Soimadee, S. (2017). Overall Survival and Prognostic Factors for Breast Cancer Patients at Vachira Phuket Hospital. *Thai Cancer Journal*, 37(2), 62-71. (In Thai)
- Srichan, P. (2012). The Impact of Delay Presentation on Staging and Clinicopath Subtypes in Breast Cancer Patients. *Medical Journal of Sisaket Surin Buriram Hospital*, 27(2), 173-180. Retrieved December 5, 2021, from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/142921>
- Srisoy, A., Akkarasetsakul, A. (2020). The Comparative study on the effectiveness of media between Brochures and Video for teaching mastectomy patients at Department of Female Surgery, UdonThani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(2), 203-211. (In Thai)
- Tuna, A., Avdal, E.U., Yucel, S.C., Dal, N.A., Dicle, A., Ozkan, A., Sezgin, H., Gumus, A.B., Turgay, A.S. & Degirmenci, M. (2014). Effectiveness of online education in teaching breast self-examination. *Asian Pac J Cancer Prev*. 15(7):3227-3231. Retrieved April 6, 2023, from <https://www.researchgate.net/publication/260170882>
- Vassanasiri, W. (2020). *Pink Alert - Check & Share Project 2020*. Retrieved January 16, 2021, from <https://www.thaipost.net/main/detail/81979>
- Wangmun, W., Pinchaleaw, D., Keskomon, T. (2021). The Effectiveness of Self-Efficacy Enhancing Program with Line Application on Breast Self-Examination of Nurses Student Boromrajonnani Nursing College, Surin. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 11(1), 1-14. (In Thai)
- Wannapornsiri, C., Rattanachamroon, O., & Trakultip, M. (2014). Effectiveness of Family-Centered Care model on Families Caring and Quality of Life among Breast Cancer Patients. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 8(2), 19-30. (In Thai)



- Wongjunlongsin, S., Sumdaengrit, B. (2019). Causes of Delayed Seeking Treatment in Thai Women with Breast Cancer in Ramathibodi Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 201-210. (In Thai)
- Yonphan, P., Kaveevivitchai, C., Neelapaichit, N. (2016). Computer-Mediated Multimedia Breast Self-Examination Programme for Vocational Students. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 91-103. (In Thai)



Knowledge, Understanding and Needs for Preventing Stroke Risk in The Young

Maturada Bunjongkarn*, Pranit Jongpantanimit^{1*}

Jerapa Srithahai*, Rungnapha Khiewchaum*

(Received August 17, 2023, Revised: April 27, 2023, Accepted: May 2, 2023)

Abstract

This qualitative research aimed to examine knowledge, understanding and needs for preventing stroke among at risk youth. Data were collected by semi-structured in-depth interviews from June to July 2022. Based on the Thai CV risk score, twenty participants of Tachang, Muang District, Chanthaburi had a moderate to high risk of stroke. A review of the relevant literature and a report on the stroke prevention operations of the subdistrict health promoting hospital with responsibility are presented. Using content analysis, the data were analyzed. There emerged three themes: Stroke is a disease of the elderly; lack of comprehension of the application of knowledge to prevent stroke; and Learning from others' success. The findings provided important information relating to knowledge, understanding and needs of at-risk youth for stroke prevention. Understanding the knowledge and needs of young people in relation to stroke prevention can assist in its prevention.

Keywords: Knowledge, Understanding and needs, Stroke risk, The young, Stroke prevention

* Nurse Instructor, Phrapokklao Nursing College Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: pranit@pnc.ac.th, Tel: 093-3655515



ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย

มธุรดา บรรจงการ*,ปราณีต จงพັນนิมิตร^{1*}

จิรภา ศรีท่าไฮ*, รุ่งนภา เขียวชะอำ*

(วันรับบทความ 17 สิงหาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 27 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 2 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด จำนวน 20 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการดำเนินการด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในความรับผิดชอบ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผลการวิจัยสามารถจำแนกได้เป็น 3 แก่นสาระ คือ โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุพร่องความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น การวิจัยนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการทราบถึงสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย รวมไปถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย

คำสำคัญ : ความรู้, ความเข้าใจและความต้องการ, ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง, กลุ่มอายุน้อย, ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ pranita@pnc.ac.th, โทร: 093-3655515

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากกว่า 5.7 ล้านคน พบในแถบเอเชียประมาณ 2.1 ล้านคน โดยทั่วไปโรคหลอดเลือดสมองมักพบในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ แต่สามารถพบได้ในผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี (stroke in the young) แม้ว่าอุบัติการณ์การเกิด (incidence) จะน้อยกว่าก็ตาม ในสหรัฐอเมริกาพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 200,000 คน/ปี ความชุกเฉลี่ย 743 ต่อประชากรแสนคน ประเทศไทยพบความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง 690 ต่อประชากรแสนคน (Chantaraprapabkun et al., 2018)

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อย หมายถึง โรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุไม่เกิน 45 ปี พบประมาณร้อยละ 5 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และมีอุบัติการณ์ของโรคแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศอิหร่านมีอุบัติการณ์ 8 ต่อประชากรแสนคน ประเทศไต้หวันมีอุบัติการณ์ 26 ต่อประชากรแสนคน เป็นต้น จากการศึกษา พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยอยู่ในกลุ่มไม่ทราบสาเหตุ (stroke of undetermined etiology) มากที่สุด ส่วนสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองในคนอายุน้อย เช่น โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นทีหลัง (congenital and acquired heart problems) โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางด้านโลหิตวิทยา (hematologic conditions) โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของหลอดเลือด (vasculopathies) ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึม (metabolic disorders) เป็นต้น (Alebeek et al. 2017; Markidan et al., 2018) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การพิจารณาถึงความรุนแรงและความสำคัญของปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอายุน้อยนั้น นอกจากจะต้องคำนึงถึง อัตราป่วยและอัตราตายแล้ว ยังเป็นสาเหตุของการสูญเสีย เป็นสภาวะที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากนัก และต้องใช้ชีวิตอย่างพิการตลอดช่วงชีวิตที่เหลือมากกว่าวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วย ในช่วงวัยนี้ส่วนใหญ่จะเป็นวัยเรียนและวัยทำงาน เป็นกลุ่มช่วงอายุที่มีความสำคัญมาก วัยช่วงสร้างฐานะครอบครัว และยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอายุในช่วงนี้จะมีคุณภาพชีวิตลดลงถึงร้อยละ 20 (Schneider et al., 2017) ซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติด้วย เมื่อติดตามช่วง 10 ปีแรก ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์ชนิดที่รุนแรงจากสาเหตุโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (major adverse cardiovascular event: MACE) ได้แก่ การเสียชีวิต โรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดอื่นๆ ล้วนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากรายงานการวิจัยพบว่า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยที่มีแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีกที่เข้าร่วมการวิจัยมีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมไปถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (Chuinthaet al., 2022) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีพบว่าสถิติ 5 ปีย้อนหลัง การเกิดโรคความดันโลหิตสูง (ต่อแสนประชากร)



มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ และความต้องการของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อจะนำไปสู่การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thimayom et al.,2012)

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้มีขอบเขตการศึกษา คือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาความรู้ ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย 2) ด้านกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด จำนวน 20 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ ต.ท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีและ 4) ด้านระยะเวลา คือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนกรกฎาคม 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้ทฤษฎีชาติพันธุ์วิธีวิทยา (Ethnomethodology) ซึ่งเป็นการทำความเข้าใจปัจเจกบุคคลจากวิธีการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างของบุคคล รวมไปถึงการแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบรรทัดฐานและการจัดระเบียบทางสังคม มีจุดเน้นไปที่การให้ความหมายและเหตุผลของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ในสังคม (Garfinkel, 1967) เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและสถานการณ์ของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured in-depth interviews) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และศึกษาสถานการณ์ ความรู้ความเข้าใจ และความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะมีความจำเพาะเจาะจงกับความต้องการของกลุ่มเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีอายุน้อยในพื้นที่อย่างแท้จริง และสามารถนำไปเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษานี้คือ ประชาชนอายุ 18-45 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี และได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2564 โดยประเมินโอกาสเสี่ยง



ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คือ 10-
<20% และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด (Kongprasert et al, 2015) จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ใน ต.ท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัด
จันทบุรี ที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด รวมทั้งสมัครใจเข้าร่วม
โครงการ (Convenient Sampling) จำนวน 20 คนซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive
sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของอาสาสมัครที่เข้าร่วมศึกษาดังนี้

1. อายุ 18-45 ปี

2. ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score) โอกาส
เสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง คือ 10-<20%

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. สมัครใจยินดีเข้าร่วมการศึกษา และลงลายมือชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสาร

การยินยอมให้ทำการศึกษา

5. ไม่วิตกกังวล จิตดีเพื่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว
การดื่มสุรา การสูบบุหรี่

2. ประเมินThai CV risk score ซึ่งเป็นการนำปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมา
คิดเป็นคะแนนที่สามารถแปลผลเป็นตัวเลขความเสี่ยงในอนาคตสำหรับคนไทย ประกอบด้วย อายุ เพศ การสูบ
บุหรี่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รอบเอว ส่วนสูง และระดับโคเลสเตอรอลรวมในเลือด (อาจจะใช้หรือไม่
ใช้ผลเลือดก็ได้)

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ในประเด็นเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด
สมอง พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือด
สมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ปัญหาอุปสรรค ความตระหนัก และความต้องการ
เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบสัมภาษณ์ได้ผ่าน
การให้ข้อเสนอแนะด้านความเหมาะสม ความตรงตามเนื้อหา และความสอดคล้องของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ

4. ผู้วิจัยที่ผ่านหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ และเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นผู้
เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด

ความเชื่อถือของงานวิจัย

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) ซึ่งเป็นการตรวจสอบข้อมูลจากหลาย
แหล่งโดยใช้คำถามแบบเดียวกัน โดยใช้การเปรียบเทียบความแน่นอนของข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการ
สัมภาษณ์ ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัคร กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการเฝ้า



ระวังมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานดังกล่าว รวมทั้งรายงานผลการดำเนินการด้านการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาเปรียบเทียบกัน

2. วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยสมาชิก (Member check) โดยการสรุปใจความสำคัญจากการถอดถ้อยคำมา ให้อาสาสมัครแต่ละคนตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง ถ้ามีข้อความใดแก้ไขหรือคลุมเครือ จะมีการทวนสอบเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างอาสาสมัครและผู้วิจัย (Polit and Beck, 2018)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน โดยเลือกอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย แจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้ทราบว่า โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เลขที่ 011/2565 รวมทั้งแจ้งให้ถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ รวมถึงการเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปการสรุปผล ข้อมูลจะถูกเก็บในตู้เก็บข้อมูลที่มีกุญแจล็อก ส่วนข้อมูลที่บันทึกในคอมพิวเตอร์จะบันทึกในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวที่มีการตั้งรหัสเข้าใช้งาน โดยข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยร้อยละ จำนวน และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากข้อมูลเชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการถอดถ้อยคำออกมาเป็นข้อความ อ่านเพื่อทำความเข้าใจแต่ละข้อความอย่างน้อย 2 ครั้งโดยมีการอ่านบันทึกภาคสนาม (field notes) ร่วมด้วย กำหนดหัวข้อตามเนื้อหาที่ปรากฏ จากนั้นจับประเด็นสำคัญตั้งเป็นดัชนี จัดระบบให้รหัสของแต่ละประเด็นจำแนกออกเป็นหมวดหมู่ ให้ความหมายของแต่ละหมวดหมู่ สร้างข้อสรุปจากดัชนี หมวดหมู่และความหมายทั้งหมดออกมา (Elo et al., 2014)

ผลการศึกษา

อาสาสมัครเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ใน ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังจำนวน 20 คน เพศชาย 8 คน เพศหญิง 12 คน อายุระหว่าง 19-45 ปี มีอายุเฉลี่ย 40.35 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย 9,500 บาท มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เฉลี่ย 37.4 kg/m^2 ซึ่งภาวะน้ำหนักตัวเป็นโรคอ้วน และรอบเอวเฉลี่ย 37.1 นิ้ว ซึ่งเกินกว่าค่าปกติ (เพศหญิงไม่เกิน 32 นิ้ว และเพศชายไม่เกิน 36 นิ้ว) นอกจากนี้พบว่าอาสาสมัครดื่มสุราเป็นประจำ 3 คน สูบบุหรี่ 1 คนโดยที่ทุกคนเป็นเพศชาย ความดันโลหิตค่าบนอยู่ในช่วง 127-150 mmHg ความดันโลหิตค่าล่างอยู่ในช่วง 80-90 mmHg อาสาสมัครส่วนใหญ่มีประวัติโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและบางคนได้รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพเป็นประจำ

จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์อาสาสมัครเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง



เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้การเตือนโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ปัญหาและอุปสรรค รวมถึงความตระหนักถึงการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถจำแนกออกเป็น 3 แก่นสาระ คือโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ พร่องความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น

1.โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ

อาสาสมัครส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองมักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคดังกล่าวและพบเห็นผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ประกอบกับอาสาสมัครพบว่าภาวะสุขภาพด้านร่างกายของตนเองในปัจจุบันยังเป็นปกติดีอยู่ สามารถทำงานและดำเนินชีวิตประจำวันได้ ไม่ได้มีอาการและอาการแสดงอะไรที่บ่งบอกถึงการจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองดังกล่าวได้เลย ดังมีผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ผมเห็นเป็นเฉพาะคนแก่ๆ ผมอายุเท่านี้อาจจะมีโอกาสเป็นน้อย ถ้าผมแก่แล้วเกิดกับตัวเองขึ้นมาผมคงทำอะไรไม่ถูกนะ” (อาสาสมัคร 1)

“โรคอัมพฤกษ์ อัมพาตหมอนานมากก็พูดถึงบ้าง แต่ดิฉันยังอายุน้อยไม่น่าจะเป็นนะคะ ส่วนใหญ่จะเจอแต่คนที่สูงอายุ” (อาสาสมัคร 2)

“ยังไม่เป็นหรอกมั้ง พี่อายุยังน้อย เห็นมีแค่คนแก่ๆ ที่เขาเป็นกัน” (อาสาสมัคร 8)

“อีกนาน นี่แค่สืบลูกว่า ต้องหกลีบโน่นแหละถึงจะเสี่ยง” (อาสาสมัคร 10)

“ที่มีญาติที่เป็นโรคแขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน ตอนนั้นทำอะไรไม่ถูกเลย ตอนแก่ตัวไปแล้วตัวเองจะเป็นแบบนี้เหมือนกัน” (อาสาสมัคร 15)

จากแนวคิดของอาสาสมัครดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงการมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในเรื่องช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อเกิดโรคนี้ได้ เหล่านี้เป็นเหตุทำให้เกิดความเข้าใจไม่ทันระวังตัว และขาดความตระหนัก โดยใช้ชีวิตตามสบายโดยไม่คำนึงถึงการปรับพฤติกรรมที่ช่วยในการชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

2.พร่องความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

พบว่าอาสาสมัครจำนวน 15 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และบางคนได้รับการรักษาทางยาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ และทุกคนได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และเข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากบุคลากรสุขภาพมาแล้ว ทำให้ทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวมากพอสมควร ดังมีผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“ช่วงหมดหน้าทุเรียนก็พยายามไปเดินออกกำลังกายที่ทุ่งนาเขยวันละ 2 รอบ แต่ของหวานนี่ลิ้มยังไม่ได้เลยครับ รู้แหละกินหวานไม่ดีต่อสุขภาพ” (อาสาสมัคร 3)

“ตอนนี้ผมกินยาโรคความดันสูง ตามที่หมอสั่งตลอด คงไม่เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตไข่มั้ยครับ ที่หมอนแนะนำเรื่องอาหารและออกกำลังกาย รู้แหละดี แต่ทำไม่ได้สักที” (อาสาสมัคร 4)

“ผมดูแลตัวเองเพิ่มขึ้นนะ กินเหล้าให้น้อยลง ความดันก็ลดลงบ้างแล้ว แต่บุหรี่ยังเลิกสูบไม่ได้ มีช่วงที่เครียดๆบ่อยๆ” (อาสาสมัคร 7)



“รู้ว่าเป็นโรคความดันสูง ต้องออกกำลังกาย มีอาชีพเป็นแม่บ้านค่ะ วันๆก็เหนื่อยถือว่าได้ออกกำลังกายแล้ว กลับบ้านนอนพักผ่อนให้เพียงพอรู้สึกดีขึ้นไม่ปวดหัวแล้วค่ะ”(อาสาสมัคร 8)

“หมออนามัยแนะนำให้คุมอาหาร ออกกำลังกาย แต่ไม่มีเวลาหรอกค่ะ ขายของทั้งวัน บางครั้งยังลืมมาตรวจตามนัดเลยคะ”(อาสาสมัคร 10)

“โรคหลอดเลือดสมองมันมีอาการเตือนยังงัยหรือคะ เป็นแล้วจะหายเป็นปกติมันนอกจากกินยาลดความดันและลดความอ้วนแล้วเราต้องทำอะไรอีก”(อาสาสมัคร 16)

“ผมอายุยังน้อย แล้วก็แข็งแรงดี ไม่มีอะไรน่าห่วงนี่ครับ หมอให้แค่คุมอาหารลดหวาน และเค็ม ยังไม่เห็นต้องทานยานะครับ”(อาสาสมัคร 19)

สามารถกล่าวได้ว่าอาสาสมัครสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้เพียงบางประการเท่านั้น โดยพบว่ายังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนอยู่มาก ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นถึงอาสาสมัครส่วนใหญ่ขาดความยึดมั่นผูกพันในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างแท้จริง ทำให้การแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตัว และความตระหนักเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ยังไม่สามารถผสมผสานกับการดำเนินชีวิตประจำวันของอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงพอ

3. การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น

การได้เห็นแบบอย่างและวิธีการปฏิบัติตัวของบุคคลอื่น โดยเฉพาะการลดน้ำหนัก เป็นความต้องการของอาสาสมัครส่วนใหญ่ เนื่องด้วยอาสาสมัครทุกคนมีความรู้แล้วว่าความอ้วน การมีไขมันเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้พบว่าอาสาสมัครมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพยายามที่จะลดน้ำหนักเพื่อให้เกิดสุขภาพดีและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แต่ทุกคนก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ บางคนมีการใช้ยาลดความอ้วน กระทั่งน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากเดิมมาก ดังมีผู้ให้ข้อมูลว่า

“เพื่อนบ้านเค้าเคยป่วยแบบแขนขาอ่อนแรงซีกหนึ่ง รักษาในโรงพยาบาล ตอนนี้อกลับมาบ้านฟื้นตัวเร็ว เพราะอายุยังไม่มาก ตอนเย็นๆเห็นเค้าแกว่งแขน เดินออกกำลังกายทุกวัน อาการดีขึ้นเรื่อยๆ เลยคะ แกว่งแขนช่วยป้องกันได้ใช้ไหมคะ โรคความดันสูงนะค่ะ โรคอัมพาตด้วย”(อาสาสมัคร 5)

“เพื่อนผมตอนนี้หันมาปั่นจักรยาน เหวลด น้ำหนักลด อายุเท่ากันแต่ดูแข็งแรงกว่าผมมากเลย ผมเลยจะมาปั่นมั่ง”(อาสาสมัคร 6)

“หมอให้ป้าทำกับข้าวกินเอง เติมน้ำปลา เกลือ ซอส ซิอิ้นน้อยๆ มันก็ไม่อร่อย ถ้ามีสอนแนะนำเมนูอาหารเฉพาะโรค หรืออาหารลดน้ำหนักก็ดีนะ ในทีวีก็ได้ดูพวกรายการอาหารเพื่อสุขภาพ มันดีมากๆเลย เราเอามาทำตามได้”(อาสาสมัคร 11)

“น้ำหนักเยอะมีโอกาสน้ำตาลในสมองแตกเยอะขึ้น เคยดูในยูทูบ”(อาสาสมัคร 17)

“อาหารก็บอกออกกำลังกายเป็นการป้องกันโรคนี้ได้ดีที่สุด มีตัวอย่างให้เห็นเยอะนะ คิดว่าถ้าเราทำตามได้จะดีมาก”(อาสาสมัคร 20)

แสดงให้เห็นว่าทุกคนมีความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง เพียงแต่ยังไม่พบแนวทางที่เหมาะสมเฉพาะตนเท่านั้น การได้เรียนรู้และทำความเข้าใจจากประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จอาจจะเป็นหนทางหนึ่งที่ทำให้เกิดการเลียนแบบและการประยุกต์ใช้วิธีการบางอย่างของผู้ที่สำเร็จมาปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างไรก็ตามพบว่าอาสาสมัครเน้นย้ำเรื่องการลดน้ำหนัก และการจำกัดอาหาร ทำให้ทราบว่ายังมีข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในด้านอื่นๆ เช่น ความเครียด บุหรี่ สุรา สารเสพติด อายุ เป็นต้น



อภิปรายผล

จากแก่นสาระทั้งสองประการที่กล่าวว่า “โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคของผู้สูงอายุ และการพร่องความเข้าใจในการประยุกต์ใช้ความรู้สู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง” มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ว่ายังมีการขาดความรู้ความเข้าใจรวมไปถึงความตระหนักรู้เกี่ยวกับการดำเนินไปของโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันที่เหมาะสม จากการศึกษาเปรียบเทียบจำนวนและความชุกของปัจจัยเสี่ยงของโรคสมองขาดเลือดที่พบในผู้ป่วยอายุน้อย (15-45 ปี) กับผู้ป่วยอายุมากกว่า 45 ปี พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่พบมากที่สุดตามลำดับในผู้ป่วยอายุน้อย คือ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (Suwannoet al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Markidan et al. (2018) พบว่าการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยมากที่สุด นอกจากนี้พบว่าอายุ เพศ เชื้อชาติและโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Mitchell, 2015) ปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation, AF) และโรคไขมันในเลือดสูง (Subha et al., 2015) โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 53, 46 และ 35 ตามลำดับ (Schneider et al., 2017) นอกจากนี้พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญในการส่งเสริมการรับรู้การเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในการควบคุมระดับความดันโลหิต (Kamkhiew & Mattavangkul, 2018) ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครทุกคนมีน้ำหนัก และรอบเอวเกินมาตรฐาน และบางคนยังมีพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ นั้นแสดงให้เห็นถึงการพร่องความรู้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยที่คิดว่าโรคดังกล่าวยังไม่ใกล้ตัว จึงทำให้ขาดความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

ความต้องการในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย สามารถตีความได้จากแก่นสาระ “การเรียนรู้จากความสำเร็จของผู้อื่น” การช่วยเหลือแบบเพื่อนช่วยเพื่อนมีส่วนทำให้เกิดการเรียนรู้แนวทางในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค โดยการแบ่งปันความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเอง (Phongphetdit, 2018) มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถสร้างความตระหนักและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ที่มีอายุน้อยได้ เช่น จากงานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทยการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพ 6 ด้าน และระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35-59 ปี ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Santiprasitkul & Junlapeeya, 2017) และการศึกษาโปรแกรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย โดยใช้แอปพลิเคชันทางสมาร์ทโฟน วิจัยเชิงทดลองกลุ่มเดียวโดยวัดก่อนและหลัง ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่ โรคหลอดเลือด



เลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย คือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง อายุ 20 – 45 ปี จำนวน 21 คน โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง การจัดการด้านอาหาร และ ความรู้พื้นฐานในการออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ได้ (Chirasatienpon, 2021) สามารถกล่าวได้ว่าการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจรวมไปถึงความ ตระหนักในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญ โดยต้องให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของ กลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริงจึงจะได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลสำคัญที่เฉพาะเจาะจงในพื้นที่ให้ทราบถึงสถานการณ์ของระดับความรู้ความเข้าใจ ความ ตระหนัก และความต้องการของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง
2. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิดความรู้ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย เนื่องจากสามารถค้นพบสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการ พร่องความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยที่ตรงกับความต้องการ มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การวัดประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจ และความตระหนัก ในการ ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย
2. การวิจัยวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) เพื่อสามารถพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ความ เข้าใจ และความตระหนัก ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อย ให้สามารถ ประยุกต์ใช้ได้หลายพื้นที่
3. การวิจัยเชิงประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย (Policy implementation) เกี่ยวกับการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในทุกช่วงวัยไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรีซึ่งได้มอบทุนในการศึกษาวิจัย และขอบคุณกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุน้อยพื้นที่ตำบลท่าช้าง อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการ สัมภาษณ์ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Alebeek, M.E.V., et al. (2017). Risk factors and mechanisms of stroke in young adults: The Future study. *Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism*. 38 (9), 1631-1641.
- Chantaraprapabkun, S., et al. (2018). Prevalence and etiologies of ischemic stroke in young patients in Bhumibol Adulyadej Hospital. *J Thai Stroke Soc*.17 (3): 5-14. (in Thai)
- Chirasatienpon T., (2021). Young Stroke Prevention Program for University Lecturers with Risk Factors via Smartphone Application. *Open Journal of Social Sciences*, 2021, 9, 108-119



- Retrieved 8 August 2022 from: <https://www.scirp.org/journal/jss>
- Chuintha, E., Kongbunkird, K., Sittiruk, A. (2022). Predictive Factors for Blood Pressure Control in Hypertensive patients in Muang Lampang District, Lampang. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(1): 52-67. (in Thai)
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. Retrieved 8 August 2022 from: DOI: 10.1177/2158244014522633
- Garfinkel H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kamkhiew, R., Mattavangkul, C., (2018). Stroke Warning Signs Perception, Self-care Behaviors and Family Support between Controlled and Uncontrolled Hypertensions in the Responsible Area of Bang-Krai-Nai Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi Province. *Disease Control Journal*, 44 (2): 130-144. (in Thai)
- Kongprasert, K., Wacharasin, S., Panmung, N., (2015). *Evaluation of cardiovascular risk in Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension*. Division of Non Communicable Diseases, (2nded). The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)
- Markidan, J., et al. (2018). Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. *American Heart Association, Inc.* 1276-1278.
- Mitchell AB, Cole JW, McArdle PF, et al. Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*.2015; 46(6): 1690-1692.
- Polit D. F. and C. T. Beck. 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (9th ed.) London: Lippincott Williams& Wilkins.
- Phongphetdit B. (2018). Participatory community-based in promoting self-care of patients with chronic diseases to prevent Stroke. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(2): 2-11.(in Thai)
- Santiprasitkul, S., Junlapeeya, P., (2017). Efficacy Enhancement Program on Health Outcomes of People Living with Hypertension Residing in Chiang Rai Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 35(1), 100-109. (in Thai)
- Schneider, S.; Kornejeva, A.; Vibo, R. (2017). Risk Factors and Etiology of Young Ischemic Stroke Patients in Estonia. Retrieved 8 August 2022 from: <https://doi.org/10.1155/2017/8075697>.
- Subha, P.P., Geethakumari, S.M.P., Athira, M., Nujum, Z.T. (2015). Pattern and risk factors of stroke in the young among stroke patients admitted in medical college hospital, *Thiruvananthapuram. Ann. Indian Acad. Neurol.* 18(1), 20.
- Suwanno, J., Suwanno J., Angkoon, K., Rajborirug, K. (2018). Cardiovascular Risk Factors in Young Adult Patients with Acute Ischemic Stroke. *Journal of Thai Stroke Society*, 17(2): 5-16 (in Thai)
- Thimayom, P., Chuawanlee, W., Jinng, P. (2012). The Effect of Self-efficacy Program on Self-care Behavior of Hemiparesis Patients. *Journal of Behavioral Science for Development*. 4 (1): 63-73. (in Thai)



The Effect of Empowerment Program on Perceived Empowerment in the Caregivers of the Frail Elderly by the Community Participation Process in Phetchaburi Province

Nathakon Nilnate^{1*} Suksiri Prasomsuk*,
Kantima Attakanna**, Ketsirit Chanmak**, Nutsadanun Thaplian**

(Received February 9, 2023, Revised: May 15 2023, Accepted: May 23, 2023)

Abstract

This quasi-study aimed to investigate the effect of the perceived empowerment program for caregivers who provide care for older individuals using the community participation process. The settings is using purposive sampling selecting two areas in Phetchaburi province. Through the utilization of purposive sampling, two distinct settings have been selected. The study involved 30 participants into two groups with matching based on gender, age, and caregiving experience at different times. The six-weeks program designed by Fleury is divided into three steps: 1) the readiness assessment in self-management to identify cognitive problems and family emotions, 2) the transformation process in goal-setting and alternative problem-assessment methods, and 3) the integration process into daily activity and the formulation of a new plan. All data were analyzed by descriptive statistics, and differences were compared by paired sample t-tests and independent t-tests.

As a result, the average score of the experimental group regarding the perceived empowerments, including the capabilities of physical, mental, and social, was low. Knowing and understanding abilities in managing illnesses and the perceived empowerment in the experimental group showed statistically significant differences with $p < .05$ at a high level compared to the previous program. Health professionals should utilize this research to plan an empowerment approach when enhancing caregivers' perceived empowerment to care for frail older people in other settings.

Keywords: empowerment program; caregivers of the frail elderly; community participation process

*Faculty of Nursing and Allied Health Sciences, Phetchaburi Rajabhat University, Phetchaburi Province, Thailand

**Nong Phlap Health Promoting Hospital, Mueang Phetchaburi District, Phetchaburi Province, Thailand.

¹Corresponding author: best_nathakon@hotmail.co.th Tel: 065-9542553



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี

ณัฐกร นิลเนตร^{1*}สุศิริ ประสมสุข*,

กันทิมา อัดถกกาญจน์^{**}เกศศิริพันธ์ จันทร์มาก^{**}, ณัฐศดานันต์ ทับเปลี่ยน^{**},

(วันรับบทความ : 9 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ : 15 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ 15 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง โดยการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจงในจังหวัดเพชรบุรีที่มีความต้องการในการแก้ไขปัญหาจำนวน ๒ แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ ๓๐ คน คัดเลือกเข้ากลุ่มโดยวิธีการจับคู่ตามลักษณะของเพศ อายุและประสบการณ์ดูแลในเวลาที่แตกต่างกัน ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับแนวคิดของเฟลอร์รี่ ในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ประกอบด้วย ๓ ระยะ ได้แก่ ระยะ ๑ ประเมินความพร้อมโดยการระบุปัญหาด้านการจัดการ ความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวที่มีต่อปัญหา ระยะ ๒ การเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนดเป้าหมาย การแสวงหาทางเลือกเพื่อที่แก้ไขปัญหา และระยะ ๓ การผสมผสานเข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด โดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่าง Paired Samples T-Test และ Independent T-Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพลังอำนาจในด้านการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ดี านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การค้นพบครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพที่จะนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจไปวางแผนเพื่อเพิ่มศักยภาพการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี, ประเทศไทย

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพลับ อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี, ประเทศไทย

1ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: best_nathakon@hotmail.co.th Tel: 065-9542553



บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีความต้องการการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (Common Geriatric Syndrome: CGS) โดยเฉพาะในผู้ที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาพแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ (vulnerability) ในหลายระบบทั้งทางกาย จิต และสังคม อันเป็นสาเหตุหลักของผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ (adverse outcomes) ทั้งการหกล้ม ภาวะโรค ภาวะทุพพลภาพและพิการถาวร คุณภาพชีวิตลดลง มีความต้องการการดูแลที่ซับซ้อนและเป็นสาเหตุการตายในผู้สูงอายุมากที่สุด (Wibulpolprasert, 2011) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุเปราะบาง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความอ่อนแอทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยวัดจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีถึงไม่ดีมาก จากภาวะช่วยเหลือตนเองถดถอย (functional decline) ร่วมกับโรคร่วม ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพา รวมถึงผู้ที่มีความพร่องทางเศรษฐกิจ สังคมปัจเจกบุคคล และบริบทชุมชนของผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015) ผู้สูงอายุเปราะบางจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เมื่อผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นความต้องการผู้ดูแลและทรัพยากรจึงเพิ่มมากขึ้นด้วย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว ดังนั้นครอบครัวมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้เปราะบางแต่ความสามารถในการจัดการของแต่ละครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วยจะแตกต่างกัน หากครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ก็จะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ (Ministry of Social Development and Human Security, 2015)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นประกอบกับสังคมมีแนวโน้มที่จะมุ่งไปที่การช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น ประชาชนจะเริ่มมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองมากขึ้น การหารูปแบบในการทำให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงพลังอำนาจและศักยภาพของตนเองในการที่จะดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ย่อมจะทำให้ผู้ดูแลตระหนักในสำคัญของการดูแล เกิดแรงจูงใจมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้ประสบความสำเร็จ และรู้สึกภูมิใจในความสามารถของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟอริ น่าจะเป็นวิธีที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และควรไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Fleury, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ มีพลังอำนาจในตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเพิ่มขึ้นและยังพบว่าการจัดการกระบวนการเพิ่มพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ดูแลอีกทั้งยังส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่ามิงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแลผู้เปราะบางในปัจจุบันพบว่ามิก่อนข้างจำกัด ส่วนใหญ่มิงานวิจัยในกลุ่มผู้ดูแลอื่นๆ ดังเช่น Sakanashi (2021) ได้กล่าวว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมสามารถสนองความต้องการ ความถนัดและความสามารถของผู้เรียนได้อย่างแท้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yimyam Namthip (2017) พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ Prasomsuk et. al. (2021) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาสมรรถนะผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหากโปรแกรมเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการประเมินความต้องการ ระบบ



ปัญหาและออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ เกิดทักษะปฏิบัติและความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีในตนเองและผู้สูงอายุ (Nilnate et. al., 2022) ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมพลังอำนาจ (Participation as Empowerment) ส่งผลต่อการพัฒนาความต้องการถ่ายโอนอำนาจจากผู้ให้สู่ผู้รับเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป (Wongprom et. al., 2015) ผลจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสรุปได้ว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มีพลังอำนาจในตนเอง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและยังพบว่าการจัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ดูแลอีกทั้งยังส่งผลโดยตรงในการเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

ในจังหวัดเพชรบุรีเป็นเป้าหมายในการให้บริการวิชาการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางพบว่าในปี พ.ศ. 2560 พบมีการป่วยด้วยโรคเปราะบางไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32,042 คน หรือร้อยละ 43.49 โรคเบาหวาน จำนวน 12,876 คน หรือ ร้อยละ 19.40 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1,155 คน หรือ ร้อยละ 1.57 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 746 คน หรือร้อยละ 1.01 (Phetchaburi Provincial Health Office, 2021) จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมที่สามารถตอบสนองความต้องการ ความถนัด และความสามารถของผู้เรียนได้อย่างแท้จริง และเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้ไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเพิ่มขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

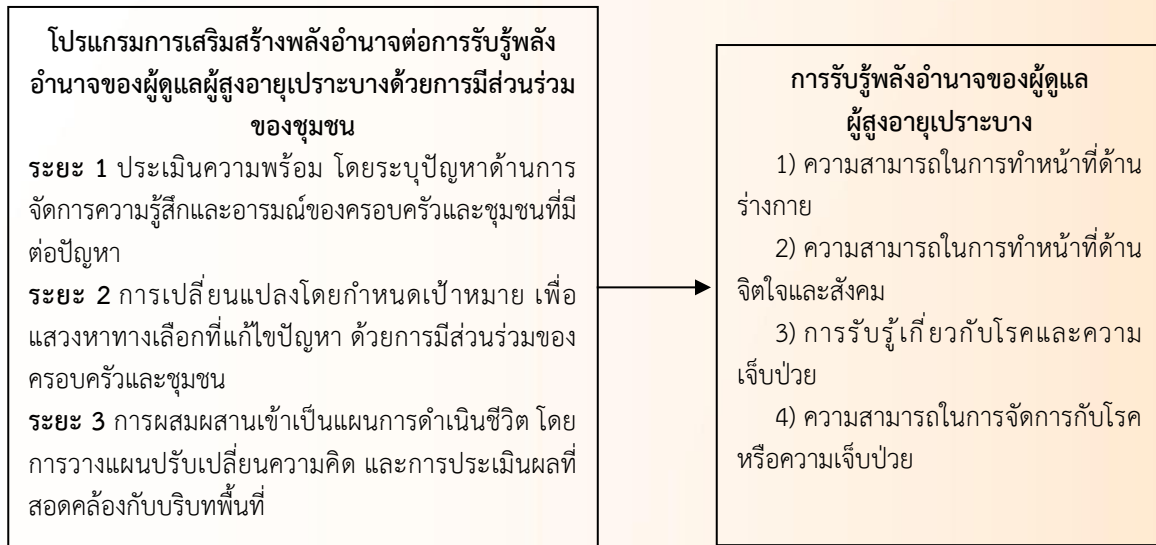
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม โรคหรือความเจ็บป่วย และการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม
2. ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม โรคหรือความเจ็บป่วยของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟอริ (Fleury, 1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะ 1 ประเมินความพร้อม โดยระบุปัญหาด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อปัญหา ระยะ 2 การเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อแสวงหาทางเลือกที่แก้ไขปัญหา ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และระยะ 3 การผสมผสานเข้าเป็นแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งกำหนดกรอบวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experiment Research) แบบ Pre-post-test Control Group Design (Srisathitnarakun, 2010)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบาง ประกอบด้วย บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีความอ่อนแอทั้งทางกายจิตและสังคม โดยวัดจากการประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับไม่ดีถึงไม่ดีมาก จากภาวะช่วยเหลือตนเองถดถอย (Functional decline) ร่วมกับมีภาวะทุพพลภาพ หรือมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผู้สูงอายุเปราะบาง โดยการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) ความต้องการในการแก้ไขปัญหาของ 2 พื้นที่ ได้แก่ ตำบลนาพันสามและตำบลหนองพลับ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ซึ่งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่มด้วยวิธีการคัดเลือกผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่มีคุณสมบัติตามลักษณะ

เกณฑ์คัดเข้า

- 1.ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้
- 2.เป็นสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุเปราะบางที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือเครือญาติ และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุเปราะบาง
- 3.สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้อย่างดี

เกณฑ์คัดออก

- 1.มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนด
- ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการงานและเก็บข้อมูลวิจัยด้วยโปรแกรม



เสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประยุกต์แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Fleury (1991) ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอนในระยะเวลา 6 สัปดาห์ๆ ละ 2-3 ชั่วโมง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินความพร้อม โดยระบุปัญหาด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวและชุมชนที่มีต่อปัญหา (สัปดาห์ที่ 1) เริ่มต้นด้วยการแนะนำตัวเองของคณะผู้วิจัย ชักถามข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว การเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางต่อครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางทำความเข้าใจกับตนเองเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างไร ขณะอยู่บ้านได้พูดคุยกับใครบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตของตนเองที่เป็นอยู่ โดยโน้มน้าวให้ทราบถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีอาจส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านอารมณ์ จิตใจและการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 2 การเปลี่ยนแปลงโดยกำหนดเป้าหมาย เพื่อแสวงหาทางเลือกที่แก้ไขปัญหา ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (สัปดาห์ที่ 2-3) โดยวิธีการ

1) ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการประเมินสภาพปัญหาในสถานการณ์จริง ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่แลกเปลี่ยนให้ข้อเสนอแนะแนววิธีการต่างๆ เพื่อแสวงหาทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทต่อแก้ไขปัญหา โดยค้นหาการตอบสนองต่อสุขภาพด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ตอบสนองภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ปัญหาในสัมพันธภาพระหว่างตนเอง ครอบครัวและบุคคลในชุมชน โดยการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้น ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา รวมทั้งประเมินแหล่งพลังอำนาจรายบุคคลด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2) สร้างเสริมพลังอำนาจในการแก้ปัญหาสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุเปราะบางด้วยการสะท้อนความคิด และการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ความเป็นจริงและสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยกระบวนการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ (สัปดาห์ที่ 4-6) โดยวิธีการ ดังนี้

1) ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ ประกอบด้วยประเด็นหลักๆ ได้แก่ การป้องกันโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง เป็นต้น การประเมินอาการเจ็บป่วยและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสม ทักษะการสื่อสารสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยประเมินความต้องการความรู้จากกลุ่มแล้วให้ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นนั้น ๆ

2) ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางดำเนินการด้วยตนเองในการจัดการแก้ปัญหา โดยการสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจต่อการพัฒนาทักษะการสื่อสาร การจัดการอารมณ์และความเครียด รวมถึงการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางตัดสินใจด้วยตนเองในการหาแนวทางในการแก้ปัญหา

3) เสริมสร้างความมั่นใจและคงไว้ซึ่งการกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิตเป็นการสร้างเสริมความมั่นใจในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสามารถในการจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ



1. ข้อมูลด้านประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ข้อคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง

2. แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ซึ่งมีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ดังนี้

2.1) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

2.2) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

2.3) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

2.4) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย โดยใช้ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผลการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในแต่ละด้านตามแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในตนเองของ Jantiya M. (2011) ซึ่งลักษณะของคำตอบมี 5 ระดับคะแนน คือ ไม่มีเลยให้คะแนน 0 น้อยให้คะแนน 1 ปานกลางให้คะแนน 2 มากให้คะแนน 3 และมากที่สุดให้คะแนน 4 โดยแปลผลตามค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ น้อยกว่าร้อยละ 50) การรับรู้พลังอำนาจในตนเองปานกลาง (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ร้อยละ 50-80) และการรับรู้พลังอำนาจในตนเองสูง (ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ มากกว่าร้อยละ 80)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือและควบคุมคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านผู้สูงอายุ วัดและประเมินผล การพยาบาลและการสาธารณสุข จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งมีค่าโดยรวม เท่ากับ 0.86 และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างตำบลบ้านหม้อ อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การประเมินการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และสถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี (COA No. 012/2563) ก่อนการดำเนินโครงการคณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย ขั้นตอน กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล และรายละเอียดกิจกรรมพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเองด้วยความสมัครใจโดย



การลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่
มีผลใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ในส่วนการบันทึกข้อมูลจะไม่มีการระบุชื่ออาสาสมัคร ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัย
จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อย
ละ 90.00 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 93.33 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ร้อยละ 36.67
ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด
ประถมศึกษา ร้อยละ 43.33 และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 30.00 กลุ่ม
ทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.67 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง
อิสระ/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 46.67 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมูลกายปกติ (18.5-22.90) ร้อยละ 30.00 และ
กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมูลกายปกติ (18.5-22.99) ร้อยละ 70.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 53.33 และ ร้อยละ 66.67 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง 1-5 ปี ร้อยละ 46.44 (ค่าเฉลี่ย
4.34 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.662) และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเปราะบาง 1-5 ปี
คิดเป็นร้อยละ 53.33 (Mean=4.78, S.D.=2.821)

2. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง โดยภาพรวม (n=30)

2.1 ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางใน
ภาพรวมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 55.34 เป็น 78.42 เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำ
หน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความ
เจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วย มีความแตกต่างกันอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในด้านต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการ
ทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย				
ก่อนทดลอง	14.23	2.11	4.03	.024*
หลังทดลอง	18.26	3.64		
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม				
ก่อนทดลอง	15.87	3.70	5.33	<.001**
หลังทดลอง	21.20	4.21		



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในด้านต่างๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (n=30) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย				
ก่อนทดลอง	11.61	2.94	6.15	<.001**
หลังทดลอง	17.76	4.57		
4. ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย				
ก่อนทดลอง	14.12	2.83	3.80	.004*
หลังทดลอง	17.92	4.07		
5. ภาพรวม				
ก่อนทดลอง	55.34	10.78	23.08	.002*
หลังทดลอง	78.42	12.90		

*p-value<.05, **p-value<.001

2.2 คะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม การรับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการจัดการกับโรคหรือความเจ็บป่วยของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย				
กลุ่มทดลอง	18.26	3.64	3.04	.022*
กลุ่มควบคุม	15.22	2.34		
2. ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านจิตใจและสังคม				
กลุ่มทดลอง	21.20	4.21	4.47	<.001**
กลุ่มควบคุม	16.43	2.46		
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย				
กลุ่มทดลอง	17.76	4.57	4.53	.003*
กลุ่มควบคุม	13.23	2.74		



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เปราะบางหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=30) (ต่อ)

ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง	Mean	S.D.	Mean difference	p-value
4. ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย				
กลุ่มทดลอง	17.92	4.07	3.71	.042*
กลุ่มควบคุม	14.22	2.69		
5. ภาพรวม				
กลุ่มทดลอง	78.42	12.90	25.67	.004**
กลุ่มควบคุม	52.76	8.45		

*p-value<.05, **p-value<.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งผล
ทำให้เพิ่มระดับพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ที่ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ Fleury
(1991) และ Anderson et al (1995) ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะได้แก่ 1) ระยะประเมินความพร้อม โดยการระบุ
ปัญหาในด้านการจัดการความรู้สึกและอารมณ์ของครอบครัวที่มีต่อปัญหา 2) การเปลี่ยนแปลงโดยการกำหนด
เป้าหมาย การแสวงหาทางเลือกเพื่อที่แก้ไขปัญหโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 3) การผสมผสาน
เข้าเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยการวางแผนปรับเปลี่ยนความคิด และการประเมินผลโดยที่ผู้ดูแลและ
ครอบครัวจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมและบทบาทของเจ้าหน้าที่จะปรับเปลี่ยนจากผู้เชี่ยวชาญมา
เป็น “ผู้สนับสนุน” ในกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเปราะบางนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากคนใน
ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลมีความสำคัญที่สุดสำหรับ
กลุ่มเปราะบางที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อยู่บนพื้นฐานของการเคารพในบทบาท
ของครอบครัว ให้ครอบครัวมีการทำงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือตาม
ศักยภาพ รวมทั้งได้รับการส่งเสริมให้มีแบบแผนการดำเนินชีวิตตามปกติ (Yotsurin, Tancharoen, Rajchawail ,
2020) การวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แก่นนำ
ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ผู้นำชุมชน กลุ่มคนวัยอื่น ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่ร่วมเสนอแนะ
ต้องการ ระบุปัญหา และออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับในความคิดเห็น สามารถคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ดี รู้สึกมี
คุณค่าในตนเองและรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางนี้มีพฤติกรรมดูแล
สุขภาพดีขึ้นต่อไป

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มทดลองเกี่ยวกับความสามารถ
ด้านต่าง ๆ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า ความสามารถด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ด้านการ
รับรู้เกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วย และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคหรือความเจ็บป่วยมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ระดับความเชื่อมั่นน้อยกว่า .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyam (2017) ที่พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมี
ค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเองและการรับรู้พลังอำนาจตนเองและพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความ



ต้นโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Prasomsuk. et. al. (2021) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับค่าเฉลี่ยพลังอำนาจสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Naewbood (2017) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว รายด้านและโดยรวมหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลองคะแนนรวมด้านพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานเนื่องจากในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีการให้ผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การที่ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุเปราะบางด้วยตนเองได้ จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นเป็นความรู้สึกรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Junsukon (2015) และที่พบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Yimyan et al. (2017) พบว่าผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณค่าในตนเอง การรับรู้พลังอำนาจตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับ Bumrunghon et al. (2014) ที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับที่พบว่า การรับรู้พลังอำนาจตนเองของหมอนวดชุมชน หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.26$, $p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลและปัญหาในการดูแลเพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของครอบครัว และการสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณและการตัดสินใจเลือกทางออกช่วยสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ได้จากการร่วมกันคิดร่วมกันตัดสินใจหาทางปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนควรให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการในการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง และส่งเสริมกิจกรรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะทุก 6 เดือน เนื่องจากการรับรู้จากการจัดโปรแกรมจะหายไปในระยะเวลา 3-6 เดือนหากไม่มีการกระตุ้นหรือติดตามให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

1.2) ครอบครัวและชุมชนผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลตั้งแต่เริ่มต้น ประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และร่วมสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ต้น จากการวิจัยในครั้งนี้และหลาย ๆ งานวิจัยที่ศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่ต้นจะเกิดผลในด้านบวกกับสุขภาพผู้สูงอายุเปราะบาง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีพัฒนาต่อยอดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่บ้าน หลังการทดลอง 12 เดือน ขึ้นไป และหาวิธีการควบคุมปัจจัยรบกวนเพื่อให้การดำเนินการวิจัยมีความเชื่อถือและขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้



เอกสารอ้างอิง

- Anderson, R.M., Funnel, M.M., Dedrick, R.F. and David, W.K. (1991). Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*. 14(7), 584-590.
- Bumrungronch, N., Rattanapiroj, P., & Prada, J. (2014). The development of empowerment program for caregivers of persons with developmental and intellectual disabilities. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 125-140. (in Thai)
- Fleury, J.D. (1991). Empowering potential: A theory of wellness motivation. *Nursing Research*, 40(5), 286-291.
- Jantiya M. (2011). Effects of an Empowerment Program Using Applied Pulmonary Rehabilitation on Health Behaviors of Patients Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Nursing Science*. 29(2), 8-14.
- Junsukon, E., & Kongpracha, A. (2017). The effectiveness of an empowerment the program of self-care competency among community- dwelling elders. *PSRU Journal of Science and Technology*. 2(1): 24-34. (in Thai).
- Ministry of Social Development and Human Security. (2015). *Social statics document*. Bangkok: Information and Communication Technology Center. Retrieved 10 October 2019 from: <https://www.m-society.go.th>. (in Thai).
- Ministry of Social Development and Human Security (MSDHS). 2006 Survey of Vulnerability of Thai Elderly. Retrieved 24 May 2022 from <http://www.m-society.go.th/main.php?filename=index>. (In Thai).
- Naewbood, S. (2017). The effects of empowerment program on family caregiver's self-care ability. *Journal of Nursing and Education*. 8(4): 30-40. (in Thai).
- Nilnate, N., Prasomsuk, S., and kerdnu K. (2022). The Curriculum Development for Enhancing the Elderly Caregivers' Competencies of Non-communicable Diseases with Community Participation in Phetchaburi Province. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 29(3): 27-37 (in Thai)
- Phetchaburi Provincial Health Office. (2021). Report of health statistics in Phetchaburi. Phetchaburi: Phetchaburi Provincial Health Office. (in Thai).
- Prasomsuk, S., Nilnate, N., Chairum, P., & Chammana, M. (2020). The effect of an empowerment program on competency development among the elderly with non-chronically disease elderly in Rai-Saton sub-district, Phetchaburi Province. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*. 10(3): 4-15. (in Thai).



- Sakanashi, S., Fujita., K., & Konno, R. (2021). Components of Empowerment Among Family Caregivers of Community-Dwelling People with Dementia in Japan: A Qualitative Research Study. *Journal of Nursing Research*. 29(3): 155-162.
- Srisathitnarakun, B. (2010). *Methodology research in nursing*. Bangkok: United Nations Intermedia. (in Thai)
- Wibulpolprasert, S. editor. (2011). *Thailand health profile 2008-2010*. Bangkok: veterans's organization. (in Thai).
- Wongprom J., Jongwutiwes K., Prasertsuk N., and Jongwutiwes N. (2015). *Veridian E-Journal, Silpakorn University*. 8(3): 41-54. (in Thai).
- Yimyam N., & Rodjarkpai, Y. (2017). Effect of empowerment program of caregiver caring for the elderly at risk of high blood pressure in Kaengdinso sub-district, Nadee district, Prachinburi province. *Journal of the office of DPT 7 Khon Kaen*, 24(2): 46-58. (in Thai).
- Yotsurin P., Tancharoen P., Rajchawail N. (2020). Family-Centered Care: Transforming Knowledge to Practice for Preparing Caregivers of Stroke. *Patients Journal of Health Sciences Scholarship*. 7(1): 131-141 (in Thai).



Effects of the Contemplative Training Program on Mindful Attention Awareness and Nursing Contemplation among Nursing Faculty and Nursing Students

Phatcharapon Tulyakul*, Benjawan Jantarasiew*, Tidarat Supanun*,
Prapiphis Singhasam*, Punpaphon Chunhabordee¹*

(Received Mar 12, 2023, Revised: May 16, 2023, Accepted: Jun 1, 2023)

Abstract

Nursing faculty use contemplative training to prepare and enhance nursing students and faculty with mindful attention awareness (MAA) and nursing contemplation (NC) worldwide. This quasi-experimental research aimed to investigate how the contemplative training program affected MAA and NC in nursing faculty members and nursing students. 114 participants who completed the 11-activity contemplative training program, including 25 nursing faculty members and 89 first-year nursing students, were recruited to participate in the study. Data was collected from December 2021 to February 2022 using three research instruments: a 4-item demographic, a 15-item MAA, and a 23-item NC questionnaire with Cronbach's alpha of 0.82 and 0.87. Data were analyzed using mean, standard deviation, and dependent t-tests.

The study found that nursing faculty members had higher post-mean MAA scores ($\bar{x}$ = 73.86, SD = 12.28) and NC score ($\bar{x}$ = 63.06, SD = 26.17) compared to their pre-mean scores with p-value < .001. Nursing students significantly increased their post-mean MAA score ($\bar{x}$ = 76.64, SD = 9.72) and NC scores ($\bar{x}$ = 76.72, SD = 31.16) compared to their pre-mean scores ($\bar{x}$ = 66.16, SD = 11.57, ($\bar{x}$ = 50.88, SD = 35.66, p = .001). Contemplative training can improve MAA and NC, and nursing students and faculty should use it to develop their competencies.

Keywords: Contemplative program, Mindful attention awareness, Nursing contemplation, Nursing faculty, Nursing student

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: punpaphon.ch@bcnt.ac.th Tel: 0895912869



ผลของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษา

พัชรภรณ์ ตุลยกุล*,เบญจวรรณ จันทระวิ*,ธิดารัตน์ สุภานันท์*
ประไพพิศ สิงหเสนี*,พรรณปพร ชุนหบดี*

(วันรับบทความ : 12 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 16 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 1 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

องค์ความรู้เกี่ยวกับการนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญาใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 และการพัฒนาอาจารย์พยาบาล ในแง่ของการตระหนักรู้อย่างมีสติ และจิตตปัญญาทางการพยาบาล ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการศึกษาทางการพยาบาลยังมีน้อยมาก งานวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ อาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชบุรีแห่งหนึ่งที่ได้รับ การอบรมโปรแกรมจิตตปัญญาครบถ้วน 11 กิจกรรม จำนวน 114 คน จำแนกเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 25 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 89 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างระหว่างเดือน ธันวาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ จำนวน 4 ข้อ แบบประเมินการตระหนักรู้ อย่างมีสติ จำนวน 15 ข้อ และแบบประเมินจิตตปัญญาทางการพยาบาล จำนวน 23 ข้อ การตรวจสอบคุณภาพ ของเครื่องมือทั้งสองฉบับมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ การวิเคราะห์ ข้อมูลใช้ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติ ($\bar{X} = 73.86, SD = 12.28$) และจิตตปัญญา ทางการพยาบาล ($\bar{X} = 63.06, SD = 26.17$) หลังการทดลองของอาจารย์พยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 68.98, SD = 12.45, \bar{X} = 48.37, SD = 26.17, p = .001$) คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติ ($\bar{X} = 76.64, SD = 9.72$) และจิตตปัญญาทางการพยาบาล ($\bar{X} = 76.72, SD = 31.16$) หลังการทดลองของนักศึกษาสูงกว่า ก่อนการทดลองเช่นกัน ($\bar{X} = 66.16, SD = 11.57, \bar{X} = 50.88, SD = 35.66, p = .001$) ดังนั้น โปรแกรมจิตต ปัญญาเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลจึงควรนำไปใช้ในการพัฒนาสมรรถนะ ของนักศึกษาและอาจารย์พยาบาล

คำสำคัญ: โปรแกรมจิตตปัญญา, การตระหนักรู้อย่างมีสติ, จิตตปัญญาทางการพยาบาล, อาจารย์พยาบาล, นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประสานงานบรรณกิจ: punpaphon.ch@bcnt.ac.th Tel: 0895912869



บทนำ

จิตตปัญญาศึกษา (Contemplative Pedagogy) เป็นหนึ่งในรูปแบบการเรียนการสอนที่บูรณาการแนวคิดและปรัชญาทางศาสนา การทำสมาธิ โยคะ ประสาทวิทยา และการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเข้าใจตนเองและเข้าใจผู้อื่นผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ (Berkovich-Ohana, Jennings, & Lavy, 2019; Fosher, 2017; Miller, 2015) อันได้แก่ การฝึกเจริญสติ (Mindful Meditation), การสำรวมใจ (Concentration), การตระหนักรู้แบบเปิดกว้าง (Open Awareness), และการจดจ่อ (Focused Attention) (Berkovich-Ohana et al., 2019; Zajonc, 2013) รวมทั้งช่วยในการส่งเสริมและพัฒนากระบวนการคิด ความตั้งใจเรียน ความสมดุลทางอารมณ์ ความรู้สึกเข้าอกเข้าใจ ความเมตตา และความไม่เห็นแก่ตัวของนักศึกษา (Miller, 2015; Zajonc, 2013) โปรแกรมสอนทางจิตตปัญญาศึกษาช่วยสร้างประสบการณ์ขั้นสูงให้แก่นักศึกษาผ่านการทำกิจกรรมซ้ำ ๆ และช่วยให้ความสามารถในการหยั่งรู้ การเข้าใจตนเอง รวมถึงความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาการเรียนของนักศึกษาเติบโตหรือพัฒนาขึ้นอย่างช้า ๆ แต่ยั่งยืน ทำให้นักศึกษาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเรียนรู้จนถึงขั้นการพัฒนาปัญญา (Zajonc, 2013)

ในกระบวนการพัฒนานักศึกษาด้วยจิตตปัญญา อาจารย์ถือว่าเป็นกลไกที่สำคัญในการนำเอาองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับการอบรมจิตปัญญามาถ่ายทอดต่อให้แก่นักศึกษา โปรแกรมจิตตปัญญาจะช่วยทั้งในการพัฒนาตนเองของอาจารย์และการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการพัฒนานักศึกษา อาจารย์ที่ได้รับการพัฒนาผ่านโปรแกรมนี้จะเกิดความตระหนักรู้ถึงความคิดและความรู้สึกของตนเอง (Pizzuto, 2019) และมีกระบวนการคิดที่มีวิจารณ์ญาณ (Beer et al., 2015) ซึ่งส่งผลให้อาจารย์มีระดับความเครียดจากความไม่สมดุลของงานกับชีวิตส่วนตัวลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Noyes, 2020) อีกทั้งการที่อาจารย์นำโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในการให้ปรึกษาแก่นักศึกษาและใช้ในการเรียนการสอนช่วยให้อาจารย์เข้าใจความเชื่อและปรัชญาในการสอนของตนเอง เลือกใช้วิธีการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาในทุกมิติ ทั้งในและนอกห้องเรียน มากกว่าการพัฒนาสมอง (Beer et al., 2015; Blake, 2018) รวมทั้งจะช่วยให้อาจารย์เข้าใจความต้องการทั้งทางด้านสังคมและทางอารมณ์ที่แท้จริงของนักศึกษา (Blake, 2018; Pizzuto, 2019)

จิตตปัญญาศึกษาถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการจัดการเรียนการสอนระดับอุดมศึกษาในหลากหลายสาขาและหลากหลายประเทศ รวมถึงการจัดการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทย โดยรูปแบบการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นในการทำสมาธิและการเข้าใจผู้อื่นผ่านรูปแบบของกิจกรรมเพื่อฝึกการตระหนักรู้ การรับรู้อารมณ์ ความคิด และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น (Chiddee, Siriphan, Katenil, Tohpaeroh, & Kaleang, 2019; Sornlob, Prompuk, & Thiraphong, 2020; Wongchaiya, Ananchaipatana, & Gajai, 2020), รวมถึงสื่อสารการรับรู้เหล่านั้นผ่านกระบวนการสะท้อนคิด และสร้างการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างตนเองและผู้อื่นผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนาที่มุ่งเน้นให้เกิดการรับฟังและการสื่อสารอย่างมีสติ (Wongchaiya et al., 2020; Rattanawimo et al., 2020) เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ปลายทาง อันได้แก่ 1) ความเข้าใจตนเองและผู้อื่นผ่านการตระหนักรู้อย่างมีสติ (Anan, Boonthan, Cheaplamp, Songsawangthum, Chaopipat, & Bualuang, 2018; Jarujinda, Sriamonruttanakul, Jitruttanaporn, Tosongkram, & Thongkaew, 2020; Wongchaiya et al., 2020; Sornlob et al., 2020) 2) การพัฒนาจิตใจ (Jarujinda et al., 2020) 3) การพัฒนาการเรียนรู้ (Chiddee et al., 2019; Namdej, Triwaranyu, & Panittrat, 2018; Rattanawimo et al., 2020; Sornlob et al., 2020) และ 4) จิตตปัญญาทางการพยาบาล (Jarujinda et al., 2020) การตระหนักรู้อย่างมีสติเป็นผลลัพธ์หนึ่งที่ยินยอมมาใช้ในการวัดผลของโปรแกรมจิตตปัญญาสำหรับ



บุคคลในระบบการเรียนระดับอุดมศึกษา โดยเชื่อว่าการตระหนักรู้อย่างมีสติเป็นความสามารถของบุคคลในการจดจ่อกับความคิด อารมณ์ และการสัมผัสของร่างกายของตนเองกับปัจจุบันขณะ โดยปราศจากความไขว่คว้าและอคติ (Rodriguez, Beer, Lapsley, & Holscher, 2021) ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองจากภายในที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์เชิงบวกทางสังคมกับบุคคลภายนอก เช่น การแสดงออกถึงความตั้งใจฟัง ความเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่น (Beer et al., 2015; Galante et al., 2014; Tang, Hölzel, & Posner, 2015) ในขณะเดียวกัน โปรแกรมจิตตปัญญาที่ถูกนำมาใช้แฉวงการพยาบาลในการพัฒนาทักษะที่แสดงออกถึงความเข้าใจตนเอง การอยู่ปัจจุบันขณะ การมีสติในการพยาบาล การเข้าใจผู้รับบริการ และความเมตตา กรุณา ผู้รับบริการ ซึ่งถูกเรียกโดยรวมว่าจิตตปัญญาทางการพยาบาล (Nursing Contemplation or Contemplative Practice for Nurses)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เป็นหนึ่งในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาทางการพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่มุ่งมั่นในการพัฒนาบัณฑิตพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานระดับอุดมศึกษาและองค์วิชาชีพ โดยยึดแนวความคิดการสร้างสรรค์ด้วยปัญญาภายใต้การบริหารจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล ผ่านกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนากระบวนการคิดและสอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน (Boromarajonani College of Nursing, Trang, 2020) และมีความเชื่อว่าจิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการเรียนรู้ผ่านการคิด การเขียน การฟัง การถาม และการสนทนาอย่างมีแบบแผนที่ช่วยกระตุ้นการพัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองอย่างมีสติ (Berkovich-Ohana et al., 2019; Kotzé & Nel, 2016; Mahani, 2012; Sable, 2014) และคิดอย่างมีวิจารณญาณในการแก้ปัญหา (Berkovich-Ohana et al., 2019; Jarujinda et al., 2020) การเปิดโอกาสให้บุคคลได้พัฒนาตนเองหรือฝึกปฏิบัติตามโปรแกรมหรือกิจกรรมของจิตตปัญญาจะช่วยให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ในการควบคุมความคิด อารมณ์ การเคลื่อนไหวของร่างกาย และความรู้สึกผ่านประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ (Berkovich-Ohana et al., 2019) อีกทั้งยังช่วยให้บุคคลเกิดการฝึกการเข้าในตนเองและผู้อื่นด้วยกระบวนการคิดเชิงลึก คิดอย่างละเอียดรอบคอบ และคิดใคร่ครวญอย่างมีสติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดจิตตปัญญาทางการพยาบาล 4 ด้าน คือ ใจตื่นรู้ ความเข้าใจความจริงของชีวิต พลังแห่งความเมตตา และความมีใจกรุณา (Flores, 2017; Jarujinda et al., 2020; Mahani, 2012; Sable, 2014) ถึงแม้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาจะบ่งชี้ว่าจิตตปัญญาศึกษาเป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาและการศึกษาทางการพยาบาลในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 - 4 อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้เกี่ยวกับการนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญาใช้ในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่เปลี่ยนผ่านจากการเรียนในระดับมัธยมศึกษามาเป็นการเรียนในระดับอุดมศึกษาเฉพาะทางและการพัฒนาอาจารย์พยาบาล โดยเฉพาะในวิทยาลัยพยาบาล สังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก รวมถึงการนำมาใช้ในการพัฒนายังมีน้อยมาก ประกอบกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับยังมิงานวิจัยที่มุ่งในการพัฒนาการตระหนักรู้อย่างมีสติ (Mindful Attention Awareness) และจิตตปัญญาทางการพยาบาล (Nursing Contemplation) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญในการศึกษาทางการพยาบาล (Chiddee, Siriphan, & Kaeomaungfang, 2018; Chiddee et al., 2019; Namdej, Triwaranyu, & Panitrat, 2018; Bagshaw, 2014) น้อยมาก ดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง จึงได้นำกิจกรรมจิตตปัญญาศึกษาใช้ในการอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลและพัฒนาคุณภาพของอาจารย์พยาบาล เพื่อมุ่งหวังให้นักศึกษาและอาจารย์เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลและนำทักษะเหล่านี้ไปใช้ในกระบวนการเรียนการสอนตลอดหลักสูตรเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของนักศึกษาและคุณภาพการจัดการศึกษาของวิทยาลัย



วัตถุประสงค์

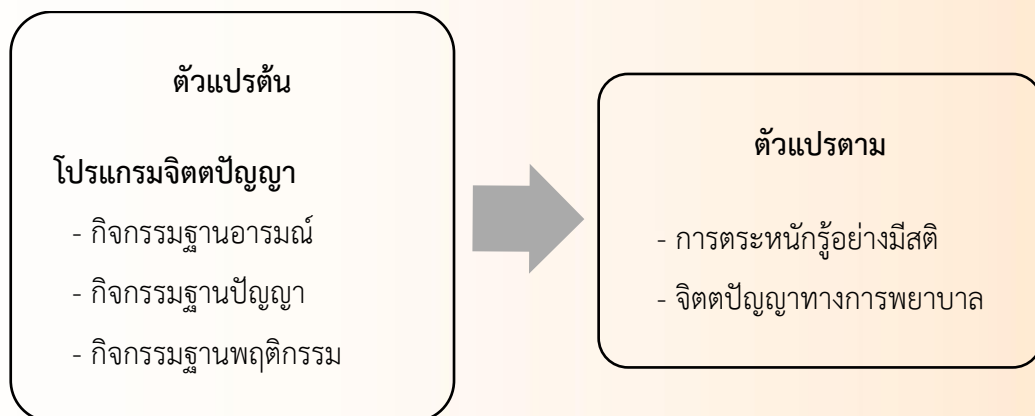
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการอบรมจิตตปัญญา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลก่อนและหลังการอบรมจิตตปัญญา

ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตการวิจัยประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา คือ การศึกษาผลของการโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนในปีการศึกษา 2564 จำนวน 100 คน และอาจารย์พยาบาล 38 คน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา คือ วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง และ 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา คือ ระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงกุมภาพันธ์ 2565

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ของ Mezirow (1997) ที่เชื่อว่าบุคคลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อนำไปสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงกรอบอ้างอิง (Frame of Reference) ด้านปัญญา (Cognitive Component), ด้านพฤติกรรม (Conative Component), และด้านอารมณ์ (Emotional Component) ผ่านกิจกรรมจิตตปัญญาที่มุ่งเน้นการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงระดับปัจเจกบุคคลทั้งสามด้านผ่านกิจกรรมการอ่าน การฟัง การสนทนา การปฏิบัติและการสะท้อนคิด



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิจัย

วิจัยครั้งเป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One Group Pretest Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 จำนวน 100 คน และอาจารย์พยาบาล จำนวน 38 คน ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง

เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564
2. เป็นอาจารย์พยาบาลประจำที่ปฏิบัติงานในปีการศึกษา 2564
3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 11 กิจกรรม
2. ลาออกในช่วงของการอบรมโปรแกรมการจิตตปัญญา

โดยในระหว่างการทดลองมีอาจารย์ลาออก จำนวน 5 คน และเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 11 กิจกรรม เนื่องจากติดราชการและลาป่วย จำนวน 8 คน เหลือกลุ่มตัวอย่างเพียง 25 คน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทั้ง 11 กิจกรรม จำนวน 11 คน เนื่องจากลาป่วย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 89 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมการจิตตปัญญาเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างทั้งอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลใช้เวลาในการทำกิจกรรม 3 เดือน โดยจัดตารางการทำกิจกรรมให้สอดคล้องกับตารางเวลาในการทำงานและการเรียนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก คือ 1) กิจกรรมฐานอารมณ์ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทำความรู้จักตนเอง เข้าใจตนเอง ตรวจสอบทบทวนตัวเอง และสร้างความตระหนักรู้อย่างลึกซึ้งด้านอารมณ์และความรู้สึกจากด้านในของตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างค้นพบศักยภาพความเป็นมนุษย์ของตนเองและผู้อื่น ฝึกการสร้างการตระหนักรู้ภายในตนเอง เข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง เข้าใจพื้นฐานการพัฒนามิตินทรีย์ในอย่างมีสติ 2) กิจกรรมฐานปัญญา เป็นกิจกรรมที่ฝึกความเชื่อมโยงของความคิดอย่างมีสติกับอารมณ์และความรู้สึกภายในของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักรู้ทางความคิด เท่าทันการแสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึก รู้ถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตน เพื่อพัฒนาตนเองในการทำงานร่วมกับผู้อื่น และ 3) กิจกรรมฐานพฤติกรรม เป็นการฝึกทักษะเปิดประสาทสัมผัสในการสังเกตความจริงของสิ่งรอบข้างและตนเองในขณะที่ต้องทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เพื่อฝึกการวิเคราะห์และมองเห็นตนเองในขณะทำงานร่วมกับผู้อื่น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม

โปรแกรมของอาจารย์	โปรแกรมของนักศึกษา
เดือนธันวาคม (2 วัน วันละ 6 ชม.)	เดือนธันวาคม ครั้งที่ 1 (1 วัน 6 ชม.)
1. กิจกรรมฐานอารมณ์	1. กิจกรรมฐานอารมณ์
- Check-in เป็นการสำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับ	- Check-in เป็นการสำรวจอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับ



โปรแกรมของอาจารย์	โปรแกรมของนักศึกษา
กับท้องฟ้าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติ ก่อนเริ่มทำกิจกรรม - Me and Myself เป็นการสำรวจความรู้สึกและความเป็นตัวตนของตนเองโดยการวาดรูปภายใต้หัวข้อชีวิตของฉันและจับคู่สลับกันเล่าให้ฟัง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานปัญญา - จับคู่ สลับกันเอ่ยชื่อผลไม้ สัตว์ หรืออื่นๆโดยไม่ซ้ำกัน เพื่อฝึกสติ - กิจกรรมผู้นำสี่ทิศ เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและข้อด้อยของตนเองตามสัตว์ทั้งสี่ชนิด รวมทั้งวิเคราะห์การปรับตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 3. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - เปิดชิงพื้นที่ เป็นการฝึกการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในการปกป้องพื้นที่ของกลุ่ม และฝึกการวิเคราะห์และมองเห็นตนเองในขณะทำงานร่วมกับผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม	ท้องฟ้าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม - Me and Myself เป็นการสำรวจความรู้สึกและความเป็นตัวตนของตนเองโดยการวาดรูปภายใต้หัวข้อชีวิตของฉันและจับคู่สลับกันเล่าให้ฟัง 2. กิจกรรมฐานปัญญา - จับคู่ สลับกันเอ่ยชื่อผลไม้ สัตว์ หรืออื่นๆโดยไม่ซ้ำกัน เพื่อฝึกสติ - กิจกรรมผู้นำสี่ทิศ เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและข้อด้อยของตนเองตามสัตว์ทั้งสี่ชนิด รวมทั้งวิเคราะห์การปรับตัวเมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 3. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - แม่น้ำพิษ เป็นการฝึกการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในการปกป้องพื้นที่ของกลุ่ม และฝึกการวิเคราะห์และมองเห็นตนเองในขณะทำงานร่วมกับผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม ครั้งที่ 2 (1 วัน 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานอารมณ์ - Check-in เป็นการสะท้อนของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับท้องฟ้าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานปัญญา - เดินสามเกียร์ เพื่อเป็นการฝึกสติในการจดจ่อกับปัจจุบันและการอยู่กับตัวเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม



โปรแกรมของอาจารย์	โปรแกรมของนักศึกษา
	3. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - เปิดชิงพื้นที่ เป็นการฝึกการทำงานร่วมกันเป็นทีม เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในการปกป้องพื้นที่ของกลุ่ม และฝึกการวิเคราะห์และมองเห็นตนเองในขณะทำงานร่วมกับผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม
เดือนมกราคม (2 วัน วันละ 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานอารมณ์ - Check-in เป็นการสะท้อนของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับทะเลเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม - เมล็ดพันธุ์ในใจ เป็นการจัดการอารมณ์ของตนเองที่หลากหลาย ผ่านการวาดรูปและระบายสีที่สะท้อนความรู้สึกของตนเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานปัญญา - วาดภาพแสนสนุก เป็นการฝึกการวางแผนการวาดรูปร่วมกับทีมที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่และข้อจำกัดในการวาดรูปให้เหมือนต้นแบบ - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 3. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - สามเหลี่ยมด้านเท่า เป็นการวางแผนการจัดการตนเองเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของตนเองกับสิ่งรอบข้าง และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งอื่นที่มีผลต่อตัวเรา - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม	เดือนมกราคมครั้งที่ 1 (1 วัน 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานอารมณ์ - Check-in เป็นการสะท้อนของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับทะเลเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม - เมล็ดพันธุ์ในใจ เป็นการจัดการอารมณ์ของตนเองที่หลากหลาย ผ่านการวาดรูปและระบายสีที่สะท้อนความรู้สึกของตนเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - ผ่อนพักตระหนักรู้ เป็นกิจกรรมผ่อนคลายโดยการนอนฟังเพลงและกำหนดสติของตนเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม ครั้งที่ 2 (1 วัน 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานปัญญา - วาดภาพแสนสนุก เป็นการฝึกการวางแผนการวาดรูปร่วมกับทีมที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่และข้อจำกัดในการวาดรูปให้เหมือนต้นแบบ - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม



โปรแกรมของอาจารย์	โปรแกรมของนักศึกษา
	2. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - สามเหลี่ยมด้านเท่า เป็นการวางแผนการจัดการตนเองเพื่อให้เห็นความเชื่อมโยงของตนเองกับสิ่งรอบข้าง และรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งอื่นที่มีผลต่อตัวเรา - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม
เดือนกุมภาพันธ์ (2 วัน วันละ 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานอารมณ์ - Check-in เป็นการสะท้อนของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับท้องฟ้าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม - Contemplative Drawing เป็นการใคร่ครวญและอยู่กับตัวเองผ่านการวาดภาพสะท้อนความเป็นตัวเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานปัญญา - Story Telling and Deep Listening เป็นการเล่าเรื่องที่สะท้อนความภาคภูมิใจของตนเองและการฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งและมีสติ - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 3. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - ตึกตาล้มลุก เป็นกิจกรรมที่ฝึกการทำท่ายกน้ำหนักของตัวเองและได้ฝึกการไว้วางใจผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม	เดือนกุมภาพันธ์ครั้งที่ 1 (1 วัน 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานอารมณ์ - Check-in เป็นการสะท้อนของตนเอง ณ ขณะปัจจุบัน โดยการเปรียบเทียบกับท้องฟ้าเพื่อให้เกิดการตระหนักรู้อย่างมีสติก่อนเริ่มทำกิจกรรม - Contemplative Drawing เป็นการใคร่ครวญและอยู่กับตัวเองผ่านการวาดภาพสะท้อนความเป็นตัวเอง - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม ครั้งที่ 2 (1 วัน 6 ชม.) 1. กิจกรรมฐานปัญญา - Story Telling and Deep Listening เป็นการเล่าเรื่องที่สะท้อนความภาคภูมิใจของตนเองและการฝึกทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งและมีสติ - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน ขณะ และหลังทำกิจกรรม 2. กิจกรรมฐานพฤติกรรม - ตึกตาล้มลุก เป็นกิจกรรมที่ฝึกการทำท่ายกน้ำหนักของตัวเองและได้ฝึกการไว้วางใจผู้อื่น - การสะท้อนคิด เป็นการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความคิดและความรู้สึกที่เกิดขึ้นก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาและอาจารย์พยาบาล จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามให้เลือกตอบ (Checklist) ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์ในการฝึกสมาธิ และประสบการณ์การทำกิจกรรมจิตตปัญญา



2.2 แบบประเมินการตระหนักรู้อย่างมีสติ (Mindful Attention Awareness Scale) ของ Brown and Ryan (2003) แปลเป็นภาษาไทยโดย Christopher, Charoensuk, Gilbert, Neary, and Pearce (2009) จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับคะแนน คือ 1 หมายถึง เกือบจะไม่กระทำเช่นนี้เลย และ 6 หมายถึง การกระทำเช่นนี้อย่างสม่ำเสมอ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 – 90 คะแนน การคิดคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยมากแสดงถึงการมีความตระหนักรู้อย่างมีสติอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha จากงานวิจัยที่ผ่านมา มีค่าอยู่ระหว่าง .80–.87 (Brown & Ryan, 2003; Christopher et al., 2009)

2.3 แบบประเมินจิตตปัญญาทางการพยาบาล ของ Jarujinda et al. (2020) 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วย ด้านใจตื่นรู้ จำนวน 6 ข้อ ด้านความเข้าใจความจริงของชีวิต จำนวน 3 ข้อ ด้านพลังแห่งความเมตตา จำนวน 10 ข้อ ด้านความมีใจกรุณา จำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นแบบประเมินค่า 6 ระดับคะแนน คือ 1 หมายถึง เกือบจะไม่กระทำเช่นนี้เลย และ 6 หมายถึง การกระทำเช่นนี้อย่างสม่ำเสมอ ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 23 – 138 คะแนน การคิดคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ย โดยคะแนนเฉลี่ยมากแสดงถึงการมีพฤติกรรมจิตตปัญญาทางการพยาบาลอยู่ในระดับสูง ค่าความเชื่อมั่นจากงานวิจัยที่ผ่านมา เท่ากับ 0.94 (Jarujinda et al., 2020)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการตระหนักรู้อย่างมีสติและแบบประเมินจิตตปัญญาทางการพยาบาลจะนำไปทดลองใช้กับ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 และอาจารย์พยาบาล ณ วิทยาลัยพยาบาล 2 แห่ง จำนวนกลุ่มละ 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยผลการทดสอบเครื่องมือของเครื่องมือทั้งสองฉบับมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ .82 และ .87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนคะแนนการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรมจิตตปัญญาใช้สถิติ Dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่รับรอง 28/2564 โดยงานวิจัยครั้งนี้ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิและไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลเสียทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่กลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่เกิดผลกระทบทั้งด้านการเรียน ผลการปฏิบัติงาน หรือสิทธิพิเศษใด ๆ แก่กลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้เพื่อป้องกันการขัดแย้งทางจริยธรรมในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์ประจำของวิทยาลัย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการตัดสินใจการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่างนั้น ทีมผู้วิจัยจึงให้เจ้าหน้าที่งานพัฒนานักศึกษาเป็นผู้ช่วยในการชี้แจงข้อมูลการวิจัย ได้แก่ การชี้แจงรายละเอียด และวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การแสดงความสนใจใน การความยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และการรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอาจารย์ (n = 25) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (n = 23, 92%) อายุเฉลี่ย 42.32 ปี (SD = 12.11) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่มีประสบการณ์ในการฝึกสมาธิ (n = 18, 72%) แต่กลุ่มตัวอย่างเพียงหนึ่ง



ในสามเท่าที่ที่เคยมีประสบการณ์การทำกิจกรรมจิตตปัญญา (n = 9, 36%) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนักศึกษา (n = 89) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (n = 85, 95.5%) อายุเฉลี่ย 19.42 ปี (SD = 0.72) โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์ในการฝึกสมาธิ (n = 84, 94.4%) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เท่าที่ที่เคยมีประสบการณ์การทำกิจกรรมจิตตปัญญา (n = 9)

จากผลการศึกษาในตารางที่ 1 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติ ($\bar{X}$ = 73.86, SD = 12.28) และจิตตปัญญาทางการพยาบาล ($\bar{X}$ = 63.06, SD = 26.17) หลังการทดลองของอาจารย์พยาบาลสูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X}$ = 68.98, SD = 12.45, $\bar{X}$ = 48.37, SD = 26.17, p = .001) คะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติ ($\bar{X}$ = 76.64, SD = 9.72) และจิตตปัญญาทางการพยาบาล ($\bar{X}$ = 76.72, SD = 31.16) หลังการทดลองของนักศึกษาสูงกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน ($\bar{X}$ = 66.16, SD = 11.57, $\bar{X}$ = 50.88, SD = 35.66, p = .001)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t
	Mean		Mean		
อาจารย์พยาบาล (n = 25)					
การตระหนักรู้อย่างมีสติ	68.89	12.45	73.86	12.28	2.11***
จิตตปัญญาทางการพยาบาล	48.37	26.17	63.06	26.17	2.96***
นักศึกษาพยาบาล (n = 89)					
การตระหนักรู้อย่างมีสติ	66.16	11.57	76.64	9.72	8.54***
จิตตปัญญาทางการพยาบาล	50.88	35.66	76.72	31.16	6.81***

*** p = .001

อภิปรายผล

โปรแกรมอบรมจิตตปัญญากลายเป็นที่นิยมมากขึ้นในแวดวงการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเนื่องจากช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาวะโดยรวมของบุคคล ซึ่งหนึ่งในจุดมุ่งหมายหลักของโปรแกรมเหล่านี้คือการเพิ่มการตระหนักรู้อย่างมีสติให้บุคคลสามารถจดจ่อกับหรือให้ความสนใจกับประสบการณ์ปัจจุบันด้วยทัศนคติที่เปิดกว้างและไม่ตัดสิน (Galante et al., 2014) อีกทั้งเป็นการพัฒนาสุขภาวะของพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา ที่เรียกโดยรวมว่าจิตตปัญญาทางการพยาบาลอันประกอบด้วย ใจตื่นรู้ (Mindful Awareness) ความเข้าใจความจริงของชีวิต (Understanding Noble Truths) พลังแห่งความเมตตา (Power of Kindness) และความมีใจกรุณา (Benevolence) (Jarujinda et al., 2020) โดยหลักการของจิตตปัญญาและจิตตปัญญาทางการพยาบาลยังช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะด้านอารมณ์และสังคม (Soft skills) ที่จำเป็นของพยาบาล เช่น การตระหนักรู้ในคุณค่าของตนเองและผู้อื่น การไม่ใช้ความเชื่อของตนเองตัดสินผู้อื่น การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการควบคุมอารมณ์ การดูแลผู้รับบริการด้วยสติ และการให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Chaonarin, Keeratavanithsathian, Kamolabutra, & Supharoekyothin, 2021) การศึกษาผลของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาในครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลและอาจารย์



พยาบาลหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษา พบว่าส่วนต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองของอาจารย์พยาบาลน้อยกว่ากลุ่มนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจจะมีผลต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาล พบว่า กลุ่มอาจารย์มีประสบการณ์ในการทำกิจกรรมจิตตปัญญามาก่อน และมีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตและการพยาบาลมากกว่ากลุ่มนักศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับ Mahlo and Windsor (2021) ที่พบว่าคุณลักษณะและทักษะการตระหนักรู้มีความสัมพันธ์กับอายุ โดยบุคคลที่มีอายุมากกว่า 40 ปี จะมีคุณลักษณะและทักษะด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษาการนำโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในกลุ่มอาจารย์พยาบาลนั้นมีน้อยมาก จากผลการศึกษาที่ผ่านมาผลที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมจิตตปัญญา ได้แก่ กิจกรรมการฟังอย่างลึกซึ้ง การสะท้อนคิด และการทำสมาธิ ส่งผลโดยตรงให้อาจารย์พยาบาลที่ผ่านการอบรมโปรแกรมจิตตปัญญานั้นเกิดการพัฒนากการตระหนักรู้อย่างมีสติ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาภายในของตนเอง นอกจากนี้ยังเกิดผลทางอ้อมจากการที่อาจารย์ได้นำเอากิจกรรมจิตตปัญญาไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในของอาจารย์ด้วย (Hirschmann, 2019) อย่างไรก็ตาม ไม่พบการศึกษาผลของโปรแกรมจิตตปัญญาในอาจารย์พยาบาลในประเทศไทย แต่มีการนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในกลุ่มพยาบาลและอาจารย์วิชาชีพอื่น และพบว่าเกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อการพัฒนากการตระหนักรู้ในตนเองและการให้การพยาบาล

เมื่อพิจารณาผลการศึกษาในกลุ่มของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ส่วนต่างค่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของ Sornlob et al. (2020) และ Wongchaiya et al. (2020) ที่นำเอาโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในการพัฒนากการตระหนักรู้อย่างมีสติและความเข้าใจผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 1 วัน และขณะฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เช่นเดียวกันกับกลุ่มอาจารย์พยาบาลที่ไม่มีการศึกษาจิตตปัญญาทางการพยาบาลในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล แต่มีผลการวิจัยที่ใกล้เคียงในแง่ของการพัฒนากการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่เน้นการเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของจิตตปัญญาทางการพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยของ Choosang and Nillapun (2020) ที่พบว่า การนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญา อันประกอบด้วย การฝึกจิตและพัฒนาใจ การเรียกสติอยู่กับปัจจุบัน การผ่อนคลายการตระหนักรู้ การค้นหาทัศนคติในการเรียน สนุกเรียน สนทนา กรณียศึกษา และการใช้สติกับการเรียนรู้ช่วยพัฒนาความสามารถในการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้เลือกใช้กิจกรรมฐานอารมณ์ ปัญญา และพฤติกรรมในโปรแกรมจิตตปัญญา ซึ่งเชื่อว่ามีผลในการพัฒนากการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beer et al. (2015) นั้นพบว่าการนำกิจกรรมจิตตปัญญาในฐานอารมณ์และพฤติกรรม อันได้แก่ การเจริญสติ (Mindfulness Meditation) โยคะ จิ้ง การผ่อนคลาย (Retreat) และกิจกรรมจิตตปัญญาอื่นๆ มาใช้ในกลุ่มอาจารย์และนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดการพัฒนากการตระหนักรู้อย่างมีสติอยู่กับปัจจุบันขณะทั้งในด้านความคิด อารมณ์ และประสาทสัมผัสของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านั้นสามารถจดจ่อกับการเรียนและการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังช่วยทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจบุคคลอื่นมากขึ้น อันส่งผลให้มีการมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกกับบุคคลอื่นดีและความเครียดของการเรียนและการทำงานลดลง ในขณะที่การทบทวนวรรณกรรมของ Berkovich-Ohana et al. (2019) บ่งชี้ว่าการนำเอากิจกรรมกลุ่มจิตตปัญญา เช่น การเจริญสติ การแผ่เมตตา (Loving-Kindness Meditation) และการเขียนมาไว้ในห้องเรียนหรือการอบรมจะช่วยให้ทั้งอาจารย์และนักศึกษาได้พัฒนากการตระหนักรู้อย่างมีสติ การควบคุมอารมณ์ รวมถึงการเรียนรู้ทางสังคมเช่นกัน นักศึกษาและอาจารย์ที่ได้รับการพัฒนาผ่านโปรแกรมนี้ไม่เพียงแต่จะพัฒนาประสิทธิภาพ



การเรียนรู้และการทำงาน แต่จะถูกบ่มเพาะให้เกิดพฤติกรรมเอื้อทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเมตตา กรุณา ความเข้าอกเข้าใจ และความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นซึ่งทำให้บรรยากาศในการเรียนรู้และทำงานดีขึ้น ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังของโปรแกรม

อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์เชิงบวกของโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติเกิดจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยแรกคือโปรแกรมจิตตปัญญาจะฝึกให้บุคคลให้ความสำคัญกับการตระหนักรู้ในปัจจุบันและการยอมรับโดยไม่ตัดสิน เช่น การฝึกกำหนดลมหายใจ และการรับรู้ความรู้สึกทางร่างกาย โดยปราศจากการตัดสินหรือการเบี่ยงเบนความสนใจ การปฏิบัตินี้ช่วยปลูกฝังทัศนคติที่ไม่แสดงปฏิกิริยาและไม่ตัดสินต่อความคิดและอารมณ์ของตนเองและผู้อื่น (Galante et al., 2014; Tang, Hölzel, & Posner, 2015) ปัจจัยต่อมา คือโปรแกรมจิตตปัญญาช่วยในการฝึกใคร่ครวญต่อการตระหนักรู้อย่างมีสติผ่านการปลูกฝังความตระหนักรู้ในตนเองต่อการให้ความสนใจกับปัจจุบันขณะ บุคคลจะถูกฝึกให้เกิดความตระหนักถึงความคิด อารมณ์ และความรู้สึกทางร่างกายของตนมากขึ้นจนนำไปสู่การเข้าใจสภาวะทางจิตใจและอารมณ์ได้ดีขึ้น (Galante et al., 2014; Tang, Hölzel, & Posner, 2015) และปัจจัยสุดท้าย คือ บุคคลที่เข้าร่วมโปรแกรมจิตตปัญญาจะมีโอกาสได้แบ่งปันประสบการณ์กับบุคคลอื่นๆ ในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้การฝึกการให้ความสนใจและจดจ่อกับปัจจุบันขณะ อีกทั้งยังช่วยเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมผ่านการแสดงออกถึงความตั้งใจฟัง ความเข้าอกเข้าใจ และเห็นอกเห็นใจในช่วงที่รับฟังบุคคลอื่น (Beer et al., 2015; Galante et al., 2014; Tang, Hölzel, & Posner, 2015) การตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการพยาบาลเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับคณาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากการให้การพยาบาลเป็นงานบริการที่ต้องอาศัยสติในการให้การพยาบาลอย่างละเอียด รอบคอบ และระมัดระวัง รวมทั้งการใส่ใจใส่ใจด้วยความเข้าใจความเป็นมนุษย์ (Anan et al., 2018; Namdej et al., 2018; Somlob et al., 2020; Wongchaiya et al., 2020)

ผลของการนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญามาใช้ในการปลูกฝังทักษะทั้งสองนี้แก่อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลไม่ได้จำกัดแค่เพียงการพัฒนาด้านอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเอง แต่การที่บุคลากรทางการพยาบาลได้พัฒนาตนเองจากภายในจึงมีประโยชน์อย่างมากในการส่งเสริมการปฏิบัติทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจาก อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาจะมีสติในการจดจ่อกับการปฏิบัติทางการพยาบาลและการของผู้นับบริการ ซึ่งจะช่วยลดความผิดพลาดในการพยาบาล ตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงที ยกระดับความปลอดภัยของผู้นับบริการ และเพิ่มความพึงพอใจต่อการให้การพยาบาล (Basler et al., 2020; Xie, Zeng, Lv, Li, Xiao, & Hu, 2020) ในขณะเดียวกัน ทักษะทั้งสองอย่างนี้ยังช่วยให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลสามารถทำงานและจัดการกดดันของสถานการณ์การพยาบาลที่ตึงเครียด ความเป็นความตายของผู้นับบริการ และความคาดหวังของผู้นับบริการและญาติได้อย่างมีสติ ผ่านการแสดงออกถึงความเอาใจใส่ในระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ การฟัง และสื่อสารกับผู้นับบริการและญาติ ซึ่งจะช่วยลดภาวะความเหนื่อยล้าจากการทำงานแต่สร้างบรรยากาศที่ดีและเพิ่มความพึงพอใจในงาน (Kotzé & Nel, 2016; Noyes, 2020) และที่สำคัญที่สุดคือทักษะทั้งสองอย่างนี้จะช่วยให้อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลเข้าใจถึงจุดอ่อนและจุดแข็งทั้งด้านภายในและความสามารถทางการพยาบาลของตนเองผ่านการสะท้อนประสบการณ์และการเรียนรู้จากข้อผิดพลาดเพื่อนำไปสู่การพัฒนาตนเองผ่านการเรียนรู้ตลอดชีวิตและการเติบโตส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

โปรแกรมจิตตปัญญาทั้ง 11 กิจกรรม ส่งผลลัพธ์เชิงบวกทั้งทางตรงต่อตัวอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลในขณะเดียวกัน ยังส่งผลลัพธ์ทางอ้อมกับสถาบันการศึกษา ทั้งในแง่ผลงานของอาจารย์และผลลัพธ์การเรียนรู้ของ



นักศึกษา ดังนั้น สถาบันการศึกษาทางการแพทย์บาลจึงควรนำโปรแกรมจิตตปัญญาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะอาจารย์พยาบาลในครั้งแรก จากนั้นอาจจะเลือกกิจกรรมบางส่วนหรือประเมินติดตามผลของการนำโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในการพัฒนาตนเองทั้งสองด้านอย่างต่อเนื่อง ในส่วนของนักศึกษาพยาบาลควรมีการนำโปรแกรมมาใช้ในการเตรียมความพร้อมนักศึกษาในช่วงปฐมนิเทศหรือช่วงภาคการศึกษาแรก จากนั้นควรมีการนำกิจกรรมบางส่วนมาใช้ในการพัฒนานักศึกษาผ่านกิจกรรมทั้งในและนอกหลักสูตรเพื่อการพัฒนาจากภายในตนเองอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ถึงแม้ว่าการศึกษานี้จะพบว่าผลของการโปรแกรมอบรมจิตตปัญญาช่วยในการพัฒนาการตระหนักรู้อย่างมีสติและจิตตปัญญาทางการแพทย์บาลของกลุ่มตัวอย่าง แต่ด้วยข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง อีกทั้งระยะเวลาในการจัดโปรแกรมของทั้งกลุ่มอาจารย์และนักศึกษาที่แตกต่างกันตามบริบทที่เป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างซึ่งใช้ระยะเวลาในการทดลองจำนวน 3 เดือน ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป จึงควรมีการนำเอาโปรแกรมจิตตปัญญาไปใช้ในการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและออกแบบการติดตามผลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณของโปรแกรมเป็นระยะเพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Anan, K., Boonthan, A., Cheaplamp, S., Songsawangthum, M., Chaopipat, Y., & Bualuang, T. (2018). The development of empathy in nursing students using the contemplative education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 68-77. (in Thai)
- Bagshaw, J. B. (2014). *Contemplative pedagogy and student success: A mixed methods research study*. Doctoral dissertation, Purdue University.
- Basler, J. et al. (2020). Mindfulness and patient safety simulation in third-year baccalaureate students. *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 8-11.
- Beer, L. E. et al. (2015). Awareness, integration, and interconnectedness: Contemplative practices of higher education professionals. *Journal of Transformative Education*, 13(2), 161-185. doi:10.1177/1541344615572850.
- Berkovich-Ohana, A., Jennings, P. A., & Lavy, S. (2019). Contemplative neuroscience, self-awareness, and education. *Progress in Brain Research*, 244, 355-385. doi:10.1016/bs.pbr.2018.10.015.
- Blake, M. (2018). *The use of contemplative pedagogy and practices among community college faculty: A case study* (Publication No. 10980035) [Doctoral dissertation, California State University, Fullerton]. ProQuest Dissertations Publishing.
- Boromarajonani College of Nursing, Trang. (2020). *The strategic plan of Boromarajonani College of Nursing, Trang*. Trang: Boromarajonani College of Nursing, Trang. (in Thai)
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.



- Chaonarin, P., Keeratavanithsathian, S., Kamolabutra, M., & Supharoekyothin, P. (2021). Soft skills: Skills needed for nurses. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(1), 1-17. (in Thai)
- Chiddee, K., Siriphan, S., & Kaeomaungfang, R. (2018). Contemplative education: Learning management in health promotion and illness prevention practicum. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 10(3), 231-241. (in Thai)
- Chiddee, K., Siriphan, S., Katenil, K., Tohpaeroh, M., & Kaleang, N. (2019). Learning activities and assessment based on the contemplative education philosophy. *Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(3), 145-157. (in Thai)
- Choosang, S., & Nillapun, M. (2021). The paradigm of contemplative education enhance humanized care of nursing student. *Silpakorn Educational Research Journal*, 13(1), 9-23. (in Thai)
- Christopher, M. S., Charoensuk, S., Gilbert, B. D., Neary, T. J., & Pearce, K. L. (2009). Mindfulness in Thailand and the United State: A case of apples versus oranges? *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 590-612.
- Flores, S. A. (2017). Contemplative pedagogy: Mindfulness methodology in education & human development. *Journal of Education and Human Development*, 6(3), 65-69.
doi:10.15640/jehd.v6n3a7
- Galante, J., Galante, I., Bekkers, M. J., & Gallacher, J. (2014). Effect of mindfulness-based interventions on mindful attention awareness and executive control: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-16. doi:10.3389/fpsyg.2014.00833.
- Hirschmann, K. A. (2019). *Exploring emerging perceptions of contemplative pedagogy among faculty participating in a professional development program*. Doctoral dissertation, Teachers College, Columbia University.
- Jarujinda, W., Sriamonruttanakul, T., Jitruttanaporn, S., Tosongkram, P., & Thongkaew, P. (2020). Exploratory factor analysis of contemplative assessment tool in nursing. *PTU Journal of Science and Technology*, 1(2), 9-20. (in Thai)
- Kotzé, M., & Nel, M. (2016). The psychometric properties of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) and Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) as measures of mindfulness and their relationship with burnout and work engagement. *SA Journal of Industrial Psychology*, 42(1), 1-11. doi:10.4102/sajip.v42i1.1366.
- Mahlo, L., & Windsor, T. D. (2021). Older and more mindful? Age differences in mindfulness components and well-being. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1320-1331.
- Mahani, S. (2012). Promoting mindfulness through contemplative education. *Journal of International Education Research*, 8(3), 215-222. <https://doi.org/10.19030/jier.v8i3.7103>.
- Mezirow, J. (1997). Transformative learning: Theory to practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12. doi: 10.1002/ace.7401



- Miller, J. (2015). Contemplative education. *Journal of Transformative Education*. <https://doi.org/10.1177/1541344615608465>
- Namdej, N., Triwaranyu, C., & Panittrat, R. (2018). Development of nursing practicum instructional process based on experiential learning theory and contemplative education to enhance nursing empathy of nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 34(1), 91-104. (in Thai)
- Noyes, J. C. (2020). *The effect of contemplative practices on college faculty perceptions of stress*. Doctoral dissertation, Plymouth State University.
- Pizzuto, D. (2019). Contemplative faculty in the United States. *Tertiary Education and Management*, 25(2), 145-159. doi:10.1007/s11233-019-09021-4.
- Rattanawimo, C. et al. (2020). Effect of S SMILE instructional model based on contemplative education for enhancing nursing student's 5 skills subject to Thai Qualifications Framework for higher education. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 21(2), 262-272. (in Thai)
- Rodriguez, J. R., Beer, L. E., Lapsley, D. K., & Holscher, J. (2021). Mindfulness and flourishing among college students: The mediating role of meaning in life. *Journal of Happiness Studies*, 22(2), 761-778. doi:10.1007/s10902-020-00257-5.
- Sable, D. (2014). Reason in the service of the heart: The impacts of contemplative practices on critical thinking. *The Journal of Contemplative Inquiry*, 1(2014), 1-22.
- Sornlob, P., Prompuk, B., & Thiraphong, N. (2020). Effects of contemplative education program on self-awareness and happiness in learning of nursing students *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region*, 26(1), 41-53. (in Thai)
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16, 213-225. doi:10.1038/nrn3916.
- Wongchaiya, P., Ananchaipatana, N., & Gajai, C. (2020). Effects of Contemplative Practice on Self-awareness and Empathy among Nursing Students. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 30(2), 46-57. (in Thai)
- Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J., & Hu, X. (2020). Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 52(2020), 1-15.
- Zajonc, A. (2013). Contemplative pedagogy: A quiet revolution in higher education. *Contemplative studies in higher education*, 2013(134), 83-94. <https://doi.org/10.1002/tl.20057>



Development of a nursing practice guideline for preventing of post intensive care syndrome (PICS) in intensive care units, Lampang hospital

Yupha Inthaboot^{1*}, Wipa Iamsumang Jaramillo^{**}, Ratri Wong^{***}, Khataliya Inthayote^{***}

(Received December 28, 2022, Revised: January 4 2023, Accepted: June 12, 2023)

Abstract

This research and development aims to develop a nursing practice guideline for preventing post-intensive care syndrome (PIDC) in patients. patients to prevent post-intensive care syndrome (PICS). The operation was carried out in three phases, including 1) studying of the nursing situation of patients in PICS, which consisted of 12 caregivers and 6 patients, 2) developing YOPA model: A -H guideline based on evidence based practice, and 3) evaluating the guideline by interviewing 40 caregivers using a satisfaction questionnaire to assess feasibility, knowledge, ability, practice, and satisfaction. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test statistics between June and November 2022.

The YUPA model: A-H bundle guideline consisted of 8 categories as shown by the result 1) assess the risk factors and management, 2) promote ventilator weaning to improve breathing, 3) coordinate with a multidisciplinary team, 4) manage and assess delirium, 5) manage the environment and promote early mobility, 6) involve the family in the process, 7) promote good nutrition and sleep, and 8) provide patients and their family with a handout. The guideline illustrated that participants had a very good level of feasibility, knowledge, ability and satisfaction after using it, while the caregiver's satisfaction was at the highest level. Lastly, the clinical outcomes highlighted that the intervention decreased the incidences of PICS. Furthermore, the nursing practice guideline for patients with PICS significantly decreased the duration of intubation, length of hospital stay, and dosing times for sedative or pain relief medicines at the $< .05$ level. There were no reports of pressure ulcer or ventilator – associated pneumonia.

Keywords: Development, Nursing practice guidelines, Intensive care unit, Post-intensive care syndrome

* Registered nurse, professional specialist, M.N.S., Head of respiratory intensive care unit, Lampang Hospital

** Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Registered nurse Medical intensive care unit, Lampang Hospital

¹Corresponding author: yuparcu@gmail.com Tel: 086-9217172



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

ยุพา อินถาบุตร^{1*}, วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล ^{**}, ราตรี หว่อง ^{***}, คัทลียา อินทะยศ ^{***}

(วันรับบทความ : 28 ธันวาคม 2565, วันแก้ไขบทความ : 4 มกราคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (PICS) โดยดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วย PICS จากเวชระเบียน และการสนทนากลุ่มกับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก 30 คน ผู้ดูแล 12 คน และผู้ป่วย 6 คน ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติ YUPA model: A-H bundle โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของชุมชน ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล 32 คน ด้วยแบบสอบถามความเป็นไปได้ ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติและความพึงพอใจ ผู้ดูแล 40 คน ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ระหว่างเดือนมิถุนายน-พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย ดังนี้ 1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เรียกว่า YUPA model: A-H bundle ประกอบด้วย 8 หมวดได้แก่ 1) การประเมินสภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 2) การหายใจส่งเสริมให้หายใจช่วยหายใจ 3) การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 4) การประเมินและจัดการภาวะสับสน 5) การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและจัดสิ่งแวดล้อม 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัว 7) การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการนอนหลับที่ดี 8) คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ 2. ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ความเป็นไปได้ ความรู้ ความสามารถและความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความพึงพอใจผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด 3. ผลลัพธ์ทางคลินิก คือ อัตราการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ลดลง ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เวลาในการใช้ยาสงบประสาท (Sedative) และความปวด (Pain) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 นอกจากนี้ไม่เกิดผลกดทับ และการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

คำสำคัญ: การพัฒนา, แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผู้ป่วยหนัก, ภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักโรคระบบทางเดินหายใจ โรงพยาบาลลำปาง

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลลำปาง

¹ผู้ประสานงาน: yuparcu@gmail.com โทร: 086-9217172



บทนำ

ผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่มีการคาดการณ์ล่วงหน้า และที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อาการไม่คงที่และอาจมีอาการทรุดลงได้ง่าย จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคและการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงตามภาวะเจ็บป่วย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจจากภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว การใช้เครื่องบำบัดทดแทนไตจากภาวะไตวายเฉียบพลัน การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจ การให้ยาที่ทำให้สงบและระงับความปวดต่าง ๆ ผลจากระดับความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย เป็นต้น การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทำให้ผู้ป่วยวิกฤตมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มสูงขึ้น แต่ผู้ป่วยบางรายภายหลังที่รอดชีวิตและสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตได้ อาจมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความจำ ซึ่งเรียกว่าภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (Post Intensive Care Syndrome : PICS) (Davidson, 2016)

ภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและด้านจิตใจหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลอย่างเข้มงวดเพื่อติดตามอาการและตอบสนองตามสภาพการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของร่างกายที่พบบ่อย คือ ด้านร่างกายมักจะพบอาการอ่อนแรงจากการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit acquired weakness: ICUAW) (Rawal, Yadav, & Kumar, 2017) ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงพบร้อยละ 25 ส่วนด้านจิตใจผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีความวิตกกังวล ความเครียดและความกดดันของจิตใจจากเหตุการณ์ที่รุนแรง พบร้อยละ 30-80 (Jackson et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้คิดของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง (cognitive disorder) ได้แก่ ความจำและสมาธิลดลงพบร้อยละ 1-62 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ลดลงของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะวิกฤต (Svenningsen et al., 2017) นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบว่ามีอัตราการตายที่สูงในช่วงระยะกลาง และระยะยาวภายหลังการย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปแล้ว เนื่องจากผู้ป่วยต้องเผชิญกับโรคร่วมทางร่างกาย ระดับการรับรู้เปลี่ยนแปลง และมีภาวะซึมเศร้า (Hashem et al., 2016) ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะกลุ่มอาการป่วยหลังป่วยหนักประมาณร้อยละ 50-70 ของจำนวนผู้ป่วยวิกฤตในประเทศทั้งหมด และพบมากในกลุ่มผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่ (Jackson et al., 2014; Society of Critical Care Medicine, 2018) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

โรงพยาบาลลำปาง เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 800 เตียง มีหอผู้ป่วยหนักผู้ใหญ่จำนวน 7 หอผู้ป่วย จากการศึกษาสำรวจ สถิติปี 2562-2564 ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 4,218 คน, 4,349 คน และ 4,332 คน ตามลำดับ พบว่า เกิดกลุ่มอาการหลังป่วยหนักร้อยละ 46.98 มีพบความผิดปกติด้านจิตใจร้อยละ 37.72 มีความผิดปกติด้านความทรงจำและความสนใจต่างๆ ลดลง ร้อยละ 3.91 มีความผิดปกติด้านร่างกายร้อยละ 5.34 และมีอาการร่วมกันทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านความจำ ร้อยละ 6.41 นอกจากนี้ผลจากการนิเทศการปฏิบัติงานของหัวหน้างาน พบว่า ระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนักพยาบาลวิชาชีพขาดการประเมินด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติในเชิงลึก และขาดการฟื้นฟูร่างกาย ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว รวมถึงขาดการรายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษากายภาพบำบัด จากการสัมภาษณ์พยาบาลเกี่ยวกับความรู้ภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักรวมถึงวิธีการป้องกัน พบว่ายังพร่องในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วย พบว่าไม่ทราบเรื่องการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักต่อเนื่องที่บ้าน วิตกกังวลและกลัวสถานการณ์ต่างๆที่เกี่ยวกับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ส่งผลเกิด



ความเครียดทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักพบว่าขณะที่รักษาในหอผู้ป่วยสิ่งที่ต้องการคือการได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าสิ่งได้รับการดูแลรักษาจากทีมการรักษานั้น คุกคามต่อตนเองทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ขาดอิสระถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง และขาดการสัมผัสใกล้ชิดจากญาติผู้เป็นที่รัก จากปัญหาที่พบมาทั้งหมดนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยหนักมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักตามมา ทำให้ต้องกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรเกี่ยวกับการดูแลรักษาจำนวนมาก และตามมาด้วยเรื่องค่าใช้จ่ายของการรักษาที่เพิ่มขึ้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศชาติเป็นอย่างมาก

การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตื่นรู้ตัว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายาเครื่องช่วยหายใจ หายใจเอง การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมจำหน่าย การเตรียมผู้ดูแล การประเมินและจัดการภาวะสับสนและการส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว จากการศึกษา Wesley Ely (2017) ได้จัดทำชุดการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เรียกว่า ชุดการดูแล ABCDE (ABCDE Bundle) เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายว่าเป็นชุดการดูแลที่เน้นความเสี่ยงของอาการกดประสาท (sedative) เพื่อ (delirium) และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ (immobility) ชุดการดูแล ABCDE ประกอบด้วย A การจัดการทางเดินหายใจ ประเมิน ป้องกัน และจัดการความเจ็บปวด B การทดสอบการหายใจ รวมถึงการหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจทุกวัน การทดสอบการตื่นขึ้นเองตามธรรมชาติ และการทดสอบการหายใจที่เกิดขึ้นเอง C การเลือกยาให้ผู้ป่วยสงบและลดปวด การประสานงานของการดูแล และการสื่อสาร D การประเมินเพื่อ ป้องกัน และการจัดการ และ E การเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายโดยเร็วขณะอยู่ในไอซียู (Harvey & Davidson, 2016; Davidson & Harvey, 2016; Ely, 2017) นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่ม F, G และ H ในรายการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก โดย F G H รวมถึง: F การมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามผล การส่งต่อ และการประเมินประนีประนอมตามหน้าที่ G การสื่อสารที่ดี และ H มีการแจกเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับญาติ (Rawal et al., 2017; Colbenson et al., 2019; Inoue et al., 2019) จะเห็นได้ว่าในผู้ป่วยหนักที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเข้มข้นในหอผู้ป่วยหนัก สามารถให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักได้ ถ้ามีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เป็นแนวทางเดียวกันและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนชุดการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักตั้งแต่ ปีค.ศ. 2015-2020 พบชุดการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักจำนวน 4 ชุดการพยาบาล (Ely, 2017; Rawal, Yadav, & Kumar, 2017; Colbenson, Johnson, & Wilson, 2019; Inoue et al., 2019) หลังจากการนำมาวิเคราะห์พบว่า มีความหลากหลายของจุดเน้นในการให้การพยาบาลมากเกินไป บางชุดการพยาบาลขาดการเตรียมความพร้อมในการป้องกันปัญหาการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังผู้ป่วยหนัก ขาดความชัดเจนของการบทบาทของทีมในการดูแล ขั้นตอนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติและทีมในการดูแล ตลอดจนการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยไม่ชัดเจน เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งมีหน้าที่สนับสนุน กำกับ ติดตาม ให้พยาบาลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอด 24 ชั่วโมง ตระหนักและเห็นความสำคัญของผลเสียที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความจำ เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การพูดการคิดเปลี่ยนไป การสูญเสียความจำ ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถกลับไปทำงานของตนเองได้ ทั้งยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดร่างกายอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วย เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และมีโอกาสเกิดการกลับมารักษาซ้ำหากผู้ดูแลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่าย ทรัพยากรบุคคลในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้รูปแบบการ



พัฒนาการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ABCDEFGH bundle (Soukup, 2000) เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่สามารถใช้ได้หน่วยงานที่เป็นแนวทางเดียวกัน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยหนักและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง
2. เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development study) ผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ซึ่งเป็นโมเดลของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในรัฐเนบราสกา ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นรูปแบบที่มีกระบวนการที่ชัดเจนและครอบคลุม มีความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการคิด การสังเคราะห์ เน้นการพัฒนาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก จากการศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา นำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย ปัญหาทางคลินิก ค้นหาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาทางคลินิก มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เรียกว่า “แนวปฏิบัติการพยาบาล YUPA Model : A-H bundle” ซึ่งประกอบด้วย ABCDEFGH bundle การยกร่างแนวปฏิบัติ ประเมินคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) และการนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นงานวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา (Situation Analysis) เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล (Design and Development) ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก ระยะที่ 1 การค้นหาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา ยกร่างแนวปฏิบัติและประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้และผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ (Evaluation of Model Effectiveness)

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิก ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่
ขั้นตอนที่ 1 การเก็บข้อมูล โดย

- 1) ทบทวนประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564
- 2) วัดความรู้ความเข้าใจพยาบาลเรื่องผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักและมีภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลรักษาพยาบาล จำนวน 281 คน
2. พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกแบบเจาะจงจากประสบการณ์และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกทบทวนเวชระเบียน พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน สถานะการจำหน่าย และการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00
2. แบบวัดความรู้พยาบาลเรื่องผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก พัฒนาโดยผู้วิจัย เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ คือ
คะแนน 15-20 = ความรู้ระดับดี
คะแนน 8-14 = มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน 1-7 = มีความรู้ระดับน้อย

ค่า IOC เท่ากับ 0.85 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.84

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย วัดความรู้พยาบาลเรื่องผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ รวบรวมจากข้อมูล 2 แหล่ง คือ แหล่งข้อมูลบุคคล และแหล่งข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดย การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ดูแล และผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีลักษณะดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกแบบเจาะจง
 - 1.1 ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 2 ปี
 - 1.2 ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกแบบเจาะจง
 - 2.1 เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
 - 2.2 เป็นผู้ให้การดูแลที่มีบทบาทในการดูแลรับผิดชอบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดลักษณะของประชากร ดังนี้
 - 3.1. เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
 - 3.2. เป็นผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
 - 3.3. รู้สึกตัวดี เป็นผู้อยินยอมและเต็มใจให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัย



เครื่องมือที่ใช้

1. แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยหนัก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหนัก และภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยหนักในปัจจุบัน 2) ปัญหาที่พบและภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วยหนัก 3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก 4) กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก และแนวปฏิบัติที่ต้องการพัฒนา และ 5) การวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

2. แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยหนักที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วย 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย และ 3) ความต้องการการช่วยเหลือ

3. แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับผู้ป่วยหนักที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับผู้ป่วย 1) ความรู้สึกขณะที่ได้รับการรักษาและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการพยุงชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก และ 2) ความต้องการขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้วิจัยดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และจัดบันทึกด้วย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จดบันทึก (Note taker) เพื่อได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด และมีผู้ช่วยเหลือ (Assistant) บันทึกเสียงช่วยในการบันทึกตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน แต่ละกลุ่มใช้เวลาประมาณ 40 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก โดยการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยดำเนินการสืบค้นรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดคำสำคัญ (key words) ในการสืบค้นทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ดังนี้

1.1 กลุ่มตัวอย่าง (population) เช่น ผู้ป่วยวิกฤต patients in ICU, patients in MICU and SICU, terminal ill patients, critically ill patients

1.2 วิธีการพยาบาล (intervention) เช่น การให้คำปรึกษา โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ทีมสหสาขาวิชาชีพ การประชุมร่วมกับครอบครัว, post ICU syndrome, proactive case finding, interdisciplinary team, palliative care consultation, advanced care planning intervention

1.3 ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) เช่น จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเปลี่ยนเป้าหมายการรักษา, length of stay in ICU, hospital days, use of non beneficial resources, use of hospital resources, cost of care การระบุคำสำคัญมีการปรับเปลี่ยน เพิ่มเติมภาษา ให้เหมาะสมตามฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาระบุเป็นคำสำคัญในการสืบค้นครั้งถัดไป



2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ดังนี้ ดัชนีวารสารสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดมหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health science electronic database) ผ่านทาง ระบบข้อมูลที่มีบริการในห้องสมุด ได้แก่ CINAHL, ProQuest, Medical library, Cochrane library, MEDLINE, ScienceDirect, Academic Search Elite และ JBI library

3. สืบค้นงานวิจัยโดยใช้คำสืบค้นตามที่กำหนด ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

3.1 การสืบค้นด้วยมือ (hand searching) โดยสำรวจจากวารสารต่างๆ หนังสือดัชนีวารสารเกี่ยวกับระบบสุขภาพ รายงานวิจัยทางการแพทย์และพยาบาล รายงานเอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรมของงานวิจัยที่สืบค้นได้และการสืบค้นวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดโดยดูจากชื่อเรื่องของงานวิจัย

3.2 การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพและสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบันหรือองค์กรที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ การพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหลังภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยวิกฤต

3.3 การสืบค้นงานวิจัยที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์ เผยแพร่ (searching for unpublished materials) สืบค้นโดยติดต่อกับนักวิจัยโดยตรง ติดตามจากสถาบันการศึกษาต่างๆ หรือติดตามกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง

4. ผู้วิจัยนำเอกสารแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 2 ท่านและพยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วยหนัก 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ 1 ท่านและพยาบาลหัวหน้าตึกผู้ป่วยหนัก 4 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 92.75 ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 94.44. 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนร้อยละ 86.60. 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนร้อยละ 94.16. 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนน ร้อยละ 91.79. 5) ด้านการนำไปใช้ได้คะแนนร้อยละ 90.83 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้คะแนน ร้อยละ 100

5. ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 จำนวน 17 คน กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน (กรกฎาคม 2565) ครั้งที่ 2 จำนวน 17 คน กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน (สิงหาคม 2565) ปรับปรุงรูปแบบจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์ เหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ภาษา วิธีการ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาหลังการปรับปรุงได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และผู้ทรงคุณวุฒิอีก 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 97.68 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนน ร้อยละ 96.66. 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนร้อยละ 95.55. 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนร้อยละ 99.16 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนน ร้อยละ 96.66 5) การนำไปใช้ได้คะแนนได้คะแนนร้อยละ 98.33 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้คะแนน ร้อยละ 100



ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก โดยดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก 6 หอ จำนวน 141 คน
2. ผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ศัลยกรรม จำนวน 6 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 (32 คน)

กลุ่มตัวอย่าง คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานโดยตรงในการดูแลผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป 2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ ได้จำนวน 32 คน
2. ผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ศัลยกรรม จำนวน 6 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ

- 1) ผู้ป่วยหนักที่อายุ 18 ปีขึ้นไป
- 2) ผู้ป่วยหนักที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา มากกว่า 24 ชั่วโมง
- 3) เข้าใจภาษาไทย ยินดี เข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ

- 1) เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ (Bed ridden) ตั้งแต่อ่อนเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
- 2) ผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น Myasthenia gravis, Guillian-Barre, Acute stroke

- 3) ผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ พัฒนาโดยผู้วิจัย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความเป็นไปได้มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความเป็นไปได้มาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความเป็นไปได้ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 -2.50 ความเป็นไปได้น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความเป็นไปได้น้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

2. แบบวัดความรู้พยาบาลเรื่องผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน และแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 15-20 = มีความรู้ดี คะแนน 8-14 = มีความรู้ปานกลาง คะแนน 1-7 = มีความรู้น้อย ค่า IOC เท่ากับ 0.85 ทดสอบความเชื่อมั่น ค่า Kuder-Richardson (KR-20) เท่ากับ 0.84

3. แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เป็นแบบ Rating Scale 3 สเกล คือ ปฏิบัติได้ปานกลางให้คะแนน = 1 ปฏิบัติได้ดีให้คะแนน = 2 ปฏิบัติได้ดีมากให้คะแนน = 3 แบ่งเป็นหมวดย่อย 8 หมวดแบ่งคะแนนเฉลี่ย เป็น 3 ระดับ คะแนนรวม 72 คะแนน คะแนน 48.33-72.00 = มีความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลระดับดีมาก คะแนน 24.67-48.32 = มีความสามารถการ



ปฏิบัติการพยาบาลระดับดี คะแนน $1-24.66 =$ มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลระดับปานกลาง ค่า IOC เท่ากับ 0.84 ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76

4. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 9 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่าง ๆ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.93 ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

5. แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยต่อนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเตล คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 11 ข้อ และแบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 -5.00 ความพึงพอใจมากที่สุดคะแนนเฉลี่ย 3.51 -4.50 ความพึงพอใจมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51 -3.50 ความพึงพอใจปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51 -2.50 ความพึงพอใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00 -1.50 ความพึงพอใจน้อยที่สุด ค่า IOC เท่ากับ .84 ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

6. แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการปฏิบัติตามนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว การรักษาที่ใช้เครื่องมือพิเศษ การสอดใส่สายสวนต่างๆ การหยาเครื่องช่วยหายใจ สถานะการจำหน่าย การเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (PICS) ได้แก่ ความบกพร่องด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านความจำ ความบกพร่องด้านสติปัญญา ค่า IOC เท่ากับ 0.92 ทดสอบความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการประเมินผลลัพธ์ของการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมความรู้ และฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก
2. ประเมินความรู้พยาบาลเรื่องภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักและการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ก่อนและหลังการอบรม (Pre-post test)
3. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล กับพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก
4. หลังสิ้นสุดการวิจัย ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ เวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยา sedative, pain และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง (รหัสหนังสือรับรอง EC 079/65) วันที่ 4 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย**ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก**

ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 281 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 144 คน (ร้อยละ 51.25) มีอายุเฉลี่ย 63.8 ปี โรคที่พบอันดับสูงสุด คือ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 67 คน (ร้อยละ 23.84) รองลงมาปอดอักเสบจำนวน 23 คน (ร้อยละ 8.19) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 19 คน (ร้อยละ 6.76) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 104 คน (ร้อยละ 37.01) โรคเบาหวานจำนวน 94 คน (ร้อยละ 33.45) เกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 29 คน (ร้อยละ 10.32) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจำนวน 16 คน (ร้อยละ 5.69) เกิดกลุ่มอาการหลังป่วยหนักจำนวน 102 คน (ร้อยละ 36.29) ได้แก่ มีภาวะสับสนเฉียบพลันจำนวน 58 คน (ร้อยละ 56.86) วิดกกังวลนอนไม่หลับจำนวน 28 คน (ร้อยละ 27.45) กล้ามเนื้ออ่อนแรงจำนวน 13 คน (ร้อยละ 12.74) และมีอาการรวมทั้ง 3 กลุ่มอาการจำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.95)

การทดสอบความรู้ของพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน เรื่องการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักและการป้องกัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (mean=13.90, S.D. 1.18)

การสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยหนักจำนวน 30 คน สรุปประเด็นหลักได้ ดังนี้ 1) การดูแลผู้ป่วยหนักในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา การประเมินความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับความรู้ทักษะ ประสบการณ์ของแต่ละคน การปฏิบัติการพยาบาลจึงแตกต่างกัน การประเมินไม่ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ 2) ปัญหาที่พบและภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลผู้ป่วยหนัก แนวปฏิบัติที่มีอยู่ไม่ชัดเจน แบบประเมินหลากหลาย ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศ ติดตามผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพยังขาดบทบาทในการร่วมดูแลผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ระยะเวลาการให้ยาสงบประสาท (sedative) นาน จนเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ใส่ท่อช่วยหายใจนานเกิน 1 สัปดาห์ เกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยดื้อยามากขึ้น 3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่บ้างตามที่เคยศึกษาและอบรมมา แต่ยังไม่ค่อยรู้ถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ 4) กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก และแนวปฏิบัติที่ต้องการพัฒนา พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า การดูแลควรประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน กระชับ และสะดวกต่อการปฏิบัติงาน เช่น ABCDE bundle 5) การวัดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก วัดผลจากอัตราการเกิดกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

การสนทนากลุ่มผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยหนักที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 12 คน พบว่า 1) ปัญหาการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความเครียดเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน วิดกกังวลเรื่องปัญหาฉุกเฉิน กลัวช่วยไม่ทัน และมีความไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลโดยเฉพาะผู้ป่วยติดเตียง 3) ความต้องการการช่วยเหลือ ส่วนใหญ่ต้องการคำแนะนำ การแก้ไขในภาวะฉุกเฉินต่างๆ ช่องทางติดต่อกับเจ้าหน้าที่ คู่มือที่สามารถเปิดอ่านหากลืมคำแนะนำ การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ เช่น ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ

การสนทนากลุ่มผู้ป่วยหนักที่เคยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักจำนวน 6 คน พบว่า 1) ความรู้สึกขณะที่ได้รับการรักษาและการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการพยุงชีวิตในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า รู้สึกได้



ยินเสียงดังจากเครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา จดจำเรื่องราวระหว่างเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักได้เพียงบางส่วน และเกือบตลอดเวลาไม่รู้เลยว่า เป็นช่วงเวลากลางวันหรือกลางคืน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองนอนหลับมากเกินไป และรู้สึกกลัวเมื่อมีผู้เสียชีวิตข้างเตียง 2) ความต้องการขณะที่ได้รับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก ต้องการการดูแลที่ดีที่สุดจากเจ้าหน้าที่ ทำให้รู้สึกปลอดภัย ต้องการใกล้ชิดกับญาติ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก

ผลการสังเคราะห์งานวิจัย พบว่า งานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้จำนวน 28 เรื่อง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศและตีพิมพ์เผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ พบงานวิจัยในประเทศไทย 14 เรื่อง แม้ว่าจะได้ทำการสืบค้นข้อมูล อย่างครอบคลุมตามฐานข้อมูลที่กำหนดไว้ ในแง่ของความทันสมัย พบว่า มีงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในช่วง ปี พ.ศ. 2561-2566 มากที่สุด ระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้เกณฑ์การประเมินของสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI, 2013) โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลองเพียง 2 เรื่อง ส่วนอีก 15 เรื่อง เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองซึ่งถือว่า ในแง่ของคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัย มีความน่าเชื่อถือ (หลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ level1.c- level2.d) โดย ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากกว่า 30 คน เกือบทั้งหมด มีงานวิจัยเพียง 2 เรื่องที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า 30 คน นำมาสร้างเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (Post Intensive Care Syndrome: PICS) ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลลำปาง เรียกว่า YUPA Model: A-H bundle ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาทางคลินิก มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เรียกว่า “แนวปฏิบัติการพยาบาล YUPA Model: A-H bundle” ซึ่งประกอบด้วย ABCDEFGH bundle ประกอบด้วยหมวดการพยาบาล 8 หมวด

หมวดที่ 1 A1: การประเมินสภาพ Assess PICS: ความบกพร่องทางร่างกาย:อาการอ่อนแรงจากการเข้ารับการรักษารักษาในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive care unit acquired weakness: ICU-AW) (Rawal, Yadav, & Kumar, 2017; Umsriwaing, 2015)

A1.1 การทดสอบกล้ามเนื้อ ได้แก่ การวัดเส้นรอบวงของแขนและขา ประเมินทางกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยใช้ Medical Research Council (MRC) มี 6 ระดับ ตั้งแต่ 0 – 5 (Motor power) และประเมินระดับของการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้ ICU Mobility Scale (IMS) มีระดับของการเคลื่อนไหว 0 -10 คะแนน (Hodgson et al., 2014)

A1.2: ความบกพร่องทางสติปัญญา: Delirium ได้แก่ ประเมิน CAM-ICU ตั้งแต่แรกรับ และประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง โดยกำหนดให้มีการประเมินเวอร์ละ 1 ครั้ง และบันทึก และประเมิน RASS ตั้งแต่แรกรับ และประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง โดยกำหนดให้มีการประเมินเวอร์ละ 2 ครั้ง และบันทึก

A2: การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตื่นรู้ตัว (Awakening: using light or minimal sedation) ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยได้รับยา sedation ตามแผนการรักษา และ ปรับ/ลดยา ตามอาการของผู้ป่วยจากการประเมิน RASS ตามตารางการ titration ของยา Sedative drugs โดยใช้ Ten tips for ICU sedation ด้วยยา Midazolam และ Fentanyl ร่วมกับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อให้พยาบาลผู้ป่วยสงบในห้องผู้ป่วยหนัก ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมสหสาขาสร้างขึ้น

A3: การจัดการความเจ็บปวด (Assess, prevent, and manage pain) 1) ประเมินและจัดการความปวดให้ได้ตามเป้าหมาย (pain < 3) ทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือประเมินความเจ็บปวด (Umsriwaing, 2015) 2) ประเมินความปวดอย่างสม่ำเสมอโดยใช้มาตรวัดความปวดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายและมี



การบันทึกอย่างเป็นระบบ 3) ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่รู้สึกตัวและสามารถบอกความปวดได้ด้วยตัวเอง โดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (Numeric rating scale: NSR) 4) ประเมินความปวดในผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่รู้สึกตัวโดยใช้เครื่องมือสังเกตความปวดในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (Critical care pain observation tool: CPOT) (Umsriwaing, 2015) 5) การจัดการความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์พิจารณาใช้ยาบรรเทาปวดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงชนิดของความปวด ระดับความปวด ผลข้างเคียงของยาบรรเทาปวด ข้อควรระวังในการใช้ยา 6) การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การ mental support การสัมผัส การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การนวด การจัดทำนอนที่สุขสบาย การสวดมนต์ ฟังธรรมะ การใช้ความร้อนและความเย็นประคบ (Jaiwongpab et, al., 2019) 7) การสังเกตเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาบรรเทาปวด เช่น หายใจช้าลง ชีพจรคลั่ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก

หมวดที่ 2 การหายใจส่งเสริมให้หย่าเครื่องช่วยหายใจ

(B : Breathing by promotion of ventilator weaning)

1. การประเมินผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจในโหมดการช่วยเต็มที่ (Full support mode) ให้สามารถใช้เครื่องช่วยหายใจได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาและตามสภาพของผู้ป่วย
2. การตรวจเยี่ยมการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator round) เพื่อดูแลให้การทำงานของเครื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้ weaning protocol ดังนี้
 - 3.1 การพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะหายใจล้มเหลว/พยาธิสภาพดีขึ้น
 - 3.2 การประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจตาม weaning protocol (Wannakul, 2021)
 - 3.3 การเลือกวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจและการพิจารณาเลือกรูปแบบการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ประเมินได้ตาม weaning protocol (Chomjan, Limjaruen, Namvongprom, & Pakdevong, 2020)
 - 3.4 การประเมินความพร้อมก่อน/หลังถอดท่อช่วยหายใจและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

หมวดที่ 3 การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

(C : Coordination with multidisciplinary) (Needham, 2012)

- C1: การดูแลเพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยวางแผนร่วมกับนักกายภาพ เพื่อกำหนดวิธีการส่งเสริมการเคลื่อนไหวโดยเร็วใน ICU
- C2: การดูแลการใช้ยาโดยเภสัชกร ร่วมกับแพทย์การจัดการเรื่องยา Sedation และยาลดความปวด เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตื่นรู้
- C3: แพทย์ร่วมกับผู้วิจยวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยภาวะ PICS
- C4: โภชนาการร่วมวางแผนในการจัดการให้ตรงตามโรคและความต้องการของผู้ป่วย
- C5: การจำหน่ายผู้ป่วยออกจาก ICU โดยมีการจัดการ ดังนี้ 1) การกำหนด Criteria การย้ายผู้ป่วยออกจาก ICU โดยแพทย์และพยาบาลร่วมกันกำหนดแนวทาง 2) แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจาก ICU เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความพร้อมและมีความปลอดภัย รวมถึงการส่งต่อความเสี่ยงที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยได้เพื่อการเฝ้าระวัง 3) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญเพื่อประเมินอาการและการดูแลต่อเนื่อง (PICS clinic) โดยการติดตามเยี่ยมหลังจากย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เน้นการส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและ Delirium monitoring 4) ประเมินความต้องการวางแผนจำหน่าย (Discharge score) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ เพื่อเลือกใช้การวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามคะแนนที่ประเมินได้



คะแนน 1-10 ให้สุศึกษาโดยใช้ D-METHOD

คะแนน 11-20 ต้องการการวางแผนจำหน่าย: แบบฟอร์มวางแผนจำหน่าย

คะแนน ≥ 20 ต้องการการวางแผนจำหน่ายและต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (ส่ง COC)

หมวดที่ 4 การประเมินและจัดการภาวะสับสน (D: Assessment and management of Delirium)

1. ประเมินภาวะสับสนโดยใช้ CAM-ICU ตั้งแต่แรกเริ่ม และประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมง (Gusmao-Flores, Salluh, Chalhoub, & Quarantini, 2012; Ely, 2010)

2. ประเมินและจัดการภาวะกายใจไม่สงบให้ได้ตามเป้าหมายทุก 4 ชั่วโมง (RASS 0 ถึง-2) โดยใช้เครื่องมือ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) (Jaiwongpab et al., 2019; Sessler et al., 2002)

3. กำหนด routine การปฏิบัติการพยาบาล (Krongyuth, 2015) ดังนี้

-พยาบาลแนะนำ ชื่อ วัน เวลา สถานที่ แก่ผู้ป่วยในความดูแล ทุกเวร

-จัดสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและรบกวนการนอน โดย กำหนดเวลาปิดเปิดไฟ (เปิดไฟเมื่อแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ การทำหัตถการ และการให้การพยาบาล ปิดไฟหัวเตียง ในเวลา หลังให้การพยาบาลเวลา 14.00-16.00น.และเวลา 20.00-05.00น.) ลดเสียงรบกวนจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (monitor) ปรับลดเสียงโทรศัพท์ลงในเวลากลางคืน

-จัดหานาฬิกา ติดผนังในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

-ส่งเสริมการสื่อสารโดยการจัดทำสมุด “ไอซียู-ไดอารี่ สำหรับผู้ป่วย” (ICU diary) เขียนวันที่ ในสมุดทุกวัน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้วันที่ตามปฏิทิน

-ให้ข้อมูลที่จำเป็นและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบอย่างสม่ำเสมอ

-ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหา การมองเห็น การได้ยิน การเคี้ยว ให้น้ำแว่นตา เครื่องช่วยฟัง ฟันปลอมที่ผู้ป่วยใช้ในชีวิตประจำวัน มาใช้ใน ICU ได้ตามความจำเป็น

-ให้ผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและใช้ประจำขณะอยู่บ้าน เช่น ไอแพด/แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน โน้ตบุ๊ก วิทยุ เป็นต้น

หมวดที่ 5 การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและจัดสิ่งแวดล้อม (E: Early mobility and environment management) ประกอบด้วย

E1: early physical rehabilitation การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว (Hodgson, Berney, Harrold, Saxena, & Bellomo, 2013; Hashem, Nelliot, & Needham, 2016)

1. ประเมินความพร้อมในการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายและป้องกันภาวะ PICS ให้ทำการฟื้นฟูสภาพโดยเร็วตั้งแต่อยู่ใน ICU (Hodgson, Berney, Harrold, Saxena, & Bellomo, 2013; Hashem, Nelliot, & Needham, 2016)

2. การกระตุ้นการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายภายใน 2 ถึง 5 วันแรกของการเข้ารับการรักษาใน ICU (Castro-Avila, Serón, Fan, Gaete, & Mican, 2015)

3. การทำ passive range of motion (ROM) เช่น การนั้ง การยืน ambulation (Fuke, et. al., 2018) กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย

3.1. กิจกรรม การเคลื่อนไหวบนเตียง (bed mobilization) ได้แก่ การจัดทำ การออกกำลังกายบนเตียง การนั้งห้อยขาและเท้าที่ขอบเตียง (Kanom, Somrarnyart, & Srirat, 2020)

3.2. กิจกรรมการเคลื่อนไหวนอกเตียง (out bed mobilization) ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปเก้าอี้ การยืน และการฝึกก้าวเดิน (Kanom, Somrarnyart, & Srirat, 2020)



3.3. การกระตุ้นประสาทและกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้าเพื่อป้องกันภาวะอ่อนแอได้ (Intensive care unit-acquired weakness; ICU-AW) (Kanom, Somrarnyart, & Srirat, 2020)

4. การทำ active range of motion (Fuke, et. al., 2018)

E2: environment management

- การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบลดเสียง เสียงที่รบกวนขณะที่นอนหลับ และเมื่อผู้ป่วยตื่นตัวให้รู้จักบุคคล เวลา สถานที่ (Simons, et.al., 2018; Litton, Elliott, Ferrier, & Webb, 2017)

- การส่งเสริมการนอนหลับโดยวิธีการเลือกใช้ ร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถส่งเสริมการนอนหลับได้ดีกว่าการใช้วิธีการใดวิธีหนึ่ง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เงียบ สงบ การลดเสียง ventilator, monitor เปิดไฟเท่าที่จำเป็นหลังจากเวลา 22.00 น. (Jaikla, Chaiard, & Somrarnyart, 2020)

หมวดที่ 6 การมีส่วนร่วมของครอบครัว (F: Family involvement, follow-up) การกำหนดและจัดให้มีสมุดบันทึกประจำวันของผู้ป่วย “ไอซียู-ไดอารีสำหรับผู้ป่วย” (ICU diary) ทุกวัน โดยทีมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และญาติผู้ป่วยเป็นผู้เขียน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่าน “ไอซียู-ไดอารีสำหรับผู้ป่วย” ระหว่างพักฟื้นและจะได้เข้าใจว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างที่อยู่ในระยะวิกฤต ช่วยลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และลดการเกิดการกลุ่มอาการครอบครัวเกิดภาวะเครียดหลังผู้ป่วยหนัก (Garrouste-Orgeas, Périer, Mouricou, Grégoire, Bruel, Brochon, Philippart, Max, & Misset, 2014; Barreto, Luz, Rios, Lopes, & Gusmao-Flores, 2019; Tripathy et. al., 2020)

หมวดที่ 7 การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการนอนหลับที่ดี (G: Promoting Good nutrition and sleep)

7.1 การจัดการด้านโภชนาบำบัดในผู้ป่วยวิกฤต (Kulnitichai, 2019)

การประเมินระดับภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่แรกเริ่ม โดยใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการอย่างง่ายโดยใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (Collective) และแบ่งกลุ่มระดับภาวะทุพโภชนาการออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

0-5 คะแนน (NAF = A Normal – mild malnutrition)

6-10 คะแนน (NAF = B Moderate malnutrition)

≥ 10 คะแนน (NAF = C Severe malnutrition)

7.1.1 คำนวณปริมาณพลังงานผู้ป่วยแต่ละรายที่ควรได้รับต่อวัน โดยใช้สูตรคำนวณหา TEE ของ Harris-Benedict equation ซึ่งเป็นสมการที่ได้รับความนิยมมาก โดยใช้ เพศ น้ำหนัก ความสูง อายุ และภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมาคำนวณ

7.1.2 จัดกลุ่มผู้ป่วยตามโรคเดิมหรือโรคร่วมเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

COPD ชนิดอาหาร Low CHO

DM ชนิดอาหาร DM

Low albumin ชนิดอาหาร high protein

7.1.3 วิธีการให้อาหาร เพื่อให้ได้รับอาหารครบตามแคลอรีที่คำนวณได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยวิธี Intermittent drip (ใช้เวลาในการ drip ประมาณ 30 นาที – 1 ชั่วโมง) โดยใช้อุปกรณ์ feeding jug

7.2 ส่งเสริมการนอนหลับ

7.2.1 การส่งเสริมการนอนหลับโดยวิธีการเลือกใช้ ร่วมกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถส่งเสริมการนอนหลับได้ดีกว่าการใช้วิธีการใดวิธีหนึ่ง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม

7.2.2 จัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนและรบกวนการนอนโดย กำหนดเวลาปิดเปิดไฟ (เปิดไฟเมื่อแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ การทำหัตถการ และการให้ยาพยาบาล ปิดไฟหัวเตียง ในเวลา หลังให้



การพยาบาลเวลา 14.00-16.00น.และเวลา 20.00-05.00น.) ลดเสียงรบกวนจากเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ(monitor) ปรับลดเสียงโทรศัพท์ลงในเวลากลางคืน

7.2.3 วางแผนร่วมกับแพทย์ในการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยหลับและตื่นในเวลาที่กำหนดและประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

หมวดที่ 8 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ (H : Handout materials on PICS and PICS-F) การวางแผนจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักเป็นการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งหวังให้ลดอัตราเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Litton, Elliott, Ferrier, & Webb, 2017; Kajaree, Thongchai, & Somrarnyart, 2019)

1.คู่มือการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเพื่อลดความวิตกกังวลของญาติในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากออกจาก ICU หรือมีภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (PICS) เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะความจำเปลี่ยนไป

2.คู่มือที่ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ที่บ้านประกอบด้วย การดูแลที่ป่วยต่างๆ ได้แก่ การดูแลท่อหลอดลมคอ การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด การดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นต้น รวมทั้ง “ไอชียู-ไดอารี่สำหรับผู้ป่วย” ที่ได้บันทึกไว้

ระยะที่ 3 การทดลองใช้แนวปฏิบัติ

ผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 จำนวน 17 คน กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน (กรกฎาคม 2565) มีการปรับและเพิ่มเติม ดังนี้ 1) A.1.1 การประเมินกล้ามเนื้อในหมวดที่ 1 Assessment and manage risk จากทุกวันเปลี่ยนเป็นทุก 5 วัน 2) หมวดที่ 6 การมีส่วนร่วมของครอบครัว (F: Family involvement, follow-up) เพิ่มเติมเนื้อหาใน “ไอชียู-ไดอารี่สำหรับผู้ป่วย” 1 ประเด็นคือ สาเหตุการที่เข้ารักษาดูแลในหอผู้ป่วยหนัก 3) หมวดที่ 8 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพิ่มเติมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักและการดูแล

ครั้งที่ 2 ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุง โดยพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวนจำนวน 17 คน กับผู้ป่วยจำนวน 3 คน (สิงหาคม 2565) ไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาหลังการปรับปรุงได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และอีก 5 คนตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ AGREE II ได้เท่ากับ 0.97

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง

ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n=32 คน)

ข้อความ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Mean	S.D	
1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	3.59	.98	มาก
2. ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ทำให้เข้าใจตรงกัน	3.81	.78	มาก
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	3.58	1.04	มาก
4. การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	3.63	.87	มาก



ตารางที่ 1 แสดงความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n=32 คน) (ต่อ)

ข้อความ	ความเป็นไปได้		ระดับ
	Mean	S.D.	
5. แนวปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	3.88	.87	มาก
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	3.59	1.01	มาก
รวม	3.68	.93	มาก

จากตารางที่ 1 ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean 3.68, SD 0.93) ข้อที่มึความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ แนวปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (Mean 3.88, SD 0.87)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n=32 คน)

ความรู้	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนใช้รูปแบบการพยาบาล	14.56	1.60	51.31	.000*
หลังใช้รูปแบบการพยาบาล	17.13	1.31	73.74	

*p-value < .05

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักสูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล (Mean=17.13, SD=1.31 และ Mean=14.56, S.D.= 1.60) และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n=32 คน)

YUPA model 8 หมวด	ความสามารถในใช้		ระดับของการปฏิบัติ
	Mean	S.D.	
A. การประเมินสภาพกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก	2.44	.59	ปฏิบัติได้ดีมาก
B. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หายใจเอง	2.74	.44	ปฏิบัติได้ดีมาก



ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยความสามารถการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n=32 คน) (ต่อ)

YUPA model 8 หมวด	ความสามารถในใช้		ระดับของการปฏิบัติ
	แนวปฏิบัติ		
	Mean	S.D.	
C. การดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมจำหน่าย การเตรียมผู้ดูแล	2.51	.53	ปฏิบัติได้ดีมาก
D. การประเมิน จัดการภาวะสับสน	2.56	.54	ปฏิบัติได้ดีมาก
E. การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว	2.57	.52	ปฏิบัติได้ดีมาก
F. การมีส่วนร่วมของครอบครัว	2.51	.56	ปฏิบัติได้ดีมาก
G. การส่งเสริมสมดุลภาวะโภชนาการและการนอนหลับ	2.57	.51	ปฏิบัติได้ดีมาก
H. คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ	2.51	.56	ปฏิบัติได้ดีมาก
รวม	2.56	.53	ปฏิบัติได้ดีมาก

จากตารางที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก ตาม 8 หมวดใน YUPA model พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก (Mean 2.56, SD 0.53) กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ดีมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หายใจเอง (Mean 2.74, SD 0.44) และกิจกรรมทั้ง 8 หมวดกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ดีมาก

ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (N=32 คน)

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.	
1. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ การประเมินสภาพกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก การส่งเสริมให้ผู้ป่วยตื่นรู้ตัว การจัดการความเจ็บปวด	4.06	.72	มาก
2. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจ หายใจเอง	4.22	.66	มากที่สุด
3. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ การเตรียมจำหน่าย การเตรียมผู้ดูแล	4.22	.61	มากที่สุด
4. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการประเมิน จัดการภาวะสับสน	4.16	.72	มาก
5. ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติการส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว	4.19	.74	มาก



ตารางที่ 4 แสดงระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (N=32 คน) (ต่อ)

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		ระดับความพึงพอใจ
	Mean	S.D.	
6. ความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติการมีส่วนร่วมของครอบครัว	4.25	.67	มากที่สุด
7. ความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติการส่งเสริมสมดุลงานและ การนอนหลับ	4.22	.75	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติการคู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยและญาติ	4.19	.78	มาก
9. ความพึงพอใจโดยรวม	4.19	.69	มาก

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean 4.19, SD 0.69) โดยมีความพึงพอใจต่อนโยบายปฏิบัติการสูงสุดคือการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Mean 4.25, SD 0.67)

ด้านผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วย

ตารางที่ 5 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยต่อนโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n= 29 คน)

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		ระดับ
	Mean	S.D.	
1. ทีมที่ให้การดูแล สนใจรับฟังสิ่งที่ผู้ดูแลบอก	4.63	.49	มากที่สุด
2. ทีมที่ให้การดูแล รักษา เอาใจใส่ และสุภาพอ่อนโยน	4.63	.49	มากที่สุด
3. ทีมที่ให้การดูแล มีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา	4.63	.49	มากที่สุด
4. ทีมที่ให้การดูแล มีการตรวจร่างกาย ชักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการ และแผนการรักษา	4.63	.54	มากที่สุด
5. ทีมที่ให้การดูแล ให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย	4.63	.49	มากที่สุด
6. ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมการดูแลตั้งแต่รับไว้ใน โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย	4.58	.54	มากที่สุด
7. ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ	4.53	.50	มากที่สุด



ตารางที่ 5 แสดงระดับความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก (n= 29 คน) (ต่อ)

หัวข้อ	ความพึงพอใจ		ระดับ
	Mean	S.D.	
8. ท่านได้รับคำแนะนำ / สอน / สาธิต การปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อม ก่อนกลับบ้านและการดูแลที่บ้าน	4.65	.48	มากที่สุด
9. ท่านเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเช่น การทำความสะอาด การพลิกตะแคงตัว การทำกายภาพบำบัด	4.45	.55	มาก
10. ท่านมีความพึงพอใจต่อการเขียนบันทึกประจำวันของผู้ป่วย	4.53	.55	มากที่สุด
11. ท่านมีความพึงพอใจต่อทีมที่ให้การดูแล	4.68	.47	มากที่สุด
รวม	4.59	.42	มากที่สุด

จากตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.59, SD 0.42) ข้อที่มีความคิดเห็นมากที่สุด ได้แก่ มีความพึงพอใจต่อทีมที่ให้การดูแล (Mean 4.68, SD 0.47) ได้รับคำแนะนำ / สอน / สาธิต การปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อม ก่อนกลับบ้านและการดูแลที่บ้าน (Mean 4.65, SD 0.48)

ด้านผู้ป่วย

ตารางที่ 6 แสดงเปรียบเทียบระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้ยา Sedative, Pain และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก

ตัวแปร	ก่อน (N=281)		หลัง (N=40)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ (วัน)	9.30	7.23	7.82	7.26	14.21	.002*
ระยะเวลาในการใช้ยา Sedative, Pain (วัน)	4.42	3.96	2.89	2.74	9.86	.001*
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	14.65	6.57	11.82	5.83	10.08	.001*

*p<.05

จากตารางที่ 6 ผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า จากผู้ป่วยจำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 26 คน (ร้อยละ 65) มีอายุเฉลี่ย 64.70 ปี โรคที่พบอันดับสูงสุด คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.50) รองลงมา ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.00) มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.00) โรคเบาหวานจำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) อัตราการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักลดลง พบจำนวน 4 คน (ร้อยละ 10) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใช้



เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล เวลาในการใช้ยา Sedative, Pain แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002, 0.001, 0.001 ตามลำดับ

อภิปรายผล

การศึกษานี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก เรียกว่า แนวปฏิบัติการพยาบาล YUPA Model : A-H bundle ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรมหลัก คือ 1) การประเมินสภาพ และจัดการปัจจัยเสี่ยง (A) 2) การหายใจส่งเสริมให้หยาเครื่องช่วยหายใจ (B) 3) การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (C) 4) การประเมินและจัดการภาวะสับสน (D) 5) การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วและจัดสิ่งแวดล้อม (E) 6) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (F) 7) การส่งเสริมภาวะโภชนาการและการนอนหลับที่ดี (G) 8) คู่มือการปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยและญาติ (H) โดยผลของการใช้แนวปฏิบัติพบว่า ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ อยู่ใน ระดับที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งหมด พยาบาลมีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักเพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการนำไปใช้ระดับมากที่สุด ผู้ดูแล/ญาติผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวมต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากที่สุด ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า อัตราการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักลดลง ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการนอน โรงพยาบาล เวลาในการใช้ยาสงบประสาท (Sedative) และความปวด (Pain) ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนัก โดยใช้การดูแลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล YUPA Model : A-H bundle ทำให้แนวปฏิบัติมีความชัดเจนตรงประเด็นปัญหาที่พบ บ่อยในการดูแลผู้ป่วยหนัก มีการจัดการปัญหาที่สำคัญที่เป็นระบบ มีการเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมการ พยาบาลที่ง่ายต่อการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ครอบคลุมและมีการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่องขึ้น ซึ่งมีประเด็นแตกต่าง และคล้ายคลึงจาก 4 ชุดการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักตั้งแต่ ปีค.ศ. 2015- 2020 (Ely, 2017; Rawal, Yadav, & Kumar, 2017; Colbenson, Johnson, & Wilson, 2019; Inoue, Hatakeyama, Kondo, Hifumi, Sakuramoto, Kawasaki, & Nishida, 2019) กล่าวคือ แนวปฏิบัติการ พยาบาล YUPA Model : A-H bundle ในหมวด A, B, C, G และ H ชุดกิจกรรมแตกต่างจากทั้ง 4 ชุดการ พยาบาล โดย YUPA Model เน้นกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะ PICS การ ดูแลและจัดการป้องกันการเกิด เป็นการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เน้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการ นอนหลับที่ดี และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านด้วยตัวเองและผู้ดูแล หมวดชุดกิจกรรมที่คล้ายกับ 4 ชุดการพยาบาลที่ ทบทวนแต่เพิ่มเติมรายละเอียดประเด็นที่สำคัญและทันสมัย คือ หมวด D การประเมิน จัดการภาวะสับสน หมวด E การส่งเสริมให้เคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็ว เพิ่มเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม และ หมวด F การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวอย่างเป็นรูปธรรม โดยการกำหนดและจัดให้มีสมุดบันทึกประจำวันของผู้ป่วย “ไอซียู-ไดอารี่สำหรับ ผู้ป่วย” (ICU diary) ทุกวัน โดยทีมการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และญาติผู้ป่วยเป็นผู้เขียน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่าน “ไอซียู-ไดอารี่สำหรับผู้ป่วย” ระหว่างพักฟื้นและจะได้เข้าใจว่า เกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างที่อยู่ในระยะวิกฤต จึงทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาล YUPA Model : A-H bundle ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหนักมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pukham, Khuwatsamrit, และ Wisettharn (2019) ที่ศึกษาการประเมินความเป็นไปได้และผลลัพธ์ทางคลินิก ของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันใน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบว่า โปรแกรม ABCDEF นี้มีความเป็นไปได้ในการใช้ดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยสามารถช่วยเพิ่มความรู้ในการ ดูแลของพยาบาลและก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การดูแลตามแนวปฏิบัติ ABCDEFGH bundle



ยังส่งผลต่อการลดลงของระยะการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดความปวดเฉียบพลัน โดยการใช้ยาในขนาดที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา

จากการปฏิบัติ 8 กิจกรรมหลักที่ครบถ้วนส่งผลให้อัตราการเกิดภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักลดลง สิ่งที่ได้เห็นได้ชัดเจนของแนวปฏิบัตินี้ คือ ผู้ป่วยทุกรายไม่พบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจจากการใช้เครื่องช่วยหายใจระยะเวลานาน แสดงให้เห็นถึงการประเมินที่ดีด้วยเครื่องมือมาตรฐาน มีการจัดการความปวดโดยใช้ยาบรรเทาความปวดที่เพียงพอ และไม่ยาวนาน ปลอดภัย ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวรวดเร็วขึ้น นอกจากนี้แนวปฏิบัติมีความง่ายในการปฏิบัติตาม สามารถนำมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ โดย พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีบทบาทสำคัญทั้งด้านการสื่อสาร ประสานความร่วมมือกับทีมการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีมาตรฐาน ลดการปฏิบัติที่หลากหลาย และให้ไปในทิศทางเดียวกันส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและองค์กรตามมา ด้านความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล มีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา และได้รับคำแนะนำ/สอน/สาธิต ในการดูแลผู้ป่วยจนเข้าใจ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้นและมีความเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลนอกจากจะเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลต่อผู้ป่วยแล้ว ทำให้พยาบาลมีความเอาใจใส่มากขึ้น และยังช่วยสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ดูแลและญาติ

ข้อจำกัด

ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อาการค่อนข้างวิกฤต เสี่ยงต่อการเกิดอาการแย่ง และอันตรายถึงแก่ชีวิต ทำให้ไม่สามารถใช้แนวปฏิบัติ PICS ได้ทุกราย และผู้ป่วยบางกลุ่มที่ได้ใช้แนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง แต่มีอาการแย่งอาจมาจากพยาธิสภาพของโรคหรือโรคแทรกซ้อนจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลต่อได้ ผู้ป่วยบางราย ยังไม่ได้ใช้แนวปฏิบัติอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง จำเป็นต้องย้ายออกไปหอสามัญก่อน เนื่องจากความต้องการเตียงในหอผู้ป่วยหนัก

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะกลุ่มอาการหลังป่วยหนักส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ควรให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักใช้ให้ครอบคลุมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรขยายผลไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีอาการรุนแรง
3. การดูแลตามแนวปฏิบัติ YUPA model: A-H bundle สามารถนำแนวคิดไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก โรคอื่นๆ ได้



เอกสารอ้างอิง

- Barreto, B, Lu M, Rios M.N, Lopes, A. & Flores D.G. (2019). *The impact of intensive care unit diaries on patients' and relatives' outcomes: a systematic review and meta-analysis. Critical Care*. Retrieved 15 March 2022 from: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2678-0>.
- Castro-Avila, A. C., Serón, P., Fan, E., Gaete, M., & Mickan, S. (2015). Effect of Early Rehabilitation during Intensive Care Unit Stay on Functional Status: Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*, 10(7), e0130722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130722>
- Colbenson, G.A., Johnson, A., Wilson, M.E. (2019). Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. *Breathe*. 15(2),98-101.
- Davidson, J.E., Harvey, M.A. (2016). Patient and family post-Intensive care syndrome. *American Advanced Critical Care Nursing*. 27(2),184-186.
- Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *American Journal of respiratory critical care medicine*. 166(10):1338-1344.
- Ely, E.W. (2017). The ABCDEF bundle: science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Crit Care Med*. 45(2),321-330.
- Ely, E. W. & Vanderbilt university medical center. (2010). *The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) training manual. revised edition: 2010. United States department of Veterans Affairs, Geriatric Research Education and Clinical Centers (GRECC)*. Retrieved 15 March 2022 from: http://www.mc.vanderbilt.edu/icudelirium/docs/CAM_ICU_training.pdf.
- Fuke, R., Hifumi, T., Kondo, Y., Hatakeyama, J., Takei, T., Yamakawa, K., Inoue, S., & Nishida, O. (2018). Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 8(5), e019998. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019998>
- Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., & Misset, B. (2014). Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families' experience in the ICU. *PloS one*, 9(10), e110146. Retrieved 1 May 2022 from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>
- Hashem, M.D., Nelliot, A., & Needham, D.M. (2016). Early Mobilization and Rehabilitation in the ICU: Moving Back to the Future. *Respir Care*.61(7), 971-9.
- Harvey, M.A., Davidson, J.E. (2016). Postintensive care syndrome: right care, right now... and later. *Crit. Care Med*. 44:381-5.
- Hodgson, C.L.,Berney,S., Harrold,M., Saxena, M.& Bellomo,R. (2013). Clinical review: Early patient mobilization in the ICU. *Critical Care*, 17(1), 207- 2017.



- Hodgson C, Needham D, Haines K, Bailey M, Ward A, Harrold M, Young P, et al. (2014). Feasibility and inter-rater reliability of the ICU mobility scale. *Heart Lung*. 43(1), 19-24.
- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2013). Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II. [document on the Internet] 2013. Retrieved 1 May 2022 from: <https://www.agree-trust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Inoue, S., Hatakeyama, J., Kondo, Y., Hifumi, T., Sakuramoto, H., Kawasaki, T., & Nishida, O. (2019). Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg*. 6(3), 233-246.
- Jackson, J.C., Pandharipande, P.P., Girard, T.D., Brummel, N.E., Thompson, J.L., Hughes, C.G., & Ely, E.W. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: A longitudinal cohort study. *Lancet Respir Med*. 2(5), 369-379.
- Jaikla, K., Chaiart, J., & Samranyat, M. (2020). The Effectiveness of Using Clinical Practice Guidelines to Promote Sleep in Critical Patients. *Nursing Journal*, 47(4), 216-228. (In Thai)
- Kajaree, P., Thongchai, C. & Samranyat, M. (2019). Effects of comprehensive discharge planning from the intensive care unit on adverse events and readmission in the intensive care unit. *Nursing Journal*, 46(4), 138-148. (In Thai).
- Khoyun, S., Sukontawat, W., Kitkwandee, W., & To-in, P. (2019). Needs and receiving care according to the needs of families of patients treated in the ward, critically ill. *Srinagarind Med J*. 36(3), 333-369. (In Thai).
- Litton, E., Elliott, R., Ferrier, J., & Webb, S. A. R. (2017). Quality sleep using earplugs in the intensive care unit: the QUIET pilot randomised controlled trial. *Critical care and resuscitation. Journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*. 19(2), 128-133.
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., Muldoon, S. R., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical care medicine*, 40(2), 502-509.
- Pukkham, K., Khuwatsamrit, K., & Wisettharn, T. (2019). Evaluating the Feasibility and Clinical Outcome for Assessment Prevention and Management of Acute Delirium in a Surgical Intensive Care Unit. *JTNMC*. 6(1), 68-86.
- Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90-92.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O'Neal, P. V., Keane, K. A., ... & Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult



intensive care unit patients. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 166(10), 1338-1344.

Society of Critical Care Medicine. (2018). Critical care statistics. Retrieved 1 May 2022 from:

http://sccm.org/Communications/Pages/Critical_CareStats.aspx

Soukup, M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nursing Clinics of North America*, 35(2):301-9.

Srisa-ard, B. (2017). The methodology in nursing research. 3rd ed. Bangkok: You and I Inter Media.

Svenningsen, H., Langhorn, L., & Agard, A.S. (2017). Dreyer P. Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: An integrative review. *Nursing in Critical Care*. 22(4), 212-220.

The Joanna Briggs Institute. (2013). New JBI Levels of Evidence. Retrieved 1 May 2022 from:

<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>.

Wannakul, O. (2018). Development of ventilator weaning practices in surgical intensive care units of Phatthalung Hospital. *Krabi Medical Journal*. 1(2) : 1- 11.

Wisettharn, T., Pukkham, K., & Yodrabum, S. (2019). The development of ventilator weaning model in critically ill surgical patients in Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Thai J. Cardio-Thorac Nurs*. 30(2), 176-191.



Factors Influencing Health Literacy to Prevention of Tuberculosis Infection among Nursing Students

Puangpet Meesiri^{1*}, Pannee Paisarntuksin^{*}

Jitaree Chatmontree^{*}, Natthakamon Dumrongwuttichot^{*}, Naruemon Nametha^{*}

(Received: April 28, 2023, Revised: May 3, 2023, Accepted: June 13, 2023)

Abstract

This predictive research aimed to study the level of health literacy among nursing students in tuberculosis infection prevention. and to study factors affecting health literacy in preventing tuberculosis infection among nursing students. The population is nursing students. both male and female There were 579 students in Boromarajonani College of Nursing, Nakorn Lampang, 1st - 4th year. Data were collected using a questionnaire. The validity (IOC) was .90, the KR 20 value of the knowledge questionnaire was .78, and the Cronbach's alpha of attitudes and TB prevention behavior were .83 and .89 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. and to determine factors that could predict health literacy in self-prevention from tuberculosis infection among nursing students. Analyzed by using Multinomial Logistic Regression statistics. The results showed that nursing students had an excellent level of health literacy at 58.50% ($\bar{X}$ = 162.81, SD=15.07), in which Health decision-making had the highest mean ($\bar{X}$ = 27.28, S.D. = 2.96). Individual factors consisted of Knowledge of tuberculosis infection prevention Attitudes about tuberculosis infection prevention and tuberculosis infection prevention behaviors from practical training were able to jointly predict health literacy in preventing tuberculosis infection among nursing students at 11.90% with a significant .000 significance (Nagelkerke – R² = 11.90).

Therefore, colleges should prepare students before practicing on the ward, to prevent tuberculosis infection from practicing by educating and promoting TB infection prevention behaviors, including fostering attitudes about tuberculosis prevention among students to prevent and reduce the risk of tuberculosis infection from further student practice.

Keywords: Health literacy; Tuberculosis; Nursing student

* Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

¹Corresponding author: puangpet.j@mail.bcnlp.ac.th Tel: 091-8581070



ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล

พวงเพชร มีศิริ^{1*}, พรณี ไพศาลทักษิณ^{*}

จิตอารี ขาติมนตรี^{*}, ณัฐกมล ดำรงวุฒิชิต^{*}, นฤมล ณะเมธา^{*}

(วันรับบทความ : 28 เมษายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 3 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 13 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 579 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามได้ค่าความเที่ยงตรง (IOC) เท่ากับ .90 ค่า KR 20 ของแบบสอบถามความรู้เท่ากับ .78 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแอลฟา ของทัศนคติและ พฤติกรรมการป้องกันไวรัสเท่ากับ .83 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก พหุกลุ่ม (Multinomial Logistic Regression) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีเยี่ยม ร้อยละ 58.50 ($\bar{X} = 162.81$, $SD = 15.07$) โดยด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 27.28$, $S.D. = 2.96$) ปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 11.90 อย่างมีนัยสำคัญที่ .000 (Nagelkerke – $R^2 = 11.90$)

ดังนั้นวิทยาลัยควรมีการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน โดยการให้ความรู้ ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสรวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสให้กับนักศึกษา เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาต่อไป

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ไวรัส; นักศึกษาพยาบาล

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

1 ผู้ประพันธ์บทความ puangpet.j@mail.bcnlp.ac.th โทร: 091-8581070



บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจของสาธารณสุขทั่วโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ของโลก จากรายงานวัณโรคของโลก (Global Tuberculosis Report 2020) ปี ค.ศ 2019 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคประมาณ 10 ล้านคนทั่วโลก โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 56.00 เพศหญิง ร้อยละ 32.00 เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 12.00 และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคทั้งสิ้น 1.2 ล้านคน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี (TB/HIV) เสียชีวิตเพิ่มอีก 208,000 คน (World Health Organization, 2020) ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศทั่วโลกที่ถูกจัดกลุ่มให้เป็นประเทศที่มีภาวะวัณโรคสูง (High Burden Country Lists) โดยมีองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ 1) เป็นกลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคสูง 2) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ 3) กลุ่มที่มีจำนวนและอัตราป่วยวัณโรคคือยาหลายขนาน (World Health Organization, 2018) สถานการณ์วัณโรคของประเทศไทย พบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคเท่ากับ 153 คนต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด 106,000 รายต่อปี จำนวนผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา 85,029 บาท โดยเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า (Global Tuberculosis Report, 2019)

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Mycobacterium tuberculosis* ซึ่งอยู่ในกลุ่ม *Mycobacterium Tuberculosis Complex* วัณโรคเกิดทุกอวัยวะในร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80.00) ซึ่งสามารถแพร่เชื้อได้ง่าย และอาจพบในอวัยวะอื่น ๆ นอกปอดได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมทอนซิล หลอดลม กระดูก สันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท เป็นต้น วัณโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคปอด หลอดลม หรือกล่องเสียง ไอ จาม พูดดัง ๆ ตะโกน หัวเราะหรือร้องเพลง ทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei หรือ aerosol) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นดินและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1-5 ไมครอนเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศ ซึ่งผู้สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปอนุภาคขนาดใหญ่จะติดอยู่ที่จมูกหรือลำคอ ซึ่งมักไม่ก่อให้เกิดโรค แต่อนุภาคขนาดเล็ก ๆ จะเข้าไปสู่ถุงลมในปอดและเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่ได้รับการรักษาหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่หายสามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่นไปได้เรื่อย ๆ ผู้ที่ได้รับเชื้ออาจจะไม่ป่วยเป็นวัณโรคทุกคน เพราะร่างกายมีกลไกหลายอย่างที่จะต่อสู้และป้องกันเชื้อวัณโรค อย่างไรก็ตามในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5.00 ป่วยเป็นวัณโรคใน 2 ปีแรกหลังการติดเชื้อ และอีกร้อยละ 5.00 เกิดในช่วงเวลาที่เหลือของช่วงชีวิต (Pongpant, 2018) วัณโรคเป็นโรคที่ปรากฏอาการช้า ๆ ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังอยู่ในชุมชนและเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขล่าช้า หรือบางรายเข้าไม่ถึงระบบบริการ หรือเข้าสู่ระบบบริการแล้วแต่ได้รับการวินิจฉัยล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่ผู้อื่นส่งผลต่อการควบคุมวัณโรคในภาพรวม ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคลากรทางสุขภาพได้ จากการศึกษาวัณโรคในบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลตติยภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรทางสุขภาพป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 41 ราย เป็นบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด (ร้อยละ 48.80) รองลงมาเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 14.60) โดยแผนกที่พบบุคลากรป่วยเป็นวัณโรคมากที่สุด คือแผนกอายุรกรรม (ร้อยละ 57.30) (Trakultaweek, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อวัณโรคแฝงของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ที่ประกอบด้วย พนักงานธุรการ พนักงานประจำตึก ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ ผลการศึกษา พบว่าการทำงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวันมีความเสี่ยง 1.87 เท่า (Adj. OR=1.87; 95% CI: 1.19-2.54) พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคมากที่สุดถึง 5.50 เท่า (Adj. OR=5.50 ; 95% CI: 1.54-17.87) (Sangnean, 2022) เห็นได้ว่าพยาบาลเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อวัณโรคจากผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานสูงกว่าสาขาวิชาชีพอื่น นักศึกษา



พยาบาลถือเป็นหนึ่งในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคเช่นกัน จากการศึกษาการเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคของบุคลากรในทีมสุขภาพโรงพยาบาลรามารามิบัติ ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรร้อยละ 68.10 มีผลบวกจากการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนัง (Tuberculin Skin Test, TST) ซึ่งการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนัง เป็นการทดสอบวัณโรคบนผิวหนังโดยการใช้ยา Purified Protein Derivative (PPD) ฉีดเข้าใต้ผิวหนัง (Intradermal test) หลังจากนั้น 48 – 72 ชั่วโมง จะมีการตรวจดูบริเวณผิวหนังโดยวัดรอยนูนแดง หากเท่ากับหรือมากกว่า 5 มิลลิเมตรขึ้นไป ถือว่าได้ผลบวก (Department of Disease Control, 2017) มีบุคลากรป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 9 ราย โดยบุคลากรที่พบผลบวกจากการทดสอบทูเบอร์คูลินที่ผิวหนังมากที่สุดคือ นักศึกษาแพทย์ ปีที่ 3 (ร้อยละ 37.10) รองลงมาคือ นักศึกษาพยาบาลปีที่ 3 (ร้อยละ 36.50) และ พยาบาล (ร้อยละ 26.40) ตามลำดับ (Apivanich, Muntajit and Malathum, 2012) จากสถิติอัตราการป่วยเป็นวัณโรคของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2563 มีจำนวนทั้งสิ้น 22 คน อัตราความชุกการติดเชื้อวัณโรคคิดเป็นร้อยละ 3.63 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลที่ป่วยส่วนใหญ่จะแสดงอาการหลังจากฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

จากสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือการทำให้ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะช่วยยกระดับความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ การใช้ข้อมูลและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงเป็นการดำเนินงานสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกบริบท ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาการสื่อสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนในการจัดการสื่อสารสุขภาพส่งเสริมพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงเป็นศูนย์กลางในการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ประชาชนโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ให้ประชาชนมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ (สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมและนิยามความหมายของทฤษฎีความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam หมายถึง โมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) จากองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ดอน นัทปีม (2008) ได้จำแนกความฉลาดทางสุขภาพเป็น 3 ระดับ 1) ความแตกฉานด้านสุขภาพ 2) การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ 3) ความฉลาดทางสุขภาพ (Kaewdamkereng, 2018) โดยแนวคิดนี้พัฒนามาจากการดูแลรักษาทางคลินิกและการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง ความเสี่ยงในการเกิดโรค ในกรณีบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยจะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการจัดการทางสุขภาพ สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับในปัจจุบันพบว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพของคนไทยในประเทศไทย นั้นขาดการแสวงหาและการตรวจสอบข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังไม่รู้วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ ขาดการวิเคราะห์ผลดีและผลเสียของสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง ขาดทักษะในการเลือกรับสื่อและประเมินข้อความสื่อที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ (Health Education Division, Department of Health Service Support, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การติดเชื้อในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และอัตราตายมีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ (McDonald & Shenkman, 2018) สอดคล้องกับผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอด ร้อยละ 29.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับค่อนข้างต่ำโดยไม่ทราบเลยว่าไอเป็นอาการสำคัญของวัณโรคปอด และหากตนเองติดเชื้อวัณโรคจะสามารถแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่นได้ (Penaloza et al., 2019) และ



จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปอดในผู้ป่วยรายใหม่ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางหรือพอใช้ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตัวเองจากโรคปอด ให้บุคคลมีความรู้ ตระหนัก ตัดสินใจ ตลอดจนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ เพื่อเข้าสู่การวินิจฉัยและรักษาด้วยสูตรยาในระยะรักษาแบบเข้มข้น (Intensive phase) โดยเร็วจึงเป็นสิ่งสำคัญ (Koothanawanichphong, 2020)

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ชัดว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค แต่ในการพัฒนาให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนดหรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบหรือกลยุทธ์ในการพัฒนา (Health education division, 2018) ได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ความรู้ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อและทัศนคติ พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะและความสามารถส่วนบุคคล รูปแบบการใช้ชีวิต การจัดการสุขภาพและความเจ็บป่วย ระดับความเครียด ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล ประกอบด้วย ทักษะทางปัญญา ความสามารถในการวิเคราะห์ สถานการณ์ ทักษะการสื่อสารและทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทักษะทางสังคมและทักษะการพิทักษ์สิทธิตนเอง สิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และ 3) ระดับสังคม ได้แก่ การจัดระเบียบชุมชน ความเท่าเทียมทางสังคม สุขภาพและโครงสร้างทางการเมือง การพัฒนาความรู้ องค์กร และนโยบาย การเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพ การมีส่วนร่วม มาตรการทางสังคมเพื่อสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวในประเทศไทย พบการศึกษาของ Suwan (2020) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค ภายหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางสุขภาพ โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด ร้อยละ 38.1 การศึกษาพบว่าความรู้และทัศนคติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการศึกษาของ PanidaWapattanawong, Supapvanich and Sontichai (2017) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส พบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการทำงานมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการทำงาน ($r = .28, p < .01$) ทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคจากการทำงาน, การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูล, การรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์และการจัดการสภาพแวดล้อม และการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานหรือหัวหน้างานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละระดับมีหลายปัจจัย

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมาได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคทั้งในไทยและต่างประเทศยังน้อยอยู่ รวมทั้งในนักศึกษาพยาบาลยังพบค่อนข้างน้อย และยังไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้ขาดองค์ความรู้ในการอธิบายความเกี่ยวข้องเชิงปัจจัยในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เป็นนักศึกษาพยาบาล จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาในปัจจัยด้านระดับบุคคล ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรค ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรค พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรค ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ และปัจจัยระดับสังคม ประกอบด้วย การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันโรค การรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุน เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจมีความ



เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและแพร่กระจายเชื้อไวรัสของนักศึกษาพยาบาลได้ รวมถึงเพื่อให้ครอบคลุมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นองค์ความรู้สำหรับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล

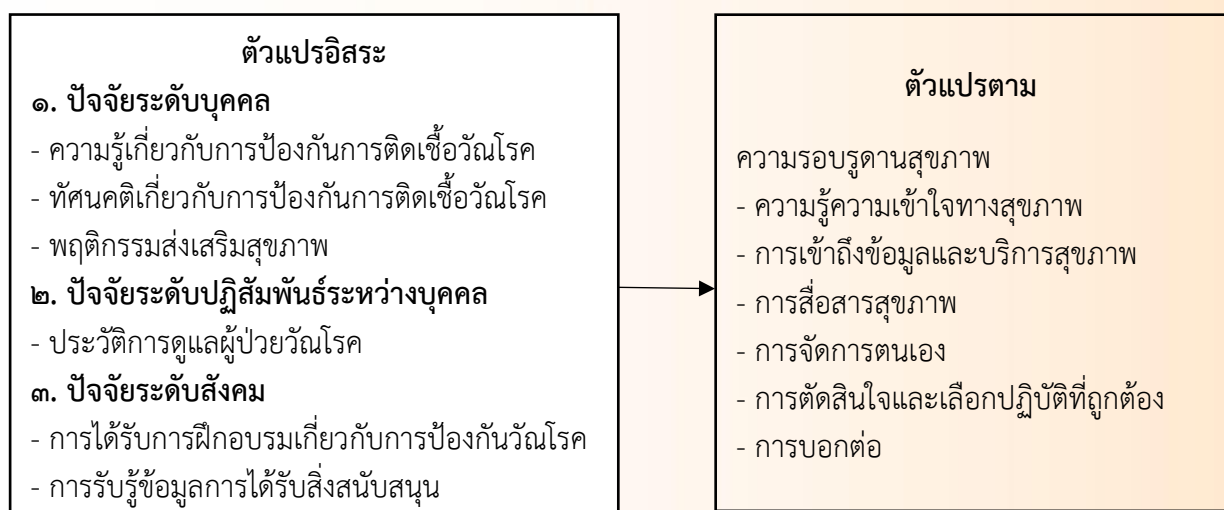
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของนักศึกษาพยาบาลได้

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive descriptive research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนมิถุนายน 2565 กลุ่มประชากร เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ชั้นปีที่ 1 - 4 ทั้งหมดจำนวน 579 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ส่วน ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรค จำนวน 8 ข้อ (เพศ อายุ ชั้นปี ประวัติได้รับการฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการให้บริการทางการแพทย์ ประสบการณ์การฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยโรค ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค)

2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ



พัฒนาโดย Supapvanich et al. (2020) ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิด ให้เลือกคำตอบที่ถูกต้อง (Multiple Choice) เพียงข้อเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม ทั้งหมด 10 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้ดังต่อไปนี้

คะแนนความรู้ 0-3 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

คะแนนความรู้ 4-7 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนความรู้ 8-10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

3) แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ พัฒนาโดย Supapvanich et al. (2020) ใช้ประมาณค่าแบบลิเคอร์ท ให้ระดับคำตอบที่ 5 ระดับ จาก 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับข้อคำถามเชิงลบ จาก 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยใช้ค่า อันตรภาคชั้น แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Sukviboon, 2009) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีทัศนคติระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีทัศนคติระดับสูง

4) แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน จำนวน 12 ข้อ พัฒนาโดย Supapvanich et al. (2020) ใช้ประมาณค่าแบบลิเคอร์ทให้ระดับคำตอบที่ 5 ระดับ ไม่เคยปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน, ปฏิบัติน้อยที่สุดได้ 2 คะแนน, ปฏิบัติน้อยได้ 3 คะแนน, ปฏิบัติมากได้ 4 คะแนน, ปฏิบัติมากที่สุดได้ 5 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่า อันตรภาคชั้น แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Sukviboon, 2009) ดังต่อไปนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับสูง

5) แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 ข้อ ใช้ประมาณค่าแบบลิเคอร์ท ให้ระดับคำตอบที่ 3 ระดับ มี เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ถ้าตอบใช่ได้ 3 คะแนน, ไม่แน่ใจได้ 2 คะแนน, ไม่ใช่ได้ 1 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่า อันตรภาคชั้น แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Sukviboon, 2009) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคระดับสูง

6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ (Health Education Division, Department of Health Service Support, 2019) ข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถและทักษะด้านสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้านๆ ละ 6 ข้อคำถาม ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารสุขภาพ 4) การจัดการตนเอง 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพร่วมกับผู้อื่น เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด โดยมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม 36 – 180 คะแนน



การวิเคราะห์และจำแนกผลการประเมินใช้วิธีกำหนดจุดตัด (cut point) โดยจำแนกเป็น 4 ระดับ หรือกลุ่ม ตามข้อเสนอแนะของการประเมินในกลุ่มประเทศยุโรป วิธีกำหนดจุดตัดเริ่มมีการพัฒนามาตั้งแต่ ปีค.ศ. 1970 มีการพัฒนาวิธีการกำหนดคะแนนจุดตัด เรียกว่า วิธีการตรวจสอบความสอดคล้อง (the direct consensus method) ซึ่งใช้วิธีให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินคะแนนจุดตัดขององค์ประกอบเป็นด้านๆ กำหนดจุดตัดโดยใช้ เกณฑ์ (Kaewdamkereng, 2018) ดังนี้

1) จำแนก 4 ระดับหรือกลุ่ม ตามแนวทางการประเมินในกลุ่มประชาชนของกลุ่มประเทศยุโรป (HLS-EU) (Sorensen et al., 2012; Pelikan et al., 2014)

2) เกณฑ์ที่ถือว่ามีความรอบรู้ฯ พอเพียงของประชาชนไทย คือ ร้อยละ 75 ตามรายงานสรุปผลการสำรวจความรอบรู้ฯ ระดับประเทศ ในกลุ่มประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 3) จุดตัดที่กำหนดแสดงให้เห็นการกระจายตามขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ประเมิน เพื่อให้ได้ สารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาส่วนขาดด้านความสามารถและทักษะของบุคคลในแต่ละกลุ่ม 4) การจำแนกระดับคะแนนแบ่งเป็น 4 กลุ่มหรือระดับ คือ ระดับที่ 1 ไม่เพียงพอ (inadequate) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (≤ 107 คะแนน) ระดับที่ 2 มีปัญหา (problematic) ช่วงคะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 74.90 (108-134 คะแนน) ระดับที่ 3 พอเพียง (sufficient) ช่วงคะแนนร้อยละ 75 ถึงร้อยละ 89.90 (135-161 คะแนน) และระดับที่ 4 ดีเยี่ยม (excellent) มีคะแนนร้อยละ 90.00 ขึ้นไป (162-180 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ถูกตรวจสอบความตรง (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 ท่าน ตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity, IOC) ในด้านของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความถูกต้องเชิงทฤษฎี และนำมาแก้ไข ปรับปรุงได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับนักศึกษาพยาบาลซึ่งมีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนที่วิทยาลัยพยาบาลเขตภาคเหนือ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดย นำแบบสอบถามที่นำไปทดลองใช้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามซึ่งเป็นแบบวัดความรู้ใช้วิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้เท่ากับ .90 และแบบสอบถามที่คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ใช้วิธีครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

2. ขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยชี้แจงอธิบายเกี่ยวกับโครงร่างวิจัย วัตถุประสงค์ของการทำวิจัยขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่และการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งชี้แจงเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจตรงกัน

3. หลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางแล้ว จึงเข้าสู่กระบวนการเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย (Recruitment Process) ดังนี้

3.1 ผู้ช่วยวิจัยในแต่ละชั้นปี ประชาสัมพันธ์เชิญโครงการวิจัยแก่นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ทุกคน



3.2. ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงรายละเอียดของวิจัย เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ กระบวนการเข้าร่วมกิจกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ ความเสี่ยงและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การออกจากการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและหนังสือยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพและตรวจสอบความสมบูรณ์ ผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบจนครบตามความยินยอมสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาลงรหัสเพื่อการวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency)

2. การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยระดับสังคม ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

4. หาปัจจัยที่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอย พหุกลุ่ม (Multinomial logistic regression analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลข E 2564/061 วันที่อนุมัติ 14 กรกฎาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยพรรณนาเชิงพยากรณ์ (Predictive descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล ระหว่าง เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2565 จำนวน 579 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.57 กลุ่มตัวอย่างมีอายุ เฉลี่ย 19.57 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการให้บริการทางการแพทย์ ร้อยละ 95.20 ไม่เคยป่วยหรือได้รับการรักษาไวรัส ร้อยละ 98.27 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสมาก่อน ร้อยละ 93.60 และส่วนใหญ่ในครอบครัวไม่เคยมีผู้ป่วยไวรัส ร้อยละ 95.85 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n= 579)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			
	ชาย	43	(7.43)
	หญิง	536	(92.57)
อายุ	18 ปี	109	(18.80)
	19 ปี	143	(24.70)
	20 ปี	156	(26.90)
	21 ปี	109	(18.80)
	22 ปี	62	(10.70)
	$\bar{X} = 19.57$		
ชั้นปี	ชั้นปีที่ 1	144	(24.87)
	ชั้นปีที่ 2	117	(20.21)
	ชั้นปีที่ 3	160	(27.63)
	ชั้นปีที่ 4	158	(27.29)
การได้รับการฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการให้บริการทางการแพทย์			
	เคย	28	(4.80)
	ระบุสถานที่		
	โรงเรียน	20	(71.43)
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	8	(28.57)
	ไม่เคย	551	(95.20)
ป่วยหรือได้รับการรักษาไวรัส			
	เคย	10	(1.73)
	ไม่เคย	569	(98.27)
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัสก่อน			
	เคย	37	(6.40)
	ระบุสถานที่		
	หอผู้ป่วย	30	(81.08)
	บ้าน	6	(16.22)
	ชุมชน	1	(2.70)
	ไม่เคย	542	(93.60)
ในครอบครัวเคยมีผู้ป่วยไวรัส			
	เคย	24	(4.15)
	ไม่เคย	555	(95.85)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=6.53$, S.D.=1.88) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน พบว่านักศึกษาพยาบาลร้อยละ 75.10 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.89$, SD= 0.66) ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน นักศึกษาพยาบาล ร้อยละ 97.20 มีพฤติกรรมในระดับดี ($\bar{X} = 4.64$, SD=0.55) และการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่ง



สนับสนุน ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน พบว่าร้อยละ 66.0 ของนักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ข้อมูลระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =2.51, SD=0.36) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกัน และการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุน การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน (n=579)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน		
ระดับความรู้ต่ำ (0 - 4 คะแนน)	44	7.60
ระดับความรู้ปานกลาง (5 - 8 คะแนน)	362	62.50
ระดับความรู้สูง (9 - 12 คะแนน)	173	29.90
$\bar{X}$ =6.53 คะแนน S.D.=1.88 คะแนน Min=2 คะแนน Max=10 คะแนน		
ระดับทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน		
ทักษะระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33	92	15.90
ทักษะระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67	435	75.10
ทักษะระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00	52	9.00
$\bar{X}$ =2.89 คะแนน S.D.= 0.66 Min=2 คะแนน Max=5 คะแนน		
ระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน		
ระดับไม่ดี (1.00 – 2.33 คะแนน)	8	1.40
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	8	1.40
ระดับดี (3.68 – 5.00 คะแนน)	563	97.20
$\bar{X}$ =4.64 คะแนน S.D.=0.55 Min=1 คะแนน Max=5 คะแนน		
ระดับการรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุนด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน		
ระดับไม่ดี (1.00 – 1.66 คะแนน)	197	34.00
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน)	382	66.00
ระดับดี (2.34 – 3.00 คะแนน)	0	.00
$\bar{X}$ =2.51 คะแนน S.D.=0.36 Min=1 คะแนน Max=3 คะแนน		

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (N=579)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 ไม่เพียงพอ (inadequate) (≤ 107 คะแนน)	0	.00
ระดับที่ 2 มีปัญหา (problematic) (108-134 คะแนน)	26	4.50
ระดับที่ 3 พอเพียง (sufficient) (135-161 คะแนน)	214	37.0
ระดับที่ 4 ดีเยี่ยม (excellent) (162-180 คะแนน)	339	58.5
M=162.81 คะแนน SD=15.07 Min=123 คะแนน Max=180 คะแนน		



ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์การถดถอยของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส (N=579)

ระดับความรู้	Independent variable	B	Wald	p-value	Exp(B)
ระดับที่ 2 มีปัญหา	Intercept	-.779	.072	.789	
	- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไวรัส	.451	1.386	.239	1.570
	- ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันไวรัส	.898	3.992	.046	2.456
	- พฤติกรรมการป้องกันไวรัส	-2.022	10.636	.001	.132
	- การรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุน	.331	.505	.477	1.392
	- การได้รับการฝึกอบรมหลักการป้องกัน การติดเชื้อไวรัส	.141	.017	.895	1.152
	- ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัส	.709	.435	.510	2.032
ระดับที่ 3 พอเพียง	Intercept	.965	.263	.608	
	- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไวรัส	.376	5.581	.018	1.456
	- ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันไวรัส	.651	11.655	.001	1.917
	- พฤติกรรมการป้องกันไวรัส	-1.324	5.742	.017	.266
	- การรับรู้ข้อมูลการได้รับสิ่งสนับสนุน	.027	.020	.888	1.027
	- การได้รับการฝึกอบรมหลักการป้องกัน การติดเชื้อไวรัส	.253	.343	.558	1.288
	- ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไวรัส	.131	.124	.725	1.140

a: The reference category is: ระดับที่ 4 ดีเยี่ยม, *: p-value < 0.05 มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์การถดถอยของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โดยใช้ระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยมเป็นกลุ่มอ้างอิง พบว่า

1) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับมีปัญหา ได้แก่ ปัจจัยด้านทักษะเกี่ยวกับการป้องกันไวรัส ค่า odds ratio เท่ากับ 2.456 และค่า B เป็นบวก หมายความว่า เมื่อทักษะเพิ่มขึ้นโอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปัญหาก็จะเพิ่มขึ้น 2.456 เท่า เมื่อเทียบกับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันไวรัส ค่า odds ratio เท่ากับ 0.132 และค่า B เป็นลบ หมายความว่าเมื่อพฤติกรรมการป้องกันไวรัสลดลงโอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปัญหา เท่ากับ 0.132 เท่า หรือลดลง 86.6 % $((0.132-1)*100)$ เมื่อเทียบกับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม

2) ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับพอเพียง ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไวรัส ค่า odds ratio เท่ากับ 1.456 และค่า B เป็นบวก หมายความว่า เมื่อความรู้เพิ่มขึ้นโอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับพอเพียงจะเพิ่มขึ้น 1.456 เท่า เมื่อเทียบกับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม ด้านทักษะเกี่ยวกับการป้องกันไวรัส ค่า odds ratio เท่ากับ 1.917 และค่า B เป็นบวก หมายความว่า เมื่อทักษะเพิ่มขึ้นโอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับพอเพียงจะเพิ่มขึ้น 1.917 เท่า เมื่อเทียบกับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการป้องกันไวรัส ค่า odds ratio เท่ากับ 0.266 และค่า B เป็นลบ หมายความว่าเมื่อพฤติกรรมการป้องกันไวรัสลดลง โอกาสที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับปัญหา เท่ากับ 0.266 เท่า หรือลดลง 73.4% $((0.266-1)*100)$ เมื่อเทียบกับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม



สรุปปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการฝึกปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ 4 ดีเยี่ยม (excellent) คือมีค่าคะแนนมากกว่าร้อยละ 90 คือคะแนนระหว่าง 162-180 คะแนน จากคะแนนเต็ม 180 คะแนน ร้อยละ 58.50 รองลงมาคือ ระดับที่ 3 พอเพียง (sufficient) คือมีค่าคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 คือคะแนนระหว่าง 135-161 คะแนน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของทาแกดซา มูนาทานาที่รา และคณะ (2022) ที่ศึกษาความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยนามิเบีย พบว่านักศึกษาพยาบาลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 76.5 และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่ศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพของนิสิตอยู่ในระดับสูง (Khampisut, 2017) และการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ พบว่าระดับความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลรวมอยู่ในระดับสูง (Kancham, Wongsawang, Suwan, Sitthimongkon and Techai, 2019) ที่ศึกษาซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Chaisombat et al, 2020) จากการศึกษาดังกล่าวเป็นกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายกัน แต่ผลของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากรายละเอียดของเนื้อหาเครื่องมือมีความเฉพาะทางด้านการพยาบาลและนักศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.93 ผ่านการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคมาาก่อน ร้อยละ 6.40 จึงส่งผลให้นักศึกษามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในระดับดีเยี่ยม สอดคล้องกับการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี พบว่านักศึกษาพยาบาล มีความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านคือการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือที่มีรายละเอียดสอดคล้องกับบทบาทของนักศึกษาพยาบาลที่ควรมี แสดงให้เห็นถึงเนื้อหาของเครื่องมือมีความสำคัญต่อผลการศึกษา (Turner, Rakkwamsuk and Duangchai, 2018)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การตัดสินใจด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 27.28, S.D. = 2.96) การที่นักศึกษาพยาบาลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพมากที่สุด หมายถึงการที่นักศึกษาพยาบาลมีการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธหรือเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดีมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสีย และสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นหรือแสดงข้อมูลที่หักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักศึกษาได้ผ่านการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัส จึงส่งผลให้นักศึกษามีทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในระดับดีเยี่ยม จากการศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล พบว่าการใช้อินเตอร์เน็ตมีผลต่อการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันมีการใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน ทำให้นักศึกษามีโอกาสในการใช้อินเตอร์เน็ตได้เพิ่มมากขึ้นส่งผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในนักศึกษาพยาบาล พบว่า ปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการติด



เชื้อวัณโรค และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 11.90 อย่างมีนัยสำคัญที่ .000 สอดคล้องกับการศึกษาของ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนราธิวาส พบว่า ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ (Supapvanich C. et al., 2020) ที่ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จังหวัดนราธิวาส พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานมีความความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงาน (Wapattanawong, Supapvanich and Sontichai, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Aiemchai, Chaisombut and Chopchit, 2022) ดังนั้นทางวิทยาลัยจึงควรคำนึงถึงการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคขณะฝึกปฏิบัติงานให้กับนักศึกษา เพื่อให้เกิดกระบวนการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน และเฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคขณะฝึกปฏิบัติงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาความรู้เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการฝึกปฏิบัติงานให้นักศึกษา จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการฝึกปฏิบัติงาน สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในนักศึกษาพยาบาลได้ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรหรือผู้เกี่ยวข้องจึงควรพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทัศนคติให้นักศึกษา อีกทั้งสามารถใช้ข้อมูลความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการศึกษารั้งนี้ ประกอบในการจัดทำหลักสูตร แนวทางการจัดการเรียนสอนเพื่อพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคต่อไป

2. การสอนในภาคปฏิบัติโดยอาจารย์ผู้สอน ควรให้คำแนะนำ การสนับสนุน และการติดตามประเมินการฝึกปฏิบัติงาน และสะท้อนคิดในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องให้กับนักศึกษา เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในทุกประเด็นของปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของนักศึกษาพยาบาลขณะฝึกปฏิบัติงาน และเกิดการพัฒนาการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยสำคัญอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ ประวัติการป่วยหรือได้รับการรักษาวัณโรคของนักศึกษาพยาบาล เป็นต้น ที่สามารถร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป

2. ควรศึกษาวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อไป



กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ผู้วิจัยและคณะขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย และกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้สละเวลาตอบแบบสอบถามการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Aiemchai K., Chaisombut D.& Chopchit D.. (2022). The Relationship between Health Literacy and Behaviors Regarding Rabies Prevention and Control of People in Mueang District, Phayao Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(2). (in Thai)
- Health Education Division ,Department of Health Service Support. (2019). HEALTH LITERACY tool. Retrieved May 28, 2021 from <http://www.hed.go.th/linkHed/382>
- Jaikham J., Wungrath J., Thongprachum A. (2021). Health Literacy and Health Promoting Behaviors Regarding to 3E.2S. Among Village Health Volunteers in Ban Hong District, Lamphun Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 8(2).1-24. (in Thai)
- Kaewdamkereng K. (2018). Health literacy:access, understanding, and application.2nded. Bangkok:Amarin Printing and Publishing Public Company Limited. (in Thai)
- Kancham S., Wongsawang N., Suwan T., Sitthimongkon T. & Techai S.. (2019). Health literacy and Health behaviors among students at Uttaradit Rajabhat University. *Academic Journal of Science and Applied Science*, (in Thai)
- Khampisut J.. (2017). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Students in Naresuan University.The *Journal of Educational Measurement Mahasarakham University*, 24(1) (in Thai)
- Munangatire T.. (2022). Nestor Tomas and Violetha Mareka. Nursing students' understanding of health literacy and health practices: a crosssectional study at a university in Namibia. *Biomedcentral nursing*, 21(8).
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-8.
- Nutbeam D.(2000). Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*; 15(3) :259-67.
- Pongpant S.. (2018). Healthcare Personnel Safety and Tuberculosis. *Journal of preventive of medicine association of Thailand*, 8(3). (in Thai)
- Sangngan T..(2022). Prevalence and Risk Factors of Latent Tuberculosis Infection among Health Care Workers in Roi Et Hospital. *Srinagarind Med Journal*, 37(4). (in Thai)
- Sukviboon, T. (2009). Rating Scale. Retrived May 29, 2022 from <https://www.ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>
- Supapvanich C., Nazae H., Pongkasert A., Darama M., Sornboot J.&Kachapornwongkorn S..(2020).



Tuberculosis Preventive Behaviors among Nursing Personnel at Community Hospitals in Narathiwat Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7(1), 293-305 (in Thai)

Turner K., Rakkwamsuk S. & Duangchai O.. (2018). Health literacy of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. Journal of health science research 12(1). (in Thai)

World Health Organization. (2022). Global Tuberculosis Report 2022. Retrieved August 20, 2022 from <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2022>

Wapattanawong P., Supapvanich C. & Sontichai A.. (2017). Preventive Behaviors of Occupational Tuberculosis among Healthcare Workers in Narathiwat Rajanagarindra Hospital, Narathiwat Province. Princess of Nara



Relationships between Health Literacy and 3E 2S Health Behavior of the Elderly with Diabetes in Mueang Lampang District, Lampang Province.

Budsarin Padwang*, Usanee Wannalai^{1*}, Wipa Iamsumang Jaramillo*

(Received December 28, 2022, Revised: May 4 2023, Accepted: June 13, 2023)

Abstract

The study aimed to explore relationships between health literacy and 3E 2S health behaviors among the elderly with diabetes in Mueang Lampang District. Participants were 450 elders who were diagnosed with diabetes and lived in Mueang Lampang District. Participants were selected using multi-stage random sampling method. Research instrument were the health literacy and 3E 2S health behavior assessment questionnaires. Data were analyzed using for frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The findings showed that the mean 3E 2S health literacy score of the elderly with diabetes was at moderate level ($\bar{x} = 2.39$, $SD = .60$). The mean 3E 2S health behavior of elderly with diabetes was at a good level ($\bar{x} = 4.10$, $SD = .57$). There was a statistically significant relationship between 3E 2S health literacy and health behavior ($r = .372$, $p < .001$)

Per the findings, public health personnels should develop 3E 2S health literacy activities to promote 3E 2S health behaviors in the elderly with diabetes.

Keywords: Health literacy; 3E 2S health behavior; elderly with- diabetes

¹*Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author: jayjang@yahoo.com Tel: 086-9211531



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส
ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

บุรินทร์ ผัดวัง*, อุษณีย์ วรรณาลัย^{1*}, วิภา เี่ยมสำอางค์ จารามิลโล*

(วันรับบทความ : 20 พฤศจิกายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 18 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 13 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเขตอำเภอเมืองลำปาง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 450 คน กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{x} = 2.39$, $SD = .60$) พฤติกรรมด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.10$, $SD = .57$) และพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .372$, $p < .001$)

จากผลการศึกษา บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อมุ่งสร้างพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส; ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

* อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประสานงาน: jayjang@yahoo.com โทร: 086-9211531



บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากมีอัตราการเกิดลดลงและการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสูงอายุ สถานการณ์ ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรสูงอายุจำนวน 11,633,188 คน คิดเป็นร้อยละ 17.58 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office., 2020) จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง พบว่าในจังหวัดลำปาง มีประชากรผู้สูงอายุ 161,641 คน คิดเป็นร้อยละ 22.17 ของประชากรทั้งหมดโดยอำเภอเมืองลำปางมีประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งสิ้น 49,359 คน คิดเป็นร้อยละ 30.54 ของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ในจังหวัดลำปาง (Lampang Provincial Public Health Office., 2021) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่มีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ย่อมส่งผลต่อการรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Srisuwo, 2012)

ผู้สูงอายุเป็นวัยของความเสื่อม ซึ่งสาเหตุมาจากอายุที่มากขึ้นจะมีการเสื่อมของตับอ่อนที่ทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนอินซูลิน นอกจากนี้การที่อายุมากขึ้น ยังอาจทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินออกฤทธิ์ได้น้อยลง ส่งผลให้เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย เกิดจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เนื่องจากความ ผิดปกติในการหลั่งอินซูลิน ความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองประการ (Nithiyanan, 2016) การที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเวลานานจะก่อให้เกิดความผิดปกติต่อโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Nithiyanan, 2016) โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อย และพบมากขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง เช่น การรับประทานอาหาร ไม่ถูกต้องส่วน รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่พอ ขาดการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ มีภาวะเครียด สูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ยาวนาน เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากจึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Srisuwo, 2012) จากผลการสำรวจของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำปางพบว่า ปี พ.ศ.2564 มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานในจังหวัดลำปางสูงถึง 30,421 คน คิดเป็นร้อยละ 18.82 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัดลำปาง โดยอำเภอเมืองลำปาง มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน 10,126 คน คิดเป็นร้อยละ 20.52 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัดลำปาง (Lampang Provincial Public Health Office., 2021) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการ ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อรักษาสุขภาพของตนให้คงดีอยู่เสมอ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อนภาวะแทรกซ้อนของโรคและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในอนาคต (Srisuwo, 2012)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยาม "ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ" ว่าหมายถึง "ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริม และบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) ในขณะที่ Srisuwo (2012) ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นสมรรถนะและทักษะของบุคคลตามคุณลักษณะพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 7) การมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพทางสังคม ซึ่งหากบุคคลมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพก็จะสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาความสามารถ



ในระดับบุคคลและเป็นการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืนหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายสูงขึ้น (Kosol, Ubonkan, Limwichitwong & Sirikaew, 2019) อีกทั้งจากการดำเนินชีวิตในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและการรับประทานอาหาร การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาระยะเวลานาน เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Srisuwo, 2012)

การนำแนวคิดแบบแผนความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่เข้าใจง่ายและครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มาเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะเป็นการพัฒนาความสามารถในระดับบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2559 - พ.ศ. 2579) ด้านผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ (Active and Health Ageing) (National Statistical Office., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส) และแนวทางการจัดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (Phongphaitoonsin, Nomsiri, & Kongsupon, 2020) ได้สรุปผลการวิจัยประเด็น พฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส) คือ การที่บุคลากรสายสนับสนุนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์อยู่ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถประยุกต์สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม และไม่สามารถจัดการอารมณ์หรือความเครียดที่เหมาะสมสำหรับตัวของบุคลากรเอง จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับที่ไม่ดี และพบว่าการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส) ตามบริบทบุคลากรสายสนับสนุน ควรเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพ เช่น ทักษะในการค้นหาข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการประเมิน การตัดสินใจและการนำความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ตนเองและคนใกล้ชิดมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นสิ่งที่ควรตระหนักว่าการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ มีความสำคัญกับผู้สูงอายุด้วยซึ่งจากการศึกษาเพิ่มเติมจากแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) และผลลัพธ์ของแนวคิดจะทำให้เกิดการการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น และเพื่อมุ่งให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่จะตามมา จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิดของ Nutbeam (2008) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก

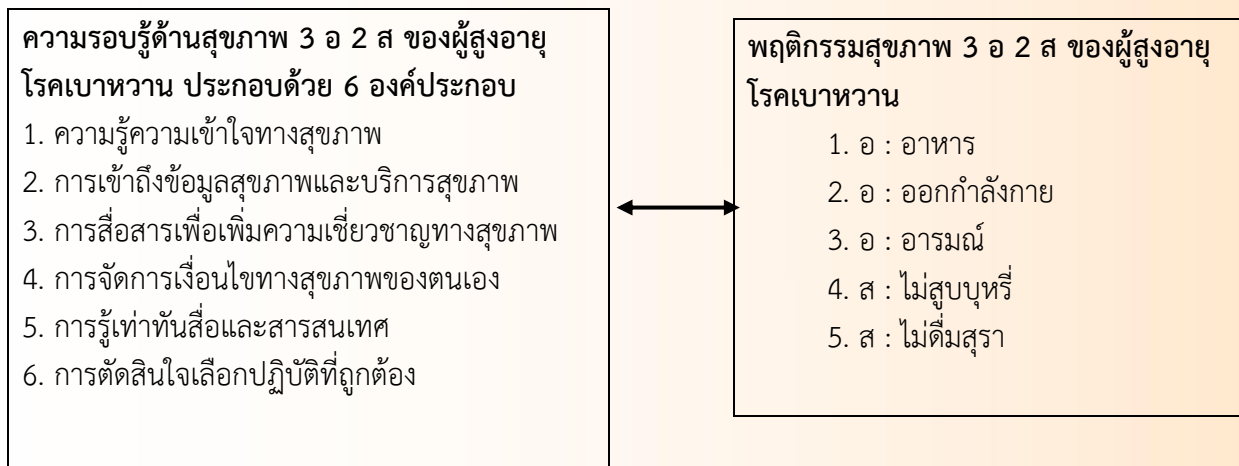


ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 2) ด้านกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยมาตามนัดทุกครั้ง 3) ด้านพื้นที่ คือ รพ.สต.บ้านต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึง มิถุนายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ภายใต้ นโยบาย 3 อ 2 ส ในส่วนประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส และ Division of Health Education, Department of Health Service Support (2017) คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสร้างแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาทักษะที่จำเป็นตามองค์ประกอบหลักของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นไปตามหลักการขององค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนา ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาแบบสอบถามการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลักพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุ คาดหวังว่าจะได้เครื่องมือที่สามารถใช้กับผู้สูงอายุในการ ควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Correlative Descriptive Research) ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาต่อเนื่องในเขตอำเภอเมืองลำปาง จำนวน 10,126 คน

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คำนวณขนาดกลุ่ม โดยใช้วิธีของ Taro Yamane (1973) ที่ความคลาดเคลื่อน 0.5 ได้จำนวน 385 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) ดังนี้

1. สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Cluster random sampling) คือ ในเขตอำเภอเมืองลำปางแบ่งเป็น 19 ตำบล ได้แก่ เวียงเหนือ หัวเวียง สวนดอก สบตุ้ย พระบาท ชมพู กล้วยแพะ ปงแสนทอง บ้านแลง บ้านเสด็จ พิชัย หุ่นฝาย บ้านเอื้อม บ้านเป้า บ้านคำ บ่อแฮ้ว ต้นธงชัย นิคมพัฒนา บุญนาพัฒนา สุ่มโดยการจับสลากได้กลุ่มตัวอย่าง คือ ตำบลต้นธงชัย เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นธงชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

2. สุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota Sampling) การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ที่กำหนดไว้ คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีสัญชาติไทย 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 3) สามารถอ่าน-เขียนภาษาไทยได้ สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ 4) สามารถเดินทางออกนอกบ้าน ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียง 5) เป็นผู้ที่ไม่มีความจำเสื่อม (Dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) มีค่าคะแนนจุดตัด 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน 6) เป็นผู้ที่ไม่มีความจำเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน 2Q ถ้าไม่มีคำตอบ ทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ แต่ถ้าคำตอบมีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึงเป็นผู้เสี่ยงโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนนจากคะแนนเต็ม 27 คะแนน 7) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะเข้าร่วมวิจัย และสามารถตอบการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการศึกษา

สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ อาสาสมัครขอถอนความยินยอมหรือระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความผิดปกติจากสภาวะสุขภาพหรือสาเหตุอื่นๆ อันเนื่องมาจากตัวอาสาสมัครเอง เช่น ภาวะเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันในระหว่างการเก็บข้อมูลที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการทำวิจัยในครั้งนี้ได้ และไม่ก่อประโยชน์ต่ออาสาสมัคร

3. สุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนดไว้ข้อที่ 2 โดยการจับสลากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 385 คนและเพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนทางสถิติ ผู้วิจัยเก็บเพิ่ม 20% เป็น 460 คน แต่เก็บรวบรวมข้อมูลได้สมบูรณ์ 450 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ประเภทของผู้ตอบแบบประเมิน ได้แก่ เพศ อายุ นับถือศาสนา สถานภาพ การศึกษา ลักษณะงาน (อาชีพ) โรคร่วม จำนวนปีที่เจ็บป่วยและการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์ดัดแปลงจาก Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ

2.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีลักษณะเป็นแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 10 ข้อ มี 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน



2.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

2.3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

2.4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

2.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

2.6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมทั้ง 6 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบ่งเป็นค่าคะแนน 0 - 4 คะแนน นำค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละด้านมาหาค่าเฉลี่ยและจัดระดับ ดังนี้

ค่าคะแนน	0.00 - 1.33	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ
ค่าคะแนน	1.34 - 2.67	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง
ค่าคะแนน	2.68 - 4.00	หมายถึง	ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ใช้ของ Division of Health Education, Department of Health Service Support., (2017) ส่วนที่ 3 ตอนที่ 5 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยมีข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ จำนวน 6 ข้อ

ให้คะแนนในเชิงบวก	ให้คะแนนในเชิงลบ	หมายถึง
5	1	6 – 7 วัน/สัปดาห์
4	2	4 – 5 วัน/สัปดาห์
3	3	3 วัน/สัปดาห์
2	4	1 – 2 วัน/สัปดาห์
1	5	ไม่ได้ปฏิบัติ

การแปลผล

ช่วงคะแนน	แปลผล
1.00 – 2.33	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ในระดับต่ำ
2.34 – 3.67	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ 2ส ในระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ก่อนนำแบบประเมินไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย โดยจะมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพประยุกต์ดัดแปลงจากแบบประเมินวัดความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของ (Nutbeam, 2008) เมื่อผู้วิจัยได้ประยุกต์แล้วมีการตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างเชิงเนื้อหา (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบ



โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และหาความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าเท่ากับ .85 หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้ กับกลุ่มเป้าหมายใกล้เคียงในเขตชุมชนป่าขามและชุมชนศรีชุม จำนวน 30 คน และตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์แบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ .83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล หลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยขอหนังสือจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นธงชัย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาลงหมายเลขแล้วนำไปเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโดยสมัครใจโดยชี้แจงหลักการพิทักษ์ผลประโยชน์และหลักการยุติธรรมแก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และในการบันทึกข้อมูลจะมีการปกปิดชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เก็บรักษาข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับ โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและนำเสนอผลวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคมไม่ขายผลข้อค้นพบจนเกินความเป็นจริง หรือผลงานวิจัยไปในทางมิชอบนำเสนอในภาพรวมในหลักวิชาการและจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ ของการศึกษาเท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองวิจัยเลขที่ E2565-025 จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นธงชัย และกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

2. หลังจากได้รับหนังสืออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นธงชัย และกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างเก็บเป็นความลับใช้ในการทำวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัย ในภาพรวมตามวัตถุประสงค์งานวิจัยที่นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเท่านั้นและ อธิบายถึงการยินยอมและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเลือกเวลา และสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และอย่างเช่นยินยอมก่อนตอบแบบสอบถามทุกราย

3. ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือเช่นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำผลคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย ความถี่และร้อยละ
2. การวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2สของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 สของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product moment Correlation Coefficient) โดยก่อนการวิเคราะห์มีการตรวจสอบให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ทางสถิติสหสัมพันธ์ ดังนี้



- 3.1 ข้อมูลมีลักษณะการวัดแบบมาตราส่วนหรือมาตราอัตราส่วน
- 3.2 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติอย่างน้อย 1 ตัวแปร และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
- 3.3 ข้อมูลในแต่ละชุดจะต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 450 คน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.18 (SD = 7.22) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 65-69 ปี มากที่สุดจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 32.67 รองลงมา มีช่วงอายุ 60-65 ปี จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 29.33 เป็นเพศหญิง ($n = 280$, 62.22 %) มากกว่าเพศชาย ($n = 170$, 37.78 %) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 71.33 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 336 คน คิดเป็นร้อยละ 74.67 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 445 คน คิดเป็นร้อยละ 98.89 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน/ทำงานบ้าน จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 มีโรคร่วมจำนวน 381 คน คิดเป็นร้อยละ 84.67 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 364 คน คิดเป็นร้อยละ 95.54 รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 54.07 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยยา รับประทาน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 60.80 มีระยะของเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยที่ 10.68 ปี (SD = 8.27) และรับการรักษาโรคเบาหวานโดยยารับประทานมากที่สุด จำนวน 432 คน คิดเป็นร้อยละ 96.00

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.39$, SD = .60) เมื่อพิจารณารายด้านอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ยกเว้นด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดี ($M = 2.72$, SD = .89) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($n = 450$)

ความรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส	Mean	S.D.	ระดับ
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.59	.16	ปานกลาง
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.14	1.16	ปานกลาง
ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	2.07	1.07	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	2.54	.87	ปานกลาง
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	2.52	1.07	ปานกลาง
ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	2.72	.89	ดี
ภาพรวม	2.39	.60	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส โดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.10$, SD = .57)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .372$) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($r = .206$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r = .276$) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($r = .283$) และด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ($r = .471$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 เช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองตามหลัก 3อ 2ส ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 450$)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส	p-value
	r	
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	.058	.223
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.276	.000**
ด้านที่ 3 การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	.283	.000**
ด้านที่ 4 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	.471	.000**
ด้านที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	.206	.010**
ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	.115	.027*
ภาพรวม	.372	.000**

*p-value < .05, **p-value < .01, p-value < .001***

อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังต่อไปนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปางพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ทั้ง 6 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 239, SD = .60$) ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความรอบรู้เพิ่มขึ้นย่อมเกิดทักษะในการดูแลจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น จากผลการศึกษาผู้สูงอายุอาจเข้าถึงข้อมูลและบริการเพราะเจ็บป่วยไม่นาน อยู่ ณ ช่วงเวลา 0 – 5 ปี มีการสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพที่ได้รับคำแนะนำ ช่วยเหลือ นำมาซึ่งการคิด พิจารณา ตัดสินใจ ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายอายุ 60 – 69 ปี ที่ยังมีความสามารถรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศอันนำมาซึ่งการตัดสินใจ ในการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางถึงดี แต่อาจเนื่องจากส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าวที่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความรอบรู้ทางสุขภาพน้อยลงซึ่งจากการศึกษาก็พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง แห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.29, SD = 8.18$) (Meeboonmak, 2019) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ 2ส ทั้ง 6 ด้าน กล่าวว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้องบ้าง (Srisuwo, 2012) ทั้งนี้อาจจะมียปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ



โรคเบาหวานที่ผลการศึกษายู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยพยากรณ์ การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ที่พบว่าปัจจัยด้านโรคประจำตัวสามารถร่วมทำนายการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลงและเกิดภาวะพึ่งพาสูงมากขึ้น ส่งผลต่อจิตสังคมที่มีการถดถอยตามโรคเรื้อรังและความรอบรู้ทางสุขภาพตามมา ซึ่งควรมีการส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมความรู้ให้เพิ่มมากขึ้น (Padwang & Tonyo, 2022)

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.10$, $SD = .57$) สอดคล้องกับ ระดับความรู้ด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($\bar{X} = 2.72$, $SD = .89$) อยู่ในระดับดี ทั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษา ตามแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความรอบรู้เพิ่มขึ้นย่อมเกิดทักษะในการดูแลจัดการตนเองได้ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ที่ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ทางเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($r = .372$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในช่วงอายุ 60 -69 ปี มีระยะของเวลาเจ็บป่วยในระยะ 0-5 ปี ซึ่งได้เข้าถึงระบบบริการรักษาที่มีบุคลากรทางสาธารณสุขให้คำแนะนำช่วยเหลือจึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีประสบการณ์จากการเจ็บป่วยเป็นเวลานานพอที่จะทำให้มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับผู้อื่นที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้น (Boonsatean, Reantippayasakul, 2020) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่พบด้านที่ 6 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 2.72$, $SD = .89$) จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ที่เหมาะสม จากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การตัดสินใจหลีกเลี่ยงการรับประทานที่มีรสหวาน มัน การตัดสินใจออกกำลังกายขณะที่เพื่อนบอกว่าไม่อยากจะออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยต่ำจากการมีความเครียดจากสถานการณ์ที่รุนแรง การตัดสินใจหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งผลของความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเชิงบวกระดับปานกลาง ซึ่งการเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ 2ส อยู่ในระดับไม่ต่ำ ร้อยละ 51.70 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 53.06 โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .508$, $p = .000$) (Singhasem, Krainara & Thiprat, 2019) และสอดคล้องกับการศึกษา ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประหานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ความฉลาดทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงกับการรับประหานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .227$, $P < .001$) (Lakhiao & Chaleekrua, 2015)



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบริการสุขภาพ ผลการวิจัยนี้ ได้การตระหนักและกระตุ้นให้มีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ในระดับชุมชน จนถึงระดับจังหวัดลำปาง เพื่อเป็นแนวทางป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ด้านการศึกษา ผลการวิจัยนี้ สามารถประยุกต์ใช้เพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนอื่นๆ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ด้านการวิจัย ผลการวิจัยนี้ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน ลดภาระการดูแล รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามหลัก 3อ 2ส เพื่อหาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน รวมถึงการศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม สุขภาพในโรคเรื้อรังอื่นๆหรือในบริบทพื้นที่ชุมชนอื่น

ควรศึกษาการพัฒนาแบบการส่งเสริมการทำนวัตกรรมการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย เช่นการใช้สื่อหรือแอปพลิเคชันเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก อาจารย์ ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัย เทพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และอาจารย์ ดร.ยุยยุทธ แก้วเต็ม อาจารย์กลุ่มงานวิจัยนวัตกรรมการซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้นธงชัย ทุกท่านที่ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานวิจัย ตลอดจนผู้สูงอายุโรคเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดลำปางทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Boonsatean, W, & Reantippayasakul, O. (2020). Health literacy: Situation and impacts on health status of the older adults. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, 2(1):1-19. (in Thai)
- Division of Health Education, Department of Health Service Support, (2017). Health knowledge and health behavior assessment report 2017. Retrieved 11 January 2022 from <http://www.hed.go.th/linkHed/321>. (in Thai)
- Intarakamhang, U. (2017). Health literacy: Measurement and development. Bangkok: *Behavioral Science Research Institute*. (in Thai)
- Kosol, N, Ubonkan, P, Limwichitwong, C, & Sirikaew. N.. (2019). *Health literacy and health behaviors 3E2S of working age for health management village: A case study of Ban*



- Wang Hin Community Thung Yai District Nakhon Si Thammarat Province. Meeting 10th National and International Academic Sessions, Hat Yai, Thailand. (in Thai)
- Lakhiao, A., Chaleekrua, T. (2015). Health quotient and factors affecting medication in patients with hypertension. Ban Piang Luang Health Promoting Hospital Chiang Mai Province. *National and International Academic Conferences and Research Presentations*, No. 1 at the National Group science 2015; 1(6):635-649. (in Thai)
- Lampang Provincial Public Health Office. (2021). *Official statistics registration system. population by age* Lampang Province: Lampang Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Mee Boonmak, Y., (2019). *On health knowledge of the elderly in a semi-urban community in Ratchaburi Province*. Ratchaburi: Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. (in Thai)
- National Statistical Office, (2020). *The 2020 survey of the older persons in Thailand*. Bangkok: Text and Journal Publication. (in Thai)
- Nithiyanan, W. (2016) *Thai people are sick with 'diabetes' rising to 5 million complications. Frequent 'kidney ailments'*. Retrieved 11 January 2022 from <https://www.hfocus.org/content/2016/11/12992>. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2008). *The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine*, 67 (12), 72-78.
- Padwang, B., Tonyo, N. (2022). Predictive factor Self-esteem of the elderly with chronic diseases in Muang District, Lampang Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 9(2), 195-212. (in Thai)
- Phongphaitoonsin, N., Nomsiri, A., Kongsupon, Ng. (2020). Health Behaviors and Health Promotion Management Guidelines for Supporting Staffs in Faculty of Medicine Thammasat University. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*. 3(2), 95-108. (in Thai)
- Srisuwo, K. (2012). A study of health literacy according to the 3E2S principle of the diabetic elderly in Ban Mae Non, Nong Phai Sub-district, Mueang District, Udon Thani Province. *Nursing, Health, and Education Journal*, 4(2), 35-44. (in Thai)
- Singhasem, P., Krainara, P., & Thiparat, W. (2019). The relationship between health literacy and health behaviors according to 3E2S of the elderly in Nong Trut Subdistrict, Trang Province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 11(1), 37-51. (in Thai)
- World Health Organization, (1998). *Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit*. Geneva: World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. 3rd Edition. New York: Harper and Row.



Factors predicting ability to prevent sexual harassment of undergraduate student in Lampang Province

Sriprapai Inchai^{*}, Natira Tiwato^{1*}

(Received April; 28, 2023, Revised: June 6, 2023, Accepted: June 13, 2023)

Abstract

The purposes of this predictive research were to study the correlated factors and predictive factors of ability to prevent sexual harassment of undergraduate student in Lampang Province. The sample of 389 people was calculated using Taro Yamane's formula at the significance level of .05. A cluster random sampling was used to recruit the sample from 4 institutions as Lampang Rajabhat University, Thammasat University, Lampang Centre, National Sports University Lampang Campus and Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Phra Boromarajchanok Institute. Data were collected by Assessment of factors related to the prevention of sexual harassment It consists of awareness of sexual harassment, assertive behavior, self-esteem and online media literacy which had a reliability value of .77, .71, .82 and .71, respectively, and the sexual harassment prevention behavior assessment questionnaire had a reliability of .74. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson correlation and Multiple regression analysis.

The results showed that factors related to sexual harassment prevention behavior with statistical significance at the .05 level, including perceptions of sexual harassment, assertive behavior, Self-esteem and online media literacy behavior. The correlation coefficient ranged from .158 to .411. Predictive factors of the sexual harassment prevention were sexual harassment perception (PER), online media Literacy behavior (MED), and assertive behavior (ASS). at the level of 72.5 % ($R^2 = .725$). The highest predicting factor was sexual harassment perception (PER) ($B = .558$, $p = .001$), followed by online media literacy behavior (MED) ($B = .485$, $p = .002$) and assertive behavior (ASS) ($B = -.348$, $p = .006$), The forecasting equation was as the following; $Y = 1.868 + .541(PER) + .453(MED) + .320(ASS)$

Keywords: Factors predicting, Sexual harassment, Undergraduate student

^{*} Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: nattira_tiwato@gmail.com Tel: 096-9965931



ปัจจัยทำนายความสามารถในการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศของนักศึกษา
ระดับอุดมศึกษา จังหวัดลำปาง

ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{*}, ณัฐริกา ทิวาโต^{1*}

(วันรับบทความ : 28 เมษายน 2565, วันแก้ไขบทความ : 3 พฤษภาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 13 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพหุปรการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 389 คน ได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ความคลาดเคลื่อน .05 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม ได้นักศึกษาจาก 4 สถาบัน ได้แก่มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง และ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคุกคามทางเพศ ประกอบด้วย การรับรู้การคุกคามทางเพศ พฤติกรรมการกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .77, .71, .82 และ .71 ตามลำดับ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้การคุกคามทางเพศ พฤติกรรมการกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ระหว่าง .158 ถึง .411 ส่วนปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การรับรู้การคุกคามทางเพศ (PER) พฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์เพื่อป้องกันการคุกคามทางเพศ (MED) และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก (ASS) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ร้อยละ 72.50 ($R^2 = .725$) ซึ่งปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด ได้แก่ การรับรู้การคุกคามทางเพศ (PER) ($B = .558, p = .001$) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ (MED) ($B = .485, p = .002$) และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก (ASS) ($B = -.348, p = .006$) ดังสมการพยากรณ์ต่อไปนี้ $Y = 1.868 + .541(PER) + .453(MED) + .320(ASS)$

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, การคุกคามทางเพศ, นักศึกษาระดับอุดมศึกษา

^{*}อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: nattira_tiwato@gmail.com Tel: 096-9965931



บทนำ

การคุกคามทางเพศ (Sexual Harassment) เป็นการกระทำหรือพฤติกรรมทางเพศ ที่ผู้ถูกกระทำหรือผู้ที่ตกเป็นเหยื่อถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาและไม่ต้องการ โดยการคุกคามทางเพศอาจอยู่ในรูปของการแสดงออกทางวาจา กริยาท่าทาง หรือการสัมผัสทางร่างกาย อีกทั้งยังเป็นการแสดงออกที่สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจต่อรองที่มีเหนือกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง (Nuansang et al., 2016) ในประเทศไทยการคุกคามเป็นเรื่องที่มีมาอย่างยาวนาน แต่ไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก สืบเนื่องมาจากอิทธิพลของรูปแบบทางทางสังคมที่ให้อำนาจแก่เพศชายในการควบคุมเพศหญิง และคนที่ใช้อำนาจเหนือกว่าจะแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศกับคนที่มีสถานะทางสังคมน้อยกว่า (Ploysuan, 2021) สอดคล้องกับสถิติจากฝ่ายส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศมูลนิธิหญิงชายก้าวไกล พบว่า ปี พ.ศ. 2562 มีข่าวการคุกคามทางเพศ 333 ข่าว เป็นข่าวเด็กและวัยรุ่นร้อยละ 84.8 และจากการติดตามข่าวการคุกคามทางเพศในสถานศึกษาช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 พบว่ามี 12 กรณี แบ่งเป็นระดับมัธยมศึกษา 6 กรณี ผู้กระทำเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่า คือครู ส่วนผู้ถูกกระทำส่วนใหญ่เก็บเรื่องไว้ไม่กล้าบอกใคร ส่วนการคุกคามทางเพศในระดับมหาวิทยาลัย 6 กรณี ผู้กระทำเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าคืออาจารย์ เพื่อน รุ่นพี่ โดยเข้ามาในลักษณะความหึงหวง และพยายามข่มขืนผู้ถูกกระทำ (Dailynews, 2021) อีกทั้งสังคมไทยมองการคุกคามทางเพศเป็นเรื่องที่น่าอับอายคิดว่าผู้เสียหายในกรณีทางเพศเป็นคนไม่ดี จึงไม่กล้าพูดถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในหลายกรณีนับว่าได้ว่าเป็นอาชญากรรมอย่างหนึ่งและยากแก่การป้องกัน ถึงแม้ว่าจะมีมาตรการทางกฎหมายลงโทษผู้กระทำผิดอย่างรุนแรง แต่เหตุการณ์ดังกล่าวก็ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นข่าวที่สร้างความสะเทือนใจต่อผู้คนในสังคมเสมอ (Thipsing et al., 2021)

การเกิดภัยคุกคามทางเพศ เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน การลดคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Soomboonsap & Tunneekul, 2015) และส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลในทุกเพศทุกวัย โดยผู้ที่ถูกคุกคามทางเพศมักเกิดความเครียด โกรธ ไม่สบายใจมีความวิตกกังวลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถ คุณภาพในการทำงานและทางด้านร่างกายจึงเป็นการลดประสิทธิภาพของบุคลากร (Chintanawat, 2013) ส่วนผลกระทบที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาเมื่อถูกคุกคามทางเพศโดยจะเกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เกิดความเครียดและวิตกกังวล นอนไม่หลับ หลีกหนีปัญหา รู้สึกอับอาย ตี๋มเครื่องตี๋ม แอลกอฮอล์มากขึ้น ไม่มีสมาธิในการเรียน ขาดเรียน ผลการเรียนตกต่ำ จนกระทั่งย้ายออกจากสถาบันการศึกษานอกจากนี้ยังอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าถูกเหยียดหยาม สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งที่มีความรุนแรง และนำไปสู่การทำร้ายร่างกายตนเองหรืออาจร้ายแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย (Klein & Martin, 2021)

การคุกคามทางเพศ หรือการล่วงละเมิดมีรูปแบบที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะการข่มขืน ลวนลาม หรือสัมผัสร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการ ทะเลาะด้วยสายตา คำพูด หรือกริยาท่าทางด้วย (Boonthong, 2022) โดยการคุกคามทางเพศที่พบได้มากมีทั้งหมด 3 ด้าน แบ่งเป็น ทางร่างกาย ทางวาจา และ การแสดงท่าทางหรือแสดงสัญลักษณ์ โดยทางร่างกาย เช่น การสัมผัส กอด จูบ ลูบ คลำ การจับหน้าอก หรือของสงวน การถูกต้อนเข้ามุม การพยายามข่มขืนกระทำชำเรา การถูกลูบไล้เนื้อตัว จับมือถือแขน และเบียดเสียดร่างกาย การคุกคามทางวาจา เช่นการใช้พฤติกรรมทางวาจาหรือคำพูดในการล้อเลียนพฤติกรรมทางเพศ การพิมพ์ทะเลาะแสดงความเป็นเจ้าของ การวิจารณ์รูปร่าง หน้าตา การแต่งตัว การเล่าเรื่องตลกลามก และการใช้ภาษาที่สื่อไปในทางการลวนลามทางเพศการเชยชวนด้วยคำพูด (Soomboonsap & Tunneekul, 2015) หรือการล้อเลียนรูปร่างหน้าตาบนอินเทอร์เน็ตเป็นการคุกคามทางเพศอีกรูปแบบหนึ่งในปัจจุบัน และการคุกคามโดยการแสดงท่าทางหรือแสดงสัญลักษณ์ เช่น การจ้องมองประชิดตัว แสดงท่าทาง ทำเสียง การยกคิ้วให้ การกลั่นแกล้งสร้างร่างกาย การได้รับคำชมในเรื่องสรีระ การถูกจ้องมอง ใช้สายตาทะเลาะเป็นเวลานาน (Klein & Martin, 2021) นอกจากนี้ยังมีการคุกคาม



ทางเพศในรูปแบบอื่น เช่น การกลั่นแกล้งถอดเครื่องสวมใส่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการดึงกางเกง หรือแม้กระทั่งบังคับให้ผู้อื่นแต่งเครื่องแบบที่สร้างความอับอายแก่ตนเอง ก็นับว่าเป็นการคุกคามทางเพศในอีกรูปแบบหนึ่งเช่นเดียวกัน (Parkotwong, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันการคุกคามทางเพศของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคุกคามทางเพศแก่นักศึกษา เช่น ลักษณะการคุกคามทางเพศ สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศ การฝึกทักษะต่างๆ เมื่อเจอสถานการณ์เหล่านั้นรวมถึงแนวทางการการดูแลช่วยเหลือเมื่อนักศึกษาถูกคุกคามทางเพศ จะช่วยให้นักศึกษาสามารถปกป้องตนเองให้รอดพ้นจากการถูกคุกคามทางเพศได้ (Klein & Martin, 2021) ซึ่งจากทบทวนปัจจัยป้องกันการคุกคามทางเพศ พบว่า มีแนวทางที่หลากหลาย ประกอบด้วย พฤติกรรมการกล้าแสดงซึ่งเป็นพฤติกรรมในการป้องกันสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ล่วงละเมิดหรือก้าวล่วงสิทธิของผู้อื่นรวมถึงการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ทางสังคมหลายๆ ด้านโดยเฉพาะในเรื่องการคุกคามทางเพศ (Sungsuk, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวศุทธิ อุ่นใจมานพ ชูนิล และศจีมาจ ณ วิเชียร (Ounjai et al., 2015) พบว่า บุคลากรที่มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกสูง เมื่อถูกเอารัดเอาเปรียบ บุคคลจะสามารถปรับสถานการณ์นั้นให้ถูกต้องโดยไม่รู้สึกละอายใจและจะมีการตอบสนองต่อการคุกคามทางเพศในที่ทำงานสูง และจากการศึกษาการคุกคามทางเพศกลุ่มชายข้ามเพศของ Chonticha Tippratum & Phitak Siriwong (2015) พบว่าการทำตัวเองให้มีคุณค่าเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงปัญหาการถูกคุกคามทางเพศได้ และจากผลการวิจัยกลุ่มชายรักชายพบว่าปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากตนเองการแก้ปัญหาควรเริ่มจากตนเองก่อน สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นหญิงพบว่าความเห็นคุณค่าในตนเองมีผลทางด้านบวต่อการคุกคามทางเพศ (Apell et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างกัน และการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยบทบาทของครอบครัวสามารถป้องกันการป้องกันเรื่องเพศ การคุกคามทางเพศ และปัญหาทารุณกรรมทางเพศ รวมถึงมีบทบาทสำคัญในกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก การสนับสนุนการฝึกทักษะการป้องกันตนเอง อีกทั้งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น จะส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองเรื่องสัมพันธ์ภาพทางเพศ อำนาจต่อรองเรื่องเพศ ทักษะการปฏิเสธการมีคุณค่าในตนเอง รู้จักรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง ในการป้องกันการคุกคามทางเพศ (Yiamchawee, 2017; Quadara et al., 2015) นอกจากนี้การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ โดยการระมัดระวังในการเข้าสู่โลกโซเชียล การตั้งค่าโซเชียลมีเดียเป็นส่วนตัวและการตระหนักถึงข้อความและรูปที่จะเผยแพร่ในโซเชียลมีเดีย (Maneeepha & Lerdtomornsakul, 2019) เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะป้องกันการคุกคามทางเพศในกลุ่มนักศึกษาได้ (Rattanasimakul et al., 2021)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาปัจจัยทำนายการคุกคามทางเพศ เพื่อนำข้อค้นพบไปใช้ในการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ในการส่งเสริมการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา เนื่องจากช่วงวัยเด็กและวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่ถูกคุกคามทางเพศมากที่สุด ซึ่งน่าจะเป็นช่องทางที่เป็นประโยชน์เพื่อนำไปสู่แนวทางการลดปัญหาและเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภัยคุกคามทางเพศที่เหมาะสมกับนักศึกษาระดับอุดมศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านพฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ



สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ

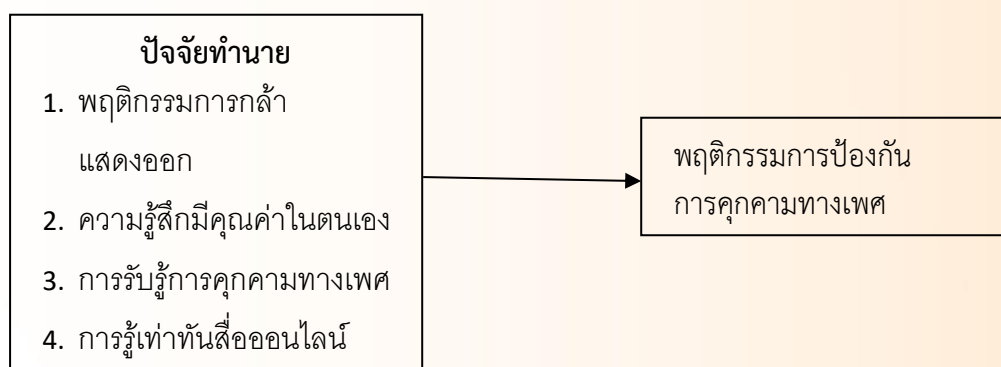
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาตัวแปรทำนาย 4 ตัวแปร ได้แก่ พฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ส่วนตัวแปรตามได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ 2) ด้านประชากร คือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา 9 สถาบัน จำนวน 13,236 คน (สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด, 2562) 3) ด้านพื้นที่ คือ สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในจังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2564 ถึง เดือนมิถุนายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาความสามารถในการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศ ที่เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อปกป้องสิทธิของตน ไม่ให้เกิดการคุกคามทางเพศซึ่งถือว่าการป้องกันระดับตัวบุคคล (Ministry of Social Development and Human Security, 2017) และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันตนเองจากการคุกคามทางเพศ 4 ปัจจัย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเกี่ยวข้องกับ การป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้แก่ 1) พฤติกรรมกล้าแสดงออก หมายถึง วิธีการแสดงสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ล่วงละเมิดหรือก้าวล่วงสิทธิของผู้อื่นรวมไปถึงการแสดงออกที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่อาจนำไปสู่การคุกคามทางเพศ 2) ความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การรับรู้ตนเองในทางบวก มีความเชื่อมั่นในความสามารถจนมั่นใจได้ว่าตนเองสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จตามที่ต้องการ ทำให้บุคคลมีความสุขและใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การรับรู้การคุกคามทางเพศ หมายถึง ประเมินพฤติกรรมของบุคคลอื่นเปรียบผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สังเคราะห์ แล้วทำให้เกิดความรู้สึกถึงการ ลุก้าเกินขอบเขตทางเพศที่พึงมี และทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ที่ถูกลุกค้านั้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ 4) การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ หมายถึง การเลือกรับสื่ออย่างหลากหลาย การคิดวิเคราะห์และประเมินคุณค่าและความเหมาะสมของเนื้อหานั้นได้ด้วยตนเอง ก่อนจะตัดสินใจเชื่อและปฏิบัติตาม (Brooks, 1992 ; Parkotwong , 2019; Center for Media Literacy, 2008)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จากสถาบันอุดมศึกษา 7 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 13,236 คน (Lampang Provincial Education Office, 2019)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา ในจังหวัดลำปาง จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ความคลาดเคลื่อน .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 389 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยกำหนดให้สถาบันเป็น Cluster เนื่องจากในทุกสถาบันมีนักศึกษาที่มีความหลากหลายครอบคลุมตามคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจึงได้จับสลาก 4 สถาบัน ประกอบด้วย (1) มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ได้แก่ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีการเกษตร คณะวิทยาการจัดการ คณะครุศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ 178 คน (2) มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง ได้แก่ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ 62 คน (3) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง 54 คน และ (4) คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก 151 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป้องกันการคุกคามทางเพศของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษา อาชีพเสริม คณะ/สาขาที่ศึกษา ที่พักอาศัย ประสบการณ์การฝึกงาน ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้การคุกคามทางเพศ จำนวน 12 ข้อ พฤติกรรมการกล้าแสดงออก จำนวน 10 ข้อ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในการป้องกันการคุกคามทางเพศ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด หรือแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก หรือแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง หรือแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย หรือแสดงพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด หรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการคุกคามทางเพศ ปรับปรุงจากเครื่องมือของ Saepang (2009) และ Phlangson (2011) จำนวน 18 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่

- 5 หมายถึง ท่านแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นประจำ
- 4 หมายถึง ท่านแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้ง
- 3 หมายถึง ท่านแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ท่านแสดงพฤติกรรมนั้นนานๆครั้ง
- 1 หมายถึง ท่านแทบจะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเด็กและวัยรุ่น ด้านสุขภาพจิต และด้านการศึกษา จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 - 1



ตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 31 คน วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินการรับรู้การคุกคามทางเพศ ได้ค่าเท่ากับ .77 พฤติกรรมการกล้าแสดงออก ได้ค่าเท่ากับ .71 ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง ได้ค่าเท่ากับ .82 และความรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ในการป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้ค่าเท่ากับ .71 ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ได้ค่าเท่ากับ .74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานและทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านอธิการบดี ผู้ช่วยอธิการบดี และผู้อำนวยการของสถาบันที่สุ่มตัวอย่างได้
2. ส่ง QR code แบบสอบถามออนไลน์แก่ผู้ประสานงานในแต่ละสถาบันเพื่อส่งให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยแบบขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสามารถส่งเอกสารไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment)
3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ได้รับหมายเลขรับรอง E2564-039 รับรองวันที่ 24 มิถุนายน 2564 ถึง 24 มิถุนายน 2565 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ผลกระทบบใด ๆ ไม่มีภาระระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 366 คน คิดเป็น ร้อยละ 94.09 เรียนชั้นปีที่ 3 จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 ไม่มีอาชีพเสริมนอกจากการเรียน จำนวน 305 คน คิดเป็นร้อยละ 78.41 ส่วนผู้ที่มีอาชีพเสริมจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.59 ประกอบอาชีพ สอนพิเศษ ทำงานออนไลน์ พนักงานต้อนรับ พี่เลี้ยงเด็ก นักกีฬาชกมวย ค้าขาย พนักงานรักษาความปลอดภัย งานบัญชี รับจ้างทั่วไป งานดูแลผู้ป่วย และงานที่มหาวิทยาลัยจ้าง นักศึกษามีประสบการณ์การฝึกงาน จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 36.76 และอายุเฉลี่ย 20.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08 ดังแสดงในตาราง 1



ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆและพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา จังหวัดลำปาง (N=389)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	336	86.38
ชาย	23	5.91
ชั้นปี		
ปี 1	78	20.05
ปี 2	103	26.48
ปี 3	170	43.70
ปี 4	38	9.77
อาชีพเสริม		
มีอาชีพเสริม	84	21.59
ไม่มีอาชีพเสริม	305	78.41
ประสบการณ์การฝึกงาน		
มีประสบการณ์	143	36.76
ไม่มีประสบการณ์	246	63.24
อายุ	ค่าเฉลี่ย 20.12 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.08	

ตอนที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านพฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้การคุกคามทางเพศ พฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์เพื่อป้องกันการคุกคามทางเพศ โดยเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงสุดได้แก่ การรับรู้การคุกคามทางเพศ ($r = .411, p = .001$) รองลงมาได้แก่การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ($r = .282, p = .001$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($r = .180, p = .006$) และ พฤติกรรมกล้าแสดงออก ($r = .158, p = .02$) ดังแสดงในตาราง 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆและพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ของนักศึกษา ระดับอุดมศึกษา จังหวัดลำปาง (n= 389)

ตัวแปร	การป้องกันการคุกคามทางเพศ	การรับรู้การคุกคามทางเพศ	การกล้าแสดงออก	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์
การป้องกันการคุกคามทางเพศ	1.000				
การรับรู้การคุกคามทางเพศ	.411*	1.000			



ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆและพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ของ นักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดลำปาง (n= 389) (ต่อ)

ตัวแปร	การป้องกันการคุกคามทางเพศ	การรับรู้การคุกคามทางเพศ	การกล้าแสดงออก	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์
การกล้าแสดงออก	.158*	.158*	1.000		
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.180*	.173*	.436*	1.000	
การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์	.282*	.377*	.165*	.215*	1.000

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายของปัจจัยด้านพฤติกรรมกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้การคุกคามทางเพศ และการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ การรับรู้การคุกคามทางเพศ (PER) พฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์เพื่อป้องกันการคุกคามทางเพศ (MED) และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก (ASS) โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถพยากรณ์ พฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ร้อยละ 72.50 ปัจจัยที่สามารถทำนายได้สูงสุด ได้แก่ การรับรู้การคุกคามทางเพศ (PER) (B=.558, p=.001) รองลงมาคือ พฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ (MED) (B=.485, p=.002) และพฤติกรรมการกล้าแสดงออก (ASS) (B=.-348, p=.006) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.868	.060		30.980	<.001
การรับรู้การคุกคามทางเพศ(PER)	.541	.072	.558	8.888	.001
การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์(MED)	.453	.077	.485	7.182	.002
พฤติกรรมการกล้าแสดงออก (ASS)	.320	.053	.348	3.001	.006

* $R^2 = .725$, Adjusted $R^2 = .662$, $F = 4.572$, p-value = .003

ดังนั้นผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ความสามารถในการป้องกันการคุกคามทางเพศ(BEH) ได้ร้อยละ 72.50 ดังสมการต่อไปนี้

$$Y = 1.868 + .541(PER) + .453 (MED) + .320 (ASS)$$



อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้การคุกคามทางเพศ พฤติกรรมการกล้าแสดงออก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ และสามารถทำนายการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ ยกเว้นปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการป้องกันการคุกคามทางเพศ แต่ไม่สามารถทำนายการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

การรับรู้การคุกคามทางเพศเป็นสาเหตุให้บุคคลตอบสนองต่อการถูกคุกคามทางเพศในรูปแบบการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยง สามารถอธิบายตัวแปรนี้ได้จากกระบวนการตีความของแต่ละบุคคลต่อพฤติกรรมการคุกคามทางเพศที่เป็นผลมาจากพื้นเพทางวัฒนธรรม ประสบการณ์ในอดีต และแรงจูงใจของบุคคล (Ounjai et al., 2015) ถ้าบุคคลพบเห็นเหตุการณ์คุกคามทางเพศอย่างต่อเนื่องในสังคม ย่อมทำให้เกิดการยอมรับพฤติกรรมนั้นว่าเป็นเหตุการณ์ปกติของสังคม และอาจส่งผลให้บุคคลไม่แสดงพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการคุกคามทางเพศ (McCabe & Hardman, 2005) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่าการรับรู้การคุกคามทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของเฟื่องลดา แผลงสร (Phlangporn, 2011) ที่พบว่าการรับรู้รูปแบบพฤติกรรมการคุกคามทางเพศจะนำไปสู่การป้องกันตนเองจากพฤติกรรมนั้น ๆ และวิจัยของภาวศุทธิ อุ่นใจ มานพ ชูนิล และศจีมาจ ณ วิเชียร (Ounjai et al., 2015) ที่พบว่าการรับรู้การคุกคามทางเพศในที่ทำงาน เป็นปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนการตอบสนองต่อการถูกคุกคามทางเพศในที่ทำงานได้ถึงร้อยละ 74

การรู้เท่าทันสื่อออนไลน์เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ เนื่องจากในปัจจุบันการคุกคามทางเพศรูปแบบหนึ่งคือการคุกคามผ่านโซเชียลมีเดีย เช่น การโจมตีเรื่องเพศ การดัดต่อภาพโป๊เปลือย การเผยแพร่และส่งข้อความ หรือภาพที่เกี่ยวข้องการกิจกรรมทางเพศของบุคคลอื่น เป็นต้น (Samoh, 2013) จากการศึกษาของ Musikapan (2009) พบว่าพฤติกรรมการใช้ออนไลน์ส่วนมากขาดการปกป้องผู้ใช้หรือผู้ปกครองไม่มีเวลารวมทั้งไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะติดตามดูแลพฤติกรรมของเด็กได้ ทำให้เกิดปัญหาการคุกคามทางเพศได้ ในขณะที่ภัทรธิดา ชัยเพชร และ พิมลพรรณ ไชยพันธ์ (Chaipet & Chainan, 2011) เสนอว่าการสร้างความรู้ความเข้าใจ หรือส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ จะสามารถลดปัญหาการคุกคามทางเพศไม่ให้เกิดขึ้นในสังคมได้ โดยการส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อออนไลน์ ควรครอบคลุมความสามารถในการวิเคราะห์และการประเมินเนื้อหาสื่อสามารถตีความ เพื่อที่จะนำไปสู่การป้องกันการคุกคามทางเพศบนสื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างเพียงพอ (Cho et al., 2022) ดังนั้นการใช้สื่อออนไลน์ในวัยรุ่นโดยไม่รู้เท่าทันอาจส่งผลกระทบต่อถูกคุกคามทางเพศ และการถูกล่วงละเมิดทางเพศได้

พฤติกรรมการกล้าแสดงออกอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการป้องกันสิทธิ เป็นการแสดงสิทธิพึงมีพึงได้ของตนเองโดยไม่ล่วงละเมิดหรือก้าวล่วงสิทธิของผู้อื่นซึ่งการแสดงออกต้องมีความเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ (Sungsuk, 2013) วิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการกล้าแสดงออกมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .158$) กับพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลสามารถใช้คำพูด ท่าทาง และพฤติกรรมที่ปกป้องสิทธิตัวเองไม่ให้ถูกคุกคามทางเพศสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ นอกจากนี้การที่บุคคลเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมี



ความกล้าแสดงออกสูงด้วย สอดคล้องกับจากงานวิจัยของ Stake et al. (1983) ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมกล้าแสดงออก ผู้ที่มีการเห็นคุณค่าตนเองสูงจะสามารถกล้าแสดงออกในการปกป้องสิทธิตัวเองเมื่อถูกคุกคามทางเพศได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Deridder & Kerssens (2003) ที่พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมของบุคคลให้มีความกล้าแสดงออกและแสดงพฤติกรรมการตอบสนองต่อการถูกคุกคามทางเพศได้อย่างเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในผู้มีความหลากหลายทางเพศ ที่มีประสบการณ์การถูกละเมิดด้านร่างกายและจิตใจ พบว่าค่านิยมและทัศนคติโดยทั่วไปของสังคมไทย และการไม่กล้าเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง จะส่งผลกระทบทางลบต่อภาวะสุขภาพจิต (Khantharot, Jaroenpon, Laimae & saenthum, 2022) ซึ่งจะสนับสนุนข้อคิดเห็นที่กล่าวว่าการกล้าแสดงออก และภาวะสุขภาพจิตที่ไม่เข้มแข็งจะทำให้วัยรุ่นปกป้องตนเองจากการถูกคุกคามทางเพศได้ต่ำ

ข้อเสนอแนะในการผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรด้านสุขภาพ: บุคลากรด้านสุขภาพที่รับผิดชอบในด้านการดูแลวัยรุ่น ควรจัดกิจกรรมหรือสัมนา อบรม ในการส่งเสริมแนวทางการป้องกันการคุกคามทางเพศอย่างเหมาะสม โดยสอดแทรกปัจจัยที่ทำนายการป้องกันการคุกคามทางเพศได้ ได้แก่ การรับรู้การคุกคามทางเพศ การรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยี และพฤติกรรมกล้าแสดงออก
2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษา: สถาบันการศึกษาควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือการเรียนการสอนในการส่งเสริมความรู้ การรู้เท่าทัน และการรับรู้พฤติกรรมและการคุกคามทางเพศ ซึ่งการรับรู้พฤติกรรมและการคุกคามทางเพศเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการป้องกันการคุกคามทางเพศได้สูงสุด โดยเริ่มส่งเสริมตั้งแต่ในระดับประถมศึกษา หรือมัธยมศึกษาเพื่อส่งเสริมให้เด็กและวัยรุ่นสามารถปกป้องตนเองให้รอดพ้นจากการถูกคุกคามทางเพศได้
3. ผู้กำหนดนโยบาย: ควรนำแนวทางการป้องกันการคุกคามทางเพศไปกำหนดเป็นนโยบาย การป้องกันการคุกคามทางเพศในระดับองค์กรเพื่อสนับสนุนและเอื้ออำนวยกับการป้องกันในระดับบุคคล เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การกำหนดมาตรการที่เหมาะสมในการป้องกันหรือจัดการปัญหาการคุกคามทางเพศ รวมถึง การประชาสัมพันธ์ ธารงศ์ให้สังคมเข้าใจและตระหนักในการป้องกันการคุกคามทางเพศ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิจัยและพัฒนาารูปแบบในการป้องกันการคุกคามทางเพศในนักศึกษาระดับอุดมศึกษา โดยนำปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการคุกคามทางเพศมาเป็นส่วนประกอบในรูปแบบ
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้คิดสรรมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านสังคม และหลักสูตรการศึกษา เพื่อร่วมทำนายรูปแบบในการป้องกันการคุกคามทางเพศเพิ่มมากขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- Apell, S., Marttunen, M., Fröjd, S., & Kaltiala, R. (2019). Experiences of sexual harassment are associated with high self-esteem and social anxiety among adolescent girls. *Nordic journal of psychiatry*, 73(6), 365-371.
- Boonthong, N. (2022). *life experience of the sexual harassers on online social media, using qualitative mixed methods*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements Applied Behavioral Sc. Research, Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Brooks, R.B. (1992). Self-Esteem During the School Years. *Pediatric Clinics of North America*, 39(3), 544-548.
- Center for Media Literacy. (2008). Literacy for the 21st Century: An Overview & Orientation Guide to Media Literacy Education.
- Chaipet, P. & Chainan, P. (2011). Sexual Harassment on Social Media. *CRRU Journal of Communication Chiangrai Rajabhat University*, 4(3), 1-38. (in Thai).
- Chintanawat, M. (2013). *Sexual harassment in the workplace : a case study of the intern's hotel in Bangkok. Program of Public and Private management*. Silpakorn University. (in Thai).
- Cho, H., Cannon, J., Lopez, R., & Li, W. (2022). *Social media literacy: A conceptual framework*. New Media & Society.
- Dailynews. (2021). Many undergraduate students were sexually harassed by teachers and seniors. *Dailynews*. Retrieved 16 June 2021 from <https://d.dailynews.co.th/regional/850228/>. (in Thai).
- Deridder, D. & Kerssens, J. (2003). Owing to the force of circumstances? The impact of situation features and Personal Characteristics on coping patterns across situations. *Psychology and Health*, 18, 217-236.
- Khantharot, K. , Jaroenpon, P., Laimee, T. & saenthum, P. (2022). Measuring Minority Stress and Mental health among LGBTQ People. *Journal of Health Sciences Scholarship*, 9(2), 104-114.
- Klein, L. B., & Martin, S. L. (2021). Sexual harassment of college and university students: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(4), 777-792.
- Lampang Provincial Education Office. (2019). Annual Report on Educational Management Development Educational institutes under Lampang Province, Office of Education, Lampang Province.
- Maneepha, K. & Lerdtomornsakul, U. (2019). Crime Victimization on the Internet: A Case of Cyber Bullying in the Form of Sexual Offenses in the Bangkok Metropolitan Area. *Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University*, 11(2), 1-11. (in Thai).
- McCabe, M. P., & Hardman, L. (2005). Attitudes and perceptions of workers to sexual harassment. *The Journal of Social Psychology*, 145(6), 719-740.
- Ministry of Social Development and Human Security. (2017). *Strategy to promote and protect*



- Children and youth in the use of online media*. Ministry of Social Development and Security of humans.
- Musikapan, W., Pokpong, S., Songsiri, N. & Surat, P. (2009). Cyber bullying of youths in Bangkok. National Institute for Children and Family Development Mahidol University. (in Thai).
- Nuansang, J. Kasedsara, P., PuuPongsakorn, A. (2016). *Criminal Liability and Victim Compensate from Sexual Harassment In Case Study of Thailand*. Federal Republic of Germany and Australia. Faculty of Political Science and Law Burap University. (in Thai).
- Ounjai, B., Chunil, M. and Na Wichian, S. (2015). CAUSAL MODEL OF FACTORS INFLUENCING THE RESPONSE TO SEXUAL HARASSMENT IN THE WORKPLACE OF FEMALE UNIVERSITIES PERSONNEL. *Journal of Srinakharinwirot Research and Development (Journal of Humanities and Social Sciences)*, 7(13), 141-152. (in Thai).
- Parkotwong, N. (2019). Opinion of Students about Sexual Harassment in Academ. *Journal of Social Work*, 26(1), 213-226. (in Thai)
- Phlangson, F. (2011). *Sexual Threat Perceptions and Self-Defense of Women Workers in the Night Shift*. Chulalongkorn University Printing House. (in Thai).
- Ploysuan, R. (2021). Sexual Harassment Prevention Bachelor Degree Students of Dusit District, Bangkok. *Journal of Humanities and Social Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University*, 4(1), 60-72. (in Thai).
- Quadara, A., Nagy, V., Higgins, D., & Siegel, N. (2015). *Conceptualising the prevention of child sexual abuse: Final report* (Research Report No. 33). Australian Institute of Family Studies.
- Rattanasimakul, K., Pakdeemualchon, A. and Tothanayanon, K. (2521). Fake News Literacy in Social Media Among Teenagers and Seniors In Chiang Rai Province. *Journal of Mass Communication Faculty of Mass Communication Chiang Mai University*, 9(2), 28-59. (in Thai).
- Saepang, T. (2009). *Sexual Harassment Behavior in the Workplace : A Case Study of Nurses at Surat Thani Hospital*. (Master's thesis). Program in Human and Social Development. Prince of Songkhla University, Songkhla. (in Thai).
- Samoh, N. (2013). *Youth Perception on Cyber Bullying*. M.A. (Medical and Health Social Sciences. Graduate School. Mahidol University. (in Thai).
- Soomboonsap, K. and Tunneekul, P. (2015). *Participation of Healthcare Workers in Sexual Harassment Prevention in the Hospital*. RSU National Research Conference. 666-676. (in Thai).
- Stake, J.E., DeVille, C.J. and Pennell, C.L. (1983). The effects of assertive training on the performance self-esteem of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 5(12), 435-442.



- Sungsuk, S. (2013). *The development of assertive behavior by using role-playing methods of Vocational Certificate 2/16 students in retail business in the subject of business and entrepreneurship*. Nonthaburi Primary Educational Service Area Office. (in Thai).
- Thipsing, W., Chalakbang, W., Steannoppakao, P., Pheasa, E. (2021). The Strategies for Sexual Harassment Prevention of Students in Schools Under the Secondary Educational Service Area Office in the Northeast Region. *Journal of MCU Peace Studies*, 9(4), 1724-1737. (in Thai).
- Tippratum, C. & Siriwong, P. (2015). Sexual harassment in heterosexual. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn Group 2*. 10(3), 105-113. (in Thai).
- Yiamchawee, N. (2017). *The role of the family in child sexual abuse. A Dissertation Submitted in Faculty of Social and Environmental Development*. National Institute of Development Administration. (in Thai).



- Salarvand, S., Hemati, S., Adibi, P., Taleghani, F., & Saleki, M. (2020). An Innovative Approach to Clinical Practice Guideline Adaptation in the Nursing Profession in a Developing Country. *Cancer management and research*, 12, 2255–2264.
- Saraburi hospital of medical record. (2023), *Annual performance report 2023*. Saraburi hospital. (in Thai)
- Soukup SM. (2000). Evidence-based Practice Model Promoting the Scholarship of Practice. In SM Soukup & CF Beason Eds. *Nursing Clinic of North America*. Philadelphia: WB Saunders.
- Suwanpitak, W., Vipavakarn, S., Prakeetavatin, B. (2017). Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Mild Traumatic Brain Injury in Krabi Hospital, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 140-156. (in Thai)
- Sukswang, S. (2018). Triage nurse: Beyond main process through practice, *Journal of Health Sciences Scholarship*, 5(2), 1-14. (in Thai)
- Thaweekhon, R., & Pearkao, C. (2019). Effects of a Smartphone Application on Knowledge Discharge Outcome among Patients with Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 272-279. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved 1 May 2022 from [http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers manual-2014.pdf](http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers%20manual-2014.pdf)
- The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. (2019). *Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury, 2019*. Samut Prakan: Prosperous plus company limited. (in Thai)



The Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury in Emergency Department, Saraburi Hospital

Patcharee Yimkhaophong^{1*}, Phoomin Doungsuriya^{**}

Chintanan Sittipracharat^{***}, Tassanee Prasong^{***}

(Received April 24, 2023, Revised: June 6, 2023, Accepted: June 13, 2023)

Abstract

This Research and Development were to develop a clinical nursing practice guideline for mild traumatic brain injury in the emergency department Saraburi hospital, and results were studied according to Soukup's Evidence- Based Nursing Conceptual Framework between September 2022 and April 2023. There were four steps: 1) search for a clinical problem; 2) search for evidence supported; 3) develop evidence observed; and (4) apply evidence based and evaluated. The research instrument included the nursing practice guidelines and the practical manual. The data collection tools consisted of the knowledge test, practice checklist, satisfaction questionnaires, and clinical outcomes. The data were analyzed using a paired t-test.

The results showed that after the development of the clinical nursing practice Guideline for mild traumatic brain injury in the emergency department of Saraburi hospital, after implementing the guidelines, professional nurse knowledge increased statistically significantly ($p < .05$), followed by 100 percent satisfaction with the use of the guideline. Caregivers had a statistically significant increase in knowledge ($p < .05$) in taking care of patients. Including the effect on the re-admission rate, the incidence of cerebral hemorrhage, and the rate of admission, no incidence was found.

Keywords: Clinical Nursing Practice Guideline; Mild traumatic brain injury; Emergency department

**Registered Nurse, senior professional level, Emergency department Saraburi Hospital*

***Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,*

****Registered Nurse, professional level, Emergency department Saraburi Hospital*

¹Corresponding yimpatch@gmail.com Tel 095-5825115



การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

พัชรีย์ ยิ้มชาวผ่อง^{1*}, ภูมิินทร์ ดวงสุริยะ^{**}

จินตนันท์ สิทธิประธาราชบุรี^{***}, ทศณีย์ ประสงค์^{****}

(วันรับบทความ : 24 เมษายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 6 มิถุนายน 2566, วันตอบรับบทความ: 13 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ตามกรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของชูศักดิ์ วรรณเดือนกันยายน 2565 ถึงเมษายน 2566 ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) นำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสู่การปฏิบัติ และ 4) การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล และคู่มือปฏิบัติการพยาบาล เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินการปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบประเมินผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี พยาบาลวิชาชีพ มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100 และมีระดับความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงไม่พบอุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาซ้ำ อัตราการเกิดเลือดออกในสมอง และอัตราเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางการพยาบาล; ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง; งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

**อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ yimpatch@gmail.com โทร 095-5825115



บทนำ

ภาวะสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) เป็นการบาดเจ็บของสมองซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของสมอง และนำไปสู่สาเหตุของความพิการและเสียชีวิต ภาวะสมองบาดเจ็บยังแบ่งระดับความรุนแรงที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวได้ 3 ระดับ ประกอบด้วย สมองบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) ที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวอยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน สมองบาดเจ็บในระดับปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) ที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวอยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน และสมองบาดเจ็บในระดับรุนแรง (Severe traumatic brain injury) ที่มีคะแนนระดับความรู้สึกตัวต่ำกว่า 9 คะแนน นอกจากนั้นกลุ่มสมองบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย (Mild traumatic brain injury) ยังแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความเสี่ยงน้อย ซึ่งพิจารณาจากการไม่มีอาการของการเปลี่ยนแปลงระบบประสาทในเวลานั้น ร่วมกับมีระดับคะแนนของความ รู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ความเสี่ยงปานกลาง พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงของคะแนนระดับความรู้สึกตัวที่อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทแต่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย อาทิเช่น มีอาการอาเจียนน้อยกว่า 2 ครั้ง ปวดศีรษะ หลังล้มเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการบาดเจ็บ ไข้ยาที่มีผลต่อระบบประสาท หรือเครื่องดื่มนแอลกอฮอล์ ยาต้านเกล็ดเลือด หรือโรคที่ทำให้มีเลือดออกง่ายผิดปกติ รวมถึงการได้รับการบาดเจ็บจากกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง และความเสี่ยงสูง พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงของคะแนนระดับความรู้สึกตัวที่อยู่ระหว่าง 13-15 คะแนน หลังได้รับอุบัติเหตุ สงสัยภาวะอาการฐานกะโหลกศีรษะแตก มีอาการอาเจียนมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทหรืออาการชักหลังการบาดเจ็บ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 64 ปี ขึ้นไป หรือมีประวัติได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019) จากคำนิยามดังกล่าวที่แสดงให้เห็นว่า กลไกการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุหลักส่งผลถึงผลลัพธ์ของสมองบาดเจ็บในระดับความรุนแรงที่ต่างกัน

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทั่วโลกพบว่า มีอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเฉลี่ย 939 รายต่อแสนประชากร ซึ่งในจำนวนนี้ยังพบว่า มีอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง 740 รายต่อแสนประชากร หรือประมาณ 55.9 ล้านคนต่อปี จากผลกระทบจากการบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ยังส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนนำไปสู่การเกิดการบาดเจ็บสมอง ชนิดรุนแรง เฉลี่ย 64-74 ล้านคนต่อปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์จากการเกิดอุบัติเหตุจราจร (Dewan et al., 2018) สำหรับในกลุ่มประชากรไทย จากรายงานของกรมควบคุมโรค พบว่า ในปี 2554 มีอัตราผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจรจำนวน 46,030 ราย และในสัดส่วนจำนวนนี้ยังจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 42.59 (Division of Non Communicable Disease, 2011) นอกจากนั้นในจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง ร้อยละ 75 ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว หากได้รับการดูแลที่ล่าช้าอาจส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง มีแนวโน้มในการเกิดภาวะเลือดออกในสมองและส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure: IICP) โดยเฉพาะภายใน 24-72 ชั่วโมงแรก (Jiamsaku & Prachusilpa, 2017) ซึ่งเป็นภาวะอันตรายต่อการเกิดเสียชีวิต แต่หากรอดชีวิตผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็อาจจะเกิดความพิการหลงเหลืออยู่ สถานการณ์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า สมองบาดเจ็บเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราความพิการ ความสามารถในการดำรงชีวิตที่ลดลง หรืออัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบในระดับมหภาค ทั้งในระบบสาธารณสุข และระบบการเติบโตของเศรษฐกิจ

โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ และเป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับตติยภูมิ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน จากสถิติที่ผ่านมาพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเข้ารับการรักษาใน



โรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2562-2564 จำนวน 929,927,909 ราย โดยในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง จำนวน 723, 769 และ 750 ราย ตามลำดับ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของผู้บาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษามาจากอุบัติเหตุจราจร อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ชนิดไม่รุนแรง ยังพบอัตราการการกลับมารักษาซ้ำภายใน 24 – 72 ชั่วโมงแรก ด้วยภาวะเลือดออกในสมอง ร้อยละ 0.5 ต่อปี จนนำไปสู่การเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง รวมถึงความต้องการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และอัตราวันนอนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 14 วัน มีผลต่อการเพิ่มอัตราค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ย 300,000 บาท/ราย นอกจากนี้ยังพบถึงอัตราการเสียชีวิตปีละ 1-2 ราย ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาที่กำหนดไว้ในอัตราการเสียชีวิตที่กำหนดเป็นศูนย์ (Saraburi hospital of medical record, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีผลกระทบในวงกว้าง ซึ่งที่ผ่านมาโรงพยาบาลสระบุรีได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นมาและได้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น แต่แนวทางดังกล่าวยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในแต่ละระยะในขั้นตอนและกระบวนการดูแลยังมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความชำนาญในการปฏิบัติงาน

เมื่อวิเคราะห์ถึงกลุ่มบุคลากร พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 43.3 รวมถึงยังไม่ผ่านการอบรมระยะสั้น (การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ) ร้อยละ 53.3 ซึ่งส่วนหนึ่งยังคงเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติงานที่น้อยกว่า 5 ปี ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การประเมินระดับความรุนแรงแรกรับคลาดเคลื่อน (Under triage) ซึ่งมีผลต่อการวางแผนการดูแล สังเกตอาการ การติดตามสัญญาณชีพ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ขณะที่ได้รับการดูแลที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Sukswang, 2018) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการรายงาน ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดระหว่างการดูแลในปี 2563 จำนวน 1 ราย และปี 2564 จำนวน 2 ราย จากการสังเกตการณ์ในการปฏิบัติงาน และทบทวนรายงานประจำเดือนของกลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ยังพบว่า กระบวนการในการดูแลหลังจำหน่าย ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบทุกราย เนื่องจากเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ไม่ถูกต้อง ไม่สามารถติดต่อได้ ทำให้ไม่สามารถติดตามอาการได้ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายที่อาจจะยังไม่ครอบคลุม ญาติผู้ดูแลไม่สามารถทบทวนคำแนะนำได้เนื่องจากทำเอกสารให้ความรู้และคำแนะนำประกอบการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสูญหาย ความไม่เข้าใจกระบวนการดูแลรักษาของผู้ป่วยและญาติ ประกอบกับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีอยู่เดิมจะมุ่งเน้นกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในระดับปานกลางและรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีอยู่เดิมไม่ครอบคลุมทุกมิติ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ พยาบาลห้องฉุกเฉินถือเป็นบุคลากรที่สำคัญที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ในการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ที่มีทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่ระยะแรกรับ จนถึงระยะติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกเป็นช่วงเวลาสำคัญที่จะสามารถป้องกันหรือชะลอความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ (Panyangam, Sukonthasarn & Wangsrikhun, 2017)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical practice guideline: CPGs) ทำให้มีขั้นตอนและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน โดยมีการอ้างอิงหลักการปฏิบัติจากทบทวนวรรณกรรม จากการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนเป็นทิศทางเดียวกัน ลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Salarvand, Hemati, Adibi, Taleghani, & Saleki, 2020) จากการศึกษาเรื่องการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง สามารถช่วยให้ทิศทางการปฏิบัติงานของพยาบาลเป็นทิศทางเดียวกัน และก่อให้เกิดผลลัพธ์ในการช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น



(Suwanpitak, Vipavakarn & Prakeetavatin 2017) นอกจากนั้น การศึกษาผลลัพธ์ผู้ป่วยจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเล็กน้อย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีรูปแบบที่ชัดเจน และทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น (Pearkao & Khunjamnongpak, 2021) จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนถึงการติดตามอาการผู้ป่วยบาดเจ็บสมองหลังจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) อันนำมาสู่กระบวนการที่เป็นระบบ ชัดเจนและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ผลการวิจัยในครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนถึงระยะติดตามหลังจำหน่าย เพื่อช่วยลดความรุนแรงมีผลลัพธ์ที่ดี รวมถึงยังเป็นรูปแบบแนวทางการการดูแลที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์

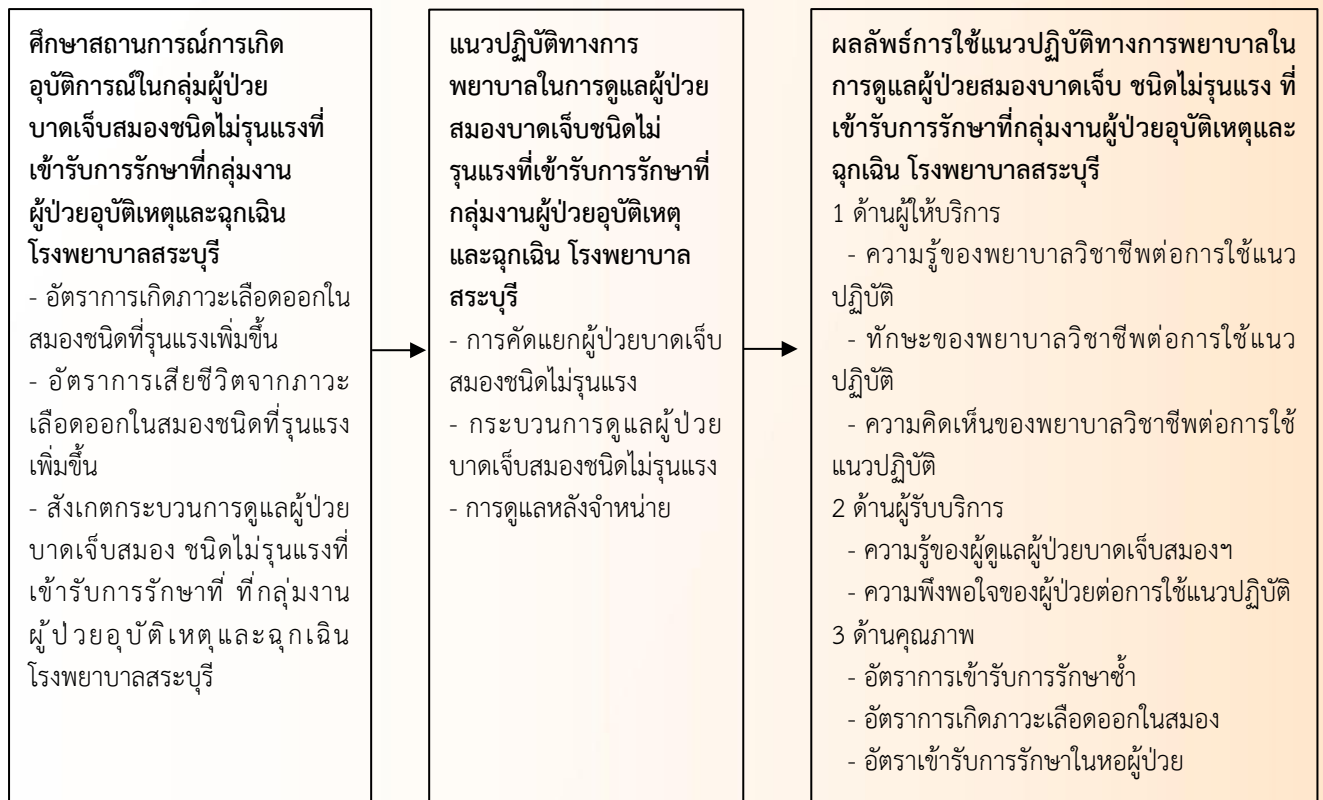
1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย การบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาตัวในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรีและผู้ดูแลอย่างละ 30 คน โดยดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2565 – เมษายน 2566

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการพยาบาลของซุคัพ (Soukup, 2000) ซึ่งเน้นการพัฒนาการปฏิบัติในเชิงคลินิก มีรูปแบบที่ชัดเจนและครอบคลุม มีความสัมพันธ์กันทั้งกระบวนการคิด การสังเคราะห์ เน้นการพัฒนาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในองค์กร และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) นำแนวปฏิบัติการพยาบาลสู่การปฏิบัติ และ 4) การวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ แบ่งกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive sampling) และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive sampling) รวมจำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ปี ขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง (GCS = 13 -15) ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

กลุ่มที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน ตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป

การวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยและพัฒนา (research and development) มีขั้นตอนของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) ผู้วิจัยค้นหาปัญหาทางคลินิกจาก 2 แหล่ง ประกอบด้วย 1) จากการปฏิบัติงาน โดยการสังเกต ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง รายงานตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี, เวชระเบียน ตั้งแต่ปี 2563-2565 2) จากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นได้นำข้อมูลไปประชุมปรึกษากับทีมเพื่อทำการวางแผนแก้ไขปัญหา



ระยะที่ 2 การสืบค้นและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase)

1. กำหนดขอบเขตการสืบค้น โดยผู้วิจัยสืบค้นจากแหล่งข้อมูล Google scholar, PubMed, CINIAHL, Cochrane Library ของโรงพยาบาลสระบุรีและฐานข้อมูลงานวิจัยโครงการเครือข่ายห้องสมุดแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ช่วงปี 2555-2565

2. กำหนดคำสืบค้น โดยใช้ PICO framework สรุปคำหลักที่ใช้ในการค้นหา mild traumatic brain injury, mild head injury, mild head injury assessment tools, mild traumatic brain injury assessment tools, discharge plan mild traumatic brain injury, discharge plan mild head injury

3. วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย ผู้วิจัยได้สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติ จำนวน 11 เรื่อง ประกอบด้วย หลักฐานระดับที่ 1 จำนวน 1 เรื่อง หลักฐานระดับที่ 2 จำนวน 8 เรื่อง หลักฐานระดับที่ 4 จำนวน 2 เรื่อง หลังจากนั้นเรียบเรียงและจัดทำเป็น (ร่าง) แนวปฏิบัติทางการพยาบาล โดยใช้เกณฑ์ของโจแอนนาบริกซ์ (Joanna Briggs Institute, 2014) แบ่งหมวดหมู่ของการปฏิบัติ ได้แก่ หมวดที่ 1 การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมวดที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมวดที่ 3 การดูแลหลังจำหน่าย

ระยะที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติและปรับปรุงแก้ไข (Evidence-observed phase) ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ (ร่าง) แนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ดังนี้ 1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาทันทีงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67-1.00 2) คู่มือแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาทันทีงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี โดยประเมินคุณภาพโดย AGREE II ได้ร้อยละ 82.3 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ได้แก่ 1) แบบตรวจสอบการปฏิบัติทางการพยาบาลที่สร้างขึ้น 3 หมวด 31 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ค่า IOC เฉลี่ย .67-1.00 2) แบบทดสอบความรู้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่สร้างขึ้น 30 ข้อ แบบปรนัย 4 ตัวเลือก ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .77 3) แบบประเมินความเห็นของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาล 10 ข้อที่สร้างขึ้น มี 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด-น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 4) แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ที่สร้างขึ้น 18 ข้อ มี 2 ตัวเลือก ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .66 5) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ที่สร้างขึ้น มี 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด-น้อยที่สุด ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .95 6) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกจากการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ .67-1.00

จากนั้นนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติไปทดลองใช้โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแล อย่างละ 10 คน ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง พบว่า รายละเอียดการใช้ Line application มีความซับซ้อนในบางส่วน ผู้วิจัยจึงประชุมปรึกษาและปรับเปลี่ยนรูปแบบบางส่วนในการแก้ไข Line application ให้สามารถใช้งานได้สะดวกในการเข้าถึงข้อมูล

ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้จริง (Evidence-based phase) คณะผู้วิจัยนำ (ร่าง) แนวปฏิบัติมาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาทันทีงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี และชี้แจงรายละเอียดในการนำไปใช้รวมถึงขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติตามขั้นตอนของแนวปฏิบัติแล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หลังจากนั้นประเมินผลลัพธ์ และความพึงพอใจหลังใช้แนวปฏิบัติ



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี เลขที่ EC0052/2565 วันที่ 16 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรนำเสนอ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. **แนวปฏิบัติทางการพยาบาล** ในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี ประกอบด้วย 3 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มีขั้นตอน ประกอบด้วย คัดกรอง ตรวจร่างกายและสัญญาณชีพ ชักประวัติการบาดเจ็บและปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ รวมถึงคัดแยกผู้ป่วยตามระดับ GCS (13-15) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk)

หมวดที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ในแต่ละระดับ มีขั้นตอน ประกอบด้วย

(1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk) ได้แก่ ประเมินอาการ V/S, N/S และจำหน่ายตามแผนการรักษา ผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำและขั้นตอนการใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์ในการสังเกต และติดตามอาการภายใน 48 ชั่วโมง

(2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) ได้แก่ อธิบายเหตุผลกระบวนการรักษาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเป็นระยะๆ ประเมินอาการ V/S, N/S ทุก 2 ชั่วโมง ในกรณีที่ผู้ป่วยสงสัยการบาดเจ็บบริเวณต้นคอให้พิจารณาใส่ Cervical Collar หากประเมินแล้วไม่พบความเสี่ยงหรือมีผล X-ray ยืนยันไม่พบการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ พยาบาลพิจารณาร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลในการถอด Cervical Collar จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ประเมินระดับความเจ็บปวดและการบรรเทาความเจ็บปวด ประคบเย็น ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ให้ทำการเตรียมเตรียมผู้ป่วยก่อนไป เช่น การชักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประเมินสัญญาณชีพก่อนเข้าทำการตรวจพิเศษ ประเมินอาการและอาการแสดงซ้ำเมื่อกลับมาจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ติดตามผลการรักษา หากมีแผนการรักษาให้เฝ้าสังเกตอาการใน 6 ชั่วโมงให้ประเมินและติดตามอาการซ้ำ หากแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลให้ทำการประสานส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการ Admit หรือในกรณีที่แพทย์พิจารณาจำหน่าย ผู้บาดเจ็บและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำและขั้นตอนการใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์ในการสังเกต และติดตามอาการภายใน 48 ชั่วโมง

(3) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) ได้แก่ อธิบายเหตุผลกระบวนการรักษาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเป็นระยะๆ ประเมินอาการ V/S, N/S ทุก 30 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมงและทุก 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 4 ชั่วโมง และทุก 2 ชั่วโมง หรือหากมีระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 2 คะแนน หรือมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท รายงานแพทย์ทันที ในกรณีที่ผู้ป่วยสงสัยการบาดเจ็บบริเวณต้นคอร่วมด้วยให้พิจารณาใส่ Cervical Collar หากประเมินแล้วไม่พบความเสี่ยงหรือมีผล X-ray ยืนยันไม่พบการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ พยาบาลพิจารณาร่วมกับแพทย์ผู้ดูแลในการถอด Cervical Collar จัดท่าศีรษะสูง 30 องศา ประเมินระดับความเจ็บปวดและการบรรเทา



ความเจ็บปวด ประคบเย็น ในกรณีที่ผู้ป่วยไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ให้ทำการเตรียมเตรียมผู้ป่วยก่อนไป เช่น การซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร ประเมินสัญญาณชีพก่อนเข้าทำการตรวจพิเศษ ประเมินอาการและอาการแสดงซ้ำเมื่อกลับมาจากเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ติดตามผลการรักษา เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลให้ทำการประสานส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการ Admit

หมวดที่ 3 การดูแลหลังจำหน่าย หลังจากแพทย์พิจารณาจำหน่าย พยาบาลประจำกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำการให้คำชี้แจง และอธิบายขั้นตอนการจำหน่าย โดยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย แนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล สอบถาม วิถีชีวิต การทำงานประจำวัน ตลอดจนประสบการณ์ในอดีตต่อการเจ็บป่วย และให้ผู้ดูแลทดสอบความรู้ก่อนการได้รับความรู้

(2) การเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย แสดงวิธีการเข้าระบบแอปพลิเคชันไลน์ โดยใส่ข้อมูลสำหรับการโทรติดตามอาการในระบบ ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลโดยเน้นสาระสำคัญ ผ่านระบบแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย ลักษณะผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปสังเกตอาการที่บ้าน อาการที่ผิดปกติที่ควรกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล ช่องทางการติดต่อสอบถาม รวมถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน ผ่านการติดต่อระบบ 1669 ในระบบแอปพลิเคชันไลน์ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับการใช้ระบบแอปพลิเคชันไลน์

(3) การสร้างความมั่นใจก่อนการจำหน่าย ชี้แจงการโทรศัพท์ติดตามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 48 ชั่วโมง โดยจะมีการสอบถามอาการผู้ป่วยรวมทั้งการทดสอบความรู้ และให้ผู้ดูแลประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับการติดตาม

2. ผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

ด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 22 - 46 ปี ประสบการณ์ในการทำงานในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมระยะสั้น (การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ) ร้อยละ 53.3

ในส่วนของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 20.46 (SD 2.54) โดยมีคะแนนสูงสุด 24 คะแนน และน้อยที่สุด 15 คะแนน หลังได้รับความรู้ในการใช้แนวปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ย 28.73 (SD 1.25) โดยมีคะแนนสูงสุด 30 คะแนนและน้อยที่สุด 26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังของของพยาบาลวิชาชีพ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ คะแนนหลังได้รับความรู้ของของพยาบาลวิชาชีพมีค่าสูงกว่าก่อนได้ความรู้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง (n=30)

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการดูแล ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการใช้แนวปฏิบัติ	20.46	2.54	-17.07	.000
หลังการใช้แนวปฏิบัติ	28.73	1.52		



การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทั้ง 3 หมวดหมู่ โดยแยกเป็นรายข้อ พบว่า หมวดที่ 1-3 มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ร้อยละ 100

ตารางที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (n=30)

กิจกรรมการปฏิบัติ	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หมวดที่ 1 การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	30	100	0	0
หมวดที่ 2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง	30	100	0	0
หมวดที่ 3 การดูแลหลังจำหน่าย	30	100	0	0

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายส่วนใหญ่ พบว่า นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ทำให้ท่านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางเดียวกันมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.80 คะแนน) รองลงมาแนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ส่งผลลัพธ์ดีต่อผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือเสียชีวิต หลังจำหน่าย และ ในภาพรวม นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย 4.76 คะแนน)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบาย (n=30)

รายละเอียดความพึงพอใจ	Mean	S.D.
1.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มีขั้นตอนการใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก	4.56	.56
2.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มีความสะดวกสำหรับการใช้ปฏิบัติงานจริง	4.66	.47
3.ท่านมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง	4.56	.56
4.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ทำให้ท่านมีทักษะด้านการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.73	.52
5.ท่านสามารถนำความรู้จากแนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มา ประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาได้	4.70	.53
6.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ส่งผลลัพธ์ดีต่อผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือเสียชีวิต หลังจำหน่าย	4.76	.43
7.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ จริง	4.70	.46
8.ท่านปฏิบัติการพยาบาลตามแนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ครบถ้วน	4.73	.44
9.แนวนโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ ทำให้ท่านปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางเดียวกัน	4.80	.41
10.ในภาพรวม นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงฯ มีประสิทธิภาพต่อการดูแลผู้ป่วย	4.76	.43



ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง และเข้ารับการรักษากลุ่มงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉินโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53) มีอายุอยู่ในช่วง 14-94 และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง จำนวน 30 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.7) มีอายุอยู่ในช่วง 20-60 ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 50)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง พบว่า ก่อนได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ย 7.73 (SD 2.46) โดยมีคะแนนสูงสุด 12 คะแนน และน้อยที่สุด 2 คะแนน และหลังได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ย 16.20 (S.D. 1.27) โดยมีคะแนนสูงสุด 20 คะแนนและน้อยที่สุด 14 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพด้วยสถิติ paired t-test พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ คะแนนหลังได้รับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรงมีค่าสูงกว่าก่อนได้คร้บความรู้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง (n=30)

ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการจำหน่าย	7.73	2.46	-17.59	.000
หลังการจำหน่าย	16.20	1.27		

*p-value < .05

ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นาฬิกาปฏิบัติ พบว่า ในข้อคำถาม พยาบาลผู้ดูแล มีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา มีคะแนนมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.79 คะแนน) รองลงมาเป็น พยาบาลผู้ดูแลได้มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ การสื่อสารที่เข้าใจในต่อขั้นตอนการดูแลรักษา และมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ (ค่าเฉลี่ย 4.76 คะแนน) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการใช้นาฬิกาปฏิบัติ

รายละเอียดความพึงพอใจ	Mean	S.D.
1. พยาบาลผู้ดูแล มีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย	4.63	.55
2. พยาบาลผู้ดูแล มีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา	4.79	.52
3. พยาบาลผู้ดูแล มีการตรวจร่างกาย ชักถามอาการ ให้ข้อมูลอาการและแผนการรักษา	4.70	.53
4. พยาบาลผู้ดูแลได้มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพ และการสื่อสารที่เข้าใจในต่อขั้นตอนการดูแลรักษา	4.76	.50
5. ท่านได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	4.66	.60
6. ท่านได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา ร่วมกับทีมสุขภาพ	4.53	.62
7. ท่านได้รับคำแนะนำ / สอน / สาธิต การปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและการดูแลที่บ้าน	4.70	.53
8. ท่านมีความรู้ความเข้าใจจากการอธิบายการใช้สื่อการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว	4.70	.53
9. ท่านสามารถใช้สื่อการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวได้อย่างสะดวก	4.60	.56
10. ท่านมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับ	4.76	.50



ด้านคุณภาพการพยาบาล

หลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี พบว่า อุบัติการณ์ของการเกิดเลือดออกในสมอง การได้รับการรักษาซ้ำ และการได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเท่ากับ 0 ครั้ง

ตารางที่ 6 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
อัตราการได้รับการรักษาซ้ำ	0	0
อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง	0	0
อัตราได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย	0	0

อภิปรายผล

อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ได้รับการรักษาที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ภายใต้การทบทวนความรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เป็นลำดับขั้นตอน นำมาสู่การปฏิบัติ (Salarvand, Hemati, Adibi, Taleghani, & Saleki, 2020) โดยใช้กรอบแนวคิดในการพัฒนางานของซุคัพ อันนำมาสู่กระบวนการที่เป็นระบบ ชัดเจนและนำไปสู่การแก้ไขปัญหา (Soukup, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 3 หมวดหมู่ คือ การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และการดูแลหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นกระบวนการตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนถึงการติดตามหลังจำหน่าย มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน ที่สามารถลดอุบัติการณ์ อัตราการได้รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง รวมถึงอัตราการเสียชีวิต (Suwanpitak, Vipavakarn, & Prakeetavatin, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองในโรงพยาบาลชุมชนที่พบว่า การมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน จะสามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ (Kochaipath & Intarit, 2019) และเช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยผลการศึกษาพบว่า การมีรูปแบบที่ชัดเจน จะนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับกระบวนการติดตามนิเทศ ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างเหมาะสมและเป็นทิศทางเดียวกัน (Pensri, 2021)

นอกจากนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง ต้องให้ความสำคัญกับความรู้ในการสังเกตอาการและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถช่วยลดโอกาสที่จะได้รับอันตรายได้ (Pearkao & Khunjamnongpak, 2021) จุดเด่นของแนวปฏิบัติดังกล่าวได้มีการเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจโดยใช้สื่อเทคโนโลยีบนสมาร์ตโฟนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลการผิดปกติ แนวทางการปฏิบัติตัวและช่องทางการขอความช่วยเหลือ 1669 รวมถึงการติดตามอาการหลังจำหน่าย ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในระบบการบริการ ความพึงพอใจ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บนสมาร์ตโฟนก่อนการจำหน่ายต่อความรู้ของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บเล็กน้อยที่พบว่า การจำหน่ายผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บสมองเล็กน้อย เมื่อได้รับคำแนะนำผ่านการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์บนสมาร์ตโฟนสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้ในการปฏิบัติตัวดีขึ้น และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (Thaweekhoon & Pearkao, 2019)



2. ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 ด้านผู้ให้บริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง มีคะแนนการวัดความรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการติดตามกระบวนการดูแลผ่านการประเมินการปฏิบัติ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 100 นอกจากนั้นผลการวิจัยในระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ที่พบว่า การปฏิบัติงานมีรูปแบบและทิศทางที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน (ค่าเฉลี่ย 4.80 คะแนน) นั้นแสดงว่า การให้ความรู้ รวมถึงการจัดทำติดตามผลของการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีรูปแบบและทิศทางที่ชัดเจน สอดคล้องกับการให้ความรู้และการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจ รวมถึงยังก่อให้เกิดสมรรถนะในการปฏิบัติงานด้วยความมั่นใจ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ในด้านคุณภาพ และความพึงพอใจต่อผู้รับบริการได้ดี (Khumpakam, Choomjam, Rounsri, Janphete & Keienukul, 2020)

2.2 ด้านผู้รับบริการ พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการให้ความรู้การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตัวก่อนการจำหน่าย มีคะแนนความรู้ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงยังมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติของพยาบาลที่มีการอธิบายขั้นตอน เหตุผลก่อนให้การดูแลรักษา มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.79 คะแนน) นั้นแสดงว่า การให้ความรู้หรือขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนกับผู้ดูแลจะสามารถเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อตัวผู้ป่วยได้ คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในขั้นตอนของกระบวนการในการจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บสมองชนิดไม่รุนแรง ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้กับผู้ดูแลเพื่อที่จะสามารถประเมิน เฝ้าสังเกตอาการ รวมถึงการเข้าถึงช่องทางการขอความช่วยเหลือได้รวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนุช สมศรี และคณะ (2017) พบว่า การวางแผนในการให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวกับผู้ดูแล จะสามารถช่วยเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่รุนแรงกับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม (Suwanpitak, Vipavakarn, & Prakeetavatin, 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาของ บุปผา ลาภทวี และคณะ (2015) พบว่า การสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจะสามารถช่วยประเมินอาการ และเฝ้าระวังการเกิดเลือดออกจากสมอง รวมถึงสามารถประเมินและนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการในการรักษาอย่างรวดเร็ว (Laptavee & Mamom, 2015) นอกจากนั้นยังเป็นการช่วยส่งเสริมความมั่นใจในกลุ่มผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถเฝ้าระวัง และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด (Rooplor, 2021)

2.3 ด้านคุณภาพการพยาบาล พบว่า ในช่วงการระงับการศึกษายังไม่พบอุบัติการณ์ในการเกิด อัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ อัตราการเกิดภาวะเลือดออกในสมอง และอัตราเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ซึ่งในปีที่ผ่านมา การเกิดภาวะแทรกซ้อนจะพบอัตราเฉลี่ย 4-5 รายต่อปี รวมถึงอัตราการเสียชีวิตที่พบ 1-2 รายต่อปี แต่ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษากลับพบว่าการขอคำปรึกษาและให้การดูแลผ่านระบบ สมาร์ทโฟน ซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลมีความตระหนักต่อการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยมากขึ้น (Thaweekhoon & Pearkao, 2019) แต่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก เช่น กลไกการบาดเจ็บ โรคประจำตัว (Champueng, 2020) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ต้องติดตามและเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้หากเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วก็จะสามารถลดอัตราการเกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กลุ่มการพยาบาลควรกำหนดนโยบายและสนับสนุนให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องทั้งการคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การดูแลหลังจำหน่าย นำแนวปฏิบัติไปใช้กำหนดเป็นเกณฑ์คุณภาพการปฏิบัติ

2. ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร ควรมีการขยายผลการใช้นโยบายปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง การติดตามเยี่ยมโดยใช้ Line application ในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายจังหวัดสระบุรี และเครือข่ายเขต 4 เพื่อเป็นการพัฒนาการดูแลในเชิงระบบที่กว้างขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรวิจัยและพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ชนิดไม่รุนแรง โดยการทดลองเชื่อมกับระบบเทคโนโลยี และติดตามผลการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

- Champueng, P. (2020). Factors Associated with Intracranial Hemorrhage in Mild Traumatic Brain Injury Patients with Moderate Risk at King Narai Hospital. *Singburi Hospital Journal*, 30(2), 1-13. (in Thai)
- Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R. E., Hung, Y. C., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A. O., Shrimel, M. G., Rubiano, A. M., Rosenfeld, J. V., & Park, K. B. (2018). Estimating the global incidence of traumatic brain injury. *Journal of neurosurgery*, 1-18.
- Division of Non Communicable Disease. (2011). The report head injury and the dead from motorcycle accidents. Retrieved 15 May 2023, from <https://shorturl.asia/kD5nq> (in Thai)
- Jiamsaku S., Prachusilpa G. (2017). A Study Of Nursing Outcomes Quality Indicators For Patients With Neurosurgery, *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(suppl.1), 147-154. (in Thai)
- Khumpakam, S., Choomjam, B., Rounsri, W., Janphete, N., Keienukul, N. (2020). Peripheral Intravenous Infusion Nursing Care System Development in Nopparatjathane Hospital. *Journal of Nursing Division*, 49(2), 37-52. (in Thai)
- Kochaipath, P., & Intarit, L. (2019). The development of nursing care model for traumatic brain injury patients in community hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2), 203-218. (in Thai)
- Laptavee, B., & Mamom, J. (2015). Factors Predicting Monitoring and Preventive Care of Intracranial Hemorrhage among Mild Head Injury Patients in Thammasat University Hospital. *Thai Science and Technology Journal*, 23(6), 1023-1032. (in Thai)
- Panyangam, A., Sukonthasarn, A., Wangsrikhun, S. (2017). Effects of Emergency Department Discharge Planning for Persons with Mild Traumatic Brain Injury on Caregivers' Knowledge and Practices. *Nursing Journal*, 44(1), 86-98. (in Thai)
- Pearkao C., & Khunjamnongpak S. (2021). Patient Outcomes After Application of Clinical Nursing Practice Guideline for Mild Traumatic Brain Injury Patients, *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(4), 15-26. (in Thai)
- Pensri R. (2021). A development of nursing care model for road accident head injury patients in Srisangwon hospital, Sukhothai province Thailand. *Research and Development Health System Journal*, 14(3), 83-96. (in Thai)
- Rooplor, S., Leethong-in, L., Piyawattanapong, S. (2021). Effects of the Self-Efficacy Enhancing Program on the Practice Behavior of Caregivers for the Older Patients with Mild Traumatic Brain Injury after Discharge and Post-concussion Syndrome. *Srinagarind Med J*, 36(5), 617-624. (in Thai)



- Salarvand, S., Hemati, S., Adibi, P., Taleghani, F., & Saleki, M. (2020). An Innovative Approach to Clinical Practice Guideline Adaptation in the Nursing Profession in a Developing Country. *Cancer management and research*, 12, 2255–2264.
- Saraburi hospital of medical record. (2023), *Annual performance report 2023*. Saraburi hospital. (in Thai)
- Soukup SM. (2000). Evidence-based Practice Model Promoting the Scholarship of Practice. In SM Soukup & CF Beason Eds. *Nursing Clinic of North America*. Philadelphia: WB Saunders.
- Suwanpitak, W., Vipavakarn, S., Prakeetavatin, B. (2017). Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Mild Traumatic Brain Injury in Krabi Hospital, *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(2), 140-156. (in Thai)
- Sukswang, S. (2018). Triage nurse: Beyond main process through practice, *Journal of Health Sciences Scholarship*, 5(2), 1-14. (in Thai)
- Thaweekhon, R., & Pearkao, C. (2019). Effects of a Smartphone Application on Knowledge Discharge Outcome among Patients with Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 272-279. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewers' Manual 2014 Edition. Australia: Solito Fine Colour Printers. Retrieved 1 May 2022 from [http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers manual-2014.pdf](http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewers%20manual-2014.pdf)
- The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. (2019). *Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury, 2019*. Samut Prakan: Prosperous plus company limited. (in Thai)



Development of the Nursing Service System for Patients Undergoing Endoscopic Procedures, Nan Hospital

Sukumal Toikaew^{*}, Rungtip Kaladee^{1**}, Worrawan Chamnanchang^{**}

(Received: February 1, 2023, 2021, Revised: February 20, 2023, Accepted: March 18, 2023)

Abstract

This research purposed to examine the creating and evaluating a nursing service system for patients undergoing endoscopic procedure at Nan hospital. The research consisted of three phases: preparation, development, and evaluation. The participants included 30 physician and other multidisciplinary teams, as well as a group of 275 patients undergoing endoscopic procedures. The patient satisfaction included four sections as follow: 1) a survey form to assess the organizational structure of the unit providing endoscopic procedures, 2) a semi-structured interview guide, 3) a semi structure interview guide, and 4) an outcome reports including an incident report. Data were analyze using a thematic analysis, a descriptive statistic, and comparison statistic using t-test comparison.

As a result, the preparation phase accounted for the majority (48.50%) of patients' satisfaction, including the restrictions of structural circumstance, nursing process, and treatment outcome, while 14% of patients were rescheduled due to improper preparation and 8% of patients experienced in error and delayed transferring. During the development phase, the emphasis was placed on enhancing the quality of nursing services for endoscopic procedures in order to improve the standard of health care. During the evaluation phase, it was determined that the number of reschedule and transfer cases decreased significantly. The satisfaction of personnel and patients was statistically increasing compared to the previous score. These results highlight the significance of investigating nursing service-related issues and implementing services to improve care continuity and quality of care.

Keywords: quality improvement; research and development; nursing service system; endoscopic procedure

^{*} Register nurse, Senior Professional level Nan Hospital

^{**} Register nurse, Professional level. Nan Hospital

¹Corresponding author: tip310@gmail.com. Tel 089-8118177



การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษา ด้วยหัตถการการส่องกล้องโรงพยาบาลน่าน

สุขุมล ต้อยแก้ว*, รุ่งทิพย์ กาละดี^{1**}, วรวรรณ ชำนาญช่าง**

(วันรับบทความ : 1 กุมภาพันธ์ 2566, วันแก้ไขบทความ 20 กุมภาพันธ์ 2566, วันตอบรับบทความ : 18 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลลัพธ์ระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องโรงพยาบาลน่าน การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเตรียมการพัฒนา ระยะดำเนินการพัฒนาระบบ และระยะประเมินผลลัพธ์การพัฒนากลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้อง รวมทั้งสิ้น 30 คน ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ หน่วยงานห้องส่องกล้อง 275 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสำรวจ โครงสร้างหน่วยงานห้องส่องกล้อง แบบประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษของกองการพยาบาล แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แบบรายงานอุบัติการณ์ แบบสอบถามความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ประเด็นร่วม การใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลลัพธ์การพัฒนาโดยใช้สถิติการเปรียบเทียบ t-test

ผลการศึกษาพบว่า 1.ระยะเตรียมการพัฒนาพบปัญหา 1.1) ด้านโครงสร้างมีปัญหาสถานที่คับแคบ พยาบาลวิชาชีพมีอัตรากำลังและศักยภาพไม่เพียงพอ อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ 1.2) ด้านกระบวนการมีปัญหามาตรฐานการส่งต่อไม่ชัดเจนและแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม 1.3) ด้านผลลัพธ์มีการให้คำแนะนำขั้นตอนการทำหัตถการเพียงร้อยละ 48.50 อุบัติการณ์การเลื่อนเวลาการทำหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ร้อยละ 14.00 การรับส่งผู้ป่วยผิดพลาดล่าช้า ร้อยละ 8.00 2.ระยะดำเนินการมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การปรับกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มคุณภาพบริการ การปรับสภาพพื้นที่ในห้องส่องกล้อง และการสนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ 3. ระยะประเมินผลลัพธ์ พบว่า การเลื่อนเวลาการทำหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมและการรับส่งผู้ป่วยผิดพลาดล่าช้ามีจำนวนลดลง ไม่พบอุบัติการณ์ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลห้องส่องกล้องของผู้ป่วยนอกและผู้ดูแลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด บริการพยาบาลห้องส่องกล้องของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกด้านอยู่ในระดับพึงพอใจมาก และภาพรวมของผู้ป่วยในต่อคุณภาพการบริการหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงควรมีการศึกษาสภาพปัญหาการทำงานของระบบบริการพยาบาล และมีการพัฒนาระบบเพื่อแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาคุณภาพ; การวิจัยและพัฒนา; ระบบบริการพยาบาล; หัตถการการส่องกล้อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลน่าน

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลน่าน

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: tip310@gmail.com. Tel: 089-8118177



บทนำ

การส่องกล้อง(Endoscopy)เป็นหัตถการที่ใช้ในทางการแพทย์มีวัตถุประสงค์เพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติของอวัยวะภายในร่างกายขั้นตอนการส่องกล้องจะใช้กล้องเอนโดสโคป(Endoscope)สอดเข้าไปในช่องทางที่เข้าสู่อวัยวะโดยตรงเพื่อตรวจสอบภายในของอวัยวะกลวงหรือโพรงของช่องร่างกายในปัจจุบันการส่องกล้องสามารถทำได้หลายประเภทเช่นการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy)ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยแยกโรค คัดกรองและติดตามโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การตรวจด้วยคอลโปสโคป(Colposcopy)เพื่อตรวจเยื่อบุภายในบริเวณปากมดลูก ช่องคลอด ปากช่องคลอด และทวารหนักเพื่อการค้นหารอยโรคของโรคมะเร็ง การส่องกล้องระบบทางเดินปัสสาวะ (Cystoscopy)เพื่อประเมินผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms; LUTS)การส่องกล้องหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้(Esophagogastroduodenoscopy : EGD)เพื่อตรวจดูเยื่อบุภายในหลอดอาหาร ช่องท้องและลำไส้เล็กส่วนต้นและการส่องกล้องหลอดลม(Bronchoscopy)เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคในระบบการหายใจ เป็นต้น

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่รับการส่องกล้องทั้งในระยะก่อนทำ ระหว่างการทำ และหลังทำเนื่องจากการทำหัตถการส่องกล้องมีหลายประเภท มีรายละเอียด ความหลากหลายและความเฉพาะเจาะจงตามประเภทของการส่องกล้อง เช่น ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ จะต้องผ่านการเตรียมลำไส้ใหญ่ โดยการทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก เพื่อให้การดำเนินการตรวจวินิจฉัยและรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้นดังนั้นพยาบาลห้องส่องกล้องจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอดการตรวจวินิจฉัยและรักษา ประกอบด้วยบทบาทในการคัดกรองความเสี่ยงก่อนการทำความสะอาดลำไส้ใหญ่เป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการลดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนพยาบาลห้องส่องกล้องต้องมีทักษะการให้ข้อมูลที่เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย เพื่อสามารถช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวทั้งก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำหัตถการ ซึ่งส่งผลให้ความสำเร็จในการส่องกล้องมีมากขึ้น (Abuksis et al., 2001)

โรงพยาบาลน่าน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปแห่งเดียวในจังหวัดน่านที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยหรือทำการรักษาด้วยหัตถการส่องกล้องมีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการส่องกล้องเพื่อการตรวจวินิจฉัยทุกระบบในปีงบประมาณ 2561-2563จำนวน 1,871, 2,210, 2,652รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นของการให้บริการส่องกล้องของโรงพยาบาลทั้งนี้หน่วยงานห้องส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านเปิดบริการมาตั้งแต่ปี 2548 โดยในระยะแรกการดำเนินงานเป็นส่วนหนึ่งของหัตถการการผ่าตัด อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานการพยาบาลห้องผ่าตัด มีการตรวจวินิจฉัยในระบบทางเดินอาหาร ระบบหายใจ หลังจากนั้นมีการปรับตามโครงสร้างของกลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ ในปี 2562 ทีมปฏิบัติงานประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 2 คน วิชาชีพพยาบาล 1 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร จึงมีหัตถการการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มมากขึ้น มีการพัฒนาระบบบริการเรื่อยมาจนถึงในปัจจุบันหน่วยงานห้องส่องกล้องสามารถให้บริการดูแลวินิจฉัยและรักษาหัตถการ 2 ระบบ คือ ระบบทางเดินอาหาร และ ระบบทางเดินหายใจโดยมีระบบบริการผู้ป่วยแบ่งออกเป็นการดูแลในระยะPre-operation, Intra-operation และ Post-operation รองรับบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลน่าน รวมถึงผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 14 โรงพยาบาลในจังหวัดน่าน

ในปี 2560 ผู้วิจัยได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยของงานห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลน่าน พบว่า การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการส่องกล้องทางเดินอาหารทำให้ผู้ป่วย



ให้ความร่วมมือในขณะส่องกล้อง สามารถลดระยะเวลาในการส่องกล้อง อุบัติการณ์การเลื่อน/งดการส่องกล้อง และอาการไม่พึงประสงค์ลดลง ผู้ป่วยลดความวิตกกังวลลง (Toykaew, 2017) แต่หลังจากนั้นมีการขยายบริการเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านประเภทของหัตถการ การขยายบริการคลินิกเฉพาะทางพิเศษ (Special Medical Clinic : SMC) การเพิ่มจำนวนเครื่องมือแพทย์ และได้รับอัตราค่าจ้างของทีมเพิ่มเพื่อรองรับบริการ คือ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ถึงแม้จะมีปรับเปลี่ยนระบบบริการเพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงพบว่ายังมี การงด/เลื่อนการทำหัตถการ ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ การบริหารอัตราค่าจ้าง ไม่เหมาะสม ปัญหาในการประสานงาน รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังจากทำหัตถการ แม้จะได้ดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา (Root Cause Analysis) วางมาตรการป้องกันและติดตามนิเทศทางการพยาบาลแล้วก็ตาม

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานตรวจรักษาพิเศษ เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยโดยสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จึงสนใจศึกษาการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านโดยการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการพยาบาลของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบบริการพยาบาล และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ซึ่งการวิจัยนี้จะเกิดประโยชน์ ทั้งต่อผู้รับบริการและระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลของหน่วยงานห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลน่าน
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่าน
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่าน

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่ใช้ในหน่วยงานห้องส่องกล้อง โรงพยาบาลน่าน เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้กรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ซึ่งเป็นการประเมินคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (out come) ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) โครงสร้างของระบบการให้บริการหัตถการการส่องกล้อง ได้แก่ พื้นที่การปฏิบัติงาน นโยบาย แผนงาน คู่มือในการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องในระยะ ก่อน ขณะ และหลังทำการหัตถการ แนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงานห้องส่องกล้อง แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ แนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แนวทางการประสานงานในเครือข่าย การรับข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อจากเครือข่ายด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ จำนวนบุคลากรและองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานห้องส่องกล้อง และด้านเครื่องมือ ได้แก่ วัสดุ/อุปกรณ์/เอกสารต่าง ๆ



2) กระบวนการ คือ ระบบบริการพยาบาลที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องในระยะก่อน ขณะ และหลังทำการหัตถการ การพัฒนาทักษะของบุคลากรในหน่วยงาน การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการนิเทศทางคลินิก

3) ผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลด้วยหัตถการการส่องกล้อง ได้แก่ การเกิดอุบัติการณ์ทั้งในระยะก่อน ทำ ขณะทำและหลังทำการหัตถการ ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการของหน่วยงานห้องส่องกล้อง หลังจากนั้นนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้อง ครอบคลุมองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ โครงสร้างและกระบวนการ แล้วจึงประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลจากการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งในระยะก่อนทำ ขณะทำและหลังทำการหัตถการ ความพึงพอใจของทีมผู้ให้บริการและผู้รับบริการของหน่วยงานห้องส่องกล้อง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าพัฒนาระบบบริการพยาบาลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยงานห้องส่องกล้อง จะทำให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน และส่งผลให้ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้องในโรงพยาบาลน่าดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการพัฒนา (1 – 31 ตุลาคม 2564) เป็นการศึกษาสถานการณ์ระบบบริการพยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้อง ณ หน่วยงานห้องส่องกล้อง โดยการประชุมระดมสมองวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลตามกรอบแนวคิดโดนาปีเตียนโดยใช้วิธี SWOT analysis ศึกษาโครงสร้างหน่วยงาน แบบประเมินตนเองของหน่วยงานห้องส่องกล้องตามรูปแบบการประกันคุณภาพการพยาบาลงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษของกองการพยาบาลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษา ณ หน่วยงานห้องส่องกล้อง การทบทวนกระบวนการปฏิบัติงาน ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการพัฒนา (1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2565) ประกอบด้วย วงจรการพัฒนา 2 วงรอบ โดยวงจรรอบที่ 1 (1 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564) ประกอบด้วย

1) นำข้อมูลที่ได้มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์มาวางแผนสร้างทีมงานและระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านดังนี้ 1.1) นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทั้งในด้านโครงสร้าง กระบวนการรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของระบบบริการห้องส่องกล้อง 1.2) นำเสนอแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลของกลุ่มงานตรวจรักษาพิเศษตามมาตรฐานการประกันคุณภาพกลุ่มงานตรวจรักษาพิเศษ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามมาตรฐาน 1.3) ประชุมระดมสมองในกลุ่มเจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้อง เพื่อกำหนดเป้าหมายและกำหนดแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ ทำแผนปฏิบัติการการพัฒนาคุณภาพของห้องส่องกล้อง (Kwannapha, 2019)

2) กำหนดรูปแบบการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านแบบมีส่วนร่วม โดย 2.1) กำหนดเนื้อหาครอบคลุมด้านโครงสร้างคือ การจัดพื้นที่ (Zoning) การบริหารวัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย จัดทำแนวทางปฏิบัติงาน work flow ในการบริการ คือ แนวทางการรักษาทั้งในและนอกโรงพยาบาล การควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยก่อนและหลังทำการหัตถการ การส่งต่อผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องหลังทำการหัตถการ การจัดระบบงานและการมอบหมายงาน การนิเทศทางการพยาบาลการวางแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะเชิงบริหาร สมรรถนะเชิงวิชาชีพและการอบรมเฉพาะทางการ



พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้อง 2.2) แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง จัดทำแผน และมอบหมายงานกำหนดให้หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษเป็นหัวหน้าทีม โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา คือ อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นที่ปรึกษา พยาบาลประจำห้องส่องกล้อง ตัวแทนจากพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย วิสัญญีพยาบาล เป็นคณะกรรมการและ 2.3) การดำเนินการปฏิบัติตามแผน ในขั้นตอนนี้พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เป็นทีมสังเกตและบันทึกการปฏิบัติตามแผน

วงรอบที่ 2 ดำเนินการพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษา ด้วยหัตถการส่องกล้อง (1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม 2565) โดยเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยกำหนด ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพห้องส่องกล้อง คือ สมรรถนะเชิงบริหาร ประกอบด้วย ทักษะการ คิดเชิงกลยุทธ์ และการคิดเชิงระบบ ส่วนสมรรถนะเชิงวิชาชีพในงานส่องกล้อง ประกอบด้วย ความรู้เรื่อง มาตรฐานงานส่องกล้องในบริการตรวจรักษาพิเศษ ทักษะการเตรียมเครื่องมือและช่วยส่องกล้อง ทักษะการล้างและ เตรียมเครื่องมือในการส่องกล้อง ทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ระยะส่อง กล้องและหลังส่องกล้อง ทักษะการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง ทั้งนี้กิจกรรมการ พัฒนาศักยภาพ ได้แก่ 1) กิจกรรมเรียนรู้ฝึกทักษะ bedside training ด้วยระบบพยาบาลที่เลี้ยง สำหรับพยาบาล ผู้เริ่มต้น ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 2) การเรียนรู้จากผู้ป่วยโดย pre-conference และ 3) สนับสนุนให้ศึกษาต่อเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง

ในด้านโครงสร้างจัดระบบบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง เรื่อง 1) การกำหนดพื้นที่บริการของ ห้องส่องกล้องในโครงสร้างปัจจุบัน 2) การบริหารวัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ 3) การควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน 4) การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 5) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ และดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยอย่างปลอดภัย 6) การจัดระบบงาน พัฒนาระบบการมอบหมายงานแบบผสมผสานระหว่าง แบบ functional กับ case method 7) มีระบบการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการส่อง กล้องตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทาง Line application โทรศัพท์ โดยพยาบาลประจำห้องส่องกล้องในโรงพยาบาล น่าน เป็นทีมดูแล 8) สร้างแนวทางการนิเทศทางคลินิกเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง โดยผู้ นิเทศ คือ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ และพยาบาลห้องส่องกล้องที่ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าเวร หลังจากนั้นกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินกระบวนการพัฒนา คือ อุบัติการณ์ความเสี่ยงหลังการใช้ระบบบริการ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้อง ทั้งในระยะก่อนทำ ขณะทำและ หลังทำหัตถการ และความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วย หัตถการการส่องกล้องของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย/หน่วยงานในโรงพยาบาลน่านที่ใช้บริการหน่วยงานห้องส่อง กล้อง พยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลชุมชน อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหาร อายุรแพทย์ ทั่วไป ศัลยแพทย์ และพยาบาลห้องส่องกล้อง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ดำเนินการ 3 เดือน คือ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2565 นำรูปแบบการพัฒนาระบบบริการ พยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการหัตถการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่าน ที่ปรับปรุงตามวงรอบที่ 2 มาใช้และ ประเมินผลลัพธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ทำการเก็บรวมข้อมูลในกลุ่มบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับระบบให้บริการ หัตถการการส่องกล้อง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2 คน ศัลยแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ



โรงพยาบาลน่าน จำนวน 20 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 คน นอกจากนี้ยังได้เก็บข้อมูลความพึงพอใจของการให้บริการหัตถการส่องกล้องจากผู้รับบริการจำนวน 275 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. แบบสำรวจโครงสร้างของหน่วยงานห้องส่องกล้องเป็นแบบสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของการให้บริการหัตถการส่องกล้องตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome)
2. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ในการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการหัตถการส่องกล้องในประเด็นต่างๆ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการให้มีคุณภาพ
3. แบบประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษของกองการพยาบาลประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ
4. แบบรายงานอุบัติการณ์การเกิดความเสี่ยง และการเกิดภาวะแทรกซ้อนของการทำหัตถการส่องกล้อง
5. แบบสอบถามความพึงพอใจในระบบบริการพยาบาลของห้องส่องกล้อง 4 ด้าน จำนวน 22 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุปใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ในการวิเคราะห์การเกิดอุบัติการณ์ทั้งในระยะก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำหัตถการของหน่วยงานห้องส่องกล้อง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการวิเคราะห์โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากนั้นทำการเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้อง ก่อนและหลังการนำระบบบริการพยาบาลมาใช้โดยใช้สถิติเปรียบเทียบ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ดำเนินการหลังผ่านการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลน่านเลขที่ Nan Hos. REC No. 044/2564วันที่รับรองกันยายน 2564วันหมดอายุ กันยายน 2565การเก็บข้อมูลมีการชี้แจงรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยให้กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ให้ข้อมูลทราบล่วงหน้าถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนโดยไม่เปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูลเก็บรักษาเป็นความลับ ขออนุญาตใช้เทปบันทึกเสียง ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม ผู้ให้ข้อมูลมีความอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธในการให้ความร่วมมือและสิทธิที่จะหยุดได้โดยไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลและครอบครัว

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ปัญหาของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาด้วยหัตถการการส่องกล้อง

1.1 ผลการศึกษาองค์ประกอบคุณภาพตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) พบปัญหาองค์ประกอบหลักเกี่ยวกับโครงสร้างการให้บริการหัตถการส่องกล้อง มีดังนี้

- 1) ด้านกายภาพหน่วยงานห้องส่องกล้องมีการปรับพื้นที่จากห้องผ่าตัดเดิมจำนวน 2 ห้อง แบ่งพื้นที่ดังนี้
 - พื้นที่ด้านหน้าห้องส่องกล้อง เป็นพื้นที่เตรียมก่อนผ่าตัด จุดพักคอย รวมถึงสังเกตอาการหลังทำหัตถการในผู้ป่วยบางราย และกันพื้นที่ส่วนหนึ่งเป็นสำนักงาน
 - ในห้องหัตถการมีการตั้งจุดทำหัตถการไว้ 2 stations (2 เตียง) ระยะห่างระหว่างเตียง คือ 1 เมตร มีประตูเข้าและออกของผู้ป่วยเป็นเส้นทางเดียวกัน และมีประตูด้านข้างเชื่อมไปยังห้องล้างกล้อง



- พื้นที่ห้องล้างกล้อง แยกพื้นที่เป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นตู้เก็บวัสดุการแพทย์ ตู้เก็บกล้อง และชั้นวางของสะอาด ส่วนที่ 2 เป็นจุดล้างกล้อง ตู้เก็บน้ำยาและอุปกรณ์การล้างกล้อง/เครื่องมือมีการปฏิบัติงานทับซ้อนกันระหว่างทั้ง 2 พื้นที่

2) ด้านนโยบาย พบว่า หน่วยงานห้องส่องกล้องมีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ มีแนวทางการรับผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงการรับปรึกษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนมีการจัดสรรเวลาในการทำหัตถการของแพทย์ การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การเตรียมทีมช่วยฟื้นคืนชีพจากงานวิสัญญีพยาบาล แผนอัตรากำลังทั้งในภาวะปกติและกรณีฉุกเฉิน แต่ยังไม่มีความปฏิบัติมาตรฐานการพยาบาลในห้องส่องกล้องที่ครบถ้วนตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยจนถึงการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากจุดบริการ

3) ด้านทรัพยากรบุคคล พบว่า ห้องส่องกล้องมีอายุรแพทย์ระบบทางเดินอาหาร 1 คน และมีอายุรแพทย์หรือศัลยแพทย์เจ้าของไข้หมุนเวียนเข้ามาทำหัตถการตามตารางเวลา มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง 2 คน วิสัญญีพยาบาล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน (ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง) ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน จำนวนบุคลากรทางการพยาบาลสามารถจัดอัตรากำลังในเวรเช้า และเปิดบริการ 2 เติงได้ แต่ในแผนอัตรากำลังสำรองกรณีฉุกเฉินในเวรบ่ายและดึก พบว่าแต่ละทีมหมุนเวียนเป็นทีมสมทบฉุกเฉินสลับกันทีละ 15 วัน และถูกมอบหมายงานคลินิกพิเศษเฉพาะทาง (เวลา 16.30 – 20.30 น.)อาทิตย์ละ 1 วัน ทำให้บุคลากรมีภาระงานเพิ่มมากขึ้นจึงมีความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และเกิดความคับข้องใจเนื่องจากพร่องความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทาง

4) ด้านเครื่องมือและเวชภัณฑ์พบว่า ห้องส่องกล้องมีชุดอุปกรณ์สำหรับส่องกล้อง ดังนี้ คือ จอภาพ 2 ชุด กล้อง endoscope 4 ตัว กล้อง colonoscope 4 ตัว กล้อง bronchoscope 1 ตัว มีระบบจ่ายออกซิเจนผ่านท่อ(Pipe line system) เครื่องติดตามสัญญาณชีพและคลื่นหัวใจและความอิ่มตัวของออกซิเจนรณเซ็นพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉินตามมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ชุดชุดเสมหะ เครื่องบันทึกสัญญาณภาพเข้าสู่โปรแกรมผู้ป่วยของโรงพยาบาล 1 ชุด และมีเวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาที่ใช้ในการทำหัตถการส่องกล้องทั้ง 3 ระบบ ครบถ้วนแต่ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการหมุนเวียนใช้ตามความต้องการ

1.2 ด้านกระบวนการ ได้แก่ ระบบบริการ การพัฒนาบุคลากร การทำงานร่วมกับทีมสหสาขา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหนัก การนิเทศทางคลินิก พบว่า ห้องส่องกล้องมีการจัดบริการรูปแบบเดียวกับกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด คือ ระยะก่อน ขณะ และหลังทำหัตถการ มีทีมพยาบาลควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลให้คำปรึกษาในการจัดพื้นที่บริการเพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้รูปแบบเดียวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รับการนิเทศทางคลินิกจากหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ มีนโยบายการรับผู้ป่วยตามข้อตกลงร่วมกับทีมแพทย์ มีการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ และมีการเก็บรวบรวมอุบัติการณ์/ความเสี่ยงตามระบบรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล แต่ไม่พบเอกสารประเมินคุณภาพหน่วยงาน

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในห้องส่องกล้อง ใช้ระบบพี่เลี้ยงในการฝึกทักษะมีเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่มีการส่งเข้ารับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง (ในกลุ่มที่ไม่ผ่านการอบรมปีละ 1 คน) และเข้ารับการประชุมวิชาการเพื่อเพิ่มพูนความรู้ของสมาคมพยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร ปีละ 1 ครั้ง และวิสัญญีพยาบาลเข้าร่วมประชุมเพื่อเพิ่มพูนทักษะของชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทยปีละ 1 ครั้ง

1.3 ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยในห้องส่องกล้องจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2564ไม่พบอุบัติการณ์การทำหัตถการผิดคนผิดหัตถการไม่มีการงดทำหัตถการมีการเลื่อนเวลาในการทำหัตถการ แต่ไม่มีการรวบรวมข้อมูล



เนื่องจากผู้ปฏิบัติพิจารณาว่าไม่มีผลต่อการจัดทำหัตถการ พบอุบัติการณ์การประสานงานผิดพลาด ส่งผลให้การรับส่งผู้ป่วยผิดพลาด ลำช้า ความพึงพอใจของผู้รับบริการร้อยละ 78.25 ไม่มีการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลห้องส่องกล้องและทีมสุขภาพที่ใช้บริการไม่มีการประเมินสมรรถนะเชิงวิชาชีพของบุคลากรทุกตำแหน่ง และไม่มีการจัดทำประเมินตนเองตามมาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการส่องกล้อง

จากการประชุมระดมสมองทีมผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันวิเคราะห์หน่วยงานห้องส่องกล้องและกำหนดประเด็นการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการส่องกล้องดังนี้

1) การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน โดยการจัดพื้นที่ (Zoning) เพื่อลดการปนเปื้อน โดย

1.1) ปรับพื้นที่การดูแลก่อนทำหัตถการของผู้ป่วยที่ไอร์แลนด์ให้นอน ให้ใช้พื้นที่เดียวกับผู้ป่วยที่มารับบริการในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แยกพื้นที่นั่งรอของผู้ดูแลและผู้ป่วยออกจากกัน

1.2) แยกพื้นที่การเก็บของสะอาด คือ ผ้าสะอาด วัสดุการแพทย์ วัสดุสำนักงาน ให้ชัดเจน และพื้นที่ล้างทำความสะอาด โดยใช้เส้นสีกันพื้นที่

2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

2.1) การจัดระบบการฝึกทักษะโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกบุคลากรทุกระดับ

2.2) ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในหัวข้อสมรรถนะเชิงวิชาชีพในงานส่องกล้อง ประกอบด้วย ทักษะการเตรียมเครื่องมือและช่วยส่องกล้องทักษะการล้างและเตรียมเครื่องมือในการส่องกล้องทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ระยะส่องกล้องและหลังส่องกล้องและทักษะการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง พบว่าไม่มีพยาบาลวิชาชีพห้องส่องกล้องที่ผ่านสมรรถนะมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง ผ่านการประเมินสมรรถนะอยู่ในระดับตามเกณฑ์ คือ สามารถสอนและนิเทศงานได้ ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ผ่านการอบรม มีสมรรถนะในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ 1 ระดับ ในทักษะการเตรียมเครื่องมือและช่วยส่องกล้องทักษะการล้างและเตรียมเครื่องมือในการส่องกล้องส่วนทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่องกล้อง ระยะส่องกล้องและหลังส่องกล้องและทักษะเรื่องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้อง อยู่ในระดับตามเกณฑ์ จากผลการประเมินจึงนำเข้าสู่เกณฑ์การคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพหน่วยงานห้องส่องกล้องเพิ่มเติมในปี 2565 คือ คัดสรรจากพยาบาลส่งเครื่องมือของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เนื่องจากมีทักษะการเตรียมเครื่องมือ การล้างและเตรียมเครื่องมือมาในระดับตามเกณฑ์แล้ว และวางแผนจัดส่งพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 1 คน เข้ารับการอบรมเฉพาะทางในปี 2566

2.3) เริ่มกิจกรรม bedside training ด้วยระบบพยาบาลพี่เลี้ยง สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตามแผนที่กำหนด

3) การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยร่วมเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วยในงานพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยห้องส่องกล้อง โดยทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การรับปรึกษา และการส่งต่อข้อมูล กำหนดผู้ประสานงานหลักของห้องส่องกล้อง เพื่อลดขั้นตอนและระยะเวลา กำหนดช่องทางการสื่อสาร คือ line OA กรณีฉุกเฉินใช้หมายเลขโทรศัพท์ผู้ประสานงานโดยตรง

4) ระบบการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องพัฒนาระบบผู้ป่วยนอกที่มาจากการนัดของแพทย์ คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมผ่านวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ สำหรับผู้ป่วยที่รับคำปรึกษาจากโรงพยาบาล



ชุมชนกำหนดเวลาในการขอปรึกษาเพื่อจัดตารางเวลา และพยาบาลวิชาชีพห้องส่องกล้องให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อโดยผู้ป่วยไม่ต้องผ่านการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอกหลังจากทำการหัตถการสามารถส่งกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน และเชื่อมผลการตรวจวินิจฉัยขึ้นเนื้อหรือ CLO test ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ ส่วนผู้ป่วยในเพื่อป้องกันความล่าช้าในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประสานการจัดอัตรากำลังพนักงานเปลมาปฏิบัติงานประจำที่หน่วยงานหน่วยงานห้องส่องกล้อง เพิ่มเติมการกำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพนำส่ง และเพิ่มเติมการกำหนดแนวทางการประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังทำการหัตถการโดยใช้ early warning signs ผู้ป่วยที่ได้รับการทำการหัตถการส่องกล้อง

5) พัฒนารูปแบบการมอบหมายงานการพยาบาลจากแบบ functional และ team เป็นแบบ functional และ case method เพื่อให้สามารถให้บริการได้โดยปลอดภัย ทันเวลา และครอบคลุมภาระงานมากขึ้น

6) การนิเทศทางคลินิก โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

7) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ โดยใช้เทคนิค bedside training

8) จัดระบบสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่สำคัญในห้องส่องกล้องให้เพียงพอพร้อมใช้ วางแผนเงินนอกงบประมาณวัสดุ และครุภัณฑ์การแพทย์ของปี 2566 และสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากภายนอก โดยประชาสัมพันธ์ศักยภาพงานห้องส่องกล้องแก่ผู้รับบริการและสังคม

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการส่องกล้อง

1. ด้านโครงสร้าง พบว่า ห้องส่องกล้อง มีพื้นที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการที่แยกสัดส่วนชัดเจน แยกพื้นที่สะอาดและปนเปื้อนในห้องล้างกล้องชัดเจน และสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้รวดเร็วจากการขอปรึกษาทาง Line OA และจากการประชาสัมพันธ์ผลงานห้องส่องกล้องจึงได้รับบริจาคอุปกรณ์การแพทย์กล้องส่องทางเดินอาหารส่วนบนเพิ่มจำนวน 2 ชุดส่งผลให้มีอุปกรณ์เพียงพอต่อการหมุนเวียนทำการหัตถการ

2. ด้านกระบวนการเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาล พบว่า

2.1 การจัดระบบการฝึกทักษะโดยใช้ระบบพี่เลี้ยงโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางให้กับบุคลากรทุกตำแหน่ง โดยมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสามารถพัฒนาสมรรถนะจนอยู่ในระดับตามเกณฑ์ คือ สอนและนิเทศงานได้ รวมถึงสามารถขึ้นปฏิบัติงานในเวรสมทบได้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ได้รับคัดเลือกเข้าอบรมเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในภาพรวมหลังการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรม เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.00 จากเดิมคือ ร้อยละ 50.00สามารถฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องให้กับพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 4 คน (โรงพยาบาลเวียงสา)

2.2 มีแผนการนิเทศทางคลินิกชัดเจนทั้งในระดับหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และในระดับผู้ปฏิบัติที่ได้รับมอบหมายงานประจำวัน สามารถนิเทศได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 76.60

3. ด้านผลลัพธ์

3.1 ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนถึงความรวดเร็วในการบริการเป็นลายลักษณ์อักษร หรือจากการประชุม หรือทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์

3.2 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลห้องส่องกล้องผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ผลลัพธ์ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลห้องส่องกล้องของผู้ป่วยใน ก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล (n=111)

ระยะ	Mean	S.D.	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	3.67	.55	6.608	.005
หลังการพัฒนา	4.45	.49		

*p-value < .05

- ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยเท่ากับ 89.26
- ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานงานในโรงพยาบาลชุมชน เท่ากับ 91.33

3.3 ผลลัพธ์ทางคลินิก จากการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องพบว่า ไม่พบอัตราการทำการหัตถการผิดคนผิดหัตถการ ไม่พบอัตราการงดการทำการหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราเลื่อนผ่าตัดเวลาการทำการหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจากร้อยละ 14 เป็น 2.54 การรับส่งผู้ป่วยผิดพลาด ค่าซ้ำลดลงจากร้อยละ 8 เป็น 2.18 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการส่องกล้อง

หัวข้อ	ก่อนการพัฒนา (n=200)		หลังการพัฒนา (n=275)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น				
- อัตราการทำการหัตถการผิดคน ผิดหัตถการ	0	0	0	0
- อัตราการงดการทำการหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	0	0	0	0
- อัตราการเลื่อนเวลาการทำการหัตถการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	28	14.00	7	2.54
- การรับส่งผู้ป่วยผิดพลาด ค่าซ้ำ	15	8.00	6	2.18

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่าน ผลของการพัฒนาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและเกิดผลลัพธ์ของการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามระยะการพัฒนา ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการพัฒนาพบว่าห้องส่องกล้องเป็นหน่วยงานเฉพาะที่ให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการวินิจฉัยรักษาโดยใช้การส่องกล้องทั้งในระบบทางเดินอาหารส่วนบน ระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง และระบบหายใจมีการจัดบริการตามลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการ คือ ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ด้านโครงสร้างกายภาพสถานที่มีความคับแคบแออัด ใช้พื้นที่ระหว่างการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการและติดตามอาการหลังทำการหัตถการ (pre – post operation) ในพื้นที่เดียวกัน ระยะห่างระหว่างเตียงไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากการปรับพื้นที่บางส่วนของห้องผ่าตัดมาใช้ในการบริการความพร้อมด้านอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ดูแลตรวจวินิจฉัยรักษาผู้ป่วย



มีครบตามมาตรฐาน และสามารถหมุนเวียนให้บริการในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องได้ แต่เครื่องส่องกล้อง ตู้เก็บกล้อง ยังไม่เพียงพอพื้นที่ในการเก็บของปราศจากเชื้อยังปะปนกับวัสดุการแพทย์มีความพร้อมของทีมผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ แต่ยังขาดแคลนอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลสามารถส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเฉพาะทางได้เพียงปีละ 1 คน และการจัดสรรอัตรากำลังแยกออกจากกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเดิมในปี 2562 ทำให้ขาดการเตรียมการรองรับของอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ การจัดสรรอัตรากำลังให้กับห้องส่องกล้องจึงต่ำกว่าที่ควรจัดสรรให้หากพิจารณาเฉพาะอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง (Lukejohn & David, 2015)

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาระบบบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้อง ผลการดำเนินการพัฒนาระบบครอบคลุมด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในหน่วยงาน โดยการจัดพื้นที่ (Zoning) เพื่อลดการปนเปื้อน ด้านการพัฒนาศักยภาพพยาบาล จัดระบบการฝึกทักษะโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อนำข้อมูลวางแผนพัฒนารายบุคคลสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้อง การพัฒนาระบบการมอบหมายงานเป็นแบบ functional และ case method การนิเทศทางคลินิกโดยผู้เชี่ยวชาญ ทบทวนการดูแลผู้ป่วยด้วยกิจกรรม bedside training การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การรับปรึกษา และการส่งต่อข้อมูล สื่อสาร เพื่อให้เกิดความชัดเจน กำหนดผู้ประสานงานหลักของห้องส่องกล้อง กำหนดช่องทางการสื่อสาร คือ line OA ด้านระบบการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ กำหนดเวลาในการขอปรึกษาสำหรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน เชื่อมผลการตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อหรือ CLO test ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และประสานการจัดอัตรากำลังพนักงานเปลมาประจำที่หน่วยงานห้องส่องกล้อง เพิ่มเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพนำส่ง และการประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังทำการผ่าตัดโดยใช้ early warning signs ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องจะเห็นได้ว่าการกำหนดสมรรถนะและการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะตามที่กำหนด อีกทั้งการพัฒนาการสื่อสารกับบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานซึ่งถือเป็นทักษะด้านอารมณ์และสังคม (soft skills) ที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล (Chaonarin, Keeratanithsathian, Kamolabutra & Supharoehyothin, 2022) ถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (Wongmaneeewan & Lorga & Srithong, 2022)

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องดำเนินการพร้อมกันหลายด้าน ได้แก่การปรับโครงสร้างทางกายภาพ และการพัฒนาบุคลากร โดยนำหัวข้อการอบรมเข้าสู่แผนการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของปี 2566 เช่นเดียวกันกับการสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนเข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ของสมาคมพยาบาลส่องกล้องแห่งประเทศไทย และสมาคมศูนย์จ่ายกลางแห่งประเทศไทยทุกปีเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาบุคลากรร่วมกันสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลน่านปี 2566 – 2570 คือพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Service Excellent Center) ซึ่งการพัฒนาต้องมีความร่วมมือระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ กล่าวคือ การพัฒนาคุณภาพจะสำเร็จได้เมื่อผู้นำมีความมุ่งมั่น และผู้ปฏิบัติให้ความร่วมมือ อีกทั้งการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสามารถทำได้โดยการทำงานเป็นทีมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ สอดคล้องการศึกษการพัฒนาคุณภาพในงานผู้ป่วยหนัก และพบว่าการพัฒนาคุณภาพผู้ป่วยหนักเกิดจากการสนับสนุนของทีม ที่ทำความเข้าใจปัญหาาร่วมกันให้โอกาสและแหล่งประโยชน์ในการพัฒนา ซึ่งจะส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืนต่อไป (Curtis RJ, et al., 2006) สอดคล้องกับการที่สภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ เพื่อทำให้การบริการของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลการผดุงครรภ์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีศักยภาพในการพัฒนาตนเองและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง



นอกจากนั้นการสร้างความรู้และการฝึกให้มีสมรรถนะในทักษะ 5 หัวข้อ คือ ทักษะการเตรียมเครื่องมือ และช่วยส่งกล้อง ทักษะการล้างและเตรียมเครื่องมือในการส่งกล้อง ทักษะการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งกล้อง ระยะส่งกล้องและหลังส่งกล้อง และทักษะเรื่องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่งกล้อง เป็นทักษะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยของหน่วยงานห้องส่งกล้อง ในปี 2562 จากโครงการพัฒนาสมรรถนะเชิงวิชาชีพของกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลน่าน ซึ่งหัวข้อสมรรถนะสอดคล้องกับการศึกษาของ Siriwat, Abhicharttibutra, & Supamane (2020) ที่ได้พัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลในเครือรามคำแหง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ผลการวิจัย 6 สมรรถนะ คือ 1) การดูแลก่อนส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร 2) การดูแลขณะส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร 3) การดูแลหลังส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร 4) การช่วยแพทย์ในการส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร 5) การบันทึกเอกสารที่เกี่ยวกับการส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร และ 6) การดูแลเครื่องมือและอุปกรณ์ในการส่งกล้องระบบทางเดินอาหาร การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรจะช่วยลดความเสี่ยงจากความผิดพลาดและช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลได้

ระบบการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง มีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากจึงมีการพัฒนาระบบผู้ป่วยนอกที่มาจากการนัดของแพทย์ คัดเลือกผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์เป็นผู้ป่วยในระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เพื่อให้มีการเตรียมความพร้อมผ่านวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพประจำงานผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) ก่อนวันทำหัตถการเป้าหมายสำคัญเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอคิวนาน สำหรับผู้ป่วยที่รับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน กำหนดเวลาในการขอปรึกษาเพื่อจัดตารางเวลา และพยาบาลวิชาชีพห้องส่งกล้องให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อโดยผู้ป่วยไม่ต้องผ่านการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยนอก หลังจากทำหัตถการสามารถส่งกลับยังโรงพยาบาล และเชื่อมผลการตรวจวินิจฉัยชิ้นเนื้อหรือ CLO test ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ การพัฒนาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องกระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (Sahunphun, 2019) ซึ่งได้ระบุข้อกำหนดที่สำคัญของกระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยเริ่มจาก 1. กระบวนการรับแจ้งและประสานงาน 2. กระบวนการตรวจสอบข้อมูล ความถูกต้อง/ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ 3. กระบวนการประเมินผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 4. กระบวนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยซึ่งทำให้เกิดความปลอดภัยผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และเกิดความพึงพอใจ

สำหรับผู้ป่วยในเพื่อป้องกันความล่าช้าในการเคลื่อนย้าย หน่วยงานห้องส่งกล้องขออัตรากำลังพนักงานเปลมาประจำที่หน่วยงาน ปรับเพิ่มเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพนำส่ง และเพิ่มเติมแนวทางการประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหลังทำหัตถการโดยใช้ early warning signs ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำหัตถการส่งกล้องการเพิ่มอัตรากำลังพนักงานเปล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องแนวทางการปรับปรุงคุณภาพการรับผู้ป่วยเข้าทำการผ่าตัด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่า สาเหตุของปัญหาคุณภาพการรับผู้ป่วยเข้าทำการผ่าตัดไม่ทันเวลาด้านบุคคล คือ บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอกับภาระงาน ดังนั้นการจัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมกับภาระงานทำให้กระบวนการทำงานมีความสะดวกและรวดเร็วขึ้น ส่วนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและเพิ่มเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องมีพยาบาลวิชาชีพนำส่งเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเสี่ยงและได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในระดับต้องติดตามอาการใกล้ชิดหรืออยู่ในภาวะวิกฤตจำเป็นต้องได้รับการเคลื่อนย้ายที่ปลอดภัย ต้องมีการประเมินความพร้อมก่อนการเคลื่อนย้ายทั้งด้านตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์เครื่องมือ (Sunkriset al., 2015)

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาระบบบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำการหัตถการส่งกล้อง

1. ด้านโครงสร้าง พบว่า ห้องส่งกล้อง มีพื้นที่ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำการหัตถการที่แยกสัดส่วนชัดเจน แยกพื้นที่สะอาดและปนเปื้อนในห้องล้างกล้องชัดเจน เป็นไปตามมาตรฐานการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ



ของหน่วยงานห้องส่องกล้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการติดเชื้อจาก microorganisms ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้ขณะส่องกล้อง และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 19 ที่ผ่านมา มีคำแนะนำให้แบ่งพื้นที่ของห้องส่องกล้องออกเป็น 3 ส่วน คือ พื้นที่ปนเปื้อน พื้นที่สะอาด และ พื้นที่รอยต่อที่เป็นกันชน (buffer) ระหว่างพื้นที่ปนเปื้อนและสะอาด (Rashid, et al., 2020) นอกจากนั้นยังเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยได้รวดเร็วจากการขอปรึกษาทาง Line Official Account สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และประชาชนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้นด้วยความปลอดภัยที่สูงขึ้น อันเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปประเทศไทยที่เน้นประโยชน์แก่ประชาชนเป็นหลัก (Pongsadhorn, 2018). และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account): สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบผลการศึกษพบว่า ภาพรวมของระดับการเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นอยู่ในระดับมาก ความพึงพอใจในการใช้ Line Official Account (OA) พบว่า ภาพรวมของระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (Matatrati, Pissawongprakan & Nonsrirach, 2022)

สำหรับด้านกระบวนการมีการจัดระบบการฝึกทักษะโดยใช้ระบบพี่เลี้ยงโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางให้กับบุคลากรทุกตำแหน่ง คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งส่งผลดีต่อองค์กรทั้งการดูแลผู้ป่วยและเป็นสอนงานแก่พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดสกลนคร (Sittihong, Jannakorn & Daekhuntod, 2012) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งผลให้ผู้รับบริการพึงพอใจมากขึ้น

3. ด้านผลลัพธ์พบว่า ไม่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ได้รับคำชมเชยจากผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรับปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชนถึงความรวดเร็วในการบริการความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลห้องส่องกล้องเพิ่มมากขึ้นทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ความพึงพอใจในภาพรวมต่อคุณภาพการบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ในขณะที่ความพึงพอใจของทีมสุขภาพในโรงพยาบาลและเครือข่าย อยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80 ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก ไม่พบอัตราการทำให้เกิดการผัดผ่อนผัดผ่อน ไม่พบอัตราการงดการทำให้เกิดการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม อัตราเลื่อนผ่าตัดเวลาการทำให้เกิดการจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมลดลงจากร้อยละ 14 เป็น 2.54 การรับส่งผู้ป่วยผิดพลาด ลดลงจากร้อยละ 8 เป็น 2.18 จากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangtong et al. (2016) เรื่องการพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มความพึงพอใจผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ปัญญานันทภิกขุ) พบว่า ความพึงพอใจต่อการให้บริการผู้ป่วยในมีแนวโน้มสูงขึ้น และไม่พบข้อร้องเรียนหลังการพัฒนา เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการบริการงานผู้ป่วยนอกตามแนวคิดโลจิสติกส์โรงพยาบาลพระจุฬาลงกรณ์ว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นสูงกว่ารูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 (Jinakeaw, 2017) และการพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยหนัก จังหวัดสกลนครของ Sungkris et al. (2015) ซึ่งพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการพยาบาลในทุกหอผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก

การศึกษาการพัฒนาระบบบริการการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการทำหัตถการส่องกล้องของโรงพยาบาลน่านครั้งนี้ จึงนับได้ว่าได้ข้อมูลที่สำคัญ นำสู่การพัฒนาระบบบริการพยาบาล และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการห้องส่องกล้อง



ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. โครงสร้างของห้องส่องกล้องมีความสำคัญในระบบบริการ ทั้งในด้านกายภาพ การปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ซึ่งควรบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศควบคู่ไปกับการวางแผนด้านการพัฒนาบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ด้วย
2. ผู้บริหารการพยาบาลควรมีการวางแผนในการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานห้องส่องกล้อง และดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เชื่อมโยงเครือข่ายบริการในจังหวัดน่าน และส่งเสริมให้มีการนำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการพยาบาลและพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. ผู้บริหารควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานแนวปฏิบัติมาใช้และติดตามนิเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำกระบวนการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยส่องกล้องไปศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อการทบทวน ตรวจสอบซ้ำถึงผลลัพธ์เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Abuhsis G, Mor M, Segal N, Shemesh I, Morad I, Plaut S. (2001). A patients education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedure in a gastroenterology department. *Am J Gastroenterol.* 96(6), 1786-90.
- Chaonarin, P. Keeratavanithsathian, S., Kamolabutra, M., Supharoehyothin, P. (2022). Soft Skills: Skills Needed for Nurses. *Journal Health Science Scholarship.* 9(1): 1-17. (in Thai)
- Curtis RJ, et al. (2006). Intensive care unit quality improvement: a “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Critical care medicine*, 34(1): 211-218.
- Donabedian, A. (2003). *The Definition of Quality and Approaches to ITS Assessment.* University of Michigan: Health Administration Press.
- JinakeawS.(2017). *The Development of a Logistic-Based Health Service Model for the Out-patient Department at PhopPhra Hospital, Tak Province.* Thesis Master of Nursing Science in Nursing, Administration School of Nursing SukhothaiThammathirat Open University.(in Thai)
- Kwannapha Kwansathaphonkul. (2019). Quality Assurance of Nursing: Assessing the Quality of Specialty Nursing Services. Nonthaburi: Division of Nursing, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (in Thai)
- Lukejohn, WD., David B. (2015). *Gastroenterol Res Pract.* 2015; 2015: 764153. Retrieved 25 May 2022 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26101525/>.doi: 10.1155/2015/764153PMCID: PMC4458534PMID: 26101525PMC4458534PMID: 26101525



- Matatrati, C., Pissawongprakan, P., Nonsrirach, T. (2022). Factors affecting access to the health promotion service system through LINE official account of regional Health Promotion Center 7 KhonKaen: Good health is rewarded of the people in the responsible area. *Journal of Regional Health Promotion Centre 7 KhonKaen*. 14(2), 14-33.(in Thai)
- Pongsadhorn Pokpermdee. (2018). Twenty-Year National Strategic Plan for Publish Health (2017-2036).. Strategy and Plaing Division. Office of the Permanent Secretary. Ministry of Public Health.
- Rashid, N. L., Sunny, H. W., Sergio, A Sánchez-Luna., Gianluca, P., Steven, B., Mei-Yin, W., & et al. (2020).Overview of guidance for endoscopy during the coronavirus disease 2019 Pandemic. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 35 :749–759.
- Sahunphun, P. (2019). The process of referral system between hospitals.Hua Hin Medical Journal. 4(1) : 21-34. .(in Thai)
- Sangtong, L., Nhoothep, C., Dumkaew, S., Perban, P., Bauthong, A. (2016). *Development Nursing Service System to Improve Inpatients’ Satisfaction at Srinakarin Hospital Khonkhan*. Khonkhan.
- Siriwat, S., Abhicharttibutra, K., Supamanee, T. (2020). Development of a Competency Framework Among Gastrointestinal Endoscopy Nurses, Ramkhamhaeng Hospital Group, Chiang Mai Province. *Nursing Journal*. 47(2), 333-344. (in Thai)
- Sittihong, A., Jannakorn, N., Daekhuntod. (2012). Development of A Nursing Care Network for Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction among Network Hospitals in SakonNakhon Province. *Journal of Nurse’ Association of Thailand, North-eastern Division*. (4): 67-78. (in Thai)
- Society of Gastroenterology Nurses and Associates.(2012).*Standard of Infection Prevention in the Gastroenterology Setting*. Society of Gastroenterology Nurses and Associates, Inc. Chicago, Illinois.
- Sungkris, K., Nudsuntear, P., Kaewken, W., Boonkong, P. (2015). The Development of Critical Nursing Care System, Sakon Nakhon Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 33(2), 110-121. (in Thai)
- Toykaew, S. (2017). Readiness Preparation of Patients Who Receive Esophagogastroduodenoscopy (EGD). Unpublished Report. Nan Hospital.
- Wongmaneevan, B., Lorga, T., Srithong, K. (2022). Development of a Model Management Nursing Staff in Critical Care Patients in Lampang Hospital. *Journal Health Science Scholarship*. 9(2),265-282. (in Thai)



Development of Individual Development Plan to enhance learning skills in the 21st century among Nursing Students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

Chompunut Sangwichitr^{*}, Weerachai Kuankaew^{1*}, Puangpet Meesiri^{*}
Jitaree Chatmontree^{*}, Pachara Wiwoot^{*}, Chrakrawan Renuros^{*}

(Received April 28, 2023, Revised: June 11 2023, Accepted: June 12 , 2023)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of an Individual Development Plan (IDP) in enhancing 21st century learning skills among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, study for the academic year 2021. Three steps were used as follow; 1) to create individual development plan including relevant literature review by interviewing nursing students, advisors, and executives students 2) to examine instrumental reliability and validity using quasi-experimental methodology between control group and test group in order to improve IDP, and 3) to evaluate the developed IDP. Data analyzed and presented by using descriptive statistic (number, percentage) and inference statistic (Paired t-test).

The IDP processes included 1) the analysis of nursing student strengths and weaknesses, 2) a set of goals and methods for developing potential in terms of 21st century learning skills, 3) the supervision, monitoring, reflection, and evaluation of IDP implementation, and 4) self-assessment and advisory assessment in terms of 21st century learning skills. The results found that: 1) The mean scores of learning skills in the 21st century were higher than before the IDP with statistical significance of .05 2) The mean scores of learning skills in the 21st century when considering each aspect found that the average scores of learning and innovation skills, information, media and technology, and life skills and occupations were higher than before the IDP with statistical significance at .05. Therefore, the IDP is a kind of tool to enhance 21st century learning skills for nursing students and others.

Keywords: Individual Development Plan; learning skills in the 21st century; Nursing Students

**Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute*

¹Corresponding author: weerachai.wee@gmail.com Tel: 0867298399



การพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ชมพูนุท แสงวิจิตร*, วีระชัย เชื้อนแก้ว¹, พวงเพชร มีศิริ*

จิตอาารี ชาติมนตรี*, พชร วิวุฒิ*, จักรวาล เรณูรส*

(วันรับบทความ : 28 เมษายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 11 มิถุนายน 2566, วันตอบรับบทความ: 19 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการสร้างเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประจำปีการศึกษา 2564 ขั้นตอนวิจัยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างเครื่องมือ โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้บริหาร 2) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข 3) ประเมินประสิทธิผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และ Paired t-test

แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง 2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 3) การกำกับติดตามสะท้อนคิด และ 4) ประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนั้น สถานศึกษาควรนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลมาใช้เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้แก่นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาในสาขาอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล; ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21; นักศึกษาพยาบาล

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประสานงาน: weerachai.wee@gmail.com Tel: 0867298399



บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตและการทำงานในโลกยุคปกติใหม่ (McGunagle & Zizka, 2020) การจัดการศึกษาในประเทศไทยจึงต้องปรับกระบวนการทัศน์เพื่อเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปัจจุบัน และพร้อมจะออกไปประกอบอาชีพต่อไป (Turner, et al. 2015) การจัดการเรียนรู้ปัจจุบันจึงต้องสอดคล้องกับทักษะศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะและทักษะอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร การคิด ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับความต่างวัฒนธรรม การทำงานเป็นทีม การสืบค้น การใช้สื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ เพื่อนำไปสู่การมอบหมายงานและการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 (Inchaithep, 2019) การพัฒนาการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 กระทรวงศึกษาธิการ ได้กำหนดนโยบายและดำเนินการผลักดันให้เกิดการพัฒนาการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับการพัฒนาการเรียนรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างต่อเนื่อง (Sangaroon, 2020) การพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 อันจะนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้เรียน โดยยึดหลักการเรียนรู้ 3R x 7C ประกอบด้วย 3R คือ Reading (อ่านออก) (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithematics (คิดเลขเป็น) และ 7C ได้แก่ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) ทักษะด้านการสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (Creativity and Innovation) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (Cross-cultural Understanding) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, Teamwork and Leadership) ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (Communications, Information, and Media Literacy) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing and ICT Literacy) ทักษะอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) (Panich, 2013)

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงทุกทักษะ โดยลักษณะส่วนบุคคล ในด้านอายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาที่แตกต่างกันจะมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่ต่างกัน ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับทักษะที่ต้องการให้เกิดในตัว of นักศึกษา และมีลำดับของการพัฒนาทักษะของนักศึกษาจนถึงจบปีการศึกษา (Junwin, Thanormchayathawat, Ratchathawan, Norasing, & Kaewkrachok, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้าน ประจำปีการศึกษา 2561 ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต ด้านที่น้อยที่สุด คือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Pansuwan, Klayjan, Suasing, & Sribuarom, 2020) จากผลการศึกษาดังกล่าวการใช้การวางแผนการพัฒนาตนเองรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาจุดอ่อน (Weakness) และสร้างจุดแข็ง (Strength) ของตนเองให้มีเพิ่มมากขึ้น และเป็นกรอบหรือแนวทางของตนเองให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่ง IDP เป็นแผนปฏิบัติการที่มีรายละเอียดในการพัฒนาตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ (Satitirat, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของมุมมองการศึกษาภายในของบุคคลด้านความเชื่อไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ และการบูรณาการ แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงได้ส่งผลเชิงบวกทั้งในระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งต่าง ๆ ในโลก แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงถือเป็นกระบวนทัศน์หนึ่งของการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ถูกนำมาเป็นแนวทางในการผลิต

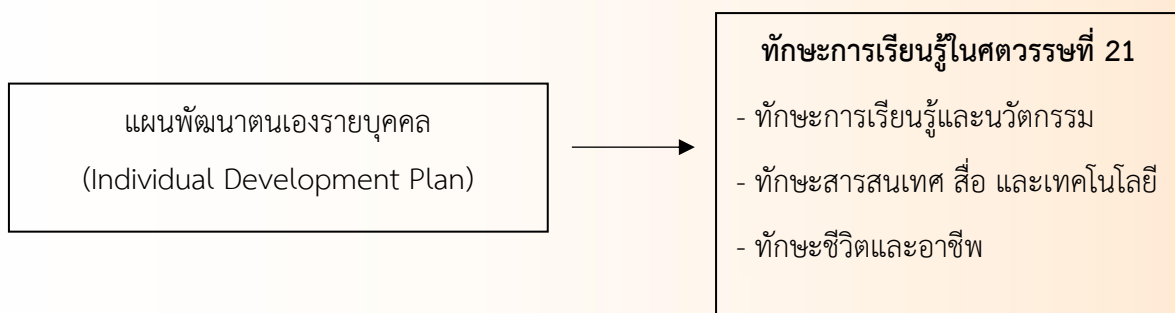


และพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ โดยมีความใฝ่รู้ ชยัน อดทน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน รวมถึงการมีอิสระทางความคิด รู้จักค้นหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ (Parnichparinchai, 2016) และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นยังไม่พบการศึกษาถึงประสิทธิผลการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการสร้างเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการพัฒนาตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
2. เพื่อประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 591 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน ในปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มที่ใช้พัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย



1.1 นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 10 คน ผู้ที่เคยได้ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในปีการศึกษา 2563 และมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 8 คน อาจารย์ในกลุ่มงานวิชาการ มีประสบการณ์การใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในปีการศึกษา 2563 และมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรม

1.3 ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ และผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่รับผิดชอบด้านการพัฒนานักศึกษา

2. กลุ่มทดลองใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย

2.1 นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คำนวณด้วยโปรแกรม G*power ที่ effect size = .5, alpha = .05, power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 55 คน โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา โดยศึกษาในนักศึกษาทุกคนของกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา 5 คน โดยอาจารย์ที่ปรึกษา 1 คนดูแลนักศึกษา 9-12 คน ประกอบด้วยนักศึกษา 9, 11, 11, 12 และ 12 คน ตามลำดับ

2.2 อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 5 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่มในข้อ 2.1

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากเปลี่ยนใจในภายหลังสามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิ์หรือมีผลกระทบใด ๆ

2. อาจารย์ที่ได้ดูแลนักศึกษาในความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาของการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.ต้องการออกจากกรเข้าร่วมการวิจัยหรือจำเป็นต้องไปปฏิบัติหน้าที่อื่นในช่วงเวลาของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.ระยะศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured interview) ที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open-end Question) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ องค์ประกอบ วิธีการจัดทำระยะเวลาในการดำเนินการตามแผน และวิธีการประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

1.2 แบบรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัย CINAHL, Scopus, Google scholar และ Thailis แบบรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ผลลัพธ์ที่ได้

2. ระยะทดลองนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ เครื่องมือประกอบด้วย

2.1 แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลที่ได้มาจากการพัฒนาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมเนื้อหา ดังนี้

2.1.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง

2.1.2 การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

2.1.3 การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง

2.1.4 การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม



ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

2.2 แบบรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

2.2.2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่ที่จำเป็น (Phuttasorn, 2014) มี 3 หมวดคือ 1) กลุ่มทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ได้แก่ การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหา นวัตกรรมและการสร้างสรรค์ และการสื่อสารและความร่วมมือกัน 2) กลุ่มทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี ได้แก่ การรู้สารสนเทศ การรู้สื่อ และการรู้ ICT และ 3) กลุ่มทักษะชีวิตและอาชีพ ได้แก่ การปรับตัวและยืดหยุ่น ความคิดริเริ่มและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและข้ามวัฒนธรรม ความรับผิดชอบและความสามารถในการผลิตผลงาน และความเป็นผู้นำและรับผิดชอบต่อสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ 5 = ดีมาก, 4 = ดี, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลและแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน ด้านการพัฒนานักศึกษา 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยเครื่องมือมีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบประเมินใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลข E 2565-0012 วันที่อนุมัติ 9 กุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

**ผลการวิจัย****1) ระยะศึกษาศาสนาการณและพัฒนแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล มีการดำเนินการดังนี้**

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางครั้งนี้ ในระยะศึกษาศาสนาการณและพัฒนแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 10 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 8 คน ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 3 คน และจากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัย CINAHL, Scopus, Google scholar และ Thailis โดยเนื้อหาสาสนาการณประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พบว่า จากการวิเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมด้านการศึกษาในการฝึกอบรมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ระหว่างปี ค.ศ. 2010 - 2019 พบว่า การใช้แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Planning: IDP) ช่วยให้ผู้ใ้เกิดการพัฒนาตนเอง และบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังได้ ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย ลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ขั้นตอนของการพัฒนารายบุคคล การวางแผน การนำแผนไปใช้ และการประเมินผล (Azizi, Fathi Vajjargah, Arefi & Abolghasem, 2020) การใช้แผนการพัฒนาตนเอง (Individual Development Plan – IDP) เป็นแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้จัดทำ โดยมีผู้บริหารให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และกำกับติดตามให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ซึ่งถือเป็นกระบวนการของการจัดการศึกษาเพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Suriya, 2017) จากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนาและออกแบบแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง

2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

3) การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง

4) การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

การตรวจสอบประสิทธิภาพของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) โดยพบข้อเสนอแนะควรระบุบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาในการพัฒนาและช่วยให้ผู้ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงโดยระบุบทบาทหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาตามการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาควรมีบทบาท ดังนี้ 1) บทบาทในการแนะนำและให้คำปรึกษาในการจัดทำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล 2) บทบาทด้านการพัฒนาตนเองนักศึกษาให้เป็นไปตามแผนที่วางแผนไว้ 3) บทบาทด้านความสัมพันธ์กับนักศึกษา โดยความดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นักศึกษารู้สึกมั่นใจในตนเองขณะดำเนินการตามแผน และ 4) บทบาทในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน ในด้านการหาแหล่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการพัฒนาตนเองตามแผนของนักศึกษา เพื่อให้บรรลุเกณฑ์การประเมินที่ระบุไว้ แก้ไขปรับปรุงโดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์เนื้อหา โดยระบุไว้ในคู่มือการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผลการประเมินคุณภาพของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) พบว่า โดยรวมมีความเหมาะสม



ในระดับดี (Mean = 4.47, S.D. = .51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความเหมาะสมของเนื้อหา อยู่ในระดับดี (Mean = 4.40, S.D. = .51) ส่วนด้านสื่อและเทคโนโลยี อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.53, S.D. = .52) โดยผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบของตารางของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ควรมีการจัดลำดับหมวดหมู่ของการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ในแต่ละด้าน เพื่อให้ผู้ใช้งาน ใช้ได้ง่ายและสะดวกมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประเมินก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ผู้วิจัยได้นำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ไปการตรวจสอบประสิทธิภาพจากผู้เชี่ยวชาญ เมื่อนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไปการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

2) ให้นำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ มีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามประเมินผลการนำแผนพัฒนาตนเองไปใช้ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 5 คน เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ เป็นระยะเวลา 4 เดือน (1 ภาคการศึกษา) ประกอบด้วย กิจกรรม การประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อน-หลังใช้แผนพัฒนาตนเอง การออกแบบแผนพัฒนารายบุคคล การรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา การปรับปรุงแก้ไขแผน การนำแผนไปใช้ การกำกับติดตามแผน และการประเมินผล ผลการดำเนินการติดตามประเมินผลด้วยแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แบ่งผลการศึกษาออกเป็นดังนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.50 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ร้อยละ 27.30 และ 21 ปี ร้อยละ 27.30 ส่วนใหญ่ศึกษาในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 27.30 และ ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	52	94.50
ชาย	3	5.50
อายุ (ปี)		
18 ปี	14	25.50
19 ปี	11	20.00
20 ปี	15	27.30
21 ปี	15	27.30
ชั้นปี		
ปี 1	14	25.50
ปี 2	11	20.00
ปี 3	15	27.30
ปี 4	15	27.30



2. ผลการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

เมื่อใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลนาน 4 เดือน และติดตามผลด้วยแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.54$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.40, 9.00$ และ 7.18) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม	3.47	.43	4.17	.44	8.408	<.001
ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี	3.36	.49	4.16	.48	9.000	<.001
ทักษะชีวิตและอาชีพ	3.67	.33	4.20	.42	7.187	<.001
รวม	3.52	.39	4.18	.41	8.548	<.001

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Planning: IDP) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ใช้เกิดการพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังได้ นอกจากนี้ยังช่วยนักศึกษาในด้านการจัดการตนเองและการสร้างแรงจูงใจต่างๆ ระหว่างศึกษาด้วย (Nakanjako, Banturaki, Namboozee & Sewankambo, 2022) ผลการวิจัยที่ศึกษาการดำเนินการตามแผนพัฒนารายบุคคล จากงานวิจัย จำนวน 23 รายงาน ระบุว่า ส่วนใหญ่นับความสำคัญประสิทธิผลของการนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ในการพัฒนาความรู้ และการพัฒนาทักษะวิชาชีพ (Pakzad, 2022) ผู้วิจัยออกแบบแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง 2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ 3) การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง และ 4) การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์งานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 2010 - 2019 ที่พบว่าแผนพัฒนาตนเองควรประกอบด้วยเป้าหมาย ลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ขั้นตอนของการพัฒนารายบุคคล การวางแผน การนำแผนไปใช้ และการประเมินผล (Azizi, Fathi Vajjargah, Arefi & Abolghasem, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ควรประกอบด้วย จุดมุ่งหมาย การประเมินทักษะตนเอง การสำรวจเส้นทางอาชีพ เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Vanderford, Evans, Weiss, Bira & Beltran-Gastelum, 2018) สัมพันธ์กับการศึกษาเกี่ยวกับหลักการจัดทำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลซึ่งประกอบด้วย 1) การระบุจุดเด่น และประเด็นที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุง เพื่อกำหนดเป็นแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล 2) ผู้บังคับบัญชาและผู้จัดทำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลร่วมกันกำหนดแผนเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่



กำหนดไว้ 3) ผู้จัดทำแผนดำเนินการตามแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล โดยผู้บังคับบัญชากำกับติดตามเป็นระยะ 4) ประเมินผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ หากไม่บรรลุควรร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแผนต่อไป (Satitirat, 2020) นอกจากนี้การใช้แผนการพัฒนาตนเอง (Individual Development Plan – IDP) เป็นแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้จัดทำ โดยมีผู้บริหารให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และกำกับติดตามให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ซึ่งถือเป็นกระบวนการของการจัดการศึกษา เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Suriya, 2017) ซึ่งแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางที่พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการพัฒนาและเป็นระบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเชื่อมโยงความต้องการของนักศึกษาพยาบาลแต่ละรายในการพัฒนาตนเอง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยในการให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงวิธีการให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ของแต่ละบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐานของความสามารถที่คาดหวังของนักศึกษาเปรียบเทียบกับความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นระบบที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน มีการทบทวนตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยต้องมีความสมดุลทั้ง 3 ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับสากล การจัดการศึกษาทางการพยาบาลศาสตร์ จึงต้องปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิโดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Ratchapakdee, Sehakom, Wonganusit & Chamnankit P., 2021) ซึ่งมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบนำตนเองการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเกิดความยั่งยืน และการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์และคณะ (Turner et al., 2015) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้แนวคิดการเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ แนวคิดทักษะศตวรรษที่ 21 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและสามารถพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.54$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 8.40, 9.00$ และ 7.18) ตามลำดับ ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล มีแนวทางในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผ่านการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเอง กำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ มีการกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง ตลอดจนประเมินตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แผนพัฒนาตนเองเพื่อการวางแผนอาชีพของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการใช้แผนพัฒนาตนเองช่วยให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (100%) ความเป็นมืออาชีพ (100%) ความเป็นผู้นำ (51%) นวัตกรรมและการเป็นผู้ประกอบการ (22%) (Gee, Schulte & Matsumoto, 2019) สัมพันธ์กับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา (Chantra



& Sarakshetrin, 2017) ที่พบว่าทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการปรับตัวด้านการปฏิบัติงาน มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีทักษะด้านการเรียนรู้และมีคุณลักษณะใฝ่รู้ โดยสถาบันการศึกษาได้จัดระบบการศึกษาที่เอื้อต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตรให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับบริบทและสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิตสามารถทำได้ผ่านวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะจากกิจกรรมที่ได้กระทำ การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคลอื่น รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นตลอดจนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบด้านทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี พบว่าในปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ต่างๆ ได้โดยสะดวก โดยที่วิทยาลัยจัดหาไว้ให้และในส่วนที่นักศึกษามีเอง เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือระบบอินเทอร์เน็ต และฐานข้อมูลการศึกษาค้นคว้า (Sisited, 2018) ทั้งนี้ นักศึกษาในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วประกอบกับการมีทักษะของการเรียนรู้รวดเร็วด้านการใช้เทคโนโลยี ทำให้นักศึกษาพยาบาลปัจจุบันที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะด้านนี้ได้ดี (Turner et al., 2015) การศึกษากิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมทักษะการพัฒนานวัตกรรม ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของกิจกรรม เนื้อหาของกิจกรรม กิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลกิจกรรม ซึ่งการประเมินประสิทธิภาพของกิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการพัฒนานวัตกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cheunbun, 2022) ทั้งนี้ การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เป็นผลมาจากการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษา ที่นักศึกษาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตลอดจนกิจกรรมที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งจากการเรียนในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน ตลอดจนเรียนรู้จากการอยู่ร่วมกับผู้อื่นขณะกำลังศึกษาอยู่

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) และศึกษาในระยะเวลา 4 เดือน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพ การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง ซึ่งผลการประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จากผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือในการดำเนินการจากนักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยในการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และช่วยกำกับติดตามขณะดำเนินการตามแผน

3. ผู้บริหารของสถานศึกษาหรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาล ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดย



มอบหมายให้อาจารย์ที่ปรึกษา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานักศึกษาช่วยให้คำปรึกษา และกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยหากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มากขึ้น โดยอาจทำการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมนักศึกษาทุกคนให้มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ในบริบทที่มีความหลากหลาย และควรติดตามและประเมินผลของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ภายหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ในระยะยาวครอบคลุมการเรียนรู้ตลอดระยะเวลา 4 ปี ตามที่หลักสูตรกำหนดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Azizi A., Fathi Vajjargah K., Arefi M. and Abolghasem M, (2020). Explaining the Human Resources Training and Improvement Paradigm: Focusing on the Individual Development Model (IDP), *Research in Medical Education*. 12(4). 59-69.
- Chantra R., and Sarakshetarin A. (2017). Learning Skills in 21st Century of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 4(1). 180-190. (in Thai)
- Cheunbun Y. (2022). *Skill enhancement in developing innovation for nursing students at the faculty of nursing at the Praboromarajchanok Institute*. Doctor of Education (Higher Education Management, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Gee D, Schulte M., and Matsumoto R.R. (2019). An Individual Development Plan for Pharmacy Students for Career Planning and Tracking Accreditation Standards, *American Journal of Pharmaceutical Education*. 83(6). 1282-1289.
- Inchaithep S. (2019). Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics, *Journal of Health Sciences Scholarship*. 6(1). 1-9. (in Thai)
- Junwin B., Thanormchayathawat B., Ratchathawan R., Norasing N., and Kaewkrachok T. (2022). A comparative study of the 21st century skills differences among nursing students, College of Nursing under Praboromarajchanok Institute, *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(2), 1-18. (in Thai)
- McGunagle D. and Zizka L., (2020). Employability skills for 21st century STEM students: the employers' perspective, *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*. 10(3). 591-606.
- Nakanjako D., Banturaki G., Namboozee H. and Sewankambo N., (2022). Use of individual development plans: experiences from junior faculty in the "NURTURE" mentored research program at Makerere University College of Health Sciences, *African Health Sciences Special Issue*. 22(1). 71-79.
- Pakzad M., (2022). Global Experiences in Individual Development Plan (IDP), *Research on Educational Leadership and Management*. 23(6). 49-79.
- Panich V. (2013). *Enjoy Learning in 21st Century*. S.R. printing Massproduct company limited: S.R.



- printing Massproduct company limited. (in Thai)
- Pansuwan K., Klayjan k., Suasing C., and Sribuarom N. (2020). Perception of Graduates' Employers on Quality and Identity of Nursing Graduates from Faculty of Nursing, Naresuan University, *Journal of Nursing and Health Sciences*. 14(1). 54-65. (in Thai)
- Parnichparinchai T. (2016). Transformative learning: A learning management in pre-service teacher training. *The Golden Teak: Humanity and Social Science*, 22(2), 1-11. (in Thai)
- Phuttasorn, E. (2014). Trends in Enhancement of 21st Century Learning Skills for Adult Learners. *An Online Journal of Education*, 9(4), 93-106. (in Thai)
- Ratchapakdee P., Sehakom V., Wonganusit V., and Chamnankit P. (2021). Education for sustainable development among nursing students. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 29(3). 484-500. (in Thai)
- Sangaroon C., (2020). A learning design to develop 21st century learning skills for students of Nakhon Ratchasima Rajabhat university. *NRRU Community Research Journal*. 15(3). 80-90. (in Thai)
- Satitirat C. (2020). *Analyze individual development plan data Faculty of Business Administration, Rajamangala University of Technology Thanyaburi*. Rajamangala University of Technology Thanyaburi: Rajamangala University of Technology Thanyaburi. (in Thai)
- Sisited P. (2018). Life Skill Improvement and the Prevention of Adolescent Risky Sexual Behaviors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 19(1). 10-15. (in Thai)
- Suriya S., (2017). Factors Influencing Succession of Individual Development Plan (IDP) Instrument: A Case Study in National Health Commission Office, Thailand, *Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University*. 19(2). 69-90. (in Thai)
- Turner K., Leungratanamart L., Niranrat S., Jarnarerux J., Wattanakull B., Reunreang T. (2015). Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(2), 178-193. (in Thai)
- Vanderford N.L., Evans T.M., Weiss L.T., Bira L. and Beltran-Gastelum J., (2018). Use and Effectiveness of the Individual Development Plan Among Postdoctoral Researchers: Findings from a Cross-Sectional Study, *F1000 Research*, 1132(7). 1-27.



การพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ชมพูนุท แสงวิจิตร*, วีระชัย เชื้อนแก้ว¹, พวงเพชร มีศิริ*
จิตอาารี ชาติมนตรี*, พชร วิวุฒิ*, จักรวาล เรณูรส*

(วันรับบทความ : 28 เมษายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 11 มิถุนายน 2566, วันตอบรับบทความ: 19 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการสร้างเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประจำปีการศึกษา 2564 ขั้นตอนวิจัยมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างเครื่องมือ โดยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้บริหาร 2) ทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข 3) ประเมินประสิทธิผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ และ Paired t-test

แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง 2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 3) การกำกับติดตามสะท้อนคิด และ 4) ประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดังนั้น สถานศึกษาควรนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลมาใช้เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ให้แก่นักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาในสาขาอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล; ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21; นักศึกษาพยาบาล

*อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

¹ ผู้ประสานงาน: weerachai.wee@gmail.com Tel: 0867298399



บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านสาธารณสุข และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพ การจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนให้เกิดทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตและการทำงานในโลกยุคปกติใหม่ (McGunagle & Zizka, 2020) การจัดการศึกษาในประเทศไทยจึงต้องปรับกระบวนการทัศน์เพื่อเตรียมผู้สำเร็จการศึกษาให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในปัจจุบัน และพร้อมจะออกไปประกอบอาชีพต่อไป (Turner, et al. 2015) การจัดการเรียนรู้ปัจจุบันจึงต้องสอดคล้องกับทักษะศตวรรษที่ 21 ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะและทักษะอื่น ๆ ที่เอื้อต่อการพัฒนาทักษะทางการพยาบาล ได้แก่ ทักษะด้านการสื่อสาร การคิด ความเข้าใจและทัศนคติเกี่ยวกับความต่างวัฒนธรรม การทำงานเป็นทีม การสืบค้น การใช้สื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ เพื่อนำไปสู่การมอบหมายงานและการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 (Inchaithep, 2019) การพัฒนาการเรียนรู้ทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 กระทรวงศึกษาธิการ ได้กำหนดนโยบายและดำเนินการผลักดันให้เกิดการพัฒนาการจัดการศึกษาให้สอดคล้องกับการพัฒนาการเรียนรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 อย่างต่อเนื่อง (Sangaroon, 2020) การพัฒนาทักษะผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 อันจะนำไปสู่การเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้เรียน โดยยึดหลักการเรียนรู้ 3R x 7C ประกอบด้วย 3R คือ Reading (อ่านออก) (W) Riting (เขียนได้) และ (A) Rithematics (คิดเลขเป็น) และ 7C ได้แก่ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และทักษะในการแก้ปัญหา (Critical Thinking and Problem Solving) ทักษะด้านการสร้างสรรค์ และนวัตกรรม (Creativity and Innovation) ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (Cross-cultural Understanding) ทักษะด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ (Collaboration, Teamwork and Leadership) ทักษะด้านการสื่อสารสารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ (Communications, Information, and Media Literacy) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Computing and ICT Literacy) ทักษะอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) (Panich, 2013)

จากการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก พบว่า ทักษะในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูงทุกทักษะ โดยลักษณะส่วนบุคคล ในด้านอายุ ชั้นปีที่กำลังศึกษาที่แตกต่างกันจะมีทักษะในศตวรรษที่ 21 ที่ต่างกัน ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับทักษะที่ต้องการให้เกิดในตัว of นักศึกษา และมีลำดับของการพัฒนาทักษะของนักศึกษาจนถึงจบปีการศึกษา (Junwin, Thanormchayathawat, Ratchathawan, Norasing, & Kaewkrachok, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพบัณฑิตตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ 6 ด้าน ประจำปีการศึกษา 2561 ตามความคิดเห็นของผู้ใช้บัณฑิต ด้านที่น้อยที่สุด คือ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Pansuwan, Klayjan, Suasing, & Sribuarom, 2020) จากผลการศึกษาดังกล่าวการใช้การวางแผนการพัฒนาตนเองรายบุคคล (Individual Development Plan – IDP) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาจุดอ่อน (Weakness) และสร้างจุดแข็ง (Strength) ของตนเองให้มีเพิ่มมากขึ้น และเป็นกรอบหรือแนวทางของตนเองให้บรรลุถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่ง IDP เป็นแผนปฏิบัติการที่มีรายละเอียดในการพัฒนาตนเองให้ไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ (Satitirat, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของมุมมองการศึกษาภายในของบุคคลด้านความเชื่อไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ และการบูรณาการ แนวคิดการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงได้ส่งผลเชิงบวกทั้งในระดับบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งต่าง ๆ ในโลก แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงถือเป็นกระบวนทัศน์หนึ่งของการจัดการศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่ถูกนำมาเป็นแนวทางในการผลิต

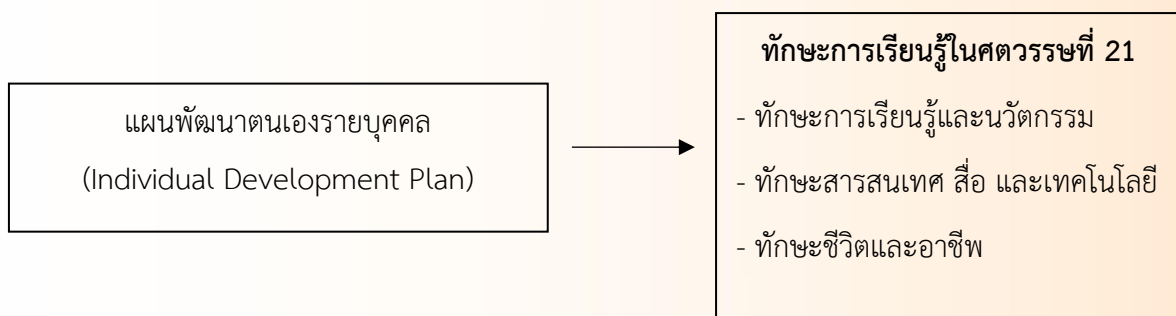


และพัฒนาบัณฑิตพยาบาลให้เป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ โดยมีความใฝ่รู้ ชยัน อดทน มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน รวมถึงการมีอิสระทางความคิด รู้จักค้นหาความรู้ใหม่ ๆ อยู่เสมอ (Parnichparinchai, 2016) และจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นยังไม่พบการศึกษาถึงประสิทธิผลการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการสร้างเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนการพัฒนาตนเองซึ่งเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติที่ดีต่อไป การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
2. เพื่อประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 591 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง และผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน ในปีการศึกษา 2564

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มที่ใช้พัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย



1.1 นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 10 คน ผู้ที่เคยได้ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในปีการศึกษา 2563 และมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรม

1.2 อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 8 คน อาจารย์ในกลุ่มงานวิชาการ มีประสบการณ์การใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในปีการศึกษา 2563 และมีหลักฐานการปฏิบัติตามแผนอย่างเป็นรูปธรรม

1.3 ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการฯ รองผู้อำนวยการกลุ่มงานวิชาการ และผู้รับผิดชอบหลักสูตรที่รับผิดชอบด้านการพัฒนานักศึกษา

2. กลุ่มทดลองใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย

2.1 นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คำนวณด้วยโปรแกรม G*power ที่ effect size = .5, alpha = .05, power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 55 คน โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) ตามกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา โดยศึกษาในนักศึกษาทุกคนของกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา 5 คน โดยอาจารย์ที่ปรึกษา 1 คนดูแลนักศึกษา 9-12 คน ประกอบด้วยนักศึกษา 9, 11, 11, 12 และ 12 คน ตามลำดับ

2.2 อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 5 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่มในข้อ 2.1

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1.ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากเปลี่ยนใจในภายหลังสามารถยกเลิกได้ทันที โดยไม่เสียสิทธิ์หรือมีผลกระทบใด ๆ

2. อาจารย์ที่ได้ดูแลนักศึกษาในความรับผิดชอบตลอดระยะเวลาของการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1.ต้องการออกจากการศึกษาหรือจำเป็นต้องไปปฏิบัติหน้าที่อื่นในช่วงเวลาของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.ระยะศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ประกอบด้วย

1.1 แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured interview) ที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด (Open-end Question) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ องค์ประกอบ วิธีการจัดทำระยะเวลาในการดำเนินการตามแผน และวิธีการประเมินผลของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

1.2 แบบรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัย CINAHL, Scopus, Google scholar และ Thailis แบบรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย ชื่อผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ผลลัพธ์ที่ได้

2. ระยะทดลองนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ เครื่องมือประกอบด้วย

2.1 แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลที่ได้มาจากการพัฒนาในระยะที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมเนื้อหา ดังนี้

2.1.1 การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง

2.1.2 การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

2.1.3 การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง

2.1.4 การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม



ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

2.2 แบบรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

2.2.2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาผู้ใหญ่ที่จำเป็น (Phuttasorn, 2014) มี 3 หมวดคือ 1) กลุ่มทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ได้แก่ การคิดเชิงวิพากษ์และการแก้ปัญหา นวัตกรรมและการสร้างสรรค์ และการสื่อสารและความร่วมมือกัน 2) กลุ่มทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี ได้แก่ การรู้สารสนเทศ การรู้สื่อ และการรู้ ICT และ 3) กลุ่มทักษะชีวิตและอาชีพ ได้แก่ การปรับตัวและยืดหยุ่น ความคิดริเริ่มและการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและข้ามวัฒนธรรม ความรับผิดชอบและความสามารถในการผลิตผลงาน และความเป็นผู้นำและรับผิดชอบต่อสังคม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ 5 = ดีมาก, 4 = ดี, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย และ 1 = น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลและแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน ด้านการพัฒนานักศึกษา 1 คน และด้านการศึกษา 1 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Item Objective Congruence Index: IOC) โดยเครื่องมือมีค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไปทดลองใช้ (try out) กับนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบประเมินใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ด้วยสถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบก่อน-หลังใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง หมายเลข E 2565-0012 วันที่อนุมัติ 9 กุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

**ผลการวิจัย****1) ระยะศึกษาศาสนาการณและพัฒนแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล มีการดำเนินการดังนี้**

การศึกษาเรื่อง การพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางครั้งนี้ ในระยะศึกษาศาสนาการณและพัฒนแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 10 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 8 คน ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง จำนวน 3 คน และจากการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัย CINAHL, Scopus, Google scholar และ Thailis โดยเนื้อหาสาสนาการณประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ พบว่า จากการวิเคราะห์งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมด้านการศึกษาในการฝึกอบรมและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ระหว่างปี ค.ศ. 2010 - 2019 พบว่า การใช้แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Planning: IDP) ช่วยให้ผู้ใช้เกิดการพัฒนาค้นเอง และบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังได้ ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย ลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ขั้นตอนของการพัฒนารายบุคคล การวางแผน การนำแผนไปใช้ และการประเมินผล (Azizi, Fathi Vajjargah, Arefi & Abolghasem, 2020) การใช้แผนการพัฒนาค้นเอง (Individual Development Plan – IDP) เป็นแผนพัฒนาค้นเองอย่างเป็นระบบที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้จัดทำ โดยมีผู้บริหารให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และกำกับติดตามให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) ซึ่งถือเป็นกระบวนการของการจัดการศึกษาเพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Suriya, 2017) จากนั้นผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันพัฒนาและออกแบบแผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล (IDP) มีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้แผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และชั้นปี

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล (IDP) ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้

1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง

2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

3) การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาค้นเอง

4) การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ

การตรวจสอบประสิทธิภาพของแผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล (IDP) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการใช้แผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล (IDP) โดยพบข้อเสนอแนะควรระบุบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาในการพัฒนาและช่วยให้ผู้ใช้แผนพัฒนาค้นเองรายบุคคลดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยแก้ไขปรับปรุงโดยระบุบทบาทหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาตามการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษาควรมีบทบาท ดังนี้ 1) บทบาทในการแนะนำและให้คำปรึกษาในการจัดทำแผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล 2) บทบาทด้านการพัฒนาค้นเองนักศึกษาให้เป็นไปตามแผนที่วางแผนไว้ 3) บทบาทด้านความสัมพันธ์กับนักศึกษา โดยความดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ นักศึกษารู้สึกมั่นใจในตนเองขณะดำเนินการตามแผน และ 4) บทบาทในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน ในด้านการหาแหล่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการพัฒนาค้นเองตามแผนของนักศึกษา เพื่อให้บรรลุเกณฑ์การประเมินที่ระบุไว้ แก้ไขปรับปรุงโดยมีการตรวจสอบความถูกต้องของการพิมพ์เนื้อหา โดยระบุไว้ในคู่มือการใช้แผนพัฒนาค้นเองรายบุคคลในการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ผลการประเมินคุณภาพของแผนพัฒนาค้นเองรายบุคคล (IDP) พบว่า โดยรวมมีความเหมาะสม



ในระดับดี (Mean = 4.47, S.D. = .51) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านความเหมาะสมของเนื้อหา อยู่ใน ระดับดี (Mean = 4.40, S.D. = .51) ส่วนด้านสื่อและเทคโนโลยี อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 4.53, S.D. = .52) โดยผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบของตารางของแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ควรมีการจัดลำดับหมวดหมู่ของการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ในแต่ละด้าน เพื่อให้ผู้ใช้งาน ใช้ได้ง่ายและสะดวกมากยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 3 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประเมินก่อนและหลังการใช้ แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ผู้วิจัยได้นำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ไปการตรวจสอบประสิทธิภาพจากผู้เชี่ยวชาญ เมื่อนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไปการตรวจสอบหาความเชื่อมั่น (reliability โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

2) ให้นำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ มีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามประเมินผลการนำแผนพัฒนาตนเองไปใช้ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 55 คน และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง จำนวน 5 คน เมื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ เป็นระยะเวลา 4 เดือน (1 ภาคการศึกษา) ประกอบด้วย กิจกรรม การประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อน-หลังใช้แผนพัฒนาตนเอง การออกแบบแผนพัฒนา รายบุคคล การรับคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา การปรับปรุงแก้ไขแผน การนำแผนไปใช้ การกำกับติดตามแผน และการประเมินผล ผลการดำเนินการติดตามประเมินผลด้วยแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แบ่ง ผลการศึกษาออกเป็นดังนี้ คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.50 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 5.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ร้อยละ 27.30 และ 21 ปี ร้อยละ 27.30 ส่วนใหญ่ศึกษาในชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 27.30 และ ชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 27.30 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 55)

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	52	94.50
ชาย	3	5.50
อายุ (ปี)		
18 ปี	14	25.50
19 ปี	11	20.00
20 ปี	15	27.30
21 ปี	15	27.30
ชั้นปี		
ปี 1	14	25.50
ปี 2	11	20.00
ปี 3	15	27.30
ปี 4	15	27.30



2. ผลการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

เมื่อใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลนาน 4 เดือน และติดตามผลด้วยแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.54$) คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.40, 9.00$ และ 7.18) ตามลำดับ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม	3.47	.43	4.17	.44	8.408	<.001
ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี	3.36	.49	4.16	.48	9.000	<.001
ทักษะชีวิตและอาชีพ	3.67	.33	4.20	.42	7.187	<.001
รวม	3.52	.39	4.18	.41	8.548	<.001

อภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการพัฒนาแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้แผนพัฒนารายบุคคล (Individual Development Planning: IDP) เป็นประโยชน์ช่วยให้ผู้ใช้เกิดการพัฒนาตนเองและบรรลุเป้าหมายที่คาดหวังได้ นอกจากนี้ยังช่วยนักศึกษาในด้านการจัดการตนเองและการสร้างแรงจูงใจต่างๆ ระหว่างศึกษาด้วย (Nakanjako, Banturaki, Namboozee & Sewankambo, 2022) ผลการวิจัยที่ศึกษาการดำเนินการตามแผนพัฒนารายบุคคล จากงานวิจัย จำนวน 23 รายงาน ระบุว่า ส่วนใหญ่นับความสำคัญประสิทธิผลของการนำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลไปใช้ในการพัฒนาความรู้ และการพัฒนาทักษะวิชาชีพ (Pakzad, 2022) ผู้วิจัยออกแบบแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล (IDP) ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ 1) การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง 2) การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ 3) การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง และ 4) การประเมินตนเอง และอาจารย์ที่ปรึกษาประเมินในด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์งานวิจัยระหว่างปี ค.ศ. 2010 - 2019 ที่พบว่าแผนพัฒนาตนเองควรประกอบด้วยเป้าหมาย ลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ขั้นตอนของการพัฒนารายบุคคล การวางแผน การนำแผนไปใช้ และการประเมินผล (Azizi, Fathi Vajjargah, Arefi & Abolghasem, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของแผนพัฒนารายบุคคล ควรประกอบด้วย จุดมุ่งหมาย การประเมินทักษะตนเอง การสำรวจเส้นทางอาชีพ เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว และจัดทำแผนปฏิบัติการ (Vanderford, Evans, Weiss, Bira & Beltran-Gastelum, 2018) สัมพันธ์กับการศึกษาเกี่ยวกับหลักการจัดทำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลซึ่งประกอบด้วย 1) การระบุจุดเด่น และประเด็นที่ควรพัฒนาหรือปรับปรุง เพื่อกำหนดเป็นแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล 2) ผู้บังคับบัญชาและผู้จัดทำแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลร่วมกันกำหนดแผนเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่



กำหนดไว้ 3) ผู้จัดทำแผนดำเนินการตามแผนพัฒนาตนเองรายบุคคล โดยผู้บังคับบัญชากำกับติดตามเป็นระยะ 4) ประเมินผลการดำเนินการตามแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลว่าบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ หากไม่บรรลุควรร่วมกันวิเคราะห์และปรับปรุงแผนต่อไป (Satitirat, 2020) นอกจากนี้การใช้แผนการพัฒนาตนเอง (Individual Development Plan – IDP) เป็นแผนพัฒนาตนเองอย่างเป็นระบบที่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของผู้จัดทำ โดยมีผู้บริหารให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และกำกับติดตามให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning) ซึ่งถือเป็นกระบวนการของการจัดการศึกษา เพื่อให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Suriya, 2017) ซึ่งแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางที่พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการพัฒนาและเป็นระบบการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเชื่อมโยงความต้องการของนักศึกษาพยาบาลแต่ละรายในการพัฒนาตนเอง ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยในการให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงวิธีการให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ของแต่ละบุคคล โดยอยู่บนพื้นฐานของความสามารถที่คาดหวังของนักศึกษาเปรียบเทียบกับความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง เป็นระบบที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่องและเป็นขั้นตอน มีการทบทวนตรวจสอบและปรับเปลี่ยนได้ สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการศึกษาเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยต้องมีความสมดุลทั้ง 3 ด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับสากล การจัดการศึกษาทางการพยาบาลศาสตร์ จึงต้องปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ในสถานการณ์ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะในศตวรรษที่ 21 สมรรถนะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล และผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิโดยมุ่งเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (Ratchapakdee, Sehakom, Wonganusit & Chamnankit P., 2021) ซึ่งมีรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้เกิดการเรียนรู้แบบนำตนเองการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเกิดความยั่งยืน และการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์และคณะ (Turner et al., 2015) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลที่ใช้แนวคิดการเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ แนวคิดทักษะศตวรรษที่ 21 แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนและสามารถพัฒนาทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning)

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ก่อนและหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.54$) และคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และด้านทักษะชีวิตและอาชีพสูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($t = 8.40, 9.00$ และ 7.18) ตามลำดับ ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล มีแนวทางในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผ่านการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อนของตนเอง กำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม ทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี และทักษะชีวิตและอาชีพ มีการกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง ตลอดจนประเมินตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพัฒนาปรับปรุงแผนต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้แผนพัฒนาตนเองเพื่อการวางแผนอาชีพของนักศึกษาเภสัชศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการใช้แผนพัฒนาตนเองช่วยให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (100%) ความเป็นมืออาชีพ (100%) ความเป็นผู้นำ (51%) นวัตกรรมและการเป็นผู้ประกอบการ (22%) (Gee, Schulte & Matsumoto, 2019) สัมพันธ์กับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา (Chantra



& Sarakshetrin, 2017) ที่พบว่าทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ (Career and Learning Skills) ของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับสูง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีความสามารถในการปรับตัวด้านการปฏิบัติงาน มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีทักษะด้านการเรียนรู้และมีคุณลักษณะใฝ่รู้ โดยสถาบันการศึกษาได้จัดระบบการศึกษาที่เอื้อต่อการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาลทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตรให้นักศึกษาพยาบาลมีความสามารถปรับตัวได้สอดคล้องกับบริบทและสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะชีวิตสามารถทำได้ผ่านวิธีการเสริมสร้างสมรรถนะจากกิจกรรมที่ได้กระทำ การสังเกตจากประสบการณ์ของบุคคลอื่น รวมถึงการได้รับคำแนะนำจากผู้อื่นตลอดจนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นระบบด้านทักษะสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยี พบว่าในปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ต่างๆ ได้โดยสะดวก โดยที่วิทยาลัยจัดหาไว้ให้และในส่วนที่นักศึกษามีเอง เช่น อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือระบบอินเทอร์เน็ต และฐานข้อมูลการศึกษาค้นคว้า (Sisited, 2018) ทั้งนี้ นักศึกษาในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วประกอบกับการมีทักษะของการเรียนรู้รวดเร็วด้านการใช้เทคโนโลยี ทำให้นักศึกษาพยาบาลปัจจุบันที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างนักศึกษาสามารถพัฒนาทักษะด้านนี้ได้ดี (Turner et al., 2015) การศึกษากิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมทักษะการพัฒนานวัตกรรม ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของกิจกรรม เนื้อหาของกิจกรรม กิจกรรม สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลกิจกรรม ซึ่งการประเมินประสิทธิผลของกิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของทักษะการพัฒนานวัตกรรมหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Cheunbun, 2022) ทั้งนี้การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เป็นผลมาจากการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษา ที่นักศึกษาออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง และได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ตลอดจนกิจกรรมที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาตนเองรายบุคคลของนักศึกษาทำให้เกิดการเรียนรู้ทั้งจากการเรียนในห้องเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน ตลอดจนเรียนรู้จากการอยู่ร่วมกับผู้อื่นขณะกำลังศึกษาอยู่

ข้อจำกัดงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pretest Posttest Design) และศึกษาในระยะเวลา 4 เดือน

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้การวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน ของตนเอง การกำหนดเป้าหมาย วิธีการพัฒนาศักยภาพ การกำกับติดตาม สะท้อนคิด และประเมินผลระหว่างการใช้แผนพัฒนาตนเอง ซึ่งผลการประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงกว่าก่อนการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. จากผลการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล จำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือในการดำเนินการจากนักศึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาที่ช่วยในการให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา และช่วยกำกับติดตามขณะดำเนินการตามแผน

3. ผู้บริหารของสถานศึกษาหรือผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ควรสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาล ใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคลเป็นเครื่องมือในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดย



มอบหมายให้อาจารย์ที่ปรึกษา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนานักศึกษาช่วยให้คำปรึกษา และกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยหากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบให้มากขึ้น โดยอาจทำการศึกษาวิจัยให้ครอบคลุมนักศึกษาทุกคนให้มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อประเมินผลลัพธ์ในบริบทที่มีความหลากหลาย และควรติดตามและประเมินผลของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ภายหลังการใช้แผนพัฒนาตนเองรายบุคคล ในระยะยาวครอบคลุมการเรียนรู้ตลอดระยะเวลา 4 ปี ตามที่หลักสูตรกำหนดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Azizi A., Fathi Vajjargah K., Arefi M. and Abolghasem M, (2020). Explaining the Human Resources Training and Improvement Paradigm: Focusing on the Individual Development Model (IDP), *Research in Medical Education*. 12(4). 59-69.
- Chantra R., and Sarakshetarin A. (2017). Learning Skills in 21st Century of Nursing Students at Boromarajonani College of Nursing, Suratthani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 4(1). 180-190. (in Thai)
- Cheunbun Y. (2022). *Skill enhancement in developing innovation for nursing students at the faculty of nursing at the Praboromarajchanok Institute*. Doctor of Education (Higher Education Management, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Gee D, Schulte M., and Matsumoto R.R. (2019). An Individual Development Plan for Pharmacy Students for Career Planning and Tracking Accreditation Standards, *American Journal of Pharmaceutical Education*. 83(6). 1282-1289.
- Inchaithep S. (2019). Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics, *Journal of Health Sciences Scholarship*. 6(1). 1-9. (in Thai)
- Junwin B., Thanormchayathawat B., Ratchathawan R., Norasing N., and Kaewkrachok T. (2022). A comparative study of the 21st century skills differences among nursing students, College of Nursing under Praboromarajchanok Institute, *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 7(2), 1-18. (in Thai)
- McGunagle D. and Zizka L., (2020). Employability skills for 21st century STEM students: the employers' perspective, *Higher Education, Skills and Work-Based Learning*. 10(3). 591-606.
- Nakanjako D., Banturaki G., Namboozee H. and Sewankambo N., (2022). Use of individual development plans: experiences from junior faculty in the "NURTURE" mentored research program at Makerere University College of Health Sciences, *African Health Sciences Special Issue*. 22(1). 71-79.
- Pakzad M., (2022). Global Experiences in Individual Development Plan (IDP), *Research on Educational Leadership and Management*. 23(6). 49-79.
- Panich V. (2013). *Enjoy Learning in 21st Century*. S.R. printing Massproduct company limited: S.R.



- printing Massproduct company limited. (in Thai)
- Pansuwan K., Klayjan k., Suasing C., and Sribuarom N. (2020). Perception of Graduates' Employers on Quality and Identity of Nursing Graduates from Faculty of Nursing, Naresuan University, *Journal of Nursing and Health Sciences*. 14(1). 54-65. (in Thai)
- Parnichparinchai T. (2016). Transformative learning: A learning management in pre-service teacher training. *The Golden Teak: Humanity and Social Science*, 22(2), 1-11. (in Thai)
- Phuttasorn, E. (2014). Trends in Enhancement of 21st Century Learning Skills for Adult Learners. *An Online Journal of Education*, 9(4), 93-106. (in Thai)
- Ratchapakdee P., Sehakom V., Wonganusit V., and Chamnankit P. (2021). Education for sustainable development among nursing students. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 29(3). 484-500. (in Thai)
- Sangaroon C., (2020). A learning design to develop 21st century learning skills for students of Nakhon Ratchasima Rajabhat university. *NRRU Community Research Journal*. 15(3). 80-90. (in Thai)
- Satitirat C. (2020). *Analyze individual development plan data Faculty of Business Administration, Rajamangala University of Technology Thanyaburi*. Rajamangala University of Technology Thanyaburi: Rajamangala University of Technology Thanyaburi. (in Thai)
- Sisited P. (2018). Life Skill Improvement and the Prevention of Adolescent Risky Sexual Behaviors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 19(1). 10-15. (in Thai)
- Suriya S., (2017). Factors Influencing Succession of Individual Development Plan (IDP) Instrument: A Case Study in National Health Commission Office, Thailand, *Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University*. 19(2). 69-90. (in Thai)
- Turner K., Leungratanamart L., Niranrat S., Jarnarerux J., Wattanakull B., Reunreang T. (2015). Twenty First Century Skills of Nursing Students of Boromarajonani College of Nursing, Chonburi. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(2), 178-193. (in Thai)
- Vanderford N.L., Evans T.M., Weiss L.T., Bira L. and Beltran-Gastelum J., (2018). Use and Effectiveness of the Individual Development Plan Among Postdoctoral Researchers: Findings from a Cross-Sectional Study, *F1000 Research*, 1132(7). 1-27.



คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข เป็นวารสารรายทศเดือนหรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่จะส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข ครอบคลุมประเภท บทความวิจัย (Research article) บทความวิชาการ (Academic article) บทความปริทัศน์ (Review article)

บทความที่เสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ จะได้รับการประเมินแบบไม่เปิดเผยตัวตนสองทาง (double-blind review) โดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน และตั้งแต่ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เป็นต้นไป ทางวารสารได้จัดให้มีผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาผลงานวิชาการทุกบทความ 3 ท่าน โดยบรรณาธิการจะพิจารณาข้อเสนอแนะในการปรับแก้ก่อน ที่ผู้เขียนจะได้รับแจ้งข้อเสนอแนะดังกล่าวผลการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นสิ้นสุด

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

- 1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ
- 1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย
- 1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
- 1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)
- 1.6 วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)
- 1.7 ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา
- 1.8 นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)
- 1.9 ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความ



น่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

1.12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.13 เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA style โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง ทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจัย เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวข้อสำคัญที่นำเสนอสรุปและข้อเสนอแนะ โดยเนื้อหาในบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 250 คำ

2.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.5 บทนำ (ที่แสดงเหตุผลหรือที่มาของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์)

2.6 เนื้อหาของบทความ จะเป็นการอธิบายหรือวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการสำรวจเอกสารหรืองานวิจัยเพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ อาจเป็นการนำความรู้จากแหล่งต่างๆ มาประมวลร้อยเรียงเพื่อวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยผู้เขียนสามารถแสดงทัศนะทางวิชาการของตนเองไว้อย่างชัดเจนด้วย ส่วนสุดท้ายจะเป็นส่วนสรุปและข้อเสนอแนะ มีการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ครบถ้วนสมบูรณ์

2.7 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)



3. บทความปริทัศน์ (Review Article) คือ บทความที่มีการผสมผสานแนวคิด และผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัย โดยผู้เขียนจะสังเคราะห์แนวคิดเหล่านี้ ตลอดจนสังเคราะห์ผลการวิจัยจากงานวิจัยต่างๆ เพื่อประมวลเป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆ จนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) พร้อมหมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าสนใจก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6 เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่น่าสนใจอย่างละเอียด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื้อหาที่ใหม่ที่สุด ข้อมูลที่นำเสนอจะต้องไม่จำเพาะเจาะจงเฉพาะผู้อ่านที่อยู่ในสาขาของบทความเท่านั้น แต่ต้องนำเสนอข้อมูลที่ซึ่งผู้อ่านในสาขาอื่นสามารถเข้าใจได้

3.7 บทสรุปหรือวิจารณ์

3.8 References คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องแปลรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง)

ทั้งบทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Journal Article) บทความปริทัศน์ (Review Article) และบทวิจารณ์บทความ (Article Review) ผู้นิพนธ์กรุณาแนบหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ ซึ่งอยู่ด้านหลังสุดของเอกสารชุดนี้ ทั้งนี้ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 20 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง) ขนาดกระดาษ A4 (รูปแบบอักษร TH SarabunPSK ขนาด 16)

การเตรียมบทความต้นฉบับ

การรับบทความต้นฉบับ ระบบจะรับไฟล์ MS Words เท่านั้น และต้องไม่มี file protection เนื่องจาก reviewer อาจจะทำให้ความเห็นโดยใช้ Track Changes หรือ New Comment

1. ชื่อเรื่อง (title) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร รวมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมาก ให้ตัดเป็นชื่อย่อ (subtitle)

2. ชื่อผู้เขียน (author and co-author) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อเต็ม ไม่ใช่คำย่อ ไม่ต้องระบุ ตำแหน่งและคำนำหน้าชื่อ

3. ชื่อสังกัด/สถานที่ปฏิบัติงาน (affiliation) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัดขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคนและอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ และกำหนดให้บุคคลที่เป็น Corresponding โดยใช้สัญลักษณ์ ¹



4. บทคัดย่อ (abstract) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล ระเบียบวิธีศึกษา ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยชน์สมบูรณ์ มีความหมายในตัวเองโดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษต้องเป็นประโยคที่ดี

5. คำสำคัญ (keywords) ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

6. บทนำ (Introduction) เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

7. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

8. ขอบเขตการศึกษา ควรระบุให้ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหาหรือตัวแปร ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ด้านพื้นที่และด้านระยะเวลา

9. นิยามศัพท์/กรอบแนวคิด (ถ้ามี)

10. ระเบียบวิธีวิจัย หรือ วิธีดำเนินการวิจัย (Methods) ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment แล้วระบุประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายหรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions) เครื่องมือที่ใช้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ดีพึงมีในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

11 การอภิปรายผล รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย

12 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) (ถ้ามี) มีย่อหน้าเดียวเป็นแจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือหรือมีผู้สนับสนุนทุนการวิจัยที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

13. เอกสารอ้างอิง (Reference) คือ รายการเอกสารอ้างอิง ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องปรับรายการเอกสารอ้างอิงนั้นเป็นอังกฤษ และเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย (รายละเอียดวิธีการอ้างอิงให้ดูในหัวข้อการเขียนอ้างอิง) การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ **APA style** โดยทำเป็นวงเล็บวางไว้หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง การเขียนรายการอ้างอิงทุกรายการให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษ (รายละเอียดในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง) การเรียงลำดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A----->Z

14. การส่งต้นฉบับพร้อมหนังสือขอเสนอบทความในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ โดยการเสนอบทความผ่านระบบการส่งบทความแบบออนไลน์หรือระบบ Online Journal System (OJS) ที่เป็น web site ที่วารสารได้กำหนดไว้ให้ทาง <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johss> ซึ่งเมื่อท่านเข้าสู่ URL แล้วจะมีแบบฟอร์มให้ดาวน์โหลดเอกสารและคำแนะนำการส่งบทความ Submission



การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA Style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร มีรายละเอียดและตัวอย่างของเอกสารอ้างอิง ดังนี้

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

Davis, Keith. (1967). *Human Relation at Work: The Dynamic of Organization Behavior*.
New York: McGraw-Hill.

บทความในวารสาร

ชื่อผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีที่ (เดือน), เลขหน้า.

Eiamsumang, P., Srisuriyavit, R., & Homsin, P. (2013). Risk factors of unintended repeat pregnancy among adolescents. *The public health journal of Burapha University*. 8(1), 55-67. (in Thai).

Egloff, G. & Fitzpatrick, A. (1997). Vocationally Oriented Language Learning. *Learning Teaching Journal*. 30(July): 226: 242.

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน หากผู้แต่งมีจำนวน 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1-19 ตามด้วยเครื่องหมาย,...ก่อนชื่อคนสุดท้าย ดังนี้

Hilden, I., Lauritzen, B., Sørensen, B. B., Clausen, J. T., Jespersgaard, C., Krogh, B. O., Bowler, A. N., Breinholt, J., Gruhler, A., Svensson, L. A., Petersen, H. H., Petersen, L. C., Balling, K. W., Hansen, L., Hermit, M. B., Egebjerg, T., Friederichsen, B., Ezban, M., Bjørn, S. E., . . . Abbas, A.K. (2021). *Eobinbasic pathology*. (10thed.). Elsevier.

เว็บไซต์

Lynch, T. (1996). *DS9 trials and tribble-actions review*. Retrieved 8 October 1997, from: <http://www.bradley.edu/campusorg/psiphi.html>.

Computer Crime and Intellectual Property Section (CCIPS). (2003). How to Report Internet-Related Crime Retrieved 17 January 2004, from: <http://www.cybercrime.gov/reporting.htm>.

จากแหล่งอื่นๆ

Agrawal, A. (2008, March 5–6). *The role of local institutions in adaptation to climate change*. Paper presented at the Social Dimentions of Climate Change, Social Development Department, The World Bank, Washington, DC.

Central Statistics Office of Republic of Botswana. (2008). *Gross domestic product per capita 06/01/1994 to 06/01/2008* [Statistics]. Available from CEIC Data database.

Supakorndej, S. (2003). *The process of recycling bank on Ban Thai Samakee community in Ban Pong, Ratchaburi*. Unpublished Master's thesis, Mahidol University.

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analysis of bulimia*. Doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.



ข้อควรระวังการจัดเตรียมบทความ

- ชื่อผู้แต่ง ไม่ใส่ตำแหน่งทางวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย, นาง, นางสาว, ผศ.ดร., PhD, ร.ต.ต., พ.ต.ท.
- ไม่ระบุสถานภาพผู้แต่ง เช่น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์, ผศ.ดร. เป็นต้น

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
โทรสาร 054-225-020
email: journalbcnlp@gmail.com
<http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss>

2023

2566

JOHSS

JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสหภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 0 54 22 6254 ต่อ 141 โทรสาร 0 54 22 5020

Email: journalbcnlp@gmail.com

Book Cover Design by Natcha Chaiwong