JOHSS วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP
BOROMARAJONANI COLLEGE OF NURSING, NAKHON LAMPANG

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567
Vol.11 NO.1 , January - June 2024



สำนักงาน กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสขภาพภาคเหนือ
กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนี 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: Natcha โดย Canva.com

ISSN : 2697-6412 (Online)
ISSN : 1906-1919

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
Journal of Health Sciences Scholarship

เจ้าของ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

ที่ปรึกษาวารสารวิชาการ

ศ. เชี่ยวชาญพิเศษ ดร.สัญชัย จุตรสิทธา	สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกษียณอายุราชการ)
ผศ.ปานทิพย์ ปูรณานนท์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.เดชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงค์ชุม	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว.)
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ดร.พัฒนา นาคทอง	มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
ดร.มธุรดา บรรจงการ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินถา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ธีรารัตน์ บุญกุณะ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

คณะกรรมการบริหารจัดการ

อ.จิตอารี ชาติมนตรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
นางสาวณัชชา ไชยวงค์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

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

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ มีการใช้แนวคิด ทฤษฎี 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 และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในเชิงสุขภาพ

4. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ทางวิชาการ และการติดต่อสัมพันธ์ของนักวิชาการในเชิงสุขภาพ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ กลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง 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

ทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือนี้
ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อย่างน้อย 3 ท่าน

ความคิดเห็นหรือข้อความใดๆ ในทุกบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียนโดยเฉพาะและถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนเท่านั้น
ทางสถาบันผู้จัดทำไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย ไม่มีข้อผูกพันประการใดๆ และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

ศ.ดร.นพ.พงศ์เทพ วิวรรธนะเดช	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกษียณอายุราชการ)
รศ.ดร.เดชา ทำดี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รศ.ดร.จักรกฤษณ์ พิญญาพงษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
ผศ.ดร.สุขศิริ ประสมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ดร.ณฐกร นิลเนตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
ผศ.ดร.สมพร สันติประสิทธิ์กุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ผศ.ดร.มยุรฉัตร กันยะมี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (มศว)
ผศ.ดร.รุ่งฤดี วงค์ชุม	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
ผศ.ดร.ทัศนีย์ นะแส	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ดร.พัฒนา นาคทอง	มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
ดร.มธุรดา บรรจงการ	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ชูศักดิ์ ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ดร.สุวัฒนา คำสุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.เอกรัตน์ เชื้ออินถา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ผศ.ดร.อัญญา ปลดเปลื้อง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
ดร.สมปรารถนา สุดใจนาค	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
ดร.ยุทธศิลป์ ชูมณี	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ดร.สุวมิล แสนเวียงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ดร.ธีรารัตน์ บุญกุณะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.อัจฉรา สิทธิรักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร กฤตพัทธ์ ฝึกฝน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
นพ.กฤษฎิ์ ทองบรรจบ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสริมงาม
ดร.เบญจมาภรณ์ นาคามดี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
ผศ.ดร.ยงยุทธ แก้วเต็ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
รศ.ดร.จตุรงค์ เหมรา	มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตลำปาง
รศ.ดร.สัณหวัช ไชยวงศ์	สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
ผศ.ดร.เวหา เกษมสุข	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ภญ.ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
นพ.สิทธิ์ ภคไพบูลย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปางศิลาทอง กำแพงเพชร
ดร.ดลนภา ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (Peer reviewers)
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ (ต่อ)

ดร.กนกวรรณ เอี่ยมชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.อรัญญา นามวงศ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์	โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่
ดร.เกศราภรณ์ ชูพันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ผศ.ดร.พรรณี ไพศาลทักษิน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.รุ่งกาญจน์ วุฒิ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. บุศรินทร์ ผัดวัง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. วันวิสาข์ ชูจิตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ศรีจันทร์ พลับจั่น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ผศ.ดร.ดุจเดือน เขียวเหลือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ดร.ดวงดาว เทพทองคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
ดร.วรงรอง นิลเพ็ชร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ดร.จุฑามาศ ผลมาก	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.กัญญ์ณพัชญ์ ศรีทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
ดร.พยอม ถิ่นอ่วน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน
ดร.เฉลิมพล คุ้มศรี	โรงพยาบาลลำปาง
ดร.เมทณี ระดาบุตร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
ดร.พัชราภรณ์ ตุลยกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
ดร จตุพงษ์ พันธ์วิไล	โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่
ดร.ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี
ดร ศิริกาญจน์ จินาวิน	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า แพร่
นาวาโทหญิง ผศ.ดร. สุปราณี พลธนะ	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ดร.พิกุล อุทธิยา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร.บังอร เผ่าน้อย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ดร.ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ดร.ลักขณา ศิรถิรกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
ดร.ผานิต หลีเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ดร.พิมพิมล วงศ์ไชยา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
ดร.ชุลีพร ภูโสภา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
ดร.สมพิศ อำไพ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สารบัญ

❍ประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อ ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 1
นิดา เมตจิตกุล, สกุลมาศ วชิรโสภณกิจ, นิตยา ปักราช

❍การพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 16
สุรัตน์ สุขสว่าง

❍ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้อิสระแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานใน อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง 35
พิกุล อุทธิยา, พชร วิวุฒิ, สุชาติ เครื่องชัย

❍ผลของการใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารต่อพฤติกรรมการดูดนมมารดา โรงพยาบาลลำปาง 50
อนงค์พร อุปสิทธิ์, จุฑาทิพย์ เดชเดชะ

❍ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน 67
มัณทนา สุพรรณไพบูลย์, นภาพร ตูมน้อย, ปริทรรศน์ วันจันทร์

❍แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี 83
น้อมจิต ศรีราช, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, พีรยุทธ แสงตรีสุ, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม, อัมภาวรรณ นนทมาตย์

❍ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 100
พรชัย อ่อนสด

❍การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 114
ธิดาลักษ์ แก้วแจ่ม, ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์, เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล

❍ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน 126
ปนัดดา ธีระเชื้อ

สารบัญ (ต่อ)

❍ **ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี** 142
นุชนารถ เกิดศรี, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ

❍ **ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น** 156
ชุติมา สักลอ, ดลนภา ไชยสมบัติ, ลำดวน ใจมั่น

❍ **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของประชาชนวัยทำงานใน พื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง** 170
วสันต์ จันทร์ศักดิ์, สุชาติ เครื่องชัย, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ,ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, วันวิสาข์ ชูจิตร

❍ **คุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง** 182
ปียเนตร จารภียะ, กุลวดี อภิชาตบุตร,อรอนงค์ วิชัยคำ

❍ **ผลโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุม ระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดแพร่** 199
สายฝน อินศรีชื่น, อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์, โชคชัย พนมขวัญ

❍ **ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง** 214
รัตน์ดา อุดมธาดา, ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง, รุ่งกาญจน์ วุฒิ

❍ **ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณลักษณะพยาบาลด้านหัวใจความเป็นมนุษย์** 233
อาภากร เปรี้ยวนิ่ม,นภิสสรา ธีระเนตร

❍ **ปัจจัยทำนายภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ** 247
พัชร์นันทน์ วิวรากานนท์, ฉวีวรรณ จิตต์สาคร, วนิดา อินทราชา, ตยารัตน์ พุทธิมณี

❍ **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง** 269
วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล, จรวยพร ทะแกล้วพันธุ์, วาสนา มั่งคั่ง, ดวงรักษ์ สวัสดิ์ภาพ

❍ **การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง กับบทบาทพยาบาลฉุกเฉิน** 294
ภูมินทร์ ดวงสุริยะ, สุชาติ เครื่องชัย, พิริพัฒน์ เตชะกันทา

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือปีที่ 11 ฉบับที่ 1 ฉบับนี้ เป็นฉบับต้นปี 2567 โดยวารสารฉบับนี้ยังคงประกอบด้วยบทความวิชาการและบทความวิจัยที่มีความหลากหลายของทุกกลุ่มช่วงวัย ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงสุดทุกช่วงวัย นอกจากนั้นยังครอบคลุมถึงโรคที่มีความเกี่ยวกับโรคที่เกิดทางด้านจิตใจ การดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชน ระบบหรือรูปแบบการปฏิบัติงานของบุคลากรในชุมชน เป็นต้น บทความทุกเรื่องได้ผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลายๆ หน่วยงานทั้งจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาสละเวลาในการประเมินบทความและงานวิจัยเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคุณภาพของงาน เพื่อให้มีการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสารฯ อย่างต่อเนื่องและดียิ่งขึ้น ขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสารเป็นอย่างดี รวมถึงท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อเผยแพร่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นเวทีทางวิชาการที่จะกระตุ้นความคิดและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของนักวิจัย นักวิชาการและผู้อ่านทุกท่าน ทางวารสารยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อการปรับปรุงวารสารให้มีคุณภาพและยกระดับให้เป็นวารสารที่ได้มาตรฐานสากลต่อไป พบกันใหม่ฉบับหน้าครับผม

ยงยุทธ แก้วเต็ม

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Effectiveness of Motion Graphic Education Media for Preventing Infections in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy

Nida Matejitkul[1*] Sakulmat Vachirasoponkij[*], Nittaya Pakrat[*]

(Received July 25, 2022, Revised: August 2, 2022, Accepted: October 23,2023)

Abstract

This quasi-experimental study aimed to determine the effectiveness of the motion graphic media in preventing infection in cancer patients undergoing chemotherapy. A total of 98 cancer patients who were undergoing chemotherapy at Lampang Cancer Hospital had been selected using purposive sampling. The participants were randomly divided into two groups: one group received the motion graphic media, while the other group received standard care. The study utilized three instruments: 1) the motion graphic media for preventing infection in cancer patients undergoing chemotherapy, 2) a knowledge test on preventing infection, and 3) a behavior questionnaire on preventing infection. Descriptive statistics were calculated using means, percentages, and standard deviations, while analytical statistics involved independent and dependent t-tests.

The findings disclosed that the cohort administered the motion graphic demonstrated a higher average score in knowledge and behavior for preventing infections, as compared to their pre-experiment levels, and this difference was found to be statistically significant ($p<.001$). Secondly, post-experiment the group exposed to the motion graphic exhibited a superior average score in knowledge and behavior for preventing infections, as compared to the control group, and this distinction was also found to be statistically significant ($p<.001$). The outcomes of the study demonstrated the efficacy of the motion graphic media developed in enhancing the understanding and behavior related to the prevention of infections in patients with cancer undergoing chemotherapy, thereby facilitating their ability to cope with daily life and avoid severe infections.

Keywords: Effectiveness; Motion graphic; Infection in cancer patients; Chemotherapy

[*]*Lampang Cancer Hospital, Medical Department*

[1]*Corresponding author: nmatejitkul@gmail.com.*

ประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

นิดา เมตจิตกุล[1*], สกุลมาศ วชิรโสภณกิจ[*], นิตยา ปักราช[*]

(วันรับบทความ : 25 กรกฎาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 2 สิงหาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 23 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โดยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก 49 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ 49 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) สื่อโมชันกราฟิก เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 2) แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ และ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเชิงวิเคราะห์คือ dependent t-test, independent t-test ผลการวิจัยพบว่า 1) ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) 2) ภายหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) จะเห็นได้ว่าสื่อโมชันกราฟิกมีประสิทธิผลสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน

คำสำคัญ: ประสิทธิผล, โมชันกราฟิก, การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง, เคมีบำบัด

[*]โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ nmatejitkul@gmail.com.

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโลกโดยมีผู้เสียชีวิตเกือบ 10 ล้านคน หรือเกือบ 1 ใน 6 ของผู้เสียชีวิต ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 19.3 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 28.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในปี พ.ศ. 2558 – 2562 คือ 113.7, 119.3, 120.5, 123.3 และ 128.2 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (Bureau of Policy and Strategy, 2016; Medical record and database unit, 2018) สำหรับการรักษาที่ผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ได้รับคือ การผ่าตัด การฉายรังสี การได้รับยาเคมีบำบัด ยาภูมิคุ้มกันบำบัด ยาต้านฮอร์โมน เป็นต้น ทั้งนี้อาจได้รับการรักษาเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายประเภทรวมกันขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของโรค การรักษาเหล่านี้ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งคือการติดเชื้อ (Cancernetwork, 2016)

ปัจจัยที่สนับสนุนการติดเชื้อกับความรุนแรงการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีภาวะทุพโภชนาการ 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งมีอาการเบื่อ อาหาร ผอมลงอย่างรวดเร็ว มีภาวะขาดสารอาหารร่วมกับภาวะซีด โปรตีนในกระแสเลือดต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยสอดคล้องกับการสำรวจความชุกปัจจัยความรุนแรงการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งขององค์กรอนามัยโลกและผลการสำความของศูนย์ควบคุมป้องกันโรค (Center for Disease Control and Prevention: CDC, 2014) ที่พบว่าปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความรุนแรงของการติดเชื้อมีได้หลายปัจจัย ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่สูงอายุ ผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันลดลง มีภาวะทุพโภชนาการ มีหัตถการที่ต้องทำหลายอย่าง เทคนิคการทำหัตถการที่ทำให้เกิดช่องทางเข้าของการติดเชื้อ รวมไปถึงความรุนแรงของการติดเชื้อดื้อยา การควบคุมการติดเชื้อที่ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนเลนส์และคณะ (Lenz et al., 1997) พบว่า ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย 3) ปัจจัยด้านการรักษา จากผลข้างเคียงการรักษาด้วยการฉายแสงและเคมีบำบัดนั้นจะไปออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็ง และเซลล์ปกติส่งผลให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) รวมไปถึงกระบวนการรักษาอื่นๆ จากการสอดใส่สายสวนอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ทำให้เกิดบาดแผลเป็นช่องทางให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายในระบบอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความรุนแรงการติดเชื้อ 4) ความรุนแรงของการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวชนิดแกรนูโลไซต์ต่ำและเสี่ยงต่อการติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดภาวะติดเชื้อในแสโลหิต (Sepsis) อย่างรุนแรงต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อชนิดรุนแรง Septic shock และเสียชีวิตได้ (Prasertsri & Phanthusart, 2018) และปัจจัยด้านความเจ็บป่วยจากการลุกลามของโรคมะเร็งที่มีการกระจายไปยังตำแหน่งต่างๆ ของร่างกาย ประกอบกับผู้ป่วยมะเร็งมีโรคร่วมด้วยส่งเสริมให้ระยะการแพร่กระจายมีการทำลายหลอดเลือด เนื้อเยื่อ เส้นประสาท กระดูก อวัยวะข้างเคียงมากขึ้นทำให้เกิดเลือดออก เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ทั้งนี้ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อจากการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดและการฉายแสงนั้นมีผลข้างเคียงไปออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติส่งผลให้มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (Neutropenia) เป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อได้ง่ายและหากผู้ป่วยมีปัจจัยด้านส่วนบุคคลที่มีความสูงวัยของอายุ (Aging) ภาวะทุพโภชนาการขาดสารอาหารร่วมกับภาวะซีด โปรตีนในกระแสเลือดต่ำยิ่งส่งผลให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น (Dinan, 2015; Razine, 2012) ทั้งนี้ยาเคมีบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโรคมะเร็งโดยยาเคมีบำบัดจะไปออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติ ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดแต่ละชนิดอาจจะแตกต่างกันออกไปและสัมพันธ์กับปริมาณของยาที่ให้ โดยมักส่งผลกับอวัยวะที่มีการแบ่งตัวอยู่เสมอ ได้แก่ ไขกระดูก, เยื่อบุทางเดินอาหาร, รังไข่, รากผม เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะมีระดับ

เม็ดเลือดขาวต่ำที่สุดภายใน 6-12 วันหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด และปริมาณเม็ดเลือดขาวจะกลับเข้าสู่ระดับปกติภายใน 21 วัน ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ร้อยละ 20 จะพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และร้อยละ 30 จะพบภาวะช็อคจากการติดเชื้อ ทั้งนี้ ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ป่วยทั่วไป (Freifeld et al.,2011) ตำแหน่งที่พบการติดเชื้อได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำคือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจร้อยละ 35-40 การติดเชื้อในกระแสโลหิตร้อยละ 15–35 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะประมาณร้อยละ 5–15 การติดเชื้อบริเวณผิวหนังร้อยละ 5–10 การติดเชื้อระบบทางเดินอาหารร้อยละ 5–10 และการติดเชื้อตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 5–10 (Nesher & Rolston, 2014) และเมื่อมีการติดเชื้อ อาจจะทำให้การรักษาโรคมะเร็งเองต้องหยุดหรือชะลอการรักษาออกไป ภาวะความเจ็บป่วยจากโรคและจากอาการข้างเคียงไม่สุขสบายต่างๆ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ในขณะที่ความต้องการดูแลตนเองยังจำเป็นต้องมีอยู่ เพื่อดำรงไว้เพื่อภาวะสุขภาพของตน ผู้ป่วยมะเร็งจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาวะของโรคและแผนการรักษา ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งต่อโรคและการรักษาได้ การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีข้อมูลเพียงพอที่จะสนับสนุนการตีความอาการที่เกิดขึ้นของตนเอง การช่วยให้ผู้ป่วยรู้ถึงอาการและสามารถอธิบายถึงอาการที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

สื่อโมชันกราฟิกนับเป็นสื่อที่ทำหน้าที่สื่อสารข้อมูลให้เข้าใจได้ง่ายโดยการแปลงข้อมูลที่มีความซับซ้อนให้เป็นการรวบรวมข้อมูลนั้นมาเลือกตัดทอนนำส่วนที่สำคัญมาใช้ในการสื่อสาร เรียบเรียงแบ่งประเภทข้อมูลเป็นขั้นเป็นตอน และเรียงลำดับความสำคัญของข้อมูลนั้น ช่วยดึงดูดผู้ชมให้สนใจด้วยอารมณ์และน้ำเสียง เกิดภาพจำที่ดีในระยะเวลาสั้นๆ ทั้งนี้สื่อโมชันกราฟิกต้องมีองค์ประกอบหลักด้านเนื้อหา คือบทและภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการผลิตสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โดยวางเนื้อเรื่อง เกริ่นนำ ใจความสำคัญและสรุปเนื้อหาทั้งหมดตามลำดับและออกแบบภาพประกอบที่สร้างขึ้นโดยโปรแกรมสร้างภาพกราฟิก Adobe after effects และ Adobe Illustrator เมื่อนำข้อดีของการ์ตูนโมชันกราฟิกที่สามารถสร้างอารมณ์และความรู้สึกได้สมจริงกว่าสื่อวีดิทัศน์หรืออินโฟกราฟิกทั่วไป สามารถแสดงออกทางด้านสีหน้า อารมณ์ ความรู้สึกของตัวละครผ่านทางการวาด รวมถึงการส่งสีให้ความรู้สึกนุ่มนวล และอ่อนโยนกว่า จึงช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียนและสื่อความหมายได้ดีกว่า นอกจากนี้โมชันกราฟิกยังเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมในการให้ความรู้ทางสุขภาพที่สามารถเลือกฟังเนื้อหาซ้ำๆ ได้ และสามารถนำไปใช้กับอุปกรณ์ต่างๆ ได้ เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต โทรศัพท์มือถือ สื่อออนไลน์ต่างๆ ทำให้เพิ่มช่องทางการปฏิสัมพันธ์และเรียนรู้ซ้ำได้ สื่อโมชันกราฟิกจะเป็นสื่อมัลติมีเดียที่สามารถเข้าใจได้ง่ายจากการนำเสนอในรูปแบบภาพกราฟิกเคลื่อนไหวได้ผสมผสานกับงานออกแบบที่น่าสนใจ ดังการศึกษาของกิตติศักดิ์ สิงห์สูงเนิน และจรัญ รามศิริ ที่พัฒนาสื่อโมชันกราฟิก เรื่อง 10 วิธีป้องกันโควิด 19 ด้วยฐานวิถีชีวิตใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ได้สื่อโมชันกราฟิกที่มีความยาวเรื่องประมาณ 5 นาที ผลการประเมินคุณภาพสื่อโมชันกราฟิกโดยผู้เชี่ยวชาญมีระดับคุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด (Singsungnoen & Ramsiri, 2021) ส่วนทักษิณา สุขพัทธี และทรงศรี สรณสถาพร ได้ศึกษาแนวทางการออกแบบโมชันกราฟิกที่ส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ พบว่าโมชันกราฟิกแสดงแบบข้อมูลเชิงข้อมูลที่ส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้ ควรสร้างความบันเทิงสนุกสนานควบคู่กับการเรียนรู้อย่างมีอิสระเลือกเรียนได้ ดูไม่น่าเบื่อ ถือเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสื่อ (Sookpatdhee & Soranastaporn, 2017) อีกทั้ง กมลทิพย์ รุ่งประเสริฐ และ ณัฐวิภา สินสุวรรณ ได้ผลิตสื่อโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ระดับความรู้ก่อนการรับชมสื่อมีคะแนนเฉลี่ย 5.47 และระดับความรู้หลังการรับชมสื่อมีคะแนนเฉลี่ย 9.10 ผลการเปรียบเทียบคะแนน

ระดับความรู้ก่อนและหลังการรับชมสื่อของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Rungprasert & Sinsuwan, 2018) เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และพฤติกรรมการย้อมสีผมของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ย้อมสีผมและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ย้อมสีผมเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับความสื่อจากสื่อการสอนในรูปแบบวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 (Plangmal, et al., 2022) ซึ่งวีดิทัศน์เป็นสื่อประเภทที่ใกล้เคียงกับสื่อโมชันกราฟิก จะเห็นได้ว่าสื่อโมชันกราฟิกนั้นเป็นสิ่งหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับเคมีบำบัดในปีพ.ศ. 2563 -2565 จำนวน 733, 730 และ 689 ราย ตามลำดับ (LPCH Cancer Registry, Lampang Cancer Hospital, 2020, 2021, 2022) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมะเร็งเรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลสุขภาพทั่วไประหว่างรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยการให้ผู้ป่วยรับชมวีดิทัศน์และแจกคู่มือการปฏิบัติตัวเมื่อได้รับยาเคมีบำบัดในแต่ละสูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับยาเคมีบำบัดเป็นรายละเอียดส่วนหนึ่งของการปฏิบัติตัว ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโดยเฉพาะการติดเชื้อในระหว่างการรักษา โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (Neutropenia infection) ของโรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ในปีพ.ศ. 2563 – 2565 คือ ร้อยละ 0.44, 0.52 และ 0.64 ตามลำดับ (Hospital-acquire Infection surveillance report, 2020, 2021, 2022) รวมถึงมีการเลื่อนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 หรืออยู่ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงของเชื้อโควิด 19 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบสื่อการสอนที่เป็นโมชันกราฟิกที่ครอบคลุมเรื่องนี้ โดยสื่อโมชันกราฟิกจะช่วยให้ผู้ป่วยรวมถึงญาติและผู้ดูแลได้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับการรักษาได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกเพื่อจะนำมาใช้ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างก่อนและหลังได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีของเขตการวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาผลของสื่อโมชันกราฟิก เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด 2) ด้านประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง กรมการแพทย์ จากสถิติในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 907 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จำนวน 98 ราย 3) ด้านพื้นที่ คือ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา คือ เดือนพฤศจิกายน 2565 ถึง เดือนกรกฎาคม 2566

นิยามศัพท์

สื่อโมชันกราฟิกในการป้องการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง สื่อที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความรู้ แนะนำ สาธิตการปฏิบัติต่างๆ สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง โดยใช้สื่อประเภทกราฟิกเคลื่อนไหวเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการ ติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิถีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ป่วยมะเร็ง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 60 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งภายใน 1 ปี และอยู่ระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

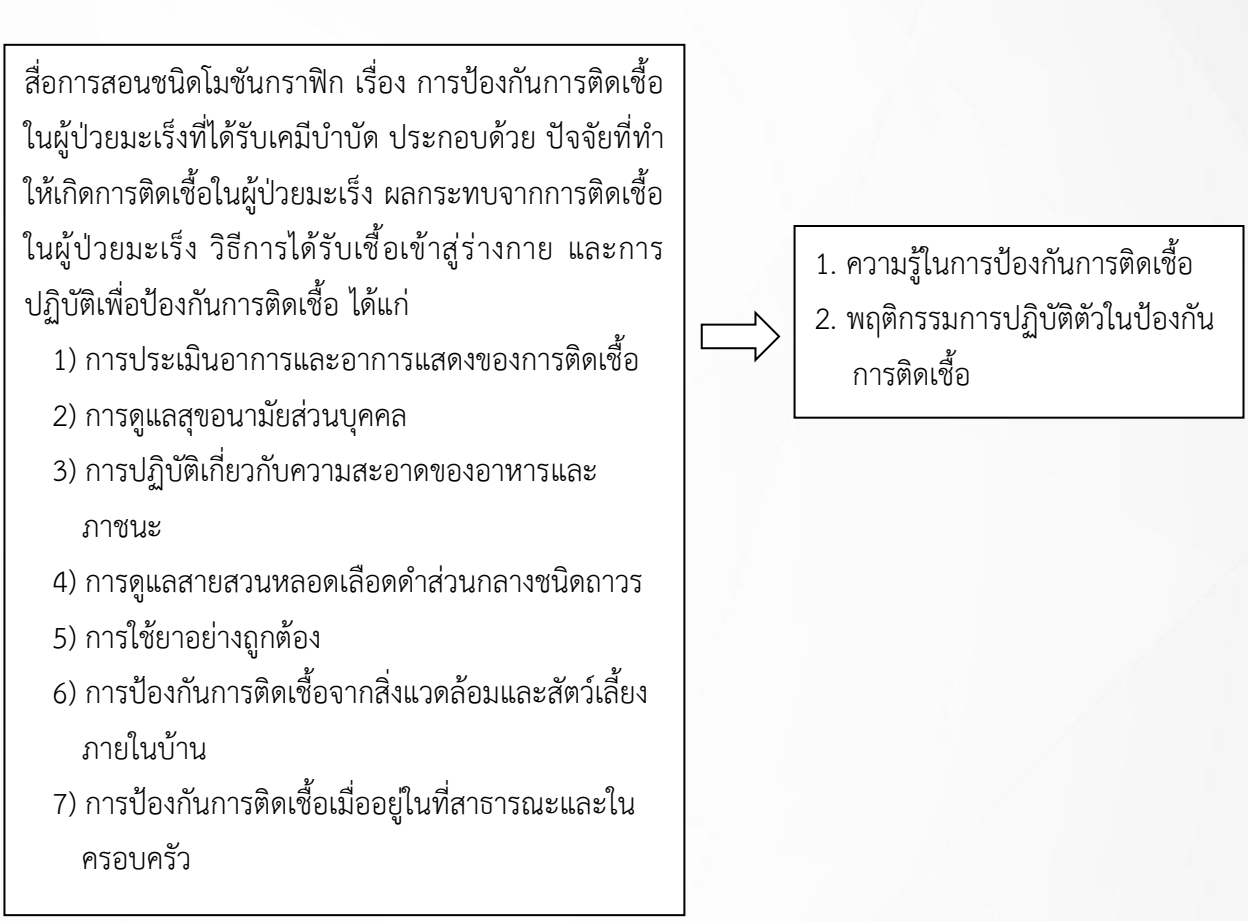
ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การรับรู้ข้อมูลที่เคยมีประสบการณ์หรือเคยพบเจอเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้

พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือการแสดงออกของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ

ประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิก หมายถึง การบรรลุวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกเพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่รับชมมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิด

การศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ตามแนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของอเลสซี่และโทรลลิป (Alessi & Trollip, 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วัดคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design) โดยกลุ่มทดลองจะได้เรียนรู้สื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลแบบปกติ โดยทั้งสองกลุ่มดังกล่าวจะได้รับการวัดความรู้และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง และนำผลการศึกษามาวิเคราะห์หาประสิทธิผลของสื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง จากสถิติในปี 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 907 ราย (LPCH Cancer Registry, 2022) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่สร้างขึ้นจากสูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ในการคำนวณโดยหาขนาดอิทธิพล ค่าความแตกต่างจากงานวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันคือ ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังของบุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ (Limapongpas, et al., 2015) ได้เท่ากับ 0.63 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80

และระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 82 คน และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ต้องติดตามผลไปข้างหน้า ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนรวม 98 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มควบคุมจำนวน 49 คน และกลุ่มทดลองที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกจำนวน 49 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18–60 ปี 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระยะน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 3) ได้รับเคมีบำบัดแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยระยะของโรคระหว่างดำเนินการวิจัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือ ผิด โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อคำถามที่เลือกตอบ และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน รวม 15 ข้อ โดยคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนรวม (0–15 คะแนน)

2.แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับเคมีบำบัด จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดประเมินค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย นานๆ ครั้ง ค่อนข้างบ่อย เป็นประจำ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยคะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนรวม (15-60 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย สื่อโมชันกราฟิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นตามกรอบทฤษฎีของอเลสซี่และโทรลลิป (Alessi & Trollip, 2001) โดยเนื้อหาที่นำเสนอด้วยสื่อโมชันกราฟิกประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ 1) การประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ 2) การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล 3) การปฏิบัติเกี่ยวกับความสะอาดของอาหารและภาชนะ 4) การดูแลสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางชนิดถาวร 5) การใช้ยาอย่างถูกต้อง 6) การป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมและสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน 7) การป้องกันการติดเชื้อเมื่ออยู่ในที่สาธารณะและในครอบครัว โดยสื่อโมชันกราฟิกมีความยาว 9 นาที 48 วินาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อโมชันกราฟิกไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้านเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งรวมทั้งแบบสอบถามความคิดเห็นต่อสื่อโมชันกราฟิกไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98 ส่วนด้านการออกแบบสื่อโมชันกราฟิก ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบสื่อ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อโมชันกราฟิก โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.87 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไปตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทาง

โรคมะเร็ง 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน โดยแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.99 และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในป้องกันการติดเชื้อได้เท่ากับ 0.99 เช่นกัน

การทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งต่อสื่อโมชันกราฟิกในการป้องกันการติดเชื้อที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว นำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มควบคุมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยพิจารณาจากแฟ้มเวชระเบียนและจากการได้รับเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มควบคุม 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (pre-test) จากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแบบปกติ ผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 ในวันที่นัดพบแพทย์ครั้งต่อไปเพื่อทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (post-test)

สำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยพิจารณาจากแฟ้มเวชระเบียนและจากการได้รับเคมีบำบัด โดยผู้วิจัยจะพบกลุ่มทดลอง 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่างหลังจากได้รับเคมีบำบัดแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบบันทึกข้อมูล ส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (pre-test) จากนั้นกลุ่มทดลองจะได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกใช้เวลา 9 นาที 48 วินาที และผู้วิจัยได้มอบสื่อให้แก่กลุ่มทดลองในรูปแบบคิวอาร์โค้ด เพื่อกลุ่มทดลองจะได้ทำการทบทวนอย่างน้อยอีก 1 ครั้ง และผู้วิจัยทำการนัดกลุ่มทดลองครั้งที่ 2 ในวันที่นัดพบแพทย์ครั้งต่อไปเพื่อทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้และแบบวัดพฤติกรรมการปฏิบัติตัว (post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ คำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกระหว่างก่อนและหลังการได้รับชมสื่อ สถิติ dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติการรับรองการตรวจสอบจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง เลขที่หนังสือ 69/2566 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2566 หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยจัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลเสียใดๆ และข้อมูลที่ได้จะใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และจะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะถูกวิเคราะห์และรายงานในภาพรวม และจะไม่มีผลกระทบต่อ

ชื่อเสียงใดๆ ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลนั้นจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยและทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนลงนาม เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก จำนวน 49 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ จำนวน 49 คน กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.27 มีอายุระหว่าง 32 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 52.10 ปี (S.D. = 7.75) ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.39 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 38.78 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 26.53 ส่วนการวินิจฉัยโรค พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 24.49 รองลงมา คือ มะเร็งศีรษะและลำคอ ร้อยละ 22.45 และมะเร็งปากมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ร้อยละ 20.41 ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมเคมีบำบัดร้อยละ 69.39 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.30 มีอายุระหว่าง 33 – 60 ปี อายุเฉลี่ย 52.00 ปี (S.D. = 7.25) ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.39 มีอายุระหว่าง 51 – 60 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 38.78 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 30.61 ส่วนการวินิจฉัยโรค พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด ร้อยละ 48.98 รองลงมา คือ มะเร็งศีรษะและคอ และมะเร็งระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 14.29 เท่ากัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบรังสีรักษาร่วมเคมีบำบัด ร้อยละ 75.51

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังของกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก (n=49)

		$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
คะแนนความรู้	ก่อนได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก	13.00	1.41	5.078	.000*
	หลังได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก	14.02	1.19		
คะแนนพฤติกรรม	ก่อนได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก	51.83	2.70	6.139	.000*
การปฏิบัติตัว	หลังได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก	53.75	2.94		

*p<.001

จากตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก พบว่า หลังได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 5.078, p<.001) และคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกสูงกว่าก่อนได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 6.139, p<.001)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก

		Mean	S.D.	t	p-value
คะแนนความรู้	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=49)	13.00	1.21	4.198	.000*
	กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก (n=49)	14.02	1.19		
คะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัว	กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=49)	51.59	2.68	3.798	.000*
	กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก (n=49)	53.75	2.95		

*p<.001

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก พบว่า กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 4.198, p<.001) และกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกยังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t = 3.798, p<.001)

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยให้กลุ่มทดลองได้รับชมสื่อและสามารถทบทวนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเนื้อหาของสื่อเน้นเรื่องการป้องกันการติดเชื้อโดยเฉพาะ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองมีการรับชมสื่อโมชันกราฟิกที่มีการแปลงความซับซ้อนของข้อมูลให้เป็นการสื่อสารข้อมูลที่มีความเข้าใจง่ายสามารถรับชมได้มากกว่า 1 ครั้ง เนื่องจากผู้วิจัยได้มอบสื่อให้แก่กลุ่มทดลองในรูปแบบคิวอาร์โค้ด เพื่อกลุ่มทดลองจะได้ทำการทบทวนความรู้และการปฏิบัติตัว ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า สื่อโมชันกราฟิกที่จัดทำขึ้นตามกรอบทฤษฎีของอเลสซี่และโทรลลิป (Alessi & Trollip, 2001) มีประสิทธิผล สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ รุ่งประเสริฐ ที่ได้ศึกษาการผลิตสื่อโมชันกราฟิกเพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับความรู้หลังการรับชมสื่อของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนรับชมสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Rungprasert, 2018)

เมื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิก พบว่ากลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติที่มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 13.00±1.21 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวพบว่า กลุ่มที่ได้รับชมสื่อโมชันกราฟิกมีคะแนนเฉลี่ย (53.75±2.95) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ (51.59±2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า สื่อโมชันกราฟิกเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีประสิทธิผลต่อความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ปรานประวิตร ที่ศึกษาประสิทธิผลของสื่อให้ความรู้เรื่องโรคฉี่หนูในกลุ่มเกษตรกรตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคฉี่หนูหลังการเรียนรู้ผ่านสื่อสูงกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคฉี่หนูของกลุ่มควบคุมหลังได้รับความรู้แบบปกติจากเจ้าหน้าที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) (Pranprawit, 2021) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ ที่ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง โดยพบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และสอนแบบบรรยายส่งผลให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Limapongpas, et al., 2015)

สำหรับด้านการปฏิบัติตน พบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากกว่าการสอนแบบบรรยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตามแนวคิดทฤษฎีและจิตวิทยาการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับสื่อการเรียนรู้ของอเลสซี่และโทรลลิป (Alessin & Trollip, 2001) ที่กล่าวว่า แนวคิดทางด้านจิตวิทยาพุทธิพิสัยเกี่ยวกับการเรียนรู้ของมนุษย์ที่เกี่ยวเนื่องกับการออกแบบสื่อการสอนนั้น ได้แก่ 1) ความสนใจและการรับรู้อย่างถูกต้อง (attention and perception) โดยผู้วิจัยสร้างสื่อโมชันกราฟิกซึ่งต้องออกแบบบทเรียนโดยคำนึงถึง คุณลักษณะต่างๆ ของผู้เรียน ความรู้พื้นฐาน ความยากง่ายของบทเรียน 2) การจดจำ (memory) ผู้วิจัยสร้างแผนการออกแบบสื่อโมชันกราฟิกด้านเนื้อหาและสตอรี่บอร์ด (story board) ให้เป็นระเบียบแสดงให้ผู้เรียนดูเป็นสิ่งที่ง่ายและมีประสิทธิภาพมากกว่าวิธีการให้ผู้เรียนทำซ้ำๆ เพราะการจัดโครงสร้างเนื้อหาให้เป็นระเบียบจะช่วยในการดึงข้อมูลนั้นกลับมาใช้ภายหลัง 3) ความเข้าใจ (comprehension) ผู้วิจัยสร้างแผนการออกแบบสื่อโมชันกราฟิกโดยให้ประเมินความรู้ก่อนการใช้สื่อโมชันกราฟิก 4) ความกระตือรือร้น (active learning) ผู้วิจัยสร้างแผนการออกแบบสื่อโมชันกราฟิกที่มีความเกี่ยวข้องกับเนื้อหารอบตัวผู้เรียน และเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน และ 5) แรงจูงใจ (motivation) ผู้วิจัยได้ออกแบบสื่อโมชันกราฟิกให้มีภาพ เสียง ทำนอง ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจอยากดูต่อเนื่อง รวมถึงมีคำบรรยายให้ผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยินสามารถอ่านตามได้ ส่วนเนื้อหาของสื่อการสอนที่ประกอบด้วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง ผลกระทบจากการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง วิถีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าใจ ตระหนักถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง รวมถึงสามารถปฏิบัติตัวตามข้อแนะนำได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสื่อโมชันกราฟิกที่สร้างขึ้นมีประสิทธิผลสามารถช่วยเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อในระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและป้องกันการติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารการพยาบาล

1.1 ควรนำผลการศึกษาไปขยายผลให้กับเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

1.2 ควรนำผลการศึกษานี้ไปถ่ายทอดให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านการศึกษาทางการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการสอนสุขศึกษาผู้ป่วยมะเร็ง หรือการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด

2. ด้านวิชาการการพยาบาล ควรนำผลการศึกษาไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

3. ด้านบริการการพยาบาล ควรมีการเผยแพร่สื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกสำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดผ่านสื่อออนไลน์ รวมถึงการเผยแพร่ไปยังสถานพยาบาลในระดับเขตสุขภาพต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทบทวนความรู้ได้ด้วยตัวเองที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของสื่อการสอนชนิดโมชันกราฟิกในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ระหว่างที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดได้ทบทวนและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

Alessi, S. M., Trollip, S. R. (2001). *Multimedia for Learning: Methods and Development*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2016). *Statistical Thailand 2016*. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (in Thai).

Cancernetwork. (2016). *Infectious complications.* Retrieved 1 November, 2015, from: http://www.cancernetwork.com/cancer-management/infectious-complications.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erbaum.

Dinan, M. A., Hirsch, B. R., & Lyman, G. H. (2015). Management of chemotherapy-induced neutropenia: measuring quality, cost, and value. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 13(1): 1-7.

Freifeld, A. G., Bow, E. J., Sepkowitz, K. A., Boeckh M. J., Ito, J. I., Mullen, C. A., Raad, I. I., Rolston, K. V., Young, J. H., & Wingard, J. R., (2011). Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 52(4), 56-93, https://doi.org/10.1093/cid/cir073.

Infection control committee. (2020). *Hospital-acquire Infection surveillance report 2020*. Lampang: Lampang Cancer Hospital.

Infection control committee. (2021). *Hospital-acquire Infection surveillance report 2021*. Lampang: Lampang Cancer Hospital. (in Thai).

Infection control committee. (2022). *Hospital-acquire Infection surveillance report 2022*. Lampang: Lampang Cancer Hospital. (in Thai).

Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *ANS Adv Nurs Sci.* (3): 14-27.

Limapongpas, B., Kokilanan, K., Thitipaisan, N., Sirisakulveroj, M., Yamsopee, W., Waipurintha N., Chotikamani, C., & Prasitthisuksom, A. (2015). Effects of preoperative instruction using multimedia in patients receiving spinal anesthesia. *Journal of Health Science Research*, 9(1), 1-7. (in Thai).

LPCH Cancer Registry, Lampang Cancer Hospital. (2020*). Hospital-Based Cancer Registry 2019*. Chiandmai: Ngan-dee Printing. (in Thai).

LPCH Cancer Registry, Lampang Cancer Hospital. (2021*). Hospital-Based Cancer Registry 2020*. Chiandmai: Ngan-dee Printing. (in Thai).

LPCH Cancer Registry, Lampang Cancer Hospital. (202*). Hospital-Based Cancer Registry 2021*. Artroom creative & design. (in Thai).

Medical record and database cancer unit. (2018). *Cancer in Thailand Vol.X 2016 – 2018*. Bangkok: National Cancer Institute Printing.

Nesher, L., & Rolston, K. V. (2014). The current spectrum of infection in cancer patients with chemotherapy related neutropenia. *Infection*, *42*(1), 5–13. https://doi.org/10.1007/s15010-013-0525-9

Pranprawit, A., Rodpet, K., Eawkuan, K., Chanarit, P., & Tongnual, S. Effectiveness of Leptospirosis Educational Media: A Case Study of agriculturists in Makam Tia Sub-district, Muang District, Suratthani Province. (2021). *Health Science Journal of Thailand*, 4(1): 54-63. (in Thai).

Plangmal, K., Leelapornposol, P., Ruengorn, C., & Poomanee W. (2022). Effect of Instructional Media on Knowledge and Behavior of Hair Dye Use in the Students of Rajabhat Mahasarakham University. *4th National conference on science, technology and innovation for the community.* 152-161. (in Thai).

Prasertsri, T., & Phanthysart N. (2018). Influence factors and severity of infection within the cancer patient. Journal of Nursing and Health Care, 32(2): 22-30. (in Thai).

Razine, R., Azzouzi, A., Barkat, A., Khoudri, I., Hassouni, F., Chefchaouni, A. C., & Abouqal, R. (2012). Prevalence of hospital-acquired infections in the university medical center of Rabat, Morocco. International Archives of Medicine, 5(26): 1–8.

Rungprasert, K., & Sinsuwan, N. (2018). The Production of motion graphics to promote knowledge and attitudes towards stroke prevention. *Science and Technology RMUTT journal*, 8 (2): 153-168. (in Thai).

Singsungnoen, K., & Ramsiri, J. (2021). *The development of motion graphic media on 10 ways to prevent COVID-19 with New Normal* [presentation document]. *The 8th Academic Science and Technology Conference 2021.* (in Thai).

Sookpatdhee, T., & Soranastaporn, S. (2017). Studying motion graphics media which enhanced learning ability. *VRU Research and Development* Journal *Humanities and Social Science*, 12(1): 261-268. (in Thai).

World health Organization. (2022). *Cancer Overview*. https://www.who.int /health- topics/cancer#tab=tab_1.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Development of Triage System at Emergency Department in Community Hospitals, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Surat Sukswang[1*]

(Received October 17, 2022, Revised: October 23, 2022, Accepted: January 2,2024)

Abstract

This study aimed to investigate the situation and problems, develop a triage system, and evaluate the results of the triage system in the Emergency Accident Department of a community hospital in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. The research was conducted in four phases: Phase 1 investigated the situation and problems, Phase 2 involved design and development, Phase 3 implemented a trial with 30 emergency department nurses, and Phase 4 evaluated the results. The research instruments included the emergency triage process, emergency triage record form, guidelines for triaging emergencies, guidelines for group discussions and after-action reviews, and assessments of knowledge and behavior in the emergency triage process. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and content analysis.

The results indicated that all hospitals used a 5-level triage system, but some lacked a secure and uniform process, highlighting the need for a standardized system. The developed triage system includes a triage process, record form, and guidelines for triaging emergency patients. Knowledge and behavior regarding emergency triage significantly improved, and satisfaction with the triage system was rated highest. After-action reviews showed that the new system quickly identified critical patients, prevented condition deterioration while waiting, ensured comprehensive record-keeping, and enhanced patient safety. Consequently, this study recommends implementing a standardized triage system, arranging specialized triage nurses, and organizing patient triage training to improve nurse competency.

Keywords: Triage; Triage process; Emergency; Development of triage system

[*] *Registered Nurse, Professional Level, at Emergency Room, Wang Noi Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province*
[1]*Corresponding author: naipui14.@gmail.com. Tel 0897995430.*

การพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

สุรัตน์ สุขสว่าง[1*]

(วันรับบทความ : 17 ตุลาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 23 ตุลาคม .2566, วันตอบรับบทความ : .2 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ของระบบคัดแยกผู้ป่วย 2) พัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วย 3) ประเมินผลลัพธ์ของระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนา ระยะที่ 3 นำไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 30 คน ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์ เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) กระบวนการคัดแยก แบบบันทึกการคัดแยก แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการประชุมหลังปฏิบัติงาน 3) แบบประเมินความรู้ พฤติกรรมในกระบวนการคัดแยก แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t- test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ปัญหา โรงพยาบาลทุกแห่งใช้เกณฑ์การคัดแยก 5 ระดับ มีกระบวนการคัดแยก แบบบันทึกและแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกไม่ครบทุกแห่ง ต้องการระบบคัดแยกที่มีความปลอดภัยและใช้เหมือนกันทุกแห่ง 2) ระบบคัดแยกที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการคัดแยก แบบบันทึกการคัดแยก และแนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) ผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ พฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) มีความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกในระดับมากที่สุด จากการประชุมหลังปฏิบัติงาน ระบบคัดแยกผู้ป่วยมีกระบวนการที่ช่วยค้นหาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินเร็วขึ้น ไม่พบผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ แบบบันทึกการคัดแยกมีข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ มีแนวปฏิบัติช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้น ควรนำระบบคัดแยกผู้ป่วยไปใช้เพื่อการคัดแยกที่รวดเร็ว มีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น จัดให้มีพยาบาลคัดแยกโดยเฉพาะและ อบรมการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อเพิ่มสมรรถนะพยาบาลคัดแยก

คำสำคัญ: การคัดแยกผู้ป่วย; กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย; อุบัติเหตุฉุกเฉิน; การพัฒนาระบบคัดแยก

[*] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*
[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ naipui14 @gmail.com.*

บทนำ

การให้บริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ตลอด 24 ชั่วโมง โดยจัดบริการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลช่วยเหลือทางการแพทย์ ตามระดับความรุนแรง มุ่งเน้นแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต การจัดการกับภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ มีการจัดการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษา เป็น 5 ระดับ อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (The National Institute for Emergency Medicine, 2012) เพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน หรือโรงพยาบาลบางแห่งอาจจะอ้างอิงหลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ ตามแนวทางการคัดแยกของ MOPH ED TRIAGE หรือEmergency Severity Index (ESI) Version 4 The Australasian Triage Scale หรือ The Canadian Triage and Acuity Scale แล้วก็ตาม (Sukswang, 2018) แต่พบว่า สถิติการบริการในห้องฉุกเฉิน มีผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินในประเทศมีจำนวน 35 ล้านครั้ง/ปี ในปี พ.ศ.2559 และพบว่า เกือบ 60% เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินในประเทศไทยมีสถิติการใช้บริการห้องฉุกเฉินอยู่ที่ 458:1000 ประชากร ซึ่งสูงกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา (421:1000 ประชากร) ออสเตรเลีย (331:1000 ประชากร) และอังกฤษ (412:1000 ประชากร) (Department of Medical Services, 2018) และจากข้อมูลผู้มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office, 2022) พบว่ามีจำนวน 421,355 ครั้ง โดยมีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้ามารับบริการ จำนวน 110,142 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 26.14 และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมารับบริการ จำนวน 331,213 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ73.86 ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการมีความซับซ้อนและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น ต้องใช้เวลาในการประเมินตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยนานขึ้น เกิดความแออัดของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่ายังเข้ารับการตรวจรักษาไม่ได้ ต้องรอในพื้นที่รอตรวจ ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ ทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเกิดความล่าช้าเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

ระบบบริการของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สิ่งที่สำคัญลำดับแรก คือ การคัดแยกผู้ป่วย เพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย “การคัดแยกผู้ป่วย” หมายความว่า การประเมินผู้ป่วย เพื่อการจัดให้ผู้ป่วยดังกล่าว ได้รับการบำบัดรักษาพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนทางการ แพทย์ และสามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020) ซึ่งพยาบาลคัดแยกเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิต หรือ มีภาวะฉุกเฉินวิกฤต ได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงตามลำดับความเร่งด่วนต่อไป ได้อย่างปลอดภัย ซึ่งพบว่าพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากตัวแทนที่ไปอบรมเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย ในระดับจังหวัด ว่าใช้เกณฑ์การคัดแยกแบบไหน แบ่งเป็นกี่ระดับ โดยไม่ได้มีการให้ความรู้เรื่องกระบวนการคัดแยกหรือทักษะด้านอื่นที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพมากที่สุดและเกิดปัญหาน้อยที่สุด (Sukswang, 2018) โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดทั้งบุคลากร ทรัพยากร และสถานที่ และพยาบาลคัดแยกขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการหลักสำคัญในการคัดแยกผู้ป่วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมเรื่องคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย พบว่าปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ความขาดแคลนบุคลากร บุคลากรขาดความรู้ทักษะในการคัดแยก และระบบคัดแยกภายในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน (Intarawichien, 2019) และสอดคล้องกับ Sukjamnong et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลนาดูน อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม พบว่าสภาพปัญหาและสถานการณ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดจากมีเจ้าหน้าที่คัดแยกคนเดียวคัดแยกไม่ทัน ไม่กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน ยังไม่มีการนำเกณฑ์ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยมาใช้อย่างจริงจังและไม่มีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

และ Sukwong et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่อง รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติฉุกเฉิน โรงพยาบาลน่าน พบว่าปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉินมี 2 ด้าน คือ ด้านรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและด้านคุณลักษณะและสมรรถนะพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยประกอบด้วย การเตรียมความรู้และความพร้อมของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือคัดแยกผู้ป่วย สมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย

จากสภาพปัญหา พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยขาดความรู้ทักษะในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ระบบคัดแยกที่มีความแตกต่าง ความไม่พร้อมของบุคลากรและสถานที่ในการคัดแยกผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการหลักของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน มีเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการคัดแยกครอบคลุมทุกกระบวนการได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว สามารถจัดส่งผู้ป่วยให้เข้ารับการรักษาได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์เสี่ยงในผู้ป่วยระหว่างรอการตรวจรักษา และลงบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องครบถ้วน โดยระบบคัดแยกนั้นควรพัฒนาตามบริบทของโรงพยาบาลทั้งเรื่องขนาดโรงพยาบาล ศักยภาพหรือสมรรถนะของโรงพยาบาล ตลอดจนความเชี่ยวชาญของบุคลากร ดังนั้นการพัฒนาระบบคัดแยกที่ดีต้องให้ความสำคัญกับบริบทสถาณการณ์ปัญหาของแต่ละหน่วยบริการและออกแบบเพื่อให้สามารถจัดการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาของระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2.เพื่อพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในเรื่อง

3.1 เปรียบเทียบความรู้ในเรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยไปทดลองใช้

3.2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยไปทดลองใช้

นิยามศัพท์

ระบบคัดแยกผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการในการคัดแยกผู้ป่วย เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย วิธีปฏิบัติ การสื่อสารและการบันทึก เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยกจนถึงการส่งมอบผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในพื้นที่รักษาพยาบาลตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

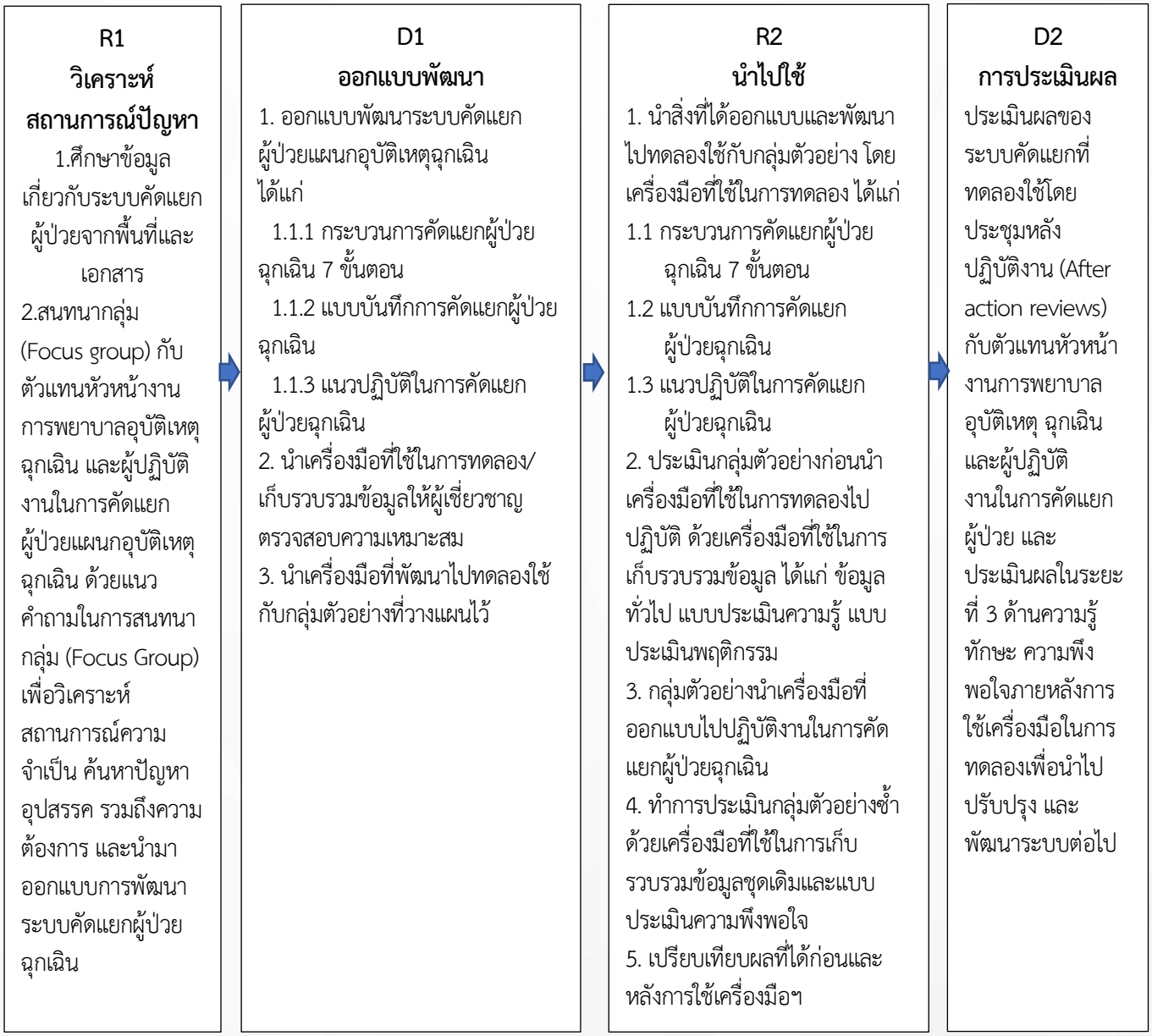
แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเฉียบพลันและวิกฤต ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเป็นแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หมายถึง กระบวนการในการคัดแยกผู้ป่วย เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน วิธีปฏิบัติ การสื่อสารและการบันทึก เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินจนถึงการส่งมอบผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษาพยาบาลในพื้นที่รักษาพยาบาลตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากระบบการคัดแยกระดับความรุนแรง ของประเทศแคนาดา (Canadian Triage Acuity Scale [CTAS]) และดัชนีความรุนแรงของประเทศสหรัฐอเมริกา (Emergency Severity Index [ESI])

ผลลัพธ์ในการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีความรู้ พฤติกรรมในการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ วัดผลจาก การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รวดเร็ว ถูกต้อง จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ผู้ป่วยที่รอเข้ารับการตรวจรักษาได้รับการ ประเมินอาการ/คัดแยกซ้ำ และได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยตามกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดโดยอาศัยแนวคิด Four-D model for learning material development (Thagarajan,1974) และแนวคิด ADDIE Model (McGrif & Steven, 2000) ร่วมกับแนวคิดระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 และ The Canadian Triage and Acuity Scale แบ่งการศึกษาวิจัยออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ 2) การออกแบบและพัฒนาระบบ 3) การนำไปใช้ 4) การประเมินผล ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) แบ่งการศึกษา เป็น4ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 R1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นของพื้นที่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง(Purposive Sampling)ได้แก่ หัวหน้างานและพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน10คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในประเด็น ปัญหาอุปสรรค กระบวนคัดแยกและแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยที่ใช้อยู่ การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ต้องการ

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1.ศึกษาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์นโยบาย และ สถานการณ์ ระบบคัดแยกผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจัดทำหนังสือขอการดำเนินการวิจัยแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ระยะที่ 2 D1 ออกแบบและพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (Design & Development)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นการออกแบบ (Design) นำข้อมูลผลการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนความรู้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาออกแบบพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยจัดทำ

1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 3) แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) แบบประเมินพฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และ4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา

1.3 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการทำ After action review ภายหลังการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้พัฒนาขึ้น

2. ขั้นการพัฒนา (Development)นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหากับวัตถุประสงค์และปรับปรุงตามข้อเสนอและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 3 R2 นำระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ (Implementation)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 127 คน **กลุ่มตัวอย่าง** คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power มีค่าระดับความเชื่อมั่น .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล .50และอำนาจการทดสอบ=0.8 (Sanitlou et al, 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดคือ 27คน ผู้วิจัยได้ชดเชยสำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่าง มีอัตราตอบกลับแบบสอบถามและแบบ

ประเมินต่ำอีกร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามมีการกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า

- มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 2 ปี
- มีประสบการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยมากกว่า 1ปี

เกณฑ์คัดออก

- ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ 1) กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษาเฉพาะทาง ประสบการณ์ในการทำงาน ประสบการณ์ในการทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วย เกณฑ์การคัดแยกที่ใช้ การได้รับการอบรมเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วย การได้รับการอบรมกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ

2.2 แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วยความรู้ในเรื่องกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 7 ข้อ ความรู้ในเรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 8 ข้อรวม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกคำตอบที่ถูกที่สุดเพียงข้อเดียว ตอบถูกให้ 1 ตอบผิดให้ 0 คะแนนเต็ม 15 คะแนน โดยแบ่งระดับการประเมินตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงค์เกณฑ์ของBoom (Boom, B.,1971) ดังนี้

12-15 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในเกณฑ์ ดี

9-11 คะแนน คิดเป็นร้อยละ60-79 หมายถึง มีความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในเกณฑ์ ปานกลาง

0-8 คะแนน คิดเป็นน้อยกว่าร้อยละ60 หมายถึง มีความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในเกณฑ์ น้อย

3) แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 31 ข้อ แบบเลือกคำตอบที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย7 ขั้นตอนที่ปฏิบัติมากที่สุดในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบรายข้อ ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ , 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง , 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง , 2 หมายถึง ปฏิบัตินานๆครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ โดยมี ค่าคะแนนรวมต่ำสุดคือ 31 คะแนน และค่าคะแนนรวมสูงสุดคือ 155 คะแนน

การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ค่าทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean)

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ /มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติ ในระดับน้อยที่สุด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา จำนวน 12 ข้อ แบบเลือกคำตอบที่ตรงกับความพึงพอใจมากที่สุดเพียงข้อเดียว ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) จำนวน 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนคำตอบรายข้อ ดังนี้ 5 หมายถึง พึง

พอใจมากที่สุด, 4 หมายถึง พึงพอใจมาก, 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย, 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

โดยมี ค่าคะแนนรวมต่ำสุดคือ 12 คะแนน และค่าคะแนนรวมสูงสุดคือ 60 คะแนน การแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ค่าทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean)

ค่าเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจ ในระดับน้อยที่สุด

ระยะที่ 4 D2 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 10 คน จากระยะที่ 1 R1 ในการประชุมหลังปฏิบัติงาน (After action review) ในด้านความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจภายหลังการใช้เครื่องมือในการทดลอง เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาระบบต่อไป

. **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน เครื่องมือได้นำมาจาก Sukswang (2018) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย และ แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดสร้างโดยพัฒนามาจากกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน ของ Sukswang (2018) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ3ท่าน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินพฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินความพึงพอใจ หาความเที่ยงตรง(Validity) ด้วยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และแบบประเมินพฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจ = 1.00, 0.93, 0.87 และ 0.97 ตามลำดับ และทำการทดสอบการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่จะศึกษาจำนวน10คน ของแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยค่าความเชื่อมั่นของความรู้ใช้วิธีคูเดอร์- ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson's method) ได้ค่า KR21 = 0.79 ส่วนการตรวจสอบความเที่ยงของ แบบประเมินพฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค(Cronbach’s alpha reliability coefficient) เท่ากับ0.73

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่1 R1 และ ระยะที่ 4 D2 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis)

ระยะที่ 3 R2 สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรู้ใช้ Fisher’s Exact Test การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการคัดแยกก่อนและหลังการใช้ระบบ ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัย ได้มีการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t- test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ลำดับที่ 14/2566 ลงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 R1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ความต้องการและความจำเป็นของพื้นที่

จากการศึกษาข้อมูล พบว่าส่วนใหญ่การใช้เกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage โดยพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานตั้งแต่ 2ปี ขึ้นไป ได้รับความรู้จากตัวแทนที่ไปอบรมเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย แล้วกลับมาถ่ายทอดต่อเฉพาะเกณฑ์การคัดแยก จากการสนทนากลุ่มกับผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วย มีข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการคัดแยกและเกณฑ์การคัดแยก พบว่า มีกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินใช้ไม่ครบทุกแห่ง คิดว่าเกณฑ์การคัดแยกคือกระบวนการคัดแยก ไม่รู้ว่ากระบวนการคัดแยกมีขั้นตอน การปฏิบัติการคัดแยก ถ้าฉุกเฉินก็ส่งเข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถ้าไม่ฉุกเฉินก็ส่งไปตรวจที่OPD ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์การคัดแยกของ MOPH ED Triage อยากให้มีการนำความรู้เรื่องกระบวนการคัดแยก เข้ามาใช้ รวมถึงอยากให้ใช้เกณฑ์การคัดแยกที่เหมือนกันทั้งจังหวัด ดังนี้

“ที่ทำอยู่น่าจะเป็นกระบวนการอยู่แล้วตั้งแต่คัดแยกและส่งเข้าตรวจตามลำดับความรุนแรง” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 3)

“ใช้ R4TS ร่วมกับ MOPH การคัดแยกแต่ก็ปรับให้เหมาะสมเข้ากับบริบทของรพ. โดยคนที่เกี่ยวข้องมาช่วยกันดู ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 4)

“ไม่รู้ว่าการคัดแยกมีกี่ขั้นตอน คิดว่าถ้าเราคัดแยกตามเกณฑ์แล้วมันก็เป็นขั้นตอนคัดแยกแล้ว” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 6)

“อยากให้มีกระบวนการคัดแยกและเกณฑ์การคัดแยกที่เหมือนกันทั้งจังหวัด จะได้ใช้อ้างอิงกันเวลามีปัญหา” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 10)

2. แบบบันทึกการคัดแยก มีเพียงบางแห่งมีแบบบันทึกในการคัดแยกใช้ แต่ยังบันทึกไม่ครบถ้วนมีการลงบันทึกระดับความรุนแรงในระบบ HosXP อยากให้พัฒนาแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้งานได้ง่าย ครอบคลุมขั้นตอนในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สื่อสารได้อย่างชัดเจน เป็นหลักฐานในการเก็บข้อมูลต่างๆได้ ดังนี้

“ยังไม่มีแบบเฉพาะในการประเมิน บันทึกการคัดแยกเพราะซักประวัติแล้วก็คีย์เลือกโปรแกรม HosXp เลย” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 7)

“อยากให้แบบบันทึกใช้เป็นหลักฐานในการทำการRe-triageผู้ป่วยที่รอรับการตรวจอยู่ได้” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 9)

“อยากให้แบบบันทึกการคัดแยก สามารถตอบโจทย์การเก็บข้อมูล OVER triage Under triage ได้ไม่ต้องไปเปิด OPD Card ไล่หาเหตุผล” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 10)

3. พยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีประสบการณ์ในห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ไม่มีพยาบาลคัดแยกบริเวณหน้าห้องฉุกเฉินทุกเวร มีเพียงบางแห่งที่มีได้ในเวรเช้าและเวรบ่าย บางแห่งต้องทำหน้าที่คัดแยกและคัดกรองผู้ป่วยทั้งโรงพยาบาล อยากได้รับการพัฒนาความรู้ทักษะ ในเรื่องกระบวนการ เกณฑ์การคัดแยก ทักษะการประเมินอาการและการซักประวัติให้คัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ดังนี้

“คนยังไม่พอแยกออกมาทำหน้าที่คัดแยกอย่างเดียวหรอก แค่แบ่งคนมาทำในเวรเช้าเวลายุ่งๆก็ต้องกลับเข้ามาช่วยงานในห้อง แต่ก็ต้องทำงานในER เกิน 2 ปี นะ ถึงจะให้ไปทำตรงนั้นได้ ”(ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 1)
“มีแต่คนเก่าๆ1-2 คนที่เคยได้ไปอบรมเกณฑ์คัดแยก R4TS ที่โรงพยาบาลสระบุรี แล้วอีกกลุ่มก็ไปอบรมที่โรงพยาบาลอยุธยาที่เหลือก็สอน ถ่ายทอดกันเอง ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 3,5,6)

“อยากให้มีการให้ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยที่ครบทุกขั้นตอนหรือกระบวนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 5)

4. ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยก พบว่า ให้ความสำคัญกับความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ส่วนการดูแล การประเมินซ้ำ พบว่ามีการปฏิบัติน้อย ทำให้ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง บางแห่งมีป้ายแยกระดับสีตามความรุนแรงแต่ไม่ถูกนำมาใช้ ทำให้ ผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจประเมินอาการซ้ำเมื่อครบระยะเวลาการรอคอยที่ปลอดภัย ดังนี้

“คัดแยกเสร็จก็จะเอาOPD cardไปส่งให้ Incharge ก่อน ถ้าเตียงว่างก็จะให้เรียกเข้ามาตรวจ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 5)

“ถ้าคนไข้น้อยก็ได้เข้าตรวจเร็วยกเว้นคนไข้เยอะก็จะรอนานหน่อย เลยไม่ค่อยได้ประเมินผู้ป่วยซ้ำตามเวลา จะประเมินถ้าผู้ป่วยหรือญาติเดินมาบอกว่ารอนาน” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 7)

“อยากให้มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงหรือทรุดลง ขณะรอตรวจ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 5)

“สร้างวิธีการปฏิบัติให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องและดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตลอดขั้นตอนในการคัดแยกผู้ป่วย” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 10)

โดยสรุป ในระยะที่1 พบว่าควรมีการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ครอบคลุมกระบวนการคัดแยก และมีแบบบันทึกในการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และมีหลักฐานในการทบทวนคุณภาพในการคัดแยกผู้ป่วย

ระยะที่ 2 D2 ออกแบบและพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Design & Development)

ออกแบบและพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จากข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการที่ได้ในระยะที่ 1 R1 ร่วมกับการทบทวนความรู้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน ของ Sukswang (2018) ที่ได้การศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 และการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Canadian Triage and Acuity Scale Version 2.5 ที่แบ่งความฉุกเฉินเป็น 5 ระดับ และได้สรุปกระบวนการหลักในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเป็น 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง 2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 3) ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรงที่กำหนดไว้ 6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ และได้ออกแบบระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประกอบด้วย กระบวนการ แบบบันทึก และแนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จากนั้นดำเนินการสร้างเครื่องมือในการทดลองได้แก่ 1) กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน ของ Sukswang (2018) 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เพื่อคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้รวดเร็ว ครอบคลุมกระบวนการหลักทั้ง 7 ขั้นตอน และเป็นหลักฐานอ้างอิงได้ 3) แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติการการคัดแยกและการลง

บันทึกในแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สำหรับพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบและกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ภายใต้การแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และดำเนินการจัดสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินพฤติกรรมในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวคำถามในการทำ After action review ภายหลังการใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้พัฒนาขึ้นและนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหากับวัตถุประสงค์และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะอีกครั้งและทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ก่อนนำไปทดลองใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 R2 นำระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปใช้ (Implementation)

นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คนระหว่าง 25 มิถุนายน–25 กันยายน 2566 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.33 ช่วงอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 53.33 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมากกว่า 13 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 50 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในช่วง 4-6 ร้อยละ 33.33 ไม่ได้รับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางด้านแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 76.66 มีการใช้Triage 5 ระดับ ของ MOPH Triage ร้อยละ 73.33 ได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์Triageที่ใช้ผ่านผู้ที่ไปอบรมมาจากผู้จัดภายนอก (สอน/ถ่ายทอดให้) ร้อยละ 43.33 ไม่ได้รับความรู้ เรื่องกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย ร้อยละ 86.67

ความรู้และพฤติกรรมในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน

การศึกษาระดับของความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรู้ ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 มีระดับความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 30 และมีระดับความรู้ ในระดับดี ร้อยละ 20 ภายหลังนำเครื่องมือเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เพิ่มสูงขึ้นเป็นมีระดับความรู้ในระดับดี ร้อยละ 80 และ มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<.001$ ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างก่อนนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ อยู่ที่ 9.82 (S.D.= 1.93) มีความรู้ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างหลังนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ อยู่ที่ 12.93 (S.D.= 1.68) มีความรู้ในระดับดี ระดับความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ อยู่ที่ 3.03 (S.D.= 0.25) มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง หลังนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ อยู่ที่ 12.93 (S.D.= 1.68) มีพฤติกรรมปฏิบัติในระดับดี ระดับพฤติกรรมปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p<.001$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับของความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยไปทดลองใช้ (n = 30)

ช่วงคะแนน	ก่อนนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้			หลังนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไปทดลองใช้			P -value
	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ	ระดับความรู้	
0-8 คะแนน	9	30	น้อย	0	0	น้อย	<.001
9-11 คะแนน	15	50	ปานกลาง	6	20	ปานกลาง	
12-15 คะแนน	6	20	ดี	24	80	ดี	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนและหลังการนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ผลลัพธ์การทดลอง	ก่อนนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้		ระดับ	หลังนำเครื่องมือคัดแยกผู้ป่วยไปใช้		ระดับ	P -value
	Mean	S.D.		Mean	S.D.		
ความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	9.83	1.93	ปานกลาง	12.93	1.68	ดี	<.001
พฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	3.03	0.25	ปานกลาง	3.97	0.48	มาก	<.001

ความพึงพอใจ ต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา

ความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X}$= 4.51 (S.D. =0.51) และเมื่อจำแนกตามข้อจะพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดในทุกข้อ โดย ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นช่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับที่คัดแยกได้ครอบคลุม ปลอดภัย มากขึ้น และกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉินกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด $\bar{X}$= 4.67 (SD =0.48) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้เครื่องมือทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา	Mean	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1.ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เข้าใจกระบวนในการคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4.60	0.56	มากที่สุด
2.ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นช่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับที่คัดแยกได้ครอบคลุม ปลอดภัย มากขึ้น	4.67	0.48	มากที่สุด

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการใช้เครื่องมือทดลอง ด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ต่อ)

ความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนา	**Mean**	**S.D.**	**ระดับความพึงพอใจ**
3.ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชน	4.37	0.76	มากที่สุด
4.กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยไม่ซับซ้อนสามารถปฏิบัติได้	4.53	0.63	มากที่สุด
5.กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้จริง	4.40	0.77	มากที่สุด
6.กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยสามารถสร้างความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยที่แผนกฉุกเฉิน	4.67	0.48	มากที่สุด
7.แนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินช่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับที่คัดแยกได้ครอบคลุมปลอดภัยมากขึ้น	4.60	0.50	มากที่สุด
8.แนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชน	4.37	0.76	มากที่สุด
9.แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4.53	0.57	มากที่สุด
10.แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยทุกระดับที่คัดแยกได้ครอบคลุมปลอดภัยมากขึ้น	4.50	0.63	มากที่สุด
11.แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถบันทึกข้อมูลได้ครบถ้วน	4.33	0.76	มากที่สุด
12.แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชน	4.50	0.63	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	**4.51**	**0.51**	**มากที่สุด**

ระยะที่ 4 D2 การประเมินผล (Evaluation)

จากการประชุมหลังปฏิบัติงาน (After action review) กับผู้เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วย มีข้อค้นพบจากการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังต่อไปนี้

1.ระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น พบว่ามีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ มีความชัดเจนตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนส่งเข้ารับการตรวจรักษา ซึ่งโรงพยาบาลที่ไม่มีหรือมีแต่สถานที่คัดแยกผู้ป่วยไม่เหมาะสมก็สามารถนำระบบคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ได้ มีข้อเสนอแนะเรื่องการสนับสนุนของผู้บริหาร ในเการจัดอัตรากำลังพยาบาลคัดแยกโดยเฉพาะ การจัดพื้นที่คัดแยกที่เหมาะสมเพียงพอกับผู้ป่วย เครื่องมือ อุปกรณ์ สนับสนุนการปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการสนับสนุนให้ได้ไปฝึกอบรมในหลักสูตรการคัดแยกผู้ป่วยหรือหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ดังนี้

“คิดว่าระบบคัดแยกที่นำมาทดลองใช้ ใช้ได้กับโรงพยาบาลชุมชน ถึงแม้จะไม่มีจุดคัดแยกผู้ป่วยตั้งต่างหากหน้าห้อง เพราะเราเป็นโรงพยาบาลเล็ก ผู้ป่วยเข้ามาข้างในเลย แต่ก็ช่วยให้เราแยกว่าจะตรวจคนไหนก่อน คนไหนต้องประเมินซ้ำ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 10)

“อยากให้อนุมัติคนให้ขึ้นมาทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยที่หน้าห้องERโดยเฉพาะ จะได้ทำหน้าที่ได้ครบทุกขั้นตอน ไม่ต้องวิ่งเข้าวิ่งออก” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 4)

“ถ้าเกณฑ์สภาการพยาบาลให้พยาบาลENPทำหน้าที่คัดแยกได้ ก็อยากส่งน้องเข้าไปอบรมนะ แต่ค่าใช้จ่ายสูงต้องให้โรงพยาบาลอนุมัติ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 9)

2.กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย พบว่ากระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน ช่วยให้พยาบาลคัดแยก เข้าใจว่าการคัดแยกผู้ป่วยต้องดูแลรับผิดชอบจนกว่าจะส่งมอบผู้ป่วยให้กับทีมตรวจรักษา สามารถประเมิน Critical Look โดยไม่ใช้สัญญาณชีพพร้อมกับการกำกับอาการด้วย Code ทำให้ค้นหาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินได้เร็วขึ้น มีการป้องกันตนเองและผู้อื่นเมื่อค้นพบกลุ่มอาการโรคติดต่อ การประเมินภาวะเสี่ยง ซึม ปวด ที่รวดเร็ว การให้ข้อมูลและสื่อสารกับผู้ป่วยถึงระดับความรุนแรงที่ได้รับทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้ว่าที่ยังเข้าตรวจไม่ได้นั้นเพราะอะไร การให้การดูแลเบื้องต้นขณะรอตรวจรักษา รวมถึงการประเมินผู้ป่วยซ้ำเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยใหม่ตามระยะเวลาการรอคอยที่ปลอดภัยหรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ทำให้การดูแลผู้ป่วยในจุดคัดแยกจนถึงผู้ป่วยได้เข้าตรวจรักษามีความปลอดภัยมากขึ้น ดังนี้

“ไม่รู้มาก่อนว่าในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลจะมีขั้นตอนในการคัดแยกผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 7 ขั้นตอน คิดว่า มีแค่ประเมิน คัดแยกว่าเป็นสีอะไร แล้วก็ส่งตรวจ ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 1)

“ชอบขั้นตอนแรกที่เป็นCritical Look ที่มีCodeกำกับทำให้น้องที่คัดแยกมองภาวะวิกฤติได้เร็วขึ้นไม่ต้องไปพะวงกับการไปหาเครื่องมือมาวัดVital signs” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 2)

“การค้นหากลุ่มเสี่ยงทำได้ไวขึ้น รู้สึกดีที่สามารถคัดแยกคนไข้ACSได้ไว ทำให้ค้นพบ STEMI และเข้าสู่กระบวนการ Fast track ได้ไว สุดท้ายผู้ป่วยปลอดภัย ” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 4)

“เมื่อก่อนคิดว่าเรื่องการค้นหาผู้ป่วย Level2 ต้องรีบหลังจากไม่พบอาการของ level1 แต่กระบวนการทำให้รู้ว่าการค้นหาโรคติดต่อร้ายแรงควรทำก่อนทำให้นึกถึงตอนโควิดระบาดแล้วต้องปิด ER” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 7)

“กระบวนการ 7 ขั้นตอน เอามาตอบคำถามการดูแลผู้ป่วยในระบบTriageของHAได้เลย มองเห็นกระบวนการเพื่อสร้างความปลอดภัยในการTriageคนไข้ชัดเจน” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 10)

3.แนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีขั้นตอนการปฏิบัติ สามารถบอกบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยไว้ว่าต้องทำอะไร แค่ไหน ในขั้นตอนต่างๆ ทำให้สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ดังนี้

“แนวปฏิบัติมีความชัดเจนดี ว่าพยาบาลคัดแยกต้องทำอะไรบ้างในขั้นตอนไหน” ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 1)

“แนวปฏิบัติทำให้พยาบาลคัดแยกสามารถทำตามได้ในแต่ละขั้นตอน” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่3)

4. แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า มีเนื้อหาครอบคลุมกระบวนการคัดแยก มีข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจแบ่งระดับความรุนแรงในคัดแยกผู้ป่วย สามารถแสดงถึงเหตุผลในการตัดสินใจเลือกระดับความรุนแรง รวมถึงเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ตัวหนังสือเล็กไป บางครั้งลงข้อมูลได้ไม่ครบถ้า Check listทั้งหมดหรือถ้าพัฒนาลงในโปรแกรม HosXp ที่ใช้ในโรงพยาบาล หรือสร้างแอบพลิเคชันขึ้นมาช่วยก็จะดี ดังนี้

“แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน มีเนื้อหาครบทั้ง7ขั้นตอน ช่วยให้ไม่หลุดในการทำตามกระบวนการคัดแยก” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 1)

“ข้อมูลในแบบบันทึกช่วยในการตัดสินใจและใช้เป็นหลักฐานเวลาเกิดปัญหาว่าคัดแยกผิดกับหน่วยงานอื่นได้” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 5)

“ด้วยข้อมูลที่บันทึกครบทุกขั้นตอน ทำให้มันดูเยอะ ตัวหนังสือก็เล็ก ถ้าปรับได้ก็จะดี” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 7)

“ไม่อยากเขียนเยอะ น่าจะทำเป็นแบบ Check list ทั้งหมด หรือไม่ก็ให้อยู่ในโปรแกรมHosXPเลย จะได้ทำงานทีเดียว” (ผู้สนทนากลุ่มคนที่ 2)

อภิปรายผล

ผลจากการวิจัย เรื่องการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา สามารถนำมาอภิปรายผลจากการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาของระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลพบว่า การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับจังหวัดไม่มีระบบที่ชัดเจน มีกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินใช้ในบางแห่ง มีแบบบันทึกและแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินใช้ในโรงพยาบาลบางแห่ง มีการแบ่งความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ใช้สัญลักษณ์สีที่เหมือนกันทุกแห่ง ตามเกณฑ์ MOPH ED Triage พยาบาลคัดแยก มีประสบการณ์ทำงานที่ห้องฉุกเฉินและคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ได้รับความรู้เรื่องเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากตัวแทนที่ไปอบรม สถานที่คัดแยกผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้บริเวณหน้าห้องฉุกเฉิน ยังพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลง ในผู้ป่วยที่รอรับการตรวจรักษา จากข้อมูลสามารถอภิปรายได้ว่า ทุกโรงพยาบาลมีการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่มีระบบ กระบวนการ และข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ บุคลากร การได้รับความรู้ในกระบวนการคัดแยกที่แตกต่างกัน มีความต้องการพัฒนาจัดทำระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย เพิ่มมากขึ้น และนำมาใช้เหมือนกันทั้งจังหวัด สอดคล้องกับ Wachiradilok et al.(2016) ที่ศึกษาเรื่อง การคัดแยกผู้ป่วย ของแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่า โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งมีจุดคัดแยกเฉพาะ (ร้อยละ 87.9) โดยพยาบาล วิชาชีพเป็นผู้ที่ทำการคัดแยก ณ จุดคัดแยก (ร้อยละ 98.3) สำหรับระดับและสัญลักษณ์สีที่ใช้ ในการคัดแยกระดับความฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้ระบบคัดแยก 5 ระดับตาม ESI (ร้อยละ 75.8) บุคลากรที่ทำการคัดแยกมีความรู้และประสบการณ์แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการคัดแยก โดยอาจต่ำหรือสูงกว่าเกณฑ์ มีอุบัติการร้องเรียนบ่อยครั้งของ ผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเกี่ยวกับการรอคอยนาน ทั้งที่มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับ การจัดลำดับบริการตามอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยและสอดคล้องกับ Sukwong et al.(2021) ที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลน่าน พบว่าปัญหาและความต้องการในการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลแผนกฉุกเฉินมี 2 ด้าน คือ ด้านรูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และด้านคุณลักษณะและสมรรถนะพยาบาลคัดแยกผู้ป่วย รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยประกอบด้วย การเตรียมความรู้และความพร้อมของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เครื่องมือคัดแยกผู้ป่วย สมรรถนะและภาระงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลพบว่า ผู้วิจัยได้วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วย ในระยะที่1 R1 ร่วมกับการทบทวนความรู้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การออกแบบและพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1.1) ประเมินภาวะคุกคามชีวิตทันทีเมื่อผู้ป่วยมาถึง 1.2) ประเมินหาอาการของโรคติดต่อร้ายแรงที่กำหนดไว้ 1.3) ซักถาม อาการสำคัญ การเจ็บป่วย/บาดเจ็บ ประเมินร่างกายเฉพาะที่เกี่ยวข้องและวัดสัญญาณชีพ 1.4) กำหนดระดับความรุนแรงและติดเครื่องหมาย/สัญลักษณ์ 1.5) จัดส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามลำดับความรุนแรง

ที่กำหนดไว้ 1.6) ดูแลให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ 1.7) ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ 2) แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ครอบคลุมกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงได้ 3) แนวปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้ประกอบการคัดแยกและบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระบบ กระบวนการคัดแยกและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยนำมาจาก Sukswang (2018) ที่ได้การศึกษาแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยของ Emergency Severity Index (ESI) Version 4 และการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของ The Canadian Triage and Acuity Scale Version 2.5 จากข้อมูลสามารถอภิปรายได้ว่า ระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ออกแบบ มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยกจนถึงการส่งผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉิน ด้วยกระบวนการคัดแยกผู้ป่วย 7ขั้นตอน มีแบบบันทึกที่ครอบคลุมทุกกระบวนการและมีข้อมูลที่เพียงพอในการคัดแยกผู้ป่วย ร่วมกับการมีแนวปฏิบัติที่ช่วยให้พยาบาลคัดแยกทำงานได้ง่ายขึ้นรู้ว่าต้องทำอะไรเมื่อไร ทำให้การคัดแยกผู้ป่วยมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีข้อจำกัดในส่วนของแบบบันทึกที่มีเนื้อหามากทำให้บางครั้งผู้ใช้งานลงข้อมูลไม่ครบ สอดคล้องกับ Ritintarangoon et al. (2018) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ พบว่า ระบบการคัดแยกที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อค้นหาภาวะสุขภาพเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เป็นการทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเฉียบพลันสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ช่วยในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยมากที่สุด

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลพบว่า ผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตามกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 7 ขั้นตอน โดยพบว่าหลังการทดลองใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้น ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และมีพฤติกรรมการปฏิบัติในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 จากข้อมูลสามารถอภิปรายได้ว่าจากการการประเมินความรู้และพฤติกรรมภายหลังการทดลองที่เพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริงกับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยมีแนวทางปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ชัดเจน มีแบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่ช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น บันทึกข้อมูลได้ครบถ้วนและสามารถนำไปใช้ได้จริงในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งที่ยังไม่มีสถานที่ในการคัดแยกหรือมีแต่สถานที่ไม่เหมาะสม สามารถนำระบบคัดแยกผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นนี้ไปใช้ได้ สอดคล้องกับ Chotsirikunwat (2022) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้กระบวนการหลักของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชบุรี พบว่า การปฏิบัติการพยาบาล มี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะหลังการใช้เพิ่มขึ้น พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามกระบวนการหลักของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังการใช้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับ Sukwong et al. (2021) ที่ศึกษาเรื่อง รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในแผนกอุบัติฉุกเฉิน โรงพยาบาลน่าน พบว่า พยาบาลมีคะแนนความรู้ภายหลังการฝึกอบรมเพิ่มขึ้น การคัดแยกผู้ป่วยมีข้อผิดพลาดลดลง ผลการประเมินการใช้รูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยพบว่า พยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจและมั่นใจในเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เครื่องมือและแบบประเมินช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมปฏิบัติงานเห็นว่ารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลน่าน

โดยกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.51, S.D.= 0.51) และข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเห็นว่า ระบบคัดแยกที่พัฒนา ช่วยให้การคัดแยกผู้ป่วยชัดเจนขึ้น กระบวนการคัดแยก ช่วยค้นหาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินได้รวดเร็ว มีการประเมินภาวะเสี่ยง ซึม ปวด การให้ข้อมูลและสื่อสารระดับความรุนแรงให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ให้การดูแลเบื้องต้นขณะรอตรวจรักษา รวมถึงประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยซ้ำตามแนวทาง ทำให้มีความปลอดภัยมากขึ้น ไม่พบผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินได้รับการคัดแยกล่าช้าและไม่พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจ สามารถอภิปรายได้ว่าระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พัฒนาขึ้นพยาบาลคัดแยกสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง คัดแยกผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทำให้มีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยคัดแยกเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ Manangan (2020) ที่การศึกษาเรื่องผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินร้อยละ 100 ด้านประสิทธิผลการจัดลำดับความฉุกเฉินถูกต้อง ร้อยละ 98.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าพยาบาลคัดแยกรายบุคคลกับความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วย ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง พยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติเดียวกัน ($\bar{X}$=4.045, df=5, p=0.543) และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ต่อการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.46, S.D.=0.467)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรสนับสนุนการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ในทุกมิติที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนการจัดอัตรากำลังของพยาบาลคัดแยกผู้ป่วยแยกออกจากอัตรากำลังพยาบาลปกติในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในจุดคัดแยกผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน การส่งอบรมความรู้ ทักษะ เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลคัดแยกให้มีมาตรฐานเดียวกัน การจัดพื้นที่จุดคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และพื้นที่รอตรวจที่เหมาะสมเพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการ รวมถึงการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการคัดแยก สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆเพื่อลดความเครียดขณะรอคอยการเข้าตรวจของผู้ป่วยและญาติ

2. ควรนำระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ได้พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้มีระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นแนวทางเดียวกัน มีกระบวนการการคัดแยกผู้ป่วยที่สามารถดูแลผู้ป่วยในจุดคัดแยกได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนเพื่อการคัดแยกที่รวดเร็ว ถูกต้องตามระดับความรุนแรง ได้รับการดูแลเฝ้าระวังระหว่างรอตรวจและมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

3. การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นบทบาทหน้าที่ ที่สำคัญของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลที่ปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงต้องมีความรู้ ทักษะ ในกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยที่เพียงพอในการปฏิบัติงาน สภาการพยาบาลจึงควรจัดทำหลักสูตรแกนกลางการฝึกอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และสถาบันการศึกษาของวิชาชีพพยาบาลควรเปิดหลักสูตรการฝึกอบรมการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้พยาบาลที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการพัฒนา ทักษะ ความรู้ ในกระบวนการและการคัดแยกผู้ป่วยที่ถูกต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อการพัฒนาระบบคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ชัดเจนยิ่งขึ้นควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นเช่น ระดับเขตตรวจราชการ และควรทำการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีผลต่อระบบคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อค้นหาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องอันนำไปสู่การวางแผนการจัดการ พัฒนาปัจจัยต่างๆเหล่านั้นเพื่อการพัฒนาระบบและวิธีการปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวังน้อย โรงพยาบาลบางไทร โรงพยาบาลบางปะหัน โรงพยาบาลบางบาลและโรงพยาบาลบางซ้ายที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

Chotsirikunwat, S. (2022). The Effect of Using the Core Process of Emergency Patient Triaged by Register Nurses in Emergency Room, Ratchaburi Hospital. Nursing, Health, and Education Journal.5(1). 1-11. (in Thai)

Department of Medical Services. (2018). Guideline for ER service delivery. Retrieved 12 May 2023, from https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Population_Health/Img/25621021104538AM_5. jpg.

Intarawichien N. (2019). A study of quality of emergency patient triage in Phonphisai Hospital, Nongkhai. Nursing, Health, and Education Journal.2(2). 43-54. (in Thai)

Manangan M. (2020). Result of using triage guidelines for emergencies in the Outpatient Department Chakkarat Hospital Nakhon Ratchasima Province. Journal of Public Health Nursing. 34(3). 52-65. (in Thai)

Phra Nakhon Si Ayutthaya Provincial Public Health Office. (2022). Report ECS Region 4 2022. (in Thai)

Ritintarangoon, O., Khowtong, W., Kongsomboon, P. & Kheaw-on, S. (2018). The Development of Triage System at Emergency Department in Sawanpracharak Hospital. Journal of the Department of Medical Services.43(2),146-151. (in Thai)

Sukjamnong, S., Pakkarato, B., Singhan, S., Srisawang, W., & Chumnaaborirak P. (2021) Quality of Classification of Emergency Patients at Na Dum Hospital, Mahasarakham Province. Journal of Emergency Medical Service of Thailand. 1(2), 123-133. (in Thai)

Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G power program. Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Soical Sciences). 5(1),

484-495. (in Thai)

Sukswang S. (2018). Triage Nurse: Beyond Main Process Through Practice. Journal of Health Sciences Scholarship. 5(2). 1-14. (in Thai)

Sukwong P., Leekuan P., Jongsirichaikul N., & Chaibarn P. (2021). The Triage Model in the Emergency Department of Nan Hospital. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 29(4). 58-68. (in Thai)

The Canadian Triage and Acuity Scale. (2013). Participant's Manual. Triage Training Resources. Version 2.5. Retrieved 12 May 2023, from http://ctas-phctas.ca/wp- content/2018/05/ participant_manual_v2.5b_november_2013_0.pdf.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). Announcement of the Nursing and Midwifery Council on principles for triaging patient urgency levels. Thai government gazette .137. 34-35. (in Thai)

The National Institute for Emergency Medicine. (2012). Emergency Medical Triage Protocol and assign an acuity level. Bangkok: 3 .3. NIEM. (in Thai)

Wachiradilok P., Sirisamutr T., Chaiyasit, S., & Sethasathien A. (2016). A Nationwide Survey of Thailand Emergency Departments Triage Systems. The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 31(2). 96-108. (in Thai)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Effects of Autonomy Support Program on Self-Management Behaviors and HbA_1C Among Older Persons with Diabetes Mellitus in Hang Chat District, Lampang Province

Pikul Audthiya[*],Pachara Wiwoot[1*],Suchart Kreuangchai[*]

(Received December 18, 2023, Revised: December 21, 2023, Accepted: February 2,2024)

Abstract

A randomized controlled experiment was conducted to assess the effects of the autonomy support program on the self-management behaviors and HbA_1C of older persons with diabetes. The sample group of 60 people with diabetes at Hang Chat Hospital was divided into two groups: control and experimental, with 30 people in each. A random block size of six was used to create ten blocks, and block sizes were allowed to fluctuate during the sample selection process. Nursing care was provided to the control group in accordance with hospital protocols. The experimental group was given an autonomy support program. A questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient reliability score of 0.85 was used to gather data on the self-management behaviors of older persons with diabetes. Chi-squares and descriptive statistics were used to examine the data. The results revealed that the mean self-management behavior scores of the experimental and comparison groups were significantly different ($p< .05$). Additionally, after enrolling in the program, the experimental group's HbA_1C level was considerably lower than both the control groups and their pre-enrollment level ($p <.05$). Thus, supporting autonomy can lead to older persons with diabetes exercising good self-management and regulating their HbA1C levels through health education, skill development involving decision-making, eating choices and food intake control according to their needs, and exercise selection based on personal preferences and capabilities. This program should apply to health care services in comparable contexts.

Keywords: Autonomy Support; HbA_1C; Older Persons with Diabetes Mellitus; Self-Management Behavior

** Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*
[1]Corresponding author: Tomnum159@hotmail.com

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้อิสระแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานใน อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

พิกุล อุทธิยา[*],พชร วิวุฒิ[1*],สุชาติ เครื่องชัย[*]

(วันรับบทความ : 18 ธันวาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 21 ธันวาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 2 กุมภาพันธ์ 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบระหว่างผลของโปรแกรมส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนของผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮีโมโกลบินเอวันซี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานโรงพยาบาลห้างฉัตร จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 ราย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มใช้ขนาดของบล็อคเท่ากับ 6 ทำให้ได้จำนวน 10 บล็อค และทำการสุ่มตามบล็อคไปเรื่อยๆ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มทดลองมีระดับฮีโมโกลบิน เอวันซีหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นการสนับสนุนความเป็นอิสระแห่งตนส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีและควบคุมระดับฮีโมโกลบินเอวันซีได้ดี โดยผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะร่วมกับให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจการเลือกวิธีการรับประทาน และควบคุมอาหารตามความต้องการของตนเอง รวมถึงเลือกชนิดการออกกำลังกายตามความชอบและความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับหน่วยบริการสุขภาพที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมการรับรู้อิสระแห่งตน; ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี พฤติกรรมการจัดการตนเอง; ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

[*] *อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Tomnum159@hotmail.com*

บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง และยังพบอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี จึงจัดได้ว่าเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน (Department of diseases control, 2023) และยังพบความชุกสูงสุดในกลุ่มผู้สูงอายุโดยพบในกลุ่มสูงอายุเพศชายร้อยละ 15.9 และในกลุ่มสูงอายุเพศหญิงพบร้อยละ 21.9 (Department of diseases control, 2021) สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมารับบริการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 จำนวน 1,644 คน 1,748 คน และ 1,806 คน ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในประชากรกลุ่มนี้ไม่สามารถควบคุมระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) โดย ปี พ.ศ. 2564 – พ.ศ. 2566 พบร้อยละ 77.92, 79.35 และ 81.45 ตามลำดับ (Hang Chat Hospital, 2022) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเพิ่มสูงขึ้น

ในกลุ่มผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้นเนื่องจากการทำงานของเซลล์เบต้าและการหลั่งอินซูลินที่ลดลง อีกทั้งยังพบภาวะดื้อต่ออินซูลินโรคเบาหวานเป็นโรคที่จำเป็นต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทั้งยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น ตา ไต ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital, 2021) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความบกพร่องความพิการหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และความเป็นอิสระแห่งตนลดลง มีความจำกัดในการดำรงชีวิตประจำวันจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญาและการรับรู้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องรักษาด้วยการใช้ยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องทำการรักษาตลอดชีวิต (The Royal College of Physicians of Thailand, 2023) เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวานนั้นจำเป็นที่จะต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้รับการยืนยันจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการจัดการตนเองของผู้ป่วยเป็นหนทางที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมโรค (Lorig & Holman, 2003)

การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติหรือทำกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อที่จะควบคุมหรือลดผลกระทบของโรคหรือการเจ็บป่วยที่มีผลต่อสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองแบ่งออกเป็นงานที่สำคัญ 3 ด้าน โดยแบ่งได้ ดังนี้ 1) การจัดการทางด้านการแพทย์การรักษา (Medical management) 2) การจัดการบทบาท (Role management) และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (Emotional management) (Corbin & Strauss, 1988) นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะ และความสามารถในการจัดการตนเองที่มีทั้งหมด 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving) 2) ทักษะการตัดสินใจ (Decision making) 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ (Resource use) 4) ทักษะการปฏิบัติ (Taking action) 5) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ (Self-tailoring) และ 6) ทักษะการสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Building a partnership with a health care provider) (Lorig & Holman, 2003) ผู้ป่วยที่มีทักษะการจัดการตนเองที่ดีย่อมนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการตนเองและสามารถอยู่กับโรคเรื้อรังที่ตนเองเผชิญอยู่ได้อย่างมีความสุข

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพได้นั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้กลยุทธ์ในการจัดกิจกรรมที่สนับสนุนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผล

ต่อการจัดการตนเอง ได้แก่ ความรู้ (knowledge) (r = 0.36, p <0.01), สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) (r = .65, p <0.01) การสนับสนุนทางสังคม (social support) (r = 0.35; p <0.01) (Boonprasit et al., 2016) และความเป็นอิสระแห่งตน (autonomy) (r=0.37; p<0.001) (Raaijmakers et al., 2014) จะเห็นได้ว่าเป็นความเป็นอิสระแห่งตนเป็นปัจจัยที่ควรนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาที่ผ่านมาได้ทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Kaewnete, 2023; Munsrakeat et al., 2019; Sarakshetrin; 2023) โปรแกรมดังกล่าวได้จัดกิจกรรมโดยใช้แนวคิดจากโปรแกรมการจัดการตนเองโรคเรื้อรัง (Chronic Disease Self-Management Program, CDSMP) (Lorig & Holman, 2003) และใช้กลยุทธ์โดยการให้ความรู้ซึ่งเป็นการอบรมแบ่งออกเป็นทั้งหมด 6 ครั้งติดต่อกัน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมต่างๆ ที่จัดขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองได้เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามโปรแกรมที่ผ่านมายังไม่มีการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนซึ่งจัดว่าเป็นแรงจูงใจภายในที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนร่วมกับฝึกทักษะการจัดการตนเองมาเป็นกลยุทธ์โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ยั่งยืนและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

การส่งเสริมให้บุคคลมีความต่อเนื่องของพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Lee, 2011) ความเป็นอิสระแห่งตนหมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์อย่างเป็นอิสระ ไม่อยู่ภายใต้การครอบงำของผู้อื่น แต่เป็นการแสดงออกที่เหมาะสมซึ่งสังคมยอมรับได้ (Ryan et al., 2009) ความเป็นอิสระแห่งตนมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการกำกับตนเองซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ (Motivation) และแรงจูงใจจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีอิสระแห่งตน (Autonomy) รับรู้ความสามารถแห่งตน (Competence) และมีปฏิสัมพันธ์ (Relatedness) กับบุคคลอื่น ดังนั้นการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางพื้นฐานในด้านจิตวิทยาร่วมกับการปรับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจภายในได้ (Deci & Ryan, 2001) ส่งผลให้เกิดการกระทำของบุคคลจากความพึงพอใจของตนเองในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรม ไม่ได้เกิดจากการบังคับ และไม่ต้องการสิ่งของรางวัลใดๆ ทำให้เกิดความคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Ryan & Deci, 2006) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการรับรู้การสนับสนุนตนเองและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (r = 0.37; p <0.001) (Raaijmakers et al., 2014) นอกจากนี้การศึกษาเชิงทดลองทางคลินิกโดยใช้ฐานแนวคิดของทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-determination Theory, S.D.T) แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลเนื่องมาจากผู้ป่วยมีอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้นจากการได้รับการสนับสนุนความเป็นอิสระแห่งตนจากบุคลากรทางการแพทย์ (Ryan & Deci, 2009; Williams et al., 1998; Zeldman et al., 2004) ดังงานการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการสนับสนุนความเป็นอิสระแห่งตนจากบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้สึกพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Williams et al., 2004) อีกทั้งยังเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองได้ (Zoffmann & Lauritzen , 2006) นอกจากนี้การศึกษาที่ศึกษาถึงการได้รับการสนับสนุนความเป็นอิสระแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการการศึกษาพบว่ามีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (Siminerio et al., 2013; Williams et al., 2009; Zoffmann & Lauritzen, 2006) ลดอาการซึมเศร้า (Siminerio et al., 2013; Wiliam et al., 2007) และมีพฤติกรรมการเฝ้าติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (Zoffmann & Lauritzen, 2006) แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความเป็นอิสระแห่งตนของผู้สูงอายุมักถูกเพิกเฉยในระบบสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และรอคอยการพึ่งพาจาก

บุคลากรทางแพทย์อยู่เสมอ (McWilliam et al., 1994) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์จึงควรต้องตระหนักถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนเพื่อเพิ่มความเป็นอิสระแห่งตนให้แก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับ HbA_1C ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนระหว่างก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตงานวิจัย

ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา คือ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตน ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตรจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษาคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลห้างฉัตร 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2566

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-determination theory) ของเดซีและไรอัน (Deci & Ryan, 2001) ซึ่งทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจภายใน ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจภายในโดยการสนับสนุนให้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ คือ ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการมีความเป็นอิสระกำหนดได้ด้วยตนเอง และความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยหากบุคคลนั้นเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถจะลงมือปฏิบัติ เป็นการแสดงถึงการมีแรงจูงใจภายในที่เป็นแรงผลักดันให้บุคคลนั้นริเริ่มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น สำหรับวิธีการเสริมสร้างความเป็นอิสระแห่งตนนั้นได้นำแนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับทฤษฎีการจัดการตนเองโดยผสมผสานความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการกับการฝึกทักษะ ทั้งหมด 6 ทักษะ ดังนี้ 1) ทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ 4) ทักษะการปฏิบัติ) 5) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) การสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมเป็นกิจกรรมกลุ่มประกอบด้วย การให้ความรู้ และฝึกทักษะ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสมาชิกในกลุ่ม การเสนอทางเลือกเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานและ

ควบคุมอาหารตามความต้องการของตนเอง รวมถึงเลือกชนิดการออกกำลังกายตามความชอบและความสามารถของผู้สูงอายุ การค้นหาปัญหาและการฝึกทักษะการแก้ปัญหาร่วมกัน การให้คำแนะนำแหล่งข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีทักษะต่างๆ เหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังใช้โทรศัพท์ในการติดตามเยี่ยมเพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจภายใน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ดีขึ้นโดยแสดงดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตน

สัปดาห์ที่ 1 สร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ หลังจากนั้นให้ความรู้ในหัวข้อ *“อยู่กับโรคอย่างไร ให้สบายใจ ห่างไกลจากโรคแทรกซ้อน และ มองหาแหล่งประโยชน์”*

สัปดาห์ที่ 2 ฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในเรื่อง *“อาหารเหมาะกับโรคชีวีมีสุข “บริหารยาอย่างไรให้จำขึ้นใจ และเท้าเราสำคัญช่วยกันดูแล”* หลังจากนั้นให้ร่วมกันทำกิจกรรม *“ขยับร่างกาย สบายชีวา”*

สัปดาห์ 4 ฝึกทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยใช้กิจกรรมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดย “ตั้งเป้าหมาย ใส่ใจ หมั่นติดตาม ถามไถ่ ไปถึงจุดหมายด้วยกัน” โดยมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และนำปัญหามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6 ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการตัดสินใจโดยนำปัญหาที่พบของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ และฝึกทักษะการจัดการความเครียด *“จัดการความเครียดอย่างไร ในแบบฉบับเราทำได้”*

สัปดาห์ที่ 7-11 ใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อติดตามปัญหา ให้คำปรึกษา และพูดสร้างแรงจูงใจ

สัปดาห์ที่ 12 ทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมโดยการใช้เกมบันไดงูสู้เบาหวาน

➡

1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง
2. ระดับ HbA_1C

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) เพื่อศึกษาผลของผลโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง จำนวน 680 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดให้มีค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.92 จากงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Srisomthrong et al., 2017) ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเข้ามาร้อยละ 20 คิดเป็น 10 คน รวมมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน และดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มใช้ขนาดของบล็อคอาจสุ่มเปลี่ยนไปเรื่อยๆ (random permuted blocks) ใช้ขนาดของบล็อกคือ 6 ทำให้ได้ 10 บล๊อค โดยสามารถกำหนดได้ดังนี้ (E = กลุ่มทดลอง C = กลุ่มควบคุม) ECECEC, CCEECE, EECCEC, EEECCC, EECCCE, CCCEEE, ECCEEC, CEECCE, EEECCC หรือ CECECE เพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมของโปรแกรม โดยเกณฑ์คัดเข้า 1) มีอายุระหว่าง 60-79 ปี 2) การได้ยินปกติ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี (คะแนน ADL> 12) 4) คะแนน TMSE > 24 คะแนน และ 5) ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย เกณฑ์คัดออก 1) หูตึง และ 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดและสมอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนผู้วิจัยพัฒนามาจากโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (Deci & Ryan, 1990) ความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ คือ ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการมีความเป็นอิสระแห่งตน และความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ร่วมกับการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) โดยส่งเสริมทักษะที่จำเป็น ดังนี้ 1) ทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ 2) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ 3) ทักษะความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง 4) ทักษะการแก้ปัญหา 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และจำนวนยาที่ใช้ประจำ

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) มีลักษณะคำถามเป็นปรนัยและมาตรประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ แบ่งเป็นได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ คะแนนรวมทั้งฉบับมีค่าระหว่าง 1-120 คะแนน

3. เครื่องตรวจวัดระดับ HbA_1C ของทางโรงพยาบาลห้างฉัตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) โปรแกรมการส่งเสริมการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้วิจัยนำหาความเที่ยงโดยนำไปใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลห้างฉัตร จำนวน 15 ราย และไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย เพื่อหาความเชื่อมั่น ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.85

3. เครื่องตรวจวัดระดับ HbA_1C ของทางโรงพยาบาลห้างฉัตรซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือจากเจ้าหน้าของบริษัททุก 6 เดือน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มใช้ขนาดของบล็อคอาจสุ่มเปลี่ยนไปเรื่อยๆ (random permuted blocks) จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวทางการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสาร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนเข้าร่วมการศึกษา และดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตน การเข้าร่วมโปรแกรมใช้เวลา 12สัปดาห์ โดยมีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 ราย ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45-60นาที มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ทำการเจาะระดับ HbA_1C และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเบาหวาน ฝึกทักษะการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานกล้าซักถามในสิ่งที่สงสัย เพื่อนำมาปรับใช้กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน ฝึกทักษะการใช้แหล่งโดยการแนะนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพ รวมไปถึงการระมัดระวังในข้อมูลข่าวสารที่กระจายมาจากแหล่งที่ไม่น่าเชื่อถือ ให้ความรู้โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวโรคเบาหวานเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กระตุ้นกลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบเกี่ยวกับความลำบากในการใช้ชีวิตกับโรคเบาหวาน เปิดโอกาสซักถามปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสรุปการทำกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้และฝึกทักษะในด้านการรับประทานอาหารตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง (DASH Diet) โดยให้แต่ละคนลองเลือกวัตถุดิบตามความชอบของแต่ละคนในหนึ่งมื้อเพื่อให้

คำแนะนำในปรับเปลี่ยนอาหารหรืออาหารทดแทนตามความต้องการตามหลัก DASH Diet และให้ความรู้เรื่องยาและเทคนิคการรับประทานยาโรคเบาหวานให้ตรงตามแผนการรักษา ฝึกทักษะในการดูแลเท้าเพื่อไม่ให้เกิดแผล ซักถามถึงวิธีการออกกำลังกายของแต่ละคนเพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องหลังจากสาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน ผู้วิจัยสรุปทำกิจกรรม พร้อมทั้งนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไปในสัปดาห์ต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 สอบถามปัญหาข้อสงสัย และทบทวนความรู้ในพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการรับประทานอาหาร ยา การดูแลเท้า และการออกกำลังกาย ฝึกทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติพฤติกรรมโดยใช้กิจกรรมกลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ทั้งที่ดีหรือที่เป็นปัญหารวมไปถึงวิธีการจัดการกับปัญหาต่อมาให้แต่ละคนตั้งเป้าหมาย และกำหนดกลยุทธ์ในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน กล่าวยกย่องชมเชยในกลุ่มที่สามารถปฏิบัติได้สำเร็จ ให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายร่วมกันและตั้งเป้าหมายของตนเองที่ ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมพร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 สอบถามปัญหาข้อสงสัย และตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านมาและความสำเร็จของการตั้งเป้าหมายโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะการแก้ปัญหา และทักษะการตัดสินใจ โดยนำปัญหาที่พบของแต่ละคนมาแลกเปลี่ยนเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การสร้างทางเลือกและการตัดสินใจ และฝึกทักษะการจัดการจัดการความเครียดโดยให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ จัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดโดยใช้การผ่อนคลายด้วยลมหายใจด้วยเพลงดั่งดอกไม้บาน ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมพร้อมทั้งนัดหมายทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7-11 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยสอบถามปัญหาหรือความยุ่งยากในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองในแต่ละด้าน คอยให้คำปรึกษา และคอยให้กำลังใจเพื่อให้กลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองและมีแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยทำการเจาะระดับ HbA_1C และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองหลังจากสอบถามปัญหาข้อสงสัยและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านมา ทำการทบทวนการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผ่านกิจกรรมโดยการใช้เกมบันไดงูสู้เบาหวาน ให้สมาชิกในกลุ่มต่างให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ร่วมกับผู้วิจัยกล่าวชื่นชมถึงพฤติกรรมที่ผ่านมาจนประสบความสำเร็จเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความมั่นใจในสิ่งที่เลือกปฏิบัติตามที่เหมาะสมกับบริบทและต้องการของตนเองและมีแรงจูงใจที่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องต่อไป พร้อมกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างสำหรับความร่วมมือในการทำกิจกรรมที่ผ่านมา

กลุ่มควบคุม

ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นทำการเจาะระดับ HbA_1C และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติตามรูปแบบของโรงพยาบาล โดยการตรวจร่างกาย การรับยา และการให้สุขศึกษา และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยนัดหมายในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยทำการเจาะระดับ HbA_1C และให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเบาหวาน หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และได้มอบคู่มือคู่มือพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2565-104 ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2565 ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรอง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ และยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตามต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับในปัจจุบัน 2) วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและนามสกุล และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเป็นไปตามหลักวิชาการ และตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเท่านั้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทางประชากรและเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Chi-square test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตน ระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Dependent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ63.30) อายุระหว่าง 60-69 ปี (Mean = 67.07 ปี, S.D. =5.00) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส สมรส (50.00) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 66.70) ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 98.50) เป็นเบาหวานนานเฉลี่ย 7.45 ปี (พิสัย 5-10, S.D. = 1.70) ทั้งหมดมีโรคร่วม 1-2 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดสูง ใช้ยาเม็ดลดน้ำตาล (ร้อยละ 96.22) มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 กก./ม.^{2}ขึ้นไป) (ร้อยละ 67.85) ในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.30) อายุระหว่าง 60-69 ปี (Mean = 68.47 ปี, S.D. =5.23) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.70) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 53.30) และใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 98.70) เป็นเบาหวานนานเฉลี่ย 7 ปี (พิสัย 4-10, S.D. = 2.58) ทั้งหมดมีโรคร่วม 1-2 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและ/หรือไขมันในเลือดสูง ส่วนใหญ่ใช้ยาเม็ดลดน้ำตาล (ร้อยละ 87.7) และมีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกายตั้งแต่25.00กก./ม.^{2}ขึ้นไป) (ร้อยละ63.43) และตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ระหว่างเข้าร่วมโครงการแพทย์ไม่ได้มีการปรับยาเบาหวานทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้าน เพศ อายุ การศึกษาอาชีพ สิทธิ์การรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรคร่วม การรักษาที่ได้รับ และดัชนีมวลกายด้วยสถิติไคสแควร์พบว่าไม่แตกต่างกัน ($p > .05$)

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และระดับ HbA_1C ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนด้วยสถิติ Dependent t-test ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับ HbA_1C ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง	64.47	7.11	113.53	5.04	29.32	.00**.
ระดับ HbA1C	9.34	1.81	7.86	1.70	4.78	.00**

** p-value <.05, p-value <.01***

จากตารางที่1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและระดับ HbA_1C ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=29.32, df=58, p<.01) และระดับ HbA_1C แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=.4.78, df=58, p<.01)

2.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับ HbA_1C ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยสถิติทดสอบที (Independent t-test) แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง และค่าเฉลี่ย HbA_1C ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
พฤติกรรมการจัดการตนเอง						
ก่อนการทดลอง	64.47	7.11	68.73	6.85	2.63	.07
หลังการทดลอง	113.53	5.04	65.13	6.77	31.40	.00**
ระดับ HbA1C						
ก่อนการทดลอง	9.34	1.81	7.86	1.70	3.36	.72
หลังการทดลอง	9.60	2.68	9.63	2.57	5.64	.00**

p<.05, p<.01*

จากตารางที่2 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ย HbA_1C ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=2.63, df=28, p>.05) และค่าเฉลี่ย HbA_1C ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=.3.36, df=28, p>.05) แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าเฉลี่ย HbA_1C หลังการทดลองระหว่างกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม กลับพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=.31.40, df=28, p<.01) และค่าเฉลี่ย HbA_1C แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=5.64, df=28, p<.01)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้รับการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตน โดยให้ผู้สูงอายุได้รับความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ คือ ความต้องการมีความสามารถ ความต้องการมีความเป็นอิสระแห่งตน และความต้องการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจภายในผ่านกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวาน อาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด โดยสอดแทรกการฝึกทักษะที่สำคัญทั้งหมด 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการแก้ปัญหา 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการใช้แหล่งประโยชน์ 4) ทักษะการปฏิบัติ 5) ทักษะการปรับปรุงการปฏิบัติ และ 6) การสร้างความร่วมมือกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้และมีทักษะเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ย่อมเพิ่มความสามารถที่จะเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคของตนและควบคุมอาหารตามความต้องการของตนเอง อีกทั้งยังสามารถเลือกการออกกำลังกายที่ตนเองชอบหรือถนัด และเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนบริบทของตนเอง นอกจากนั้นการใช้โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น กิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตน เพราะเป็นการกระทำของบุคคลที่เกิดจากความพึงพอใจของตนเองเพื่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมโดยไม่ได้เกิดจากการบังคับ และไม่ต้องการสิ่งของรางวัลใดๆ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลเกิดความคงทนหรือวามต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Ryan & Deci, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมแนวทางการกำหนดตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งส่งผลให้เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม (Zoffmann & Lauritzen, 2006) และยังสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนความเป็นอิสระแห่งตนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนเพิ่มขึ้น และยังส่งผลให้มีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น (Williams,1998) นอกจากนั้นการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองในครั้งนี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการใช้ทักษะในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกกำหนดกิจกรรมตามความชอบและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยค่าเฉลี่ย HbA_1C ดีกว่าก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลเป็นผลเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ได้ออกแบบภายใต้แนวคิดการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนของเดซีและไรอัน (Deci & Ryan, 1990) โดยการส่งเสริมความเป็นอิสระแห่งตนโดยให้ผู้สูงอายุได้รับความต้องการพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการร่วมกับการสอดแทรกแนวคิดจัดการตนเอง 6 ทักษะของ ลอริก และโฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อช่วยให้ค่า HbA_1C ดีขึ้น โดยมีกิจกรรมการเพิ่มความรู้และทักษะในเรื่องโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการจัดการตนเอง นอกจากนั้นยังมีการตั้งเป้าหมายร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม และผ่านการใช้กระบวนกลุ่มเพื่อให้สนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งกันและกันจนไปถึงตามเป้าหมายที่วางไว้ ใช้วิธีการฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพเหมือนกันได้มีโอกาสมาปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบเจอในแต่ละวัน และใช้เลือกแนวทางการจัดการ

ความเครียดที่เหมาะสมในการจัดการเบาหวานด้วยตนเอง นำประสบการณ์ต่างๆ มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน การได้เห็นการปฏิบัติตัวที่มีประสิทธิภาพจากเพื่อนในกลุ่ม มีความสามารถในการเลือกใช้แหล่งประโยชน์จากสถานบริการสุขภาพ และการใช้ทักษะการติดต่อสื่อสารเพื่อสอบถามสิ่งที่ตนเองสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของตนเองกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ของตนเองในการจัดการตนเองที่ดีและนำไปสู่การปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากค่าเฉลี่ย HbA_1C ที่ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของโปรแกรมการสนับสนุนการรับรู้อิสระแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่าระดับ HbA1C ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Siminerio et al., 2013; Williams,1998; Yun et al., 2019; Zoffmann & Lauritzen, 2006)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุเบาหวานสามารถนำโปรแกรมการการส่งเสริมการรับรู้ความเป็นอิสระแห่งตนไปใช้ในสถานพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยการให้ความสำคัญกับความเป็นอิสระแห่งตนแก่ผู้สูงอายุ เช่น การมีสัมพันธภาพที่ดีและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การมีวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การให้ทางเลือกและให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุในการตัดสินใจด้วยตนเอง ฝึกทักษะที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจหรือไม่คุ้นเคยเพื่อให้มีความมั่นใจในพฤติกรรมการจัดการตนเองและควรมีการติดตามพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เช่น การการย้ำเตือนการปฏิบัติ การประเมินผลพฤติกรรมหากไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ HbA_1C หรือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดีและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้วยระยะเวลาในการทำวิจัย ดังนั้นการทำการวิจัยครั้งต่อไปอาจต้องติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมโดยอาจเพิ่มระยะเวลาการวัดผลซ้ำต่อไปอีก 3 หรือ 6 เดือน แต่อย่างไรก็ตามการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเบาหวานให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ต่อเนื่องนั้นญาติและผู้ดูแลถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญโดยอาจต้องมีส่วนร่วมในการให้กำลังใจและเฝ้าติดตามดูแล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปางที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

Bhumirajanakarindra Kidney Institute Hospital. (2021). *Diabetes Care in Primary Heath Care.* http://www.kpo.go.th/webkpo/download/DM.pdf. (in Thai)

Boonprasit, S., Somanusorn, S, & Sumngern, C. (2016). Factors Related to Self-Management for Controlling Plasma Glucose in Uncontrolled Diabetes Elderly. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok, 32*(1), 44-56. https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000000657.pdf. (in Thai)

Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagne, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need

satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country: A cross-cultural study of self-determination. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(8), 930-942. doi:10.1177/0146167201278002

Department of diseases control. (2023). Annual report 2023. http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13800&tid=30&tid=&gid=1-015-005. (in Thai)

Department of diseases control. (2021). *World Diabetes Day2021.* https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views= 2606. (in Thai)

Hang Chat Hospital. (2022). *Annual report 2018-2022*. Hang Chat Hospital. (in Thai)

Kaewnete, T. (2023). The Effectiveness of Health Promotion Programs among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus. *Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University, 3*(1), 54-67. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/STJS/article/view/259412/176457. (in Thai)

Lee, J. E., Han, H. R., Song, H., Kim, J., Kim, K. B., Ryu, J. P., & Kim, M. T. (2011). Correlates of self-care behaviors for managing hypertension among Korean Americans: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(4), 411-417. https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/correlates-of-self-care behaviors-for-managing-hypertension-among-5

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 26*, 1-7. doi:10.1207/S15324796ABM2601_01.

McWilliam, C. L., Brown, J. B., Carmichael, J. L., & Lehman, J. M. (1994). A new perspective on threatened autonomy in elderly persons: *The disempowering process. Social Science and Medicine, 38*(2), 327-338. doi: 10.1016/0277-9536(94)90402-2.

Munsrakeat, K., Rawiworrakul, T., & Lagampan, S. (2019). Effects of Self-Management Program for Glycemic Control Among Insulin Depen-dent Type 2 Diabetes Patients. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, 25*(2), 87-103. http://journal.knc.ac.th/pdf/25-2-2562-6.pdf. (in Thai)

Raaijmakers, L. G., Martens, M. K., Hesselink, A. E., & Kremers, S. P. J. (2014). Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life. *Patient Education and Counseling, 97*(1), 75-81. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.016. Epub 2014 Jul 5.

The Royal College of Physicians of Thailand. (2023). *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023.* https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2567. (in Thai)

Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, M. H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamic of motivation in development and wellness. Hellenic *Journal of Psychology, 6,* 107-124. http://www.pseve.org/journal/Articlesview.asp?key=107

Sarakshetrin, A., Tongpeth, J., Daungchan, C., & Rungnoei, N. (2023). The Effectiveness of Health Promotion and Self-Management Support Program on Self-Management Behavior and Clinical Outcomes among Uncontrolled Type 2 Diabetes and Hypertension Patients. *Journal of Health Science, 32*(2), 299-311. https://nurse.buu.ac.th/rsh/file/journal/0000000657.pdf. (in Thai)

Srisomthrong, K., Chintanawat, R., & Sucamvang, K. (2017). Self-Management Supporting Programme and Its Impact on Foot-Care Behaviour of Elderly Type-2 Diabetes Patients. Thai Journal of Nursing Council, 32(3), 120-134. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/102289. (in Thai)

Williams, G. C., Freedman, Z. R., Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care, 21,* 1644-1651. doi: 10.2337/diacare.21.10.1644. DOI: 10.2337/diacare.21.10.1644

Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology, 23,* 58-66. doi:10.2337/diacare.21.10.1644.

Yun, Liu, Shen, Jiang, Fan, Liu & Chang, (2019). *Can autonomy support have an effect on type 2 diabetes glycemic control? Results of a cluster randomized controlled trial. British Medical Journal Open Diabetes Res Care,* 8(1): e001018. doi: 10.1136/bmjdrc-2019-001018. PMID: 32299898; PMCID: PMC7199146.

Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Motivation, autonomy support, and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*(5), 675–696. https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.675.50744

Zoffmann, V., & Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and HbA1C in randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 64*(1-3), 78-86. doi: 10.1016/j.pec.2005.11.017. Epub 2006 May 23.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Outcome of Oral Massage Practice Guideline with Kangaroo care by Maternal in Preterm Infants with Feeding Tube on Breastfeeding Behaviors, Lampang Hospital

Anongphorn Aupasit[*] Juthatip Dejdecha[1]**

(Received December 3,2023, Revised: December 4, 2023, Accepted: February 3,2024

Abstract

This study, categorized as quasi-experimental with two groups, sought to evaluate the influence of oral massage and kangaroo care practice guidelines provided by mothers on preterm infants' breastfeeding behaviors by comparing an experimental group to a control group. A total of 70 preterm infants receiving care in the neonatal intensive care unit at Lampang Hospital were enrolled in the study, with participants selected through a purposive sampling method. The control group was provided with standard nursing care, while the experimental group was given the oral massage and kangaroo care practice guidelines by mothers. Data were collected using a custom-designed assessment form for breastfeeding behaviors in preterm infants, with a Cronbach's alpha reliability coefficient of 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, and t-tests.

The research findings indicate that: 1)The average score of maternal breastfeeding behavior of preterm infants in the experimental group (Mean=1.74, S.D.=0.51) was higher than that of the control group (Mean=1.48, S.D.=0.56), and this difference was statistically significant at the 0.05. 2) The experimental group had a statistically significantly lower average number of days with a feeding tube compared to the control group (Mean=5.3, S.D.=1.83 and Mean=8.6, S.D.=3.81, respectively), with a p-value less than 0.05. Therefore, nurses should adopt the practice of oral massage combined with Kangaroo Mother Care to improve the efficiency of sucking and swallowing in infants, reduce the number of days with a feeding tube, and promote a good relationship between mother and infant.

Keywords: Preterm infants; Stimulation massage for sucking and swallowing; Kangaroo Mother Care

[*] Registered *Nurse Professional Level, Sick Newborn Unit, Lampang Hospital.*

[**]*Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[1]*Corresponding author: juthatip.d @ mail.bcnlp.ac.th.*

ผลของการใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารต่อพฤติกรรมการดูดนมมารดา โรงพยาบาลลำปาง

อนงค์พร อุปสิทธิ์[*], จุฑาทิพย์ เดชเดชะ[1]**

(วันรับบทความ : 3 ธันวาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 4 ธันวาคม 2566, วันตอบรับบทความ: 3 กุมภาพันธ์ 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองวัดผลสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา ต่อพฤติกรรมการดูดนมมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารกับกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือ ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง โดยกลุ่มควบคุมได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน กลุ่มทดลองได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean= 1.74 ,S.D.=0.51) และกลุ่มควบคุม (Mean= 1.48 ,S.D.=0.56) ซึ่งสูงกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 2) ค่าเฉลี่ยจำนวนวันใส่สายให้อาหารระหว่างกลุ่มทดลอง (Mean =5.3 , S.D.=1.83) และกลุ่มควบคุม (Mean = 8.6, S.D.=3.81) ซึ่งดีกว่าและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ดังนั้นพยาบาลควรนำแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดาไปใช้เพื่อให้ประสิทธิภาพการดูดกลืนของทารกดีขึ้น ลดจำนวนวันใส่สายให้อาหารลดลง ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดากับทารก

คำสำคัญ: ทารกเกิดก่อนกำหนด; การนวดกระตุ้นการดูดกลืน; การดูแลแบบแกงการู

[*]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดป่วย, โรงพยาบาลลำปาง*

[**]*อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ juthatip.d @ mail.bcnlp.ac.th.*

บทนำ

ทารกเกิดก่อนกำหนด เป็นทารกในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วย พิการ พัฒนาการล่าช้า หรือเสียชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 28 วันหลังเกิด เนื่องจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดาน้อยกว่าปกติ ส่งผลให้กายวิภาค สรีรวิทยา และระบบประสาทเจริญเติบโตพัฒนาไม่สมบูรณ์ (Phongsarananthakul, 2016) แต่ในปัจจุบันวิทยาการความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้อัตราตายของทารกเกิดก่อนกำหนดลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากข้อมูลทั่วโลกมีรายงานจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดเสียชีวิตลดลงตามลำดับ สำหรับประเทศไทย ทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างปี 2564 ถึง 2565 คิดเป็นร้อยละ 12.47 และ 11.83 ของทารกแรกเกิดมีชีพ (Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2022) และสถิติของโรงพยาบาลลำปาง ระหว่างปี 2563-2565 มีทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 11.12, 9.13 และ10.27 ของทารกแรกเกิดมีชีพ ซึ่งมีอัตราการรอดชีวิตสูงถึงร้อยละ 98.03, 94.03 และ 95.67 ตามลำดับ (Lampang Hospital Medical records of the intensive care unit for sick newborns. ,2022) จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราทารกเกิดก่อนกำหนดลดลง และอัตราการรอดชีวิตในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งในช่วงระยะวิกฤตนี้ ทารกมักจะได้รับการรักษาด้วยการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการใส่สายให้อาหารทางปาก การถูกดึงรั้งกล้ามเนื้อบริเวณปากจากการใส่สายให้อาหารทางปาก ทำให้กล้ามเนื้อบริเวณปากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ประกอบกับทารกเกิดก่อนกำหนดมีความไม่สมบูรณ์ของพัฒนาการการดูด และการกลืน รีเฟลกซ์การดูดกลืนที่มีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยลังกาและคณะ (Chailangka et al.,2018) ทำให้ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดไม่สามารถดูดกลืนได้ทันทีภายหลังเกิด ทำให้ขาดการกระตุ้นการดูดกลืน การได้รับนมทางสายให้อาหารเป็นเวลานานเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการดูดกลืน ส่งผลต่อความสามารถในการดูดกลืนของทารกในเวลาต่อมา ดังนั้นเมื่อทารกพ้นจากภาวะวิกฤต ปัญหาการดูดกลืน เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนด (Osborn & Jadcherla, 2022) นอกจากนี้จากระบบประสาทของทารกเกิดก่อนกำหนดยังเจริญไม่สมบูรณ์ ทำให้รีเฟลกซ์ที่ใช้ในการดูดกลืนไม่มีหรือมีน้อย และอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการดูดกลืน ยังเคลื่อนไหวได้ไม่ดี แรงที่ใช้ในการดูดนมยังมีน้อย (Auaareekul et at., 2018) อาจทำให้ทารกได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และมีโอกาสเกิดการสำลักได้ง่าย ซึ่งกลไกการดูด การกลืน จะทำงานสัมพันธ์กันที่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ บ่งบอกได้ว่าทารกมีความสามารถที่จะดูดนมมารดาได้แม้จะยังไม่ครบกำหนดก็ตาม (Li et al., 2022; Mahmoodi et al., 2019) หรือทารกที่มีอายุครรภ์มากจะมีทักษะการดูดกลืนดีกว่าทารกที่มีอายุครรภ์น้อยนั่นเอง

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีทักษะในการดูดกลืนล่าช้า จึงควรได้รับการส่งเสริมการกระตุ้นดูดกลืน เพื่อฝึกทักษะการดูด การกลืน และการหายใจให้สัมพันธ์กัน ตลอดจนการเตรียมทารกเกิดก่อนกำหนดตั้งแต่ทารกเริ่มได้รับนมทางสายให้อาหารเปลี่ยนผ่านมาเป็นดูดนมด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนวดปากทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อส่งผลให้พฤติกรรมการดูดนมดีขึ้น เนื่องจากเป็นการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายฝึกทักษะการดูด การกลืน และการหายใจให้สัมพันธ์กัน จนทารกสามารถดูดนมได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับศึกษาของเสี่ยวและคณะ (Xu et al., 2015) นอกจากนี้การกระตุ้นการดูดกลืนโดยการนวดปาก เป็นวิธีนวดสัมผัสด้วยนิ้วมือที่บริเวณรอบปากและภายในช่องปาก ทำให้ทารกเกิดการเรียนรู้ในการเคลื่อนไหวของอวัยวะภายในช่องปาก ส่งผลให้พฤติกรรมการดูดนมดีขึ้น ซึ่งพฤติกรรมการดูดนมมารดา หรือการทำงานของระบบประสาทสัมผัสบริเวณภายนอกและภายในช่องปากที่ขยับเคลื่อนไหวอย่างมีความสัมพันธ์กัน ทำให้สามารถดูดนมจากเต้านมมารดา ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดมักมีกระบวนการทำงานของอวัยวะบริเวณช่องปากยังไม่สมบูรณ์เกิดการเคลื่อนไหวไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่สัมพันธ์กันทำให้การดูดนมมารดาทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นหากได้รับการกระตุ้นโดยการนวดกล้ามเนื้อบริเวณช่องปากจะช่วยกระตุ้นให้ระบบประสาทบริเวณช่องปากมีความสัมพันธ์กันทำงานได้

อย่างมีคุณภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของดันนาและคณะ (Danna et al., 2021) พบว่าการนวดปากเป็นการกระตุ้นประสาทสัมผัสบริเวณริมฝีปาก กราม ลิ้น เพดานปาก ช่วยส่งเสริมกลไกการทำหน้าที่ในช่องปาก และทักษะการดูดกลืน ช่วยลดระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านจากการได้รับนมทางสายให้อาหารมาเป็นการดูดนมทางปาก และลดระยะเวลานอนในโรงพยาบาล รวมถึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมและน้ำหนักตัว หรือมีพฤติกรรมการดูดนมมารดาดีขึ้น

โรงพยาบาลลำปางให้ความสำคัญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีการดูดกลืนล่าช้า และหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วยเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลปีงบประมาณ 2565 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องได้รับนมทางสายให้อาหารทาง 81 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.36 ของทารกที่มีปัญหาการดูดกลืนไม่มีประสิทธิภาพ และเมื่อพิจารณาข้อมูล พบว่าทารกที่ได้รับการใส่สายให้อาหารทางปากมีจำนวนวันที่ใส่สายให้อาหารเฉลี่ย 19.02 วัน จำนวนวันฝึกดูดกลืนจนสามารถดูดกลืนได้เองเฉลี่ย 8.84 วัน (Lampang Hospital Medical records, 2022) หออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย และทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการนวดปาก เพื่อส่งเสริมการดูดกลืนในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตั้งแต่ปี 2562 และนำลงสู่การปฏิบัติ ส่งผลให้ทารกสามารถดูดกลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพและจำหน่ายกลับบ้านภายในระยะเวลาอันสั้น หากแต่ในปัจจุบันอัตรากำลังพยาบาลลดลง การนวดปากก่อนมื้อนมทุก 3 ชั่วโมง ต้องใช้เวลานานทำให้พยาบาลใช้เวลาทำกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญอื่นๆ ได้อย่างไม่เต็มที่ ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดามีบทบาทสำคัญสำหรับการนวดปากทารก เป็นอีกทางเลือกในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการดูดกลืนในขณะที่ทารกยังได้รับนมทางสายให้อาหาร อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดากับทารก (Mahdi et al., ๒๐๑๙) ซึ่งทางโรงพยาบาลลำปางได้มีการส่งเสริมสัมพันธภาพโดยใช้แกงการู เพื่อสนับสนุนให้มารดาตระหนักถึงบทบาทของการเป็นมารดาเพิ่มมากขึ้น และยังเป็นการเพิ่มสายสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก นอกจากนี้การนำวิธีการนวดปากทารกโดยมารดาร่วมกับการทำแกงการู น่าจะส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพของทารกดีขึ้น การดูแลแบบแกงการู เป็นวิธีการที่ง่ายต่อการปฏิบัติที่มารดาสามารถปฏิบัติได้เอง โดยมีองค์ประกอบ 4 ข้อ คือ 1) มารดาและทารกได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้ออย่างต่อเนื่อง 2) ทารกได้รับนมมารดาเพียงอย่างเดียว 3) สามารถเริ่มดูแลได้ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องที่บ้าน 4) มารดาสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ในห้องที่อบอุ่นและเป็นส่วนตัว ทารกสวมเฉพาะหมวก ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และถุงเท้า นำทารกวางไว้บริเวณอกมารดาให้ศีรษะทารกหันไปด้านใดด้านหนึ่งยืดเหยียดออกเล็กน้อยให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง ใบหน้าหน้าอก ท้อง แขนและขางอสัมผัสกับหน้าอกและท้องของมารดาแบบเนื้อแนบเนื้อ คลุมตัวมารดาและทารกด้วยเสื้อที่มารดาสวมอยู่ ใช้เวลาอย่างน้อย 60 นาที พร้อมสนับสนุนให้มารดามองสบตาทารก ซึ่งการดูแลแบบแกงการูนี้ตอบสนองความต้องการของทารกในด้านของการได้รับความอบอุ่น ความปลอดภัย ป้องกันการติดเชื้อ กระตุ้นพัฒนาการและการเจริญเติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังพบว่าการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแกงการูเป็นวิธีการที่มีความปลอดภัย ไม่ส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด รวมถึงไม่ทำให้ทารกหยุดหายใจ (Papana et al.,2016)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา งานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการนวดปากทารกโดยบุคลากรทางการแพทย์ หากแต่งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก โดยการดูแลแบบแกงการูร่วมกับการกระตุ้นดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนด เชื่อว่าจะช่วยกระตุ้นพัฒนาการเจริญเติบโตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (Narciso et al., 2022) ทั้งยังส่งเสริมพัฒนาการด้านการดูดกลืนในระยะที่ทารกได้รับนมทางสายให้ อาหาร ส่งเสริมความรักความผูกพันระหว่างมารดากับทารก และพัฒนาศักยภาพมารดาในการดูแลสุขภาพทารกให้สามารถกลับบ้านเร็วขึ้น ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงอยากศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดาต่อพฤติกรรมการดูดนมมารดาในทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล

ลำปาง ซึ่งคาดว่าการวิจัยนี้จะสามารถช่วยให้พฤติกรรมการดูดนมมารดา จำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกดีขึ้น และยังเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาการดูดกลืนได้อย่างเหมาะสมกับบริบทในหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาสูงกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน

2. ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีจำนวนวันใส่สายให้อาหารน้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มโดยวัดผลหลังการทดลอง โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารและจำนวนวันใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการู ประชากรคือ มารดาของทารก จำนวน 110 ราย โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน โดยมารดากับการนวดแบบการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐานทำการศึกษากับกลุ่ม ทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา หมายถึง กิจกรรมที่มารดานวดสัมผัสทารกด้วยนิ้วมือบริเวณแก้ม กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก รอบปาก เพดานปาก เหงือก ลิ้น และฐานลิ้นใต้คาง ก่อนให้ดูดนมมารดา 15-30 นาที ซึ่งการนวดมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 นวดวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 7 นาที ขั้นตอนที่ 2 นวดวันละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 นาที และขั้นตอนที่ 3 วันละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 3 นาที โดยนวดเวลาเดียวกันอย่างต่อเนื่อง จากนั้นให้มารดาอุ้มทารกดูดนมมารดาโดยทารกเฉพาะหมวก ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และถุงเท้าอุ้มชิดอกเน้นการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ มองสบตาทารก และคลุมตัวทั้งมารดาและทารก รวมเวลาทั้งหมด 11 นาที จากนั้นนำทารกมาดูดนมมารดา และประเมินพฤติกรรมการดูดนมในวันที่ 1, วันที่ 3 ,วันที่ 6 และวันที่ 9 ตามลำดับความสามารถในการดูดนม

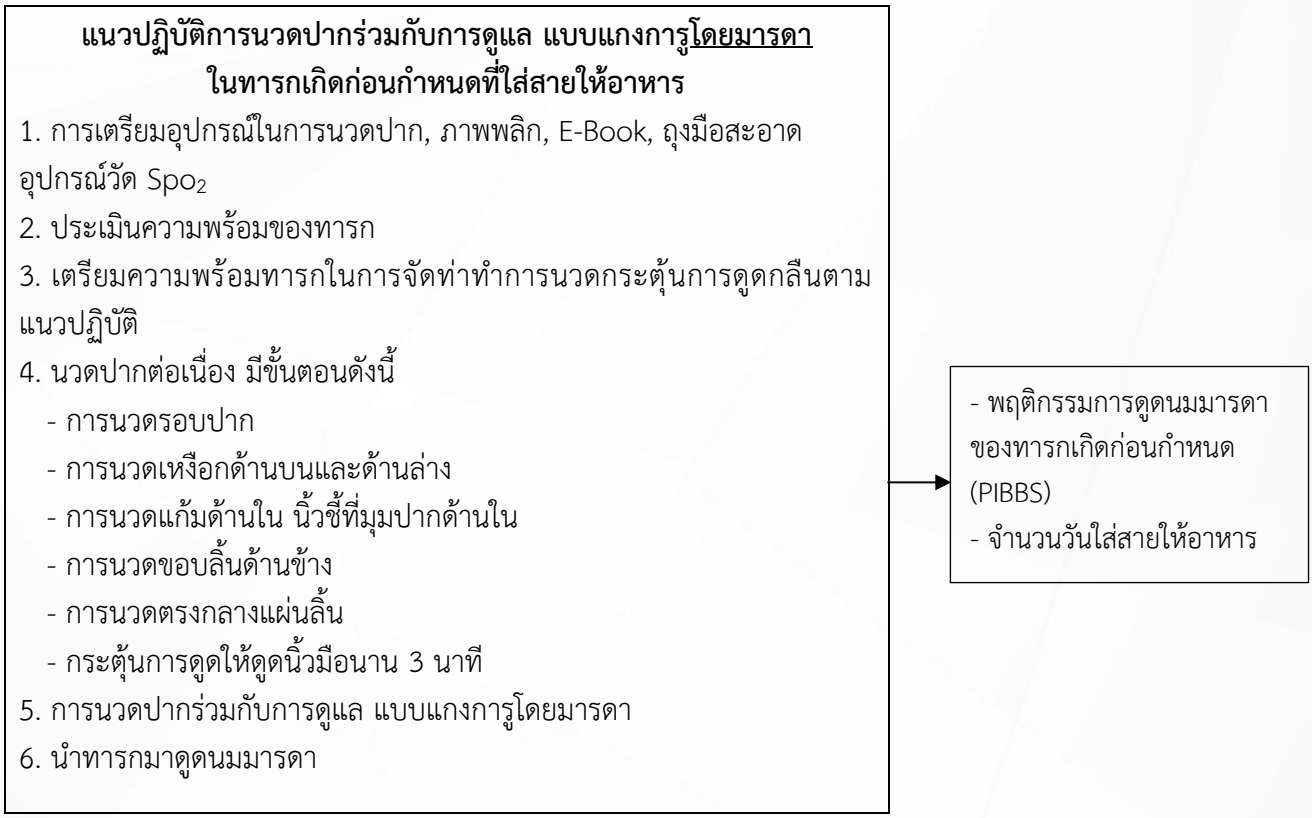
การนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติการนวดปากตามแนวปฏิบัติการนวดปาก นวดสัมผัสทารกด้วยนิ้วมือบริเวณแก้ม กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก รอบปาก เพดานปาก เหงือก ลิ้น และฐานลิ้นใต้คาง ก่อนให้ดูดนมมารดา 15-30 นาที ซึ่งมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 นวดวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลา 7 นาที ขั้นตอนที่ 2 นวดวันละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 1 นาที และขั้นตอนที่ 3 วันละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 3 นาที โดยนวดเวลาเดียวกันอย่างต่อเนื่อง จากนั้นให้มารดาอุ้มทารกดูดนม รวมเวลาทั้งหมด 11 นาที จากนั้นนำทารกมาดูดนมมารดา และประเมินพฤติกรรมการดูดนมในวันที่ 1, วันที่ 3 ,วันที่ 6 และวันที่ 9 ตามลำดับความสามารถในการดูดนม

พฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมทั้ง 6 ด้านของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะดูดนมมารดา ประกอบด้วย 1) การหันเข้าหาเต้านม และการขยับปาก 2) การอมหัวนม และลานนม 3) ระยะเวลาการอมหัวนมและลานนม 4) การดูด 5) จำนวนครั้งของการดูดติดต่อกันนาน และ 6) การกลืน ซึ่งประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature Infant Breastfeeding Behavior Scale; PIBBS) (Nyqvist et al., 1999)

จำนวนวันใส่สายให้อาหาร หมายถึง ระยะเวลาเป็นจำนวนวันนับตั้งแต่วันแรกที่ทารกได้เริ่มดูดนมทางปากร่วมกับการได้รับนมทางสายให้อาหาร จนทารกสามารถดูดนมเองทางปากได้ทั้งหมด 8 มื้อต่อเนื่องกัน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้พัฒนาแนวปฏิบัติการนวดปากตามรูปแบบของนิควิสต์และคณะ (Nyqvist et al., 1999) โดยแบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด 6 ด้าน ได้แก่ 1) การหันเข้าหาเต้านมและการขยับปาก 2) การอมหัวนมและลานนม 3) ระยะเวลาการอมหัวนมและลานนม 4) การดูด 5) จำนวนครั้งของการดูดติดต่อกันนานที่สุด และ 6) การกลืน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าว เช่น การหันเข้าหาเต้านมและการขยับปาก การอมหัวนมและลานนม จะทำให้ทารกได้สัมผัสมารดาอย่างเนื้อแนบเนื้อ มารดามองสบตาทารก ทารกได้รับความอบอุ่น และการนวดปากกระตุ้นการดูดกลืนทารกเป็นการส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ซึ่งส่งผลทำให้ทารกมีพฤติกรรมการดูดดีขึ้น นอกจากนั้นระยะเวลาการอมหัวนมและลานนมที่นานขึ้นร่วมกับการดูดกลืนที่ติดต่อกัน และการดูดที่มีจำนวนบ่อยครั้ง จะทำให้เกิดการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมของมารดา เป็นผลเนื่องจากที่หัวนมของมารดามีปลายประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเมื่อทารกดูดกระตุ้นเต้านม ส่งสัญญาณให้สมองหลั่งฮอร์โมนออกซีโตซิน ฮอร์โมนนี้ทำให้เกิดการกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อของเต้านมให้บีบตัวรีดน้ำนม ร่วมกับแรงดูดจากปากทารกจะทำให้น้ำนมไหลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มารดามีปริมาณน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูดกลืนของทารกเกิดก่อนกำหนดดีขึ้นจนสามารถนำสายให้อาหารออกได้เร็วหรือลดจำนวนวันในการใส่สายให้อาหารทางปาก สอดคล้องกับการศึกษาของ นวพรรณ ปะปานา และ ลาวัลย์ ทาวิละ (Papana, N., & Tawitha L.,2016) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแกงการู ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ดังนั้นการดูแลแบบแกงการู และการกระตุ้นการดูดกลืน เป็นวิธีการที่ปลอดภัยแล้วยังส่งผลดีต่อทารก ทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านร่างกายและระบบประสาท เช่น ทำให้ทารกมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น การนอนหลับลึกและหลับยาวนาน เพิ่มประสิทธิภาพการดูดกลืน ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (Ann L Jefferies, 2012)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มโดยวัดผลหลังการทดลอง (Two group posttest design) โดยศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร และจำนวนวันใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการู โดยมารดา กับกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง เดือนมิถุนายน - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566 จำนวนทั้งหมด 110 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดป่วย โรงพยาบาลลำปาง ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน - เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2566

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ถ้าเป็นการวิจัยกึ่งทดลองควรใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size [ES]) ในระดับปานกลาง คือ 0.5 ขึ้นไป (Polit & Beck,2021) ผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่า ES ที่ระดับ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .95 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของทารก คือ 1) ทารกอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 32-34 สัปดาห์ จากการประเมินโดยวิธีบาลลาร์ด

(Ballard) โดยแพทย์ 2) หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจมากกว่า 48 ชั่วโมง 3) ได้รับการใส่สายให้อาหาร 4) ไม่เคยได้ดูดนม และกระตุ้นในช่องปากมาก่อน 5) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่ปกติ 6) กุมารแพทย์เห็นควรให้ทำการนวดปาก 7) มารดาสามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย 8) มารดาสามารถให้นมจากเต้านม

เกณฑ์การคัดออกของทารก คือ ทารกเจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่วินิจฉัยโดยแพทย์

เกณฑ์การถอนอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง 1) ขณะศึกษาทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงทำให้สัญญาณชีพผิดปกติ 2) ทารกย้ายออกจากหอผู้ป่วย 3) ขณะการศึกษาแพทย์ยุติการให้นมทางปากของทารก

เกณฑ์การคัดเข้าของมารดา คือ มารดาของกลุ่มทารกแรกเกิดก่อนกำหนดทุกคนที่เข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของมารดา คือ ระหว่างการเข้าร่วมวิจัยมารดาปฏิเสธการเข้าร่วม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการนวดปากในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร โดยพัฒนาจากแนวคิดของพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature Infant Breastfeeding Behavior Scale; PIBBS) (Nyqvist et al., 1999) มีวิธีการนวดปากกระตุ้นการดูดนมทารกเกิดก่อนกำหนดปาก ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการนวดปากตามขั้นตอน 3 ขั้นตอนรวมเวลาประมาณ 11 นาที เป็นเวลา 10 วันหรือดูดนมมารดาได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังนวดกระตุ้น ประกอบด้วย ชุดภาพพลิก ขนาด 8 x 6 นิ้ว และ E-book โดยในวันที่ 1 ถึงวันที่ 5 เริ่มนวดปากตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 3 ใช้เวลาทั้งหมด 11 นาที และในวันที่ 6 ถึงวันที่ 10 นวดปากเฉพาะขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เท่านั้น ใช้เวลา 8 นาที โดยจัดท่าทารกให้หันหน้าเข้าหาผู้ทำการนวดปาก ยกศีรษะทารกสูง 30 องศา ซึ่งมีรายละเอียดวิธีการนวดปากตามขั้นตอน ดังนี้

1.1.1 ดำเนินการนวดตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้เวลารวม 7 นาที นวดวันละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 10 วัน

1. การนวดแก้ม โดยวางนิ้วชี้บริเวณฐานจมูก ออกแรงกดเคลื่อนนิ้วไปทางใบหู แล้วเลื่อนลงมาทางมุมปาก เป็นรูปตัวอักษร “C” ทำซ้ำ 4 ครั้ง

2. การนวดริมฝีปาก โดยวางนิ้วชี้บริเวณมุมปากด้านบน ออกแรงกด เคลื่อนนิ้วแบบหมุนวน (circular motion) จากมุมปากด้านซ้าย ผ่านตรงกลาง หยุดที่มุมปากด้านขวาทำซ้ำโดยกลับทิศทางจากด้านขวาไปซ้าย ทำซ้ำ 4 ครั้ง ริมฝีปากล่าง ทำเช่นเดียวกับริมฝีปากบน

3. การนวดรอบปาก โดยวางนิ้วชี้จากกลางรอบริมฝีปาก ออกแรงกด เคลื่อนไปถึงมุมปากทั้งด้านซ้ายและขวา ทำทั้งรอบปากบนและล่าง ทำซ้ำ 2 ครั้ง

4. การนวดเหงือกด้านบนและด้านล่าง โดยวางนิ้วก้อยตรงกลางเหงือก กดเบา ๆ และเคลื่อนนิ้วช้า ๆ เข้าไปด้านในปาก ลากนิ้วกลับมาตรงกลางเหงือกเหมือนเดิม ทำเช่นเดียวกันทั้งซ้ายและขวา ทำซ้ำ 2 ครั้ง

5. การนวดแก้มด้านใน โดยวางนิ้วชี้ที่มุมปากด้านใน กดและเคลื่อนนิ้วเข้าไปด้านในถึงกรามและเคลื่อนนิ้วกลับ ทำเช่นเดียวกันทั้งซ้ายและขวา ทำซ้ำ 2 ครั้ง

6. การนวดขอบลิ้นด้านข้าง โดยวางนิ้วชี้ที่กรามระหว่างขอบลิ้นกับเหงือกล่าง เคลื่อนนิ้วมาตรงกลางและดันลิ้นไปด้านตรงข้าม เลื่อนนิ้วไปที่กระพุ้งแก้มทันที แล้วกดกระพุ้งแก้ม ทำเช่นเดียวกันทั้งซ้ายและขวา ทำซ้ำ 2 ครั้ง

7. การนวดตรงกลางแผ่นลิ้น โดยวางนิ้วชี้ตรงกลางปาก กดเพดานแข็งค้างไว้ 3 วินาที เคลื่อนนิ้วลงมาแตะกลางลิ้นแล้วกดลง เคลื่อนนิ้วกลับไปแตะเพดานแข็งทันที ทำซ้ำ 4 ครั้ง

8. กระตุ้นการดูด โดยวางนิ้วชี้ที่เพดานปากแล้วลูบเบาๆนาน 1 นาที ให้ดูดนิ้วมือนาน 3 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เวลารวม 1 นาที นวดวันละ 3 ครั้ง โดยลูบเบาๆ ที่ริมฝีปากล่างด้วยนิ้วมือทำซ้ำ 4 ครั้งเคลื่อนนิ้วมือเข้าไปในปากเพื่อกระตุ้นลิ้น โดยการเคลื่อนนิ้วมือจากด้านหน้าเข้าไปด้านหลังจนกว่าทารกจะดูดเป็นจังหวะในอัตรา 2 ครั้ง/วินาที (non-nutritive sucking pattern)

ขั้นตอนที่ 3 ใช้เวลารวม 3 นาที นวดวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 5 วัน/สัปดาห์ (ระดับ A)

1. ใช้นิ้วชี้นวดจากหูถึงมุมปาก ทำซ้ำ 2 ครั้ง
2. กดบริเวณฐานลิ้นใต้คางเบา ๆ ทำซ้ำ 2 ครั้ง
3. ใช้นิ้วชี้นวดรอบปาก ทำซ้ำ 2 ครั้ง
4. กดบริเวณฐานลิ้นใต้คางเบา ๆ ทำซ้ำ 2 ครั้ง
5. นวดเหงือกด้านบนจากด้านนอกเข้าไปด้านใน ในแต่ละข้าง ทำซ้ำ 3 ครั้ง หลังจากนั้นกดบริเวณใต้คางเบา ๆ เมื่อกระตุ้นเหงือกแต่ละข้างเสร็จ
6. ทำเช่นเดียวกับข้อ 5 กับเหงือกด้านล่าง ทำเช่นเดียวกับข้อ 5 กับเหงือกด้านใน
7. นวดเพดานปากจากด้านในออกมาด้านนอก ทำซ้ำ 3 ครั้ง
8. ใช้นิ้วชี้กดค้างไว้ที่เพดานปากนาน 3 วินาที

1.2 เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ผ่านการรับรองมาตรฐานใช้ประเมินความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดตลอดระยะเวลาที่นวดปากกระตุ้นการดูดกลืน และดูแลแบบแกงการู

1.3 หุ่นจำลองทารก ใช้สำหรับสอน-สาธิตการนวดปากตามแนวปฏิบัติ และการดูแลแบบแกงการู

1.4 นาฬิกาจับเวลา สำหรับจับเวลาในขณะทำการนวดปากของทารก และประเมินพฤติกรรมดูดนมมารดา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของทารก ได้แก่ เพศ อายุครรภ์แรกเกิดประเมินโดยวิธีบาลลาร์ด (Ballard) โดยแพทย์ น้ำหนักแรกเกิด น้ำหนักวันที่ทำการศึกษา

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (Premature Infant Breast-feeding Behavior Scale; PIBBS) สร้างโดยนิควิส และคณะ (Nyqvist et al., 1999) ซึ่งนพพรรณ ประปานา และลาวัลย์ ทาวิทะ นำมาแปลเป็นภาษาไทย (Papana, N., & Tawitha L.,2016). ทางผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปล โดยแบบประเมินนี้แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การหันเข้าหาเต้านมและการขยับปาก (Rooting) 2) การอมหัวนมและลานนม (Areora grasp) 3) ระยะเวลาการอมหัวนมและลานนม (Latched on and fixed to the breast) 4) การดูด (Sucking) 5) จำนวนครั้งของการดูดติดต่อกันนานที่สุด (Longest sucking burst) และ 6) การกลืน (Swallowing) (Mahboubeh et al., 2022) ลักษณะคำตอบเป็นการประเมินในพฤติกรรมการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดในแต่ละด้าน โดยมีค่าคะแนนรวมทุกด้านต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์ผ่านที่ร้อยละ 60 โดยคิดเป็นค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนนแสดงว่าพฤติกรรมการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนด อยู่ในเกณฑ์ปกติ หากคะแนนการประเมินสูงสุดทั้ง 6 ด้าน เท่ากับ 20 คะแนนแสดงว่าพฤติกรรมการดูดนมมีการพัฒนาอย่างสมบูรณ์ และทีมผู้วิจัยได้ ผ่านการตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหา (validity) และความเชื่อมั่น (reliability)

2.3 แบบบันทึกจำนวนวันที่ใส่สายให้อาหาร สำหรับบันทึกจำนวนวันที่ทารกสามารถดูดนมทางปากได้เองครบ 8 มื้อต่อวัน ประกอบด้วยวันที่แพทย์ให้เริ่มดูดนมทางปาก วันที่ทารกดูดนมได้ครบ 8 มื้อต่อวันเป็นครั้งแรก และระยะเวลาจำนวนวันที่ทารกสามารถดูดนมได้ครบ 8 มื้อต่อวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา สร้างโดยนิควิส และคณะ (Nyqvist et al., 1999) ซึ่งนวพรรณ ประปานา นำมาแปลเป็นภาษาไทย (Papana, 2009). ทางผู้วิจัยจึงนำมาดัดแปลจากนั้นทำการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิสาขากุมารเวชกรรมจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแกงการู 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.97 จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมของทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง และไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย จำนวน 20 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น ตรวจสอบความเที่ยง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.96 จากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดและสุ่มทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนกระบวนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสาร ผู้วิจัยเก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมการศึกษา และดำเนินการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินความพร้อมของทารก ติดอุปกรณ์ประเมินสัญญาณชีพ แนะนำแนวปฏิบัติการนวดปากให้แก่มารดา สาธิตการนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติและการดูแลแบบแกงการูให้แก่มารดา โดยใช้หุ่นจำลองทารก เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและให้สาธิตย้อนกลับ ประเมินความพร้อมจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการนวดปาก ประเมินความพร้อมของทารก ติดอุปกรณ์ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะนวดกระตุ้น พร้อม เตรียมมุมให้นมมารดา เตรียมทารกและมารดามาที่มุมสำหรับให้นมให้มารดาล้างมือ สวมถุงมือ และเริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติทั้ง 3 ขั้นตอน ตามตารางกำหนดเวลา จากนั้นผู้วิจัยและมารดาร่วมสังเกตการนวดปากและดูแลแบบแกงการูของมารดา หยุดกิจกรรมหากพบอาการผิดปกติ เมื่อการนวดปากสิ้นสุดลง ดูแลให้มารดาถอดผ้าอ้อมทารกให้สวมเฉพาะหมวก ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และถุงเท้า จากนั้นให้มารดาอุ้มทารกดูดนมแบบเนื้อแนบเนื้อ มองสบตาทารก คลุมตัวทารกด้วยเสื้อที่มารดาสวมใส่อยู่ และประเมินพฤติกรรมการดูดนมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) และลงบันทึกคะแนนในแบบประเมิน

วันที่ 2-5 ผู้วิจัยเข้าพบมารดาเพื่อทบทวนการปฏิบัติ เปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย และทวนสอบความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้มารดานวดกระตุ้นปากทารก พร้อม เตรียมมุมให้นมมารดา เตรียมทารกและมารดาสำหรับให้นมให้มารดาล้างมือ สวมถุงมือ และเริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติต่อเนื่องกันจนครบ 5 วัน ประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) โดยจะประเมินเฉพาะในวันที่ 3 เท่านั้น

วันที่ 6-10 เปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่ให้มารดานวดกระตุ้นปากทารก พร้อม เตรียมมุมให้นมมารดา เตรียมทารกและมารดาสำหรับให้นมให้มารดาล้างมือ สวมถุงมือ และเริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติต่อเนื่อง

ปฏิบัติต่อเนื่องไปจนครบ 10 วัน และประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) โดยจะประเมินเฉพาะในวันที่ 6 และวันที่ 9 เท่านั้น

กลุ่มควบคุม

วันที่ 1 ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับนวดปาก ประเมินความพร้อมของทารก ติดอุปกรณ์ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะนวดกระตุ้น ล้างมือ สวมถุงมือ เริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติ ตามตารางกำหนดเวลา สังเกตอาการระหว่างนวดปาก หากพบความผิดปกติให้หยุดกิจกรรมการนวดแล้วรีบให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ทารกทันที เมื่อการนวดปากสิ้นสุดลง นำทารกมาดูดนมมารดา ประเมินพฤติกรรมการดูดนมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) และลงบันทึกคะแนน

วันที่ 2-5 ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับนวดปาก ประเมินความพร้อมของทารก ติดอุปกรณ์ประเมินสัญญาณชีพ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะนวดกระตุ้น ล้างมือ สวมถุงมือ เริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติ ตามตารางกำหนดเวลา เมื่อการนวดปากสิ้นสุดลง นำทารกมาดูดนมมารดา ประเมินพฤติกรรมการดูดนมโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) และลงบันทึกคะแนนต่อเนื่องจนครบ 5 วัน และประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) เฉพาะในวันที่ 3 เท่านั้น

วันที่ 6-10 ผู้วิจัยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับนวดปาก เริ่มนวดปากทารกตามแนวปฏิบัติ เมื่อการนวดปากสิ้นสุดลง นำทารกมาดูดนมมารดา ต่อเนื่องไปจนครบ 10 วัน และติดตามประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดา (PIBBS) เฉพาะในวันที่ 6 และวันที่ 9 เท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่ EC 057/66 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2566 ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรอง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย 1) ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำการศึกษาแก่มารดาของกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้าร่วม และผู้วิจัยแจ้งหากพบความผิดปกติกับทารกผู้วิจัยจะดำเนินการยุติการวิจัยทันทีและให้ทารกได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติ หากมารดาไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มารดาสามารถปฏิเสธ และยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตามต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลของทารกที่ได้รับในปัจจุบัน 2) ผู้วิจัยแจ้งวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและนามสกุล และระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเป็นไปตามหลักวิชาการ และตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่าที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเท่านั้น และเมื่อมารดาของกลุ่มตัวอย่างยินยอมจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสถิติ Chi square test และ independent t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับการนวดแบบการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน ด้วยสถิติ Independent t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับการนวดแบบการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

พฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับกลุ่มที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐานพบว่า

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 70 ราย

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.809
ชาย	21	60.00	19	54.29	
หญิง	14	40.00	16	45.71	

p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนกลุ่มละ 35 ราย โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ร้อยละ 60 เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุมมีจำนวน 35 ราย ร้อยละ 54.29 เป็นเพศชาย เมื่อเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิดและน้ำหนักเริ่มทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		t-test	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
อายุครรภ์ (สัปดาห์)	33.09	0.91	33.09	0.91	0	1.00
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	1,679.3	436.74	1,717.6	435.86	0.367	.714
น้ำหนักแรกเริ่มทดลอง (กรัม)	2,067.71	367.29	2092.86	370.69	0.312	.756

p-value < .05

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์แรกเกิดระหว่าง 32- 34 สัปดาห์ (Mean = 33 สัปดาห์, S.D. = 0.91) น้ำหนักแรกเกิด (Mean = 1,679.3 กรัม,S.D. =436.74) น้ำหนักในวันที่เริ่มใช้แนวปฏิบัติ (Mean = 2,067.71กรัม ,S.D. =367.29) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์แรกเกิดระหว่าง 32- 34 สัปดาห์ (Mean = 33 สัปดาห์ ,S.D. = 0.91) น้ำหนักแรกเกิด(Mean = 1,717.6 กรัม,S.D. =435.86) น้ำหนักในวันที่เริ่มใช้แนว

ปฏิบัติ(Mean= 2,092.86,S.D. = 370.69) เมื่อเปรียบเทียบอายุครรภ์น้ำหนักแรกเกิด และน้ำหนักแรกเริ่มทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p> .05) ดังแสดงในตารางที่ 2

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (PIBBS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (PIBBS) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
คะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาวันที่ 1 (Mean±S.D.)	1.74 (±0.51)	1.48 (±0.56)	2.013	.048*
คะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาวันที่ 3 (Mean±S.D.)	2.17 (±0.51)	2.00 (±0.54)	1.358	.179
คะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาวันที่ 6 median (IQR)(Min-Max)**	2.62 (±0.51)	2.36 (±0.57)	1.361	.182

*p-value < .05, **rank sum test*

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด (PIBBS) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า วันที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (t=2.013, p=0.048) โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูดนมมารดาเท่ากับ 1.74 (S.D.=0.51) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 1.48 (S.D.=0.56) ส่วนวันที่ 3 และวันที่ 6 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=35)	กลุ่มควบคุม (n=35)	t	p-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
จำนวนวันใส่สายให้อาหาร (วัน)	5.3 (±1.83)	8.6 (±3.81)	-4.637	<.001

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร กลุ่มทดลองมีจำนวนวันใส่สายให้อาหารเฉลี่ย 5.3 วัน (S.D. =±1.83) น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนวันใส่สายให้อาหารเฉลี่ย 8.6 วัน (S.D. =±3.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา กับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน พบว่า ในวันที่ 1 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=2.013, p=0.048) โดยที่ได้รับปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดูดนมมารดาเท่ากับ 1.74 (S.D.=0.51) ส่วนการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐานมีคะแนนเท่ากับ 1.48 (S.D.=0.56) ส่วนวันที่ 3 และวันที่ 6 ไม่แตกต่างกัน เป็นผลเนื่องมาจากทารกเกิดก่อนกำหนดสามารดดูดนมมารดาได้เองภายใน 24 ชั่งโมงหลังจากการนวดกระตุ้นปากทารก เพราะการได้รับการกระตุ้นบ่อยๆ จะทำให้กล้ามเนื้อในการดูดกลืนมีการหดตัวและเคลื่อนไหวได้ดี จึงมีความแข็งแรงมากขึ้น เพราะทำให้ระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายที่ควบคุมการดูดกลืนมีการพัฒนาและทำหน้าที่ได้เพิ่มมากขึ้น (Fucile et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของดันนาและคณะ (Danna et al., 2021) พบว่า การกระตุ้นการดูดกลืนด้วยการนวดปากขณะทารกดูดนม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูดนมให้แก่ทารกเกิดก่อนกำหนด และยังอธิบายได้ว่า หลังจากมารดาได้เรียนรู้การใช้แนวปฏิบัติหลังจากวันแรกที่ได้เรียนรู้ สามารถฝึกนวดกระตุ้นการดูดกลืนจากหุ่นจำลองเมื่อต้องการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการมีสื่อคำแนะนำสำหรับมารดา และมีสถานที่เอื้อสำหรับการให้นมแบบแกงการูที่ส่งเสริมการดูดนม สนับสนุนสายใยรักระหว่างมารดาและบุตรอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดาจะให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกับการปฏิบัติโดยพยาบาล แต่มารดาส่วนมากที่เข้าร่วมโครงการต่างแสดงความเห็นตรงกันว่า การได้เรียนรู้การใช้แนวปฏิบัติการนวดปากอย่างต่อเนื่อง เป็นอีกวิธีที่ทำให้พฤติกรรมการดูดนมของทารกดีจนทำให้ทารกสามารถรับประทานนมได้เอง สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การนวดกระตุ้นโดยมารดาเป็นการช่วยกระตุ้นพัฒนาการเจริญเติบโตของทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Narciso et al., 2022) ดังนั้นการดูแลแบบแกงการูโดยมารดานั้น มารดาสามารถนวดกระตุ้นบริเวณรอบปากทารกได้บ่อยครั้งและต่อเนื่อง จึงส่งผลให้พฤติกรรมการดูดนมมารดาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการนวดปากตามมาตรฐาน นอกจากนั้นยังเป็นการส่งเสริมความรักและความผูกพันระหว่างมารดากับทารก พัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพทารกให้กลับบ้านเร็วขึ้นอีกด้วย

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีจำนวนวันใส่สายให้อาหารน้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน เป็นผลเนื่องมาจาก การใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดานั้น มารดาสามารถนวดกระตุ้นบริเวณรอบปากทารก และหุ่นจำลองได้บ่อยครั้งตามแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในเวลาที่ต้องการ นอกเหนือจากช่วงเวลาก่อนมื้อนมทำให้มารดามีทักษะในการนวดปากทารก และส่งผลให้ทารกได้รับการกระตุ้นกล้ามเนื้อบริเวณรอบปากบ่อยครั้งต่อเนื่องด้วยผ่านการสัมผัสจากมารดา จนทำให้พฤติกรรมการดูดนมมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดด้วยตนเองดีขึ้น และมีจำนวนวันที่ทารกต้องใส่สายให้อาหารน้อยกว่าการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันใส่สายให้อาหารของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหาร ที่ได้รับการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีจำนวนวันใส่สายให้อาหารเฉลี่ย 5.3 วัน (S.D. =±1.83) น้อยกว่าการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน ที่มีจำนวนวันใส่สายให้

อาหารเฉลี่ย 8.6 วัน (S.D. =±3.81) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานของการศึกษาครั้งนี้ที่ว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารและได้รับแนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา มีจำนวนวันใส่สายให้อาหารน้อยกว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารที่ได้รับการนวดแบบการพยาบาลตามมาตรฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของเลติเซีย และคณะ (Leticia et al., 2022) ที่พบว่าการดูแลแบบแกงการูช่วยลดระยะเวลาที่ทารกต้องพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลลง 1 วัน 18 ชั่วโมง และการศึกษาของมูเลียนี และลิสนาวาตี (Muliani & Lisnawati, 2018) พบว่าการดูแลแบบแกงการูสามารถเพิ่มของน้ำหนักตัว ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของทารกน้ำหนักน้อย โดยพบว่าหากให้การดูแลแบบแกงการูมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน จะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.5 วัน ซึ่งถ้าดูแลแบบแกงการูเป็นเวลาน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน จะมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานกว่าอยู่ที่ค่าเฉลี่ย 8.5 วัน ทั้งนี้แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล จากความสามารถในการดูดนมด้วยตนเองได้เพียงพอ ปราศจากสายให้อาหารทางปาง และเพียงพอต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย (Thampanitchawat, 2016)

จากการใช้แนวปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา ในทารกเกิดก่อนกำหนดที่ใส่สายให้อาหารต่อพฤติกรรมการดูดนมมารดา ครั้งนี้ พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดที่ผ่านกระบวนการวิจัยได้รับการกระตุ้นดูดนมได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ส่งผลให้ระยะเวลาการคาสายให้อาหารลดลง อีกทั้งยังส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจของทารก ตลอดจนเพิ่มสัมพันธภาพที่ดีและความผูกพันระหว่างมารดากับทารก และส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดา นอกจากนี้การปฏิบัติการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดายังส่งผลทางอ้อมช่วยลดภาระงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลลงอีกด้วย จะเห็นได้ว่าการดูแลทารกแบบแกงการู เป็นวิธีการที่ง่าย เหมาะสม สะดวกและมีประสิทธิภาพ จึงควรสนับสนุนให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีปัญหาการดูดกลืนและได้รับนมทางสายให้อาหารทุกรายในหอผู้ป่วยได้รับการนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูโดยมารดา เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีทางด้านคลินิก ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก ตอบสนองความต้องการของครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำผลมาเป็นแนวทางการเรียนรู้ของมารดาในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายทารกกลับบ้าน โดยเฉพาะในวันแรกของการเรียนรู้แนวปฏิบัติ จะทำให้มารดาตระหนักถึงความสำคัญ เกิดความมั่นใจในการนวดกระตุ้นดูดของทารกเกิดก่อนกำหนดด้วยโดยมารดาเอง ซึ่งหากได้ผลที่ดีต่อเนื่องจะทำให้พัฒนาการดูดนมทารกดีขึ้น ลดระยะเวลาจำนวนวันใส่สายให้อาหารลง กลับบ้านได้เร็วขึ้น นอกจากนี้การให้นมแบบแกงการูโดยมารดายังเป็นแนวทางในการศึกษาต่อถึงลักษณะท่าอุ้มทารกขณะให้นมในแต่ละลักษณะ เพื่อวางแผนสนับสนุนเอื้อให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมถึงความรักและผูกพันระหว่างแม่ลูก บทบาทของมารดาที่มีต่อทารก ช่วยให้มารดามีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ทารกเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปเฉพาะทารก ไม่ได้เก็บข้อมูลทั่วไปของมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเรียนรู้แนวปฏิบัติ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรนำตัวแปรข้อมูลทั่วไปของมารดามาวิเคราะห์ด้วย เพื่อวัดผลลัพธ์การนวดปากร่วมกับการดูแลแบบแกงการูควบคู่กับพฤติกรรมการดูดนมมารดา และจากผลงานวิจัยครั้งนี้ยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อำนวยความสะดวกเอื้อต่อการให้นมมารดากับทารกที่ต้องนอนโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Ann L Jefferies. (2012). Kangaroo care for the preterm infant and family. *Paediatr Child Health*, 17(3), 141-143.

Auaareekul, K., Sangperm, P., & Payakkaraung, S. (2018). The Effects of a Breast Milk Establishing Program on Milk Volume and Time of Sufficient Milk Supply among Cesarean Section Mothers of Premature Infants . *Nursing Science Journal of Thailand*, *36*(3), 71-82. (in Thai).

Chailangka, W., Daramas, T. & Kongsaktrakul, C. (2018). Effects of using breast milk together with oral massage. *Stimulation of sucking and sucking efficiency in premature infants. Ramathibodi Nursing News*, 24(1), 25-36. (in Thai).

Danna, C., Zhen, Y., Chujie, C., & Pu, W. (2021). Effect of Oral Motor Intervention on Oral Feeding in Preterm Infants: A Systemic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(5), 2318-2328. http://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00322.

Fucile, S., Gisel, E. G., & Lau, C. (2002).Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *Journal of Pediatrics*, 141(2), 230-236

Lampang Hospital Medical records of the intensive care unit for sick newborns. (2022). *Annual newborn patient statistics.* (in Thai).

Leticia, M. N., Ludmylla, O. B., & Aline, M. I. (2022). The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria*. 98(2), 117-125. http://doi.org/10.1016/j.jped.2021.06.004.

Li, L., Li, Li., Fang, C., & Li, H. (2022). Clinical effects of oral motor intervention combined with non-nutritive sucking on oral feeding in preterm infants with dysphagia. *Jornal de Pediatria. 98(6), 635-640.* http://doi.org/10.1016/j.jped.2022.02.005.

Mahboubeh, J., Roghaiyehh, N., Aboulhassan, D., Mohammad, b. H., Leila, V., & Sevil, H. (2022). Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale: A study for Assessing the Validity and Feasibility. *Iranian Journal of Neonatology*. 13(3), 51-55. http://doi.org/10.22038/IJN.2022.61540.2174.

Mahdi, J., Fatemeh, F., Zoleikha, A., Naser, D., & Yousof, P. A. (2019). Effect of Kangaroo Mother Care on hospital management indicators: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Education and Health Promotion*. 8, 1-8. http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532364/pdf/JEHP-8-96.pdf.

Muliani & Lisnawati. (2018). The Effect of Kangaroo Mother Care Method toward Weight Gain and Length of Stay among Low-Birth-Weight Baby. *International Journal of Public Health Science.* 7(2), 91-96. http://.doi.org/10.11591/ijphs.v7i2.12632.

Narciso, L. M., Beleza, L. O., & Imoto, A. M. (2022). The effectiveness of Kangaroo Mother Care in hospitalization period of preterm and low birth weight infants: systematic review and meta-analysis. *Jornal de Pediatria*. 98(2), 117-125.

http://doi.org/10.22038/IJN.2022.61540.2174.

Nyqvist, K. H., Sjoden P., & Ewald, U. (1999). The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Human Development*, 55(3), 247-264.

Osborn, E. K., & Jadcherla, S. R. (2022). Developing a quality improvement feeding program for NICU patients. *NeoReviews* 23(1), e23-e35. https://doi.org/10.1542/neo.23-1-e23.

Papana, N., & Tawitha L. (2016). Outcomes of a clinical guideline for implementation of Kangaroo Care with premature Infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Chiang Mai Medical Journal of Medicine, Chiang Mai University*. The Journal is published 4 issues/year (i.e., Mar, Jun, Sep, and Dec).

Polit & Beck. (2021). Nursing Research: *Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11 th edition. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Phongsarananthakul, Y. (2016). Nursing care of premature infants. In Thampanitchawat W., Rungamornrat S. and Phayakruang S. (Editors), *Nursing care of high-risk newborns*. (p. 35-50). (in Thai).

Queen Sirikit National Institute of Child Health, Department of Medical Services. (2022). *Summary of the results of the inspection of the Department of Medical Services*. (in Thai).

Titler,& et al.(2001). The lowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical care Nursing Clinics of North America, 13*(4), 497-509.

Xu, T., Li-Juan, Y., Lei, Z., Jian-Guo, Z., Li, M., Yang-Xiang, O., Ting, S., Zi, Z., & Guo-Min, S. (2015). Oral Motor Intervention Improved the Oral Feeding in Preterm Infants. *Medicine*, 94(31), 1-10. http://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616521/.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Health Behavior Literacy of Older Adults with Chronic Disease in the Community

Muntana Supanpaiboon[*], Napaporn Toomnoi[1*], Paritas Wanjan[*]

Received: September 6, 2023, Revised: November 25, 2023, Accepted: March 25, 2024)

Abstract

The research aimed to investigate health behavior literacy and analyze the discrepancies between personal factors, health perception, and daily activities with respect to health behavior literacy in older adults with chronic diseases. 231 older adults who were aged more than 60 years and resided in the Nong Pling sub-district, Mueang district, Nakhon Sawan province. These individuals were selected using stratified random sampling. The research employed a set of questionnaires to gather data on personal factors, health perception, daily activities, and health behavior literacy. Statistical analysis was performed using descriptive statistics, independent t-tests, and one-way ANOVA.

The results revealed that older individuals with chronic disorders exhibited a high level of health behavior literacy, with an illness duration of 1-5 years, normal health perception, and daily living activities commensurate with the group's social norms. The variables of age, educational attainment, duration of chronic disease, health perception, and capacity for daily activities demonstrated statistically significant differences in health behavior literacy at the .05 level, with the exception of gender, marital status, and health perception regarding visual problems, osteoporosis, sleep, and average monthly income. This findings employed by those in the nursing and public health sectors, community leaders, and stakeholders to design and implement initiatives aimed at improving health literacy across all demographics, including age, education level, duration of chronic illness, health perception, and capacity to perform daily activities.

Those involved in nursing and public health, community leaders, and stakeholders can use the results of this research to plan and create activities to enhance health literacy covers all aspects by grouping age, education level, duration of chronic illness, health perception and ability to perform daily activities.

Keywords: Activities of Daily Living; Health Behavior Literacy; Older Adults; Health Status; Chronic Disease

**Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhon Sawan, Praboromarajchanok Institute*

[1]Corresponding author: napaporn@bcnsprnw.ac.th

ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน

มัณฑนา สุพรรณไพบูลย์[*], นภาพร ตูมน้อย[1*], ปริทรรศน์ วันจันทร์[*]

(วันรับบทความ : 6 กันยายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 25 พฤศจิกายน 2566, วันตอบรับบทความ : 25 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือนในเขตตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 231 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพมีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ในช่วง 0.67-1.00 ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 และค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ในช่วง 0.25-0.44 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติพื้นฐาน การวิเคราะห์ค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง 1-5 ปี การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในภาวะปกติ ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในกลุ่มติดสังคม และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างกันมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นเพศ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพในการมองเห็น กระดูกพรุน การนอนและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ข้อเสนอแนะ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถวางแผนและจัดทำกิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยจัดกลุ่มตามอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกด้านต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน; ความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; ภาวะสุขภาพ; โรคเรื้อรัง

[*]*อาจารย์,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: napaporn@bcnsprnw.ac.th*

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2563 มีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 18.24 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 3.6 ต่อปี คิดเป็น 400,000 คนต่อปี ซึ่งตามการคาดประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 20.66 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Singnoy, Julamet, & Tungthonchai, 2015) การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนความชราร่วมกับระยะเวลาในการเป็นโรคเรื้อรังยังเป็นอีกข้อจำกัดหนึ่งในการสร้างทักษะการคิด การอ่าน การทำความเข้าใจในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการตัดสินใจในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เหมาะสม (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงในเรื่องความเฉื่อยทางปัญญาจากความเสื่อมถอยของร่างกายและระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพช่องปาก สภาวะกระดูกและข้อ การนอนหลับ (Boonyaratkalin, 2020) ซึ่งเป็นหนึ่งในมิติภาวะสุขภาพทางกาย (Physical Wellbeing) (WHO, 2017) ที่ปัจจุบันจำเป็นต้องคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical Services, 2021) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป มีการศึกษาปรากฏว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (Rattanachankorn, Thanapatthiwakul, & Rattanachankorn, 2023) นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังมีความเกี่ยวข้องกับความรู้และสมรรถนะในการที่จะเผชิญกับความซับซ้อนของความต้องการทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล วิเคราะห์ ประเมินค่า และตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยความสมัครใจ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของตน (Samruayruen & Kitreerawutiwong, 2018) อนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังนอกจากต้องตัดสินใจและจัดการภาวะโรคเรื้อรังของตนเองอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังต้องมีการพึ่งพิงระบบบริการทางการแพทย์มากขึ้นด้วย โดยมารักษาตามนัด ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการฟังและอ่านคำแนะนำข้อมูลสุขภาพหรือใบสั่งยาของแพทย์พยาบาลซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ โดยเป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและความรู้ (Boonyaratkalin, 2020) ถ้าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดดังกล่าวย่อมส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา ด้านความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้หนังสือโดยการอ่าน การเขียนที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Boonkhayai, 2019) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่แสดงผลเกี่ยวกับปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพอีกด้วย โดยพบว่าปัจจัยเพศ อายุ รายได้ ปัจจัยด้านการพึ่งพาตนเองมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (Aungkasith, Traisaeng, Panyadee, & Keawtip, 2022) อย่างไรก็ดี มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยศึกษาในรายละเอียดของพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และสร้างคำถามที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด พฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่ สำหรับใช้ประเมินความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง และเสนอให้เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนงาน การออกแบบกิจกรรมส่งเสริม พฤติกรรม

สุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Longsang, Yingwanna, & Intanin, 2017) อีกทั้งการศึกษาเรื่องการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้เสนอแนะไว้ว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุควรเป็นการพัฒนารายบุคคล จำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและจำแนกบุคคลออกเป็นกลุ่ม และจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มบุคคล สำหรับผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพหลายปัจจัย เช่น การอ่าน การเขียนการคิดคำนวณ และพื้นฐานความรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่างๆ โดยการศึกษาข้อมูลนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และพัฒนาตนเองทำให้เกิดความรู้ความสามารถ (Rattanachankorn, Thanapatthiwakul, & Rattanachankorn, 2023) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและสนใจในการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ตรงกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน ทำให้การดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพให้มีความจำเพาะและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

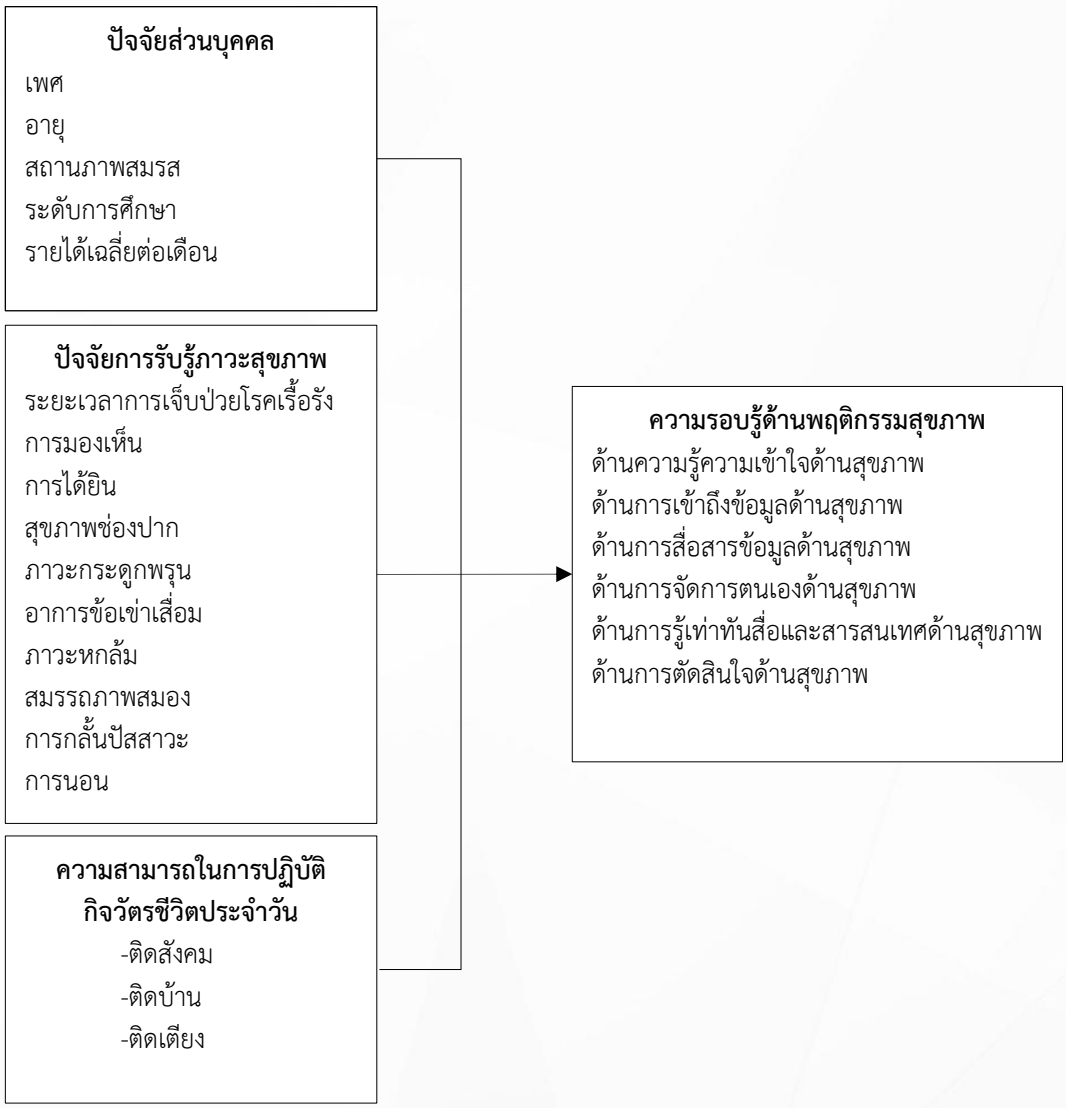
ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา มุ่งศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และรับการรักษามาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษาครอบคลุมในเขตพื้นที่ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และ 4) ด้านระยะเวลาที่ศึกษา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - เมษายน 2566

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ 4) ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ 5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ และ 6) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Longsang et al., 2017) ร่วมกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง นำมาวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าว เพื่อแสดงความรู้ใหม่และนำไปเป็นข้อมูลเพื่อสร้างวิธีการเพิ่มความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อไป

ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่ที่มีโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือนในเขตตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 803 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเรื้อรังมาอย่างน้อย 6 เดือนในเขตตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 231 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยกำหนดให้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of Test) เท่ากับ 0.80 ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (Sanitlou, Sartphet, & Naphaarrak, 2019) และค่าอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.25 (Cohen, 1992) โดยมีตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่มมากที่สุด คือระดับการศึกษาเท่ากับ 7 กลุ่ม แล้วนำค่าทั้งหมดมาคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Wiratchai, 2012) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 231 คน

ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling Methods) ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Stratified Random Sampling) จากจำนวนประชากรที่อาศัยในแต่ละหมู่ของตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 8 หมู่บ้าน และคำนวณสัดส่วนของประชากรในแต่หมู่เทียบกับประชากรทั้งหมดและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามจำนวนตัวอย่างในแต่ละหมู่ ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) กำหนดให้ 1.1) เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์และได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยจะมีโรคอื่นๆ ร่วมหรือไม่มีโรคร่วมก็ได้ 1.2) เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรัง อย่างน้อย 6 เดือน1.3) ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) 1.4) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจและ 1.5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กำหนดให้ 2.1) มีกำหนดจะย้ายบ้าน ย้ายที่อยู่ภายใน 1 เดือนนี้ 2.2) มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถให้ข้อมูลในงานวิจัยได้ เช่นได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตหรือความจำเสื่อมและ 2.3) มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ตอนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามแนวทางการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Medical services Ministry of Public Health, 2021) ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ มีข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพช่องปาก ภาวะกระดูกพรุน อาการข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม สมรรถภาพสมอง การกลั้นปัสสาวะ และการนอน

ตอนที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน พัฒนาจาก Jitapunkul (1998) ที่ได้ปรับปรุงแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมินดัชนีบาร์เธล (Barthel ADL Index) และแปลเป็นฉบับภาษาไทย ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การดูแลหน้าตา การลุกจากที่นอน/เตียง ไปเก้าอี้ การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นอุจจาระในสัปดาห์ และการกลั้นปัสสาวะในสัปดาห์ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 0-4 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดเตียง 5-11 คะแนน หมายถึง กลุ่มติดบ้าน และ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง กลุ่มติดสังคม (National Health Security Office, 2016)

ตอนที่ 4 ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาจาก Longsang et al. (2017) และ Tiparat, Wauters, and Songsug (2020) ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) มีข้อคำถามจำนวน 43 ข้อใน 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.80 หมายถึง น้อยที่สุด 1.81-2.61 หมายถึง น้อย 2.62-3.42 หมายถึง ปานกลาง 3.43-4.23 หมายถึง มาก และ 4.24-5.04 หมายถึง มากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนด้วยการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลอง (Try out) เก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคที่มีเรื้อรังที่มารับบริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนวัดจอมคีรีนาคพรต อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 30 รายที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ของความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 0.92 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ได้ค่าอยู่ในช่วง 0.25-0.44

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิงเพื่อเก็บข้อมูลด้วยตนเองและได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง และบ้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 20-30 นาทีนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำไปจัดเตรียมข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์ความแตกต่างของเพศ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้วยสถิติค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้รับหมายเลขรับรอง SPRNW-REC-028/2022 รับรองวันที่ 24 ตุลาคม 2565 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ในการยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการทำวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงจะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ปรากฏว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.64) มีอายุระหว่าง 60-67 ปี (ร้อยละ 45.89) สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 50.65) สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59.31) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 9,000 บาท (ร้อยละ 88.74) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	84	36.36
	หญิง	147	63.64
	รวม	231	100.00
อายุ	60–67 ปี	105	45.45
	68–75 ปี	85	37.23
	76–83 ปี	31	13.42
	84–91 ปี	9	3.90
	รวม	**231**	**100.00**
สถานภาพสมรส	โสด	12	5.19
	สมรสและอยู่ด้วยกัน	117	50.65
	สมรสแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	23	9.96
	หม้าย	71	30.74
	หย่าร้าง	8	3.46
	รวม	**231**	**100.00**
การศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	24	10.39
	ประถมศึกษา	137	59.31
	มัธยมศึกษาตอนต้น	26	11.26
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	8.66
	อนุปริญญา/ปวส.	6	2.60
	ปริญญาตรี	11	4.76
	สูงกว่าปริญญาตรี	7	3.02
	รวม	**231**	**100.00**
รายได้	น้อยกว่า 9,000 บาท	205	88.74
	9,001-17,000 บาท	17	7.36
	17,001-26,000 บาท	4	1.73
	มากกว่า 35,000 บาท	5	2.17
	รวม	**231**	**100.00**

ปัจจัยภาวะสุขภาพ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 41.99) มีการมองเห็นปกติ (ร้อยละ 75.76) การได้ยินปกติ (ร้อยละ 83.98) สุขภาพช่องปากปกติ (ร้อยละ 80.95) ไม่มีภาวะกระดูกพรุน (ร้อยละ 70.13) ไม่มีอาการข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 58.87) ไม่มีภาวะหกล้ม (ร้อยละ 78.79) สมรรถภาพสมองปกติ (ร้อยละ 85.28) ไม่มีภาวะการกลั้นปัสสาวะ (ร้อยละ 77.06) และไม่มีปัญหาการนอน (ร้อยละ 74.03) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยภาวะสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	1-5 ปี	97	41.99
	6-10 ปี	44	19.05
	11-15 ปี	68	29.44
	16-20 ปี	4	1.73
	21-25 ปี	18	7.79
	รวม	**231**	**100.00**
การมองเห็น	ปกติ	175	75.76
	ไม่ปกติ	56	24.24
	รวม	**231**	**100.00**
การได้ยิน	ปกติ	194	83.98
	ไม่ปกติ	37	16.02
	รวม	**231**	**100.00**
ภาวะหกล้ม	ปกติ	182	78.79
	ไม่ปกติ	49	21.21
	รวม	**231**	**100.00**
สมรรถภาพสมอง	ปกติ	197	85.28
	ไม่ปกติ	34	14.72
	รวม	**231**	**100.00**
การกลั้นปัสสาวะ	ปกติ	178	77.06
	ไม่ปกติ	53	22.94
	รวม	231	100.00
การนอน	ปกติ	171	74.03
	ไม่ปกติ	60	25.97
	รวม	**231**	**100.00**

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่สามารถพึ่งตนเอง ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน สังคมได้ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 12-18 คะแนน หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ร้อยละ 96.97) รองลงมาคือ สามาถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 6-11 คะแนน หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ร้อยละ 2.16) และไม่สามาถดูแลตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ โดยมีคะแนนเท่ากับ 1 และ 3 คะแนน หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (ร้อยละ 0.87) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุตามกลุ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	12-20	224	96.97
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	5-11	5	2.16
ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	0-4	2	0.87
รวม		231	100.00

ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ ปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพในระดับมาก (Mean=3.52, S.D.=1.15) พิจารณาความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมาก (Mean=3.77, S.D.=1.29) รองลงมา คือ ด้านการจัดการตนเอง (Mean=3.64, S.D.=1.39) ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (Mean=3.63, S.D.=1.36) และด้านความรู้ความเข้าใจ (Mean=3.54, S.D.=1.43) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Mean=3.41, S.D.=1.38) และด้านการตัดสินใจ (Mean=3.12, S.D.=1.49) มีค่าเฉลี่ยในระดับปานกลาง (Mean=3.30, S.D.=1.08) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=231)

ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	การแปลผลค่าเฉลี่ย
ด้านความรู้ ความเข้าใจ	3.54	1.43	มาก
ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ	3.63	1.36	มาก
ด้านการจัดการตนเอง	3.64	1.39	มาก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.77	1.29	มาก
ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ	3.41	1.38	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	3.12	1.49	ปานกลาง
รวม	3.52	1.15	มาก

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตารางที่ 5, 6, 7 และ 8

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างเพศกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	ชาย		หญิง		t	Sig.
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ	3.61	.78	3.57	.82	.32	.75

**Sig. < .05*

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยภาวะสุขภาพกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยภาวะสุขภาพ	ปกติ		ไม่ปกติ		t	Sig.
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การมองเห็น	3.64	.84	3.43	.69	1.81	.07
การได้ยิน	3.64	.82	3.27	.68	2.44	.02*
สุขภาพช่องปาก	3.67	.79	3.23	.78	3.23	.00**
ภาวะกระดูกพรุน	3.66	.78	3.43	.84	1.95	.05
อาการข้อเข่าเสื่อม	3.72	.81	3.37	.76	3.30	.00**
ภาวะหกล้ม	3.67	.76	3.13	.85	4.10	.00**
สมรรถภาพสมอง	3.66	.78	3.12	.82	3.73	.00**
การกลั้นปัสสาวะ	3.70	.78	3.21	.79	3.93	.00**
การนอน	3.63	.81	3.43	.78	1.65	.10

**Sig. < .05, ** Sig. < .01*

ตารางที่ 5 และตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างเพศและภาวะสุขภาพกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน ปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีการได้ยิน สุขภาพช่องปาก อาการข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม สมรรถภาพสมอง และการกลั้นปัสสาวะต่างกันมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ยกเว้นเพศและภาวะสุขภาพในการมองเห็น ภาวะกระดูกพรุน และการนอนมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
อายุ	ภายในกลุ่ม	8.54	3	2.85	4.57	.00**
	ระหว่างกลุ่ม	141.35	227	.62		
	รวม	149.88	230			
สถานภาพสมรส	ภายในกลุ่ม	5.18	4	1.04	1.61	.16
	ระหว่างกลุ่ม	144.70	225	.64		
	รวม	149.88	23			
ระดับการศึกษา	ภายในกลุ่ม	11.49	6	1.64	2.65	.01*
	ระหว่างกลุ่ม	138.39	223	0.62		
	รวม	149.88	230			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	ภายในกลุ่ม	1.05	3	0.35	0.53	.66
	ระหว่างกลุ่ม	148.83	227	0.66		
	รวม	149.88	230			

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง	ภายในกลุ่ม	7.05	4	1.76	2.79	.03*
	ระหว่างกลุ่ม	142.84	226	0.63		
	รวม	149.88	230			
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ภายในกลุ่ม	16.23	2	8.12	13.54	.00**
	ระหว่างกลุ่ม	136.63	228	0.60		
	รวม	152.86	230			

*Sig. < .05, ** Sig. < .01

ตารางที่ 7 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่มีอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุตามกลุ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างกันมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ยกเว้นสถานภาพสมรสและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคอ้วน มีระยะเวลาความเจ็บป่วยในช่วงแรก 1- 5 ปี โดยรับรู้ปัจจัยภาวะสุขภาพอยู่ในภาวะปกติ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นมาก ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม รวมถึงมีความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก คือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ แม้ว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และธณิดา พุ่มท่าอิฐ (Thummakul & Pumtha-it, 2021) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนเขตบางพลัด กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพสูงและมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับดี และการศึกษาของกนกวรรณ อังกสิทธิ์และคณะ (Aungkasith, Traisaeng, Panyadee, & Keawtip, 2022) พบว่าผู้สูงอายุอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและการพึ่งพาตนเองอยู่ในระดับที่สามารถพึ่งพาตนเองได้สูง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุที่อยู่ในระดับติดสังคม ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งจัดว่าไม่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้มีความสามารถในการอ่านเขียน สามารถเรียนรู้และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเอง อีกทั้งสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพโดยอ่านเอกสารแนะนำ ฟังคำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพได้ และสามารถจัดการตนเองได้ในการวางแผนเรื่องดูแลสุขภาพตนเอง และรู้เท่าทันสื่อ นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตหรือมีวิถีชีวิตประจำวันที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับที่อังศินันท์ อินทรกำแหง

(Inthakamhaeng, 2017) ได้แสดงทัศนะว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กันทางบวก กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง และยังถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีภาวะพฤฒพลัง (Active Ageing) กล่าวคือเป็นผู้ที่มีความสามารถด้านสุขภาพ สามารถประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต และสามารถทำกิจวัตรประจำวัน โดยมีการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสังคมต่างๆ (Boonsatean & Reantippayasakul, 2020)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่แตกต่างส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ อังกสิทธิ์และคณะ (Aungkasith, Traisaeng, Panyadee, & Keawtip, 2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรากฏว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ บุญเสถียรและอรทัย เหรียญทิพยสกุล (Boonsatean & Reantippayasakul, 2020) ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้และอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีทักษะการอ่านลดลง ทำให้ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า การได้ยิน สุขภาพช่องปาก อาการข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม สมรรถภาพสมอง การกลั้นปัสสาวะ และการนอนต่างกัน ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ต่างกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพเป็นปกติ ซึ่งการมีสุขภาวะดีสามารถสะท้อนความสามารถในการจัดการตนเองได้ดีตามที่ Thanahirankijthong, Chintanawat and Chintanawat (2023) ได้กล่าวไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และมีประสบการณ์ในการจัดการเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้ดี เนื่องจากการได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิมลรัตน์ บุญเสถียรและอรทัย เหรียญทิพยสกุล (Boonsatean & Reantippayasakul, 2020) ที่กล่าวว่าผู้สูงอายุจะประสบกับปัญหาสุขภาพหลายด้านทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ สุขภาพกายผลจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยทำให้ผู้สูงอายุพบข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารในสังคม (เช่น การลดลงของการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวและการสั่งการของสมองช้าลง) รวมทั้งต้องเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย ใจ และสังคมดังกล่าว ส่งผลให้ สมรรถนะของผู้สูงอายุลดลง ขาดโอกาสในการเรียนรู้แลกเปลี่ยน หรือรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ปัญหาการฟัง การอ่าน ปัญหาทางสายตาการได้ยิน รวมทั้งปัญหาความจำ และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่จะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แม้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้แต่อาจใช้เวลานานขึ้นการรับรู้ตนเองเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องตระหนักและต้องมีการเตรียมตนเองอย่างถูกต้อง เพื่อทำให้ผู้สูงอายุเข้าใจในอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง เกิดการรับรู้ตนเองในทิศทางบวก เกิดความพร้อมที่จะเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัย และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Sukcharoen, Rakhab & Thongied, 2019) รวมถึงแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Becker (1974) วาหากบุคคลสามารถรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเปาหมายที่กำหนดได้ บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมและความสามารถอย่างไม่ท้อถอยง่าย เพื่อจะให้ประสบความสำเร็จในที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ตวงพร กตัญญุตานนท์และคณะ (Katanyutanon et al, 2020) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองเชื่อว่าจะสามารถ

แสดงพฤติกรรมที่เปนประโยชน์ต่อสุขภาพได้ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปกติ ทำให้การที่จะสร้างความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพมีโอกาสทำได้สำเร็จมากขึ้นสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ปกติ อาจส่งผลให้การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยการสนับสนุนที่เหมาะสมกับการรับรู้ภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยภาวะสุขภาพอีกประการหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล ได้มีการนำความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมาประยุกต์เป็นแบบประเมินสำหรับแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยพิจารณาจากการมีภาวะพึ่งพาหรือพึ่งพิงผู้อื่น สอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ อังกสิทธิ์และคณะ (Aungkasith et al., 2022) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรากฏว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยการพึ่งพาตนเอง อีกทั้งได้เสนอแนะไว้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรเน้นกิจกรรมที่สามารถให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสังคมและนันทนาการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองด้านกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย อาหารและโภชนาการ การจัดการความเครียดและการปรับตัวทางสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและสาธารณสุข ตลอดจนผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน ควรนำปัจจัยที่พบจากการศึกษาครั้งนี้มาใช้ในการวางแผนและจัดทำแนวทาง/กิจกรรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง โดยอาจแบ่งเป็นกลุ่มตามระยะเวลาความเจ็บป่วย การติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ให้มีรูปแบบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีกิจกรรมแตกต่างกัน โดยมีเนื้อหา หรือด้านของการเสริมสร้างความรอบรู้ แตกต่างกัน ปรับเปลี่ยนการสอน การแนะนำแบบเดิมที่รวมเนื้อหากิจกรรมจัดในกลุ่มผู้สูงอายุรวมกันในครั้งเดียว หรือ เนื้อหาเดียวกัน ใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกคน เป็นต้น ทั้งนี้หากมีการออกแบบหรือปรับเนื้อหา กิจกรรมหรือกระบวนการทางการพยาบาล การสาธารณสุขให้เหมาะสมโดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังกล่าว ย่อมส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมยิ่งขึ้นได้ รวมถึงควรมุ่งเน้นการเสริมทักษะการพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน สนับสนุนปัจจัยที่สร้างทักษะการตัดสินใจ การคิดวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากสื่อสารสนเทศต่าง ๆ ในการเลือกรับข้อมูลที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

เนื่องจากความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ความเข้าใจ ด้านการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ และด้านการจัดการตนเองคะแนนเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรก ดังนั้น จึงเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการและส่งเสริมสุขภาพนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ในการวางแผนการดำเนินเสริมสร้างความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านให้แก่ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อจะนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน ในขณะที่ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพด้านการตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด จึงเสนอแนะให้นำการอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Facilitate healthy decision-making) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของบุคคลหรือความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการทำงานให้สำเร็จ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญของการตัดสินใจสู่พฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้ในการออกแบบกิจกรรมเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับบุคคล ภาวะสุขภาพและกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนในตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแข็งทางใจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อได้องค์ความรู้เพิ่มเติมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อไป

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังกับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความรอบรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

Aungkasith, K., Traisaeng, A., Panyadee, C., & Keawtip, S. (2022). Health Literacy and Factors Related to Health Literacy of the Elderly in San Sai District, Chiang Mai Province. *Journal of MCU Peace Studies, 11*(1), 267-279. (in Thai)

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 324-508.

Boonkhayai, S. (2019). The study of factors that correlate with Health literacy of Thai age 15 years old and above case study in Health Area 4. https://hpc4.anamai.moph.go.th/th/cms-of-36/download

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).

Boonyaratkalin, P. (2020). Community Health Nurses' Role in Promoting Health Literacy among Older Adults. *Thai Red Cross Nursing Journal, 13*(1), 63-75. (in Thai).

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull, 112*(1), 155-159.

Department of Medical services Ministry of Public Health. (2021). Elderly Screening Manual 2564 Ministry of Public Health.Bangkok: Najanta Creation Co. (in Thai).

Inthakamhaeng, A. (2017*). Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales* : Behavioral Science Research Institute, Division of Health Education, Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (in Thai) http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf.

Jitapunkul, S. (1998). *Principles of geriatric medicine*. Bangkok: CUPRINT. (in Thai)

Katanyutanon, T., Timtong, P., Sukyanudit, W., Khammi, S., Lumlong, N., Wamae, N. & Suksakha, P. (2020). Association between protectionmotivation and oral health care behaviors amongthe elderly in Bangsaothong Sub-District,Bangsaothong District, Samutprakarn. *HCUJournal of Health Science, 24*(2), 161-171. (in Thai).

Longsang, R., Yingwanna, S., & Intanin, T. W. (2017). The Development of Health Behavior Literacy Assessment Tools for Elderly in Songkhla Province. *Journal of Faculty of Education Pibulsongkram Rajabhat University, 4*(2), 93-111. (in Thai).

National Health Security Office. (2016). *Long Term Care*. Bangkok: NHSO. (in Thai).

Noppakraw, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nursing Journal volume, 47*(2), 251-261. (in Thai).

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy.*Social Science& Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Rattanachankorn, K., Thanapatthiwakul, P. & Rattanachankorn. K., (2023). Development of Health Literacy among the Older Adults for Good Quality of Life. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*, *10*(1), 85-97. (in Thai).

Samruayruen, K., & Kitreerawutiwong, N. (2018). Understanding on Assessing Health Literacy. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 12*(3), 1-13. (in Thai).

Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample Size Calculation Using G*Power Program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology (Humanities and Social Sciences*, *5*(1), 496-507. (in Thai).

Singnoy, C., Julamet, P., & Tungthonchai., O. (2015). The Development of Apply Elastic Tube Exercise Program for Chronically Ill Older Adults. Research Report. Burpha Univetsity: Chonburi. (in Thai).

Sukcharoen, P., Rakhab, A., & Thongied, K. (2019). The Concerns of Seniors in Suratthani: Lessons Learned from an Elderly School. *Journal of Humanities and Social Sciences, 11*(*1), 61*-81. (in Thai).

Thanahirankijthong, P., Chintanawat, R., & Chintanawat, P. (2023). Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Congestive Heart Failure. *Nursing Journal CMU*, *50*(2), 112-128. (in Thai).

Thummakul, D., & Pumtha-it, T. (2021). Relationship between health literacy and health behavior of the elderly in Bang Phlat district, Bangkok. *Journal of Health Science Research, 15*(1), 106-118. (in Thai).

Tiparat, W., Wauters, Y., & Songsug., N. (2020). Health Literacy of Older Adults with Chronic Disease in Muang District, Trang. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 14*(1), 128-143. (in Thai).

Wiratchai, N. (2012). *Determination of sample size in research hypothesis testing.* National Research Council of Thailand. Lecture. (in Thai).

World health Organization. (2017). *Determinant of Health*. https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Motivation affecting Family Doctor The Performance of Village Health Volunteers in Nong Wua So District, Udonthani Province

Nomjit Srirach[*], Supat Kongsrima[1*], Nakarin Prasit[**], Peerayut Saengtreesu[*]
Nattaporn Nidthumsakul[***], Puwanart Sresutham[****], Ampanwan Nonthamat[*****]

Received: September 2, 2023, Revised: January 2, 2024, Accepted: February 3, 2024)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study motivation factors affecting Family Doctor and the performance of Health Volunteers in Nong Wua So District, Udonthani Province. The study population comprised Village Health Volunteers in Nong Wua So District, Udonthani Province, totaling 174 personnel. For this study, the sample size was calculated to be 139 personnel using Cohen's formula. They were randomly selected as samples through a stratified random sampling technique. Data was collected by questionnaires for quantitative data. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with items objective congruence (IOC), all items ware more than 0.50, and reliability with Cronbach's alpha coefficient was 0.98. The data was collected between 1 November 2022 to 31 January 2023. Data analysis was performed by descriptive and inferential statistics include Pearson correlation and stepwise multiple linear regression a significant level of 0.05

The study provides an overview of Motivation affecting family doctor the performance of health volunteers Nong Wua So district Udonthani province at a high level with averages of 2.40 (S.D.= .27) and 2.47 (S.D.= .45) respectively. The overall motivation and key success factors had a statistically significant high relationship with the performance of health volunteers Nong Wua So district Udonthani province (r = .815, p-value = < .001) and found that the motivation factors : Position advancement, recognition and respect, policy and management, nature of work performed and responsibility can play a part in forecasting and affect performance family doctor the performance of health volunteers Nong Wua So district Udonthani province at 96.9 percent (R^2=0.969)

Keywords: Family Doctor The Performance, Motivation, Village Health Volunteers

[*] *Public Health Technical Officer, Udon Thani Provincial Public Health Office, Udon Thani*

*** Lecturer, Faculty of Public Health Khon Kaen University, Khon Kaen*

**** Public Health Officer, Ban Nonudom Sub-District Health Promoting Hospitals, Sakon Nakhon*

***** Public Health Officer, Ban Non Sa-Ad Sud-District Health Promoting Hospitals, Khon Kaen*

****** Nursing Cluster, Bangkok Hospital Khon Kaen, Khon Kaen*

[1]*Corresponding author: SupatKongsrima@gmail.com*

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

น้อมจิต ศรีราช[*],สุพัฒน์ กองศรีมา[1*],นครินทร์ ประสิทธิ์[**],พีรยุทธ แสงตรีสุ[*]
ณัฐพร นิจธรรมสกุล[***],ภูวนาถ ศรีสุธรรม[****],อัมภาวรรณ นนทมาตย์[*****]

(วันรับบทความ : 2 กันยายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 2 มกราคม 2567, วันตอบรับบทความ : 3 กุมภาพันธ์ 2567

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี *จำนวนประชากร 174 คน* คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตรของ Cohen จำนวน 139 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า .05 และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช 0.98 ทำการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง 30 มกราคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสหสัมพันธ์เพียรสัน และการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับแรงจูงใจ และระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก 2.40 (S.D.= .27) และค่าคะแนนเฉลี่ย 2.47 (S.D.= .45) ตามลำดับ โดยพบว่า แรงจูงใจภาพรวมมีความสัมพันธ์ระดับสูงการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ($r = .815$, p-value = $< .001$) และพบว่าปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ สามารถร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 96.9 (R^2=0.969)

คำสำคัญ : การปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน, แรงจูงใจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

[*] *นักวิชาการสาธารณสุข, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, จังหวัดอุดรธานี*
[**] *อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น*
[***] *เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนอุดม, จังหวัดสกลนคร*
[****] *เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสะอาด, จังหวัดขอนแก่น*
[*****] *การพยาบาล, โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ :SupatKongsrima@gmail.com*

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม.เป็นส่วนสำคัญของการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขตามนโยบายสาธารณสุขมูลฐานที่มีการดำเนินการมานานกว่า 4 ทศวรรษ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เพื่อให้ อสม. ปฏิบัติงานด้านการพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตรับผิดชอบโดยเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพให้แก่ชาวบ้านในชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสมด้วยตัวชุมชนเอง ผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ อสม. จึงถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญด้านการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานปัจจุบันประเทศไทยมี เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวนกว่า 1,040,000 คน (Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health, 2021)

จากภารกิจการปฏิบัติหน้าของ อสม.ที่ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชนผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน จนได้รับการยอมรับจากสังคมและจะยกฐานะเป็น อสม. หมอประจำบ้าน โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ 1) ด้านการสนับสนุนให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว ทุก ครอบครัว 2) ด้านการให้คำปรึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัว ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว 3) ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 4) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติดและอุบัติเหตุ 5) ด้านการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทยสมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6) ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสาร ในการถ่ายทอดความรู้ การคัดกรองสุขภาพ ประเมินสุขภาพ ร่วมทีมหมอครอบครัว 7) ด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Department Of Health Service Support, 2019)

จากการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นให้ประสบความสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายการดำเนินงานได้นั้น ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยโดยเฉพาะแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุ่มเทพลังและแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ องค์กรจึงจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจที่จะช่วยให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความกระตือรือร้น มีความมุ่งมั่นตั้งใจ และปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้การปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ได้มากยิ่งขึ้น ตามทฤษฎีแรงจูงใจของเฮิร์ซเบิร์ก ได้กล่าวถึงแรงจูงใจมี 2 ปัจจัย ที่ทำให้คนในองค์กรปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ ปัจจัยจูงใจ ประกอบด้วย 1) ความสำเร็จในการทำงาน 2) การยอมรับนับถือ 3) ความรับผิดชอบในงาน 4) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 5) ความก้าวหน้าในตำแหน่งและปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย 1) นโยบายและการบริหาร 2) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร 3) สภาพในการปฏิบัติงาน 4) การปกครองบังคับบัญชา 5) ค่าตอบแทนและเงินเดือน 6) สถานภาพของวิชาชีพ 7) ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ 8) ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (Herzberg, Mausner & Snyderman, 2017)

อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 ตำบล มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 11 แห่ง และมีหมู่บ้าน จำนวน 78 หมู่บ้าน ปีงบประมาณ 2565 อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน ในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 1,255 คน (Udon Thani Provincial Public Health Office, 2022) ซึ่งได้มีการปฏิบัติหน้าที่หมอประจำบ้าน ตามคู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน (Department of Health Service Support, 2019) จากการสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พบว่าประเด็น ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น กลุ่มเป้าหมาย 6,134 ราย จากผลงานที่ทำได้ 6,113 ราย ซึ่งยังมีประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ อสม.หมอประจำบ้าน ที่ยังเข้าไปดูแลหรือเข้าไปสร้างเครือข่ายอาสาสมัครประจำครอบครัวยังไม่ทั่วถึงจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เพื่อพัฒนาการปฏิบัติงาน หมอประจำบ้าน ภายในอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีให้มีประสิทธิภาพตาม แนวทางการปฏิบัติงาน

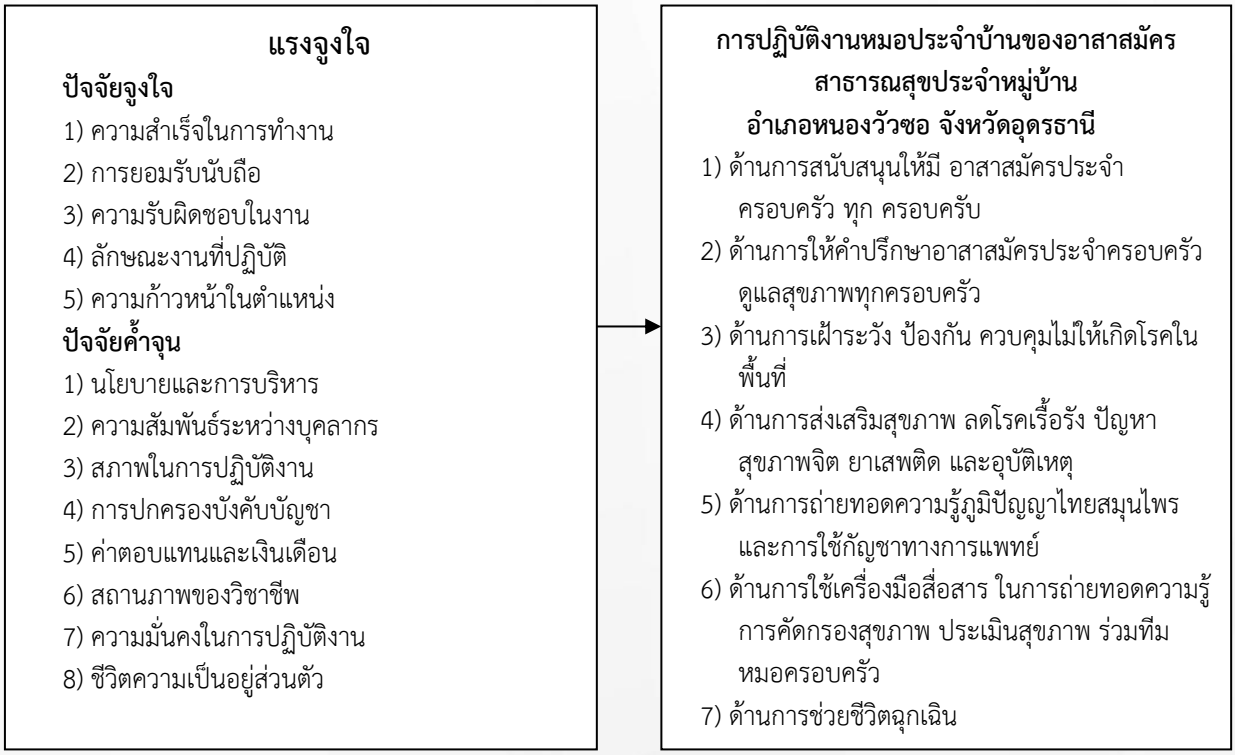
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา ปัจจัยแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 139 คน (Udon Thani Provincial Public Health Office, 2022) โดยทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2565 – 31 มีนาคม 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัย เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาแรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 174 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่คงสถานะภาพการทำงาน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และเกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความสามารถในการอ่านเขียนหนังสือ 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในการคำนวณกลุ่ม ตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen (Cohen, J., 1988) คำนวณได้จากสูตรดังนี้

สูตร $$N = \frac{\lambda\left(1 - R^2_{Y.A,B}\right)}{R^2_{Y.A,B} - R^2_{Y.A}} + w \quad \text{..... (1)}$$

เมื่อ $$\lambda = \lambda_L - \frac{1/\nu_L - 1/\nu}{1/\nu_L - 1/\nu_U}(\lambda_L - \lambda_U) \quad \text{..... (2)}$$

จากการคำนวณตัวอย่างโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจเชิงพหุถดถอยของตัวแปรจากการศึกษาแรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จำนวน 139 คน โดยการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกเป็นกลุ่มตามตำบล โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละชั้นภูมิมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด และทำการคำนวณสัดส่วนขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี แต่ละตำบล เมื่อได้จำนวนขนาดตัวอย่างแล้วจึงทำการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่ละตำบลโดยสำรวจรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และจัดทำฉลากรายชื่อบุคลากรในแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 139 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วย 4 ส่วน คือส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และ การได้รับอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ส่วนที่ 2 แรงจูงใจที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงาน การยอมรับนับถือ ความรับผิดชอบในงาน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความก้าวหน้าในตำแหน่ง และปัจจัยค้ำจุน ประกอบด้วย นโยบายและการบริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากร สภาพในการปฏิบัติงาน การปกครองบังคับบัญชา ค่าตอบแทนและเงินเดือน สถานภาพของวิชาชีพ ความมั่นคงในการปฏิบัติงาน และ ชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการสนับสนุนให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว ทุกครอบครัว 2) ด้านการให้คำปรึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัว ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว 3) ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 4) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ 5) ด้านการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทยสมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 6) ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรอง ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว 7) ด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน และส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิด ให้ผู้ตอบได้เสนอ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยส่วนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามที่มีชุดคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับคือ มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยแปลผลการระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 งานระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 (Best, 1977)

การแปลผลคะแนน ระดับแรงจูงใจที่มีความสำคัญต่อระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยนำมาจัดระดับเป็น 3 ระดับ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับคือ มาก (3) ปานกลาง (2) น้อย (1) โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยแปลผลการระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 ระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 งานระดับน้อย ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 (Best, 1977) ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนน (Elifson, Runyon & Haber, 2017) และสำหรับเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง + 1 (Likert R, 1967) แบ่งระดับดังนี้

ไม่มีความสัมพันธ์	หมายถึง	r = 0
มีความสัมพันธ์ต่ำ	หมายถึง	r = ± 0.01 ถึง ± 0.30
มีความสัมพันธ์ปานกลาง	หมายถึง	r = ± 0.31 ถึง ± 0.70
มีความสัมพันธ์สูง	หมายถึง	r = ± 0.71 ถึง ± 0.99
มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์	หมายถึง	r = ± 1

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้วนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอนซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วเสนอผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจความถูกต้องความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) จากนั้นจึงนำแต่ละข้อคำถามมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะประเมินด้วยคะแนน 3 ระดับ ซึ่งประกอบด้วย 1) ให้คะแนน +1 เมื่อข้อถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ 2) ให้คะแนน 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ และ 3) ให้คะแนน -1 เมื่อข้อคำถามนั้นไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ โดยแต่ละข้อคำถามต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 (Bunchom, 2010) (มีข้อคำถามค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67 จำนวน 3 ข้อ ร้อยละ 6.15 และ มีข้อคำถามค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1 จำนวน 62 ข้อ ร้อยละ 95.38)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยจะนำแบบสอบถามที่ได้ทำขึ้นไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 ชุด คือ อำเภอกุดจับ จังหวัด

อุดรธานี ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและอยู่ในภูมิภาคเดียวกันกับที่กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา มีสภาพแวดล้อมและลักษณะของการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกัน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงด้านความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ได้ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยง ด้านความรู้เกี่ยวกับแรงจูงใจ อสม. เท่ากับ 0.84 และด้านการปฏิบัติงาน อสม. เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละตำบล ในการเก็บข้อมูล และติดตามเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองเมื่อครบกำหนดการเก็บแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565 เลขที่ UDREC2866 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ถึง 30 มกราคม 2566การรักษาความลับของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช้ข้อมูลที่ระบุตัวตนในการวิเคราะห์ข้อมูล และใช้เฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในภาพรวมของการศึกษาในการวิเคราะห์ข้อมูลเท่านั้นนอกจากนี้ข้อมูลจะถูกเก็บโดยผู้วิจัยและทำลายทิ้งภายในระยะเวลา 1 ปีหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและสถิติในการวิเคราะห์ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณขั้นตอน

ผลการวิจัย

1.คุณลักษณะส่วนบุคคลของการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=139)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	113	81.3
ชาย	26	18.7
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	29	20.9
41 - 50 ปี	32	23.0
51 - 60 ปี	52	37.4
มากกว่า 61 ปี	26	18.7
Mean=50.93 ปี, S.D.= 10.59 ปี, Minimum=21 ปี, Maximum =68 ปี		

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=139)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	102	73.4
โสด	20	14.4
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	17	12.2
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	57	41.0
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	77	55.4
ระดับ ปวส./อนุปริญญา	5	3.6
อาชีพ		
เกษตรกร	75	54.0
รับจ้างทั่วไป	23	16.5
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	16	11.5
พนักงานบริษัท/โรงงาน	14	10.1
อื่นๆ	7	5.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	29
รายได้ต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000	91	65.5
5,001-10,000 บาท	37	26.6
10,001-15,000 บาท	4	2.9
มากกว่า 15,001 บาท	7	5.0
Mean=4,600.00 บาท, S.D.= 3,855.81 บาท, Median= 3,400 บาท, Minimum=1,000 บาท, Maximum =16,000 บาท		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน		
1–5 ปี	82	59.0
6–10 ปี	25	18.0
10 ปีขึ้นไป	32	23.0
Mean=7.37 ปี, S.D.=7.897 , Median=4.00 ปี, Minimum=1 ปี, Maximum=37 ปี		
การฝึกอบรมเกี่ยวกับหมอประจำบ้าน		
ไม่เคย	16	11.5
เคย	123	88.5

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (n=139)	ร้อยละ
จำนวนการฝึกอบรมเกี่ยวกับหมอประจำบ้าน		
1-3 ครั้ง	58	41.7
4–6 ครั้ง	28	20.1
7 ครั้งขึ้นไป	37	26.6
Mean=4.21 ครั้ง, S.D.=3.55 ครั้ง, Median=3 ครั้ง, Minimum= 0 ครั้ง, Maximum= 12 ครั้ง		

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 81.3 มีอายุระหว่าง 51-60 จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 37.4 มีอายุเฉลี่ย 50.93 ปี (S.D.= 10.59 ปี) อายุต่ำสุด 21ปี อายุสูงสุด 68 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 73.4 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่ประกอบมีอาชีพเกษตรกรจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 54 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 65.5 รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 4,600 บาท (S.D.=3855.81) รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท รายได้สูงสุด 16,000 บาท มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหมอประจำบ้าน จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 88.5 และจำนวนอบรมเกี่ยวกับหมอประจำบ้าน ระหว่าง 1-3 ครั้ง จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 (Mean=4.21 ครั้ง, S.D.=3.55) (Median=3 ครั้ง, Minimum= 0 ครั้ง, Maximum= 12 ครั้ง)

2. ระดับปัจจัยแรงจูงใจของการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับ ระดับแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	แปลผล
ปัจจัยจูงใจ	2.46	.32	มาก
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	2.44	.41	มาก
2. ด้านการยอมรับนับถือ	2.46	.40	มาก
3. ด้านความรับผิดชอบ	2.51	.42	มาก
4. ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	2.47	.41	มาก
5. ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	2.40	.44	มาก

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับ ระดับแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี (ต่อ)

แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	แปลผล
ปัจจัยค้ำจุน	2.38	.28	มาก
1. ด้านนโยบายและการบริหาร	2.52	.45	มาก
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	2.48	.40	มาก
3. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	2.34	.39	มาก
4. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	2.28	.38	ปานกลาง
5. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	2.37	.43	มาก
6. ด้านสถานภาพวิชาชีพ	2.27	.39	ปานกลาง
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	2.31	.43	ปานกลาง
8. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	2.44	.41	มาก
ภาพรวม	**2.40**	**.27**	**มาก**

เมื่อพิจารณาระดับแรงจูงใจหลัก พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.40 (S.D.= .27) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน พบว่า อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.46 (S.D.= .32) และค่าเฉลี่ย 2.38 (S.D.= .28) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายด้านปัจจัยจูงใจ พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D.= .42) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D.= .41) ส่วนปัจจัยจูงใจด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.40 (S.D.= .44) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.44 (S.D.= .41) และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน พบว่า ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.52 (S.D.= .45) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.48 (S.D.= .40) ส่วนปัจจัยค้ำจุนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพวิชาชีพ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 2.27 (S.D.= .39) ส่วนรองลงมา คือ ปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.28 (S.D.= .38) ตามลำดับ

3. ระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับ ระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	Mean	S.D.	แปลผล
1. ด้านการสนับสนุนให้มี อาสาสมัครประจำครอบครัว ทุกครอบครับ	2.48	.50	มาก
2. ด้านการให้คำปรึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัว ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว	2.45	.45	มาก
3. ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่	2.49	.41	มาก
4. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ	2.51	.45	มาก
5. ด้านการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทยสมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์	2.36	.51	มาก
6. ด้านการใช้เครื่องมือสื่อสาร ในการถ่ายทอดความรู้ การคัดกรองสุขภาพ ประเมินสุขภาพร่วมทีมหมอครอบครัว	2.47	.51	มาก
7. ด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน	2.51	.37	มาก
ภาพรวม	**2.47**	**.45**	**มาก**

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมระดับระดับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.47 (S.D.= .45) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการช่วยชีวิตฉุกเฉิน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D.= .37)ส่วนรองลงมาคือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติด และอุบัติเหตุ มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.51 (S.D.= .45) ส่วนการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี ที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทยสมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.36 (S.D.= .51) ส่วนรองลงมาคือ ด้านการให้คำปรึกษาอาสาสมัครประจำครอบครัว ดูแลสุขภาพทุกครอบครัว มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D.= .45) ตามลำดับ

4. แรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง แรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ปัจจัยแรงจูงใจ	การปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน				
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน	95 %CI		p-value	ระดับความสัมพันธ์
		Lower	Upper		
แรงจูงใจ	0.815***	.756	.863	< .001	สูง
ปัจจัยจูงใจ	0.908***	.876	.735	< .001	สูง
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.482***	.345	.608	< .001	ปานกลาง
2. ด้านการยอมรับนับถือ	0.826***	.752	.885	< .001	สูง
3. ด้านความรับผิดชอบ	0.662***	.552	.749	< .001	ปานกลาง
4. ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	0.624***	.512	.724	< .001	ปานกลาง
5. ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	0.921***	.892	.944	< .001	สูง
ปัจจัยค้ำจุน	0.644***	.540	.933	< .001	ปานกลาง
1. ด้านนโยบายและการบริหาร	0.853***	.797	.901	< .001	สูง
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	0.229***	.060	.381	< .001	ต่ำ
3. ด้านสภาพการปฏิบัติงาน	0.298***	.116	.451	< .001	ต่ำ
4. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.327***	.159	.481	< .001	ต่ำ
5. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	0.308***	.136	.471	< .001	ต่ำ
6. ด้านสถานภาพวิชาชีพ	0.474***	.339	.580	< .001	ปานกลาง
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	0.481***	.346	.597	< .001	ปานกลาง
8. ด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว	0.482***	.345	.608	< .001	ปานกลาง

ระดับนัยสำคัญ .001

แรงจูงใจ พบว่า ภาพรวมแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .815, p-value< .001) ส่วนปัจจัยจูงใจ ในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.908, p-value< .001) และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.644, p-value< .001)

เมื่อพิจารณาปัจจัยจูงใจรายด้านพบว่า ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับสูง กับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการยอมรับนับถือ (r= .826, p-value< .001) ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง (r=.921, p-value< .001) ส่วนปัจจัยจูงใจที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านความสำเร็จในการทำงาน (r= .482, p-value< .001) ด้านความรับผิดชอบ (r= .662, p-value< .001) และด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (r= .624, p-value< .001)

และพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ด้านที่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านสถานภาพวิชาชีพ(r= .474, p-value< .001) ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน(r=.481, p-value<.001) และด้านชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัว (r= .482, p-value< .001)

ส่วนปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านนโยบายและการบริหาร(r= .853, p-value< .001) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (r= .229, p-value< .001) ด้านสภาพการปฏิบัติงาน (r= .298, p-value< .001) ด้านการปกครองบังคับบัญชา(r= .327, p-value< .001) และด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน (r= .308, p-value < .001)

5. แรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

พบว่า ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยเลือกตัวแปรแรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี เข้าสู่การวิเคราะห์ เพื่อหาตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ที่จะถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่า .05 ซึ่งตัวแปรที่เลือกเข้าในสมการที่สามารถพยากรณ์ ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแผนสนับสนุนการจัดทำแผนปฏิบัติงาน (p-value= .002) ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานภาพ ของวิชาชีพ (p-value= .001) ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน (p-value= .001) และปัจจัยค้ำจุนด้านการปกครองบังคับบัญชา (p-value= .004) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ 0.05 และมีรายละเอียดการคัดเลือกตัวแปรอิสระ ในแต่ละขั้นตอนดังนี้ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง (p-value< .001) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (p-value< .001) ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร (p-value< .001) ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ (p-value< .001) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ (p-value< .001) รายละเอียดดังตารางที่ 4 ได้สมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงซึ่งเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบดังนี้ Y= 0.206 + (0.407) (ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง) + (0.211) (ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ) (0.166) (ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร) + (0.100) (ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ)+ (0.039) (ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี

ตัวแปร	B	95%CI		T	P-value	R	R^2	R^2adj	R^2 change
		Lower	Upper						
1.ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง	.407	.369	.446	21.057	< .001	.921	.848	.847	-
2.ด้านการยอมรับนับถือ	.211	.165	.257	9.095	< .001	.972	.946	.945	.098
3.ด้านนโยบายและการบริหาร	.166	.125	.206	8.065	< .001	.980	0.961	0.960	.015
4.ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ	.100	.065	.134	5.748	< .001	.984	.968	.967	.007
5.ด้านความรับผิดชอบ	.039	.005	.074	2.239	< .001	.984	.969	.968	.001

ค่าคงที่ 0.206, F= 828.39, p–value<.001, R=0.984, R^2=0.969, R^2adj=0.968

อภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมที่มีผลกับการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) คือ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ สามารถร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานีได้ร้อยละ 96.9 ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยจูงใจ ที่มีผลต่อการทำงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ด้านการยอมรับนับถือ ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านความรับผิดชอบ สามารถ อธิบายได้ว่า ในการทำงานหมอประจำบ้านนั้น ทำให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความก้าวหน้าในบทบาทหน้าที่ เป็นหน้าเป็นตา สถานะคนในหมู่บ้าน รวมทั้งเป็นที่ยอมรับนับถือ ในฐานะบุคลากรที่เสียสละ ทำเพื่อประโยชน์ส่วนรวมและชุมชน ดังนั้นขวา ความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะรักษาเกียรติและชื่อเสียง รวมทั้ง ลักษณะงานที่ปฏิบัติภายในชุมชนนั้นก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานหมอประจำบ้าน ดังนั้นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีความสามารถและความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในพื้นที่เพื่อส่งเสริมการทำงานหมอครอบครัวให้คนในชุมชน สังคม ในการทำงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยจูงใจ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Charoonlux & Yukon, 2019; Jiraporn & Chanya, 2014; Parin, 2022; Wirada & Prapapen, 2023)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัจจัยค้ำจุนที่มีผลต่อการทำงานหมอประจำบ้านของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ได้แก่ ด้านนโยบายและการบริหาร ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการทำงานหมอประจำบ้านนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีนโยบายและการบริหารที่คอยกำกับอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ อาสาสมัคร

ประจำหมู่บ้านที่ต้องทำงานโดยยึดตามแนวทางการบริหาร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านต้องมีความรู้ความเข้าใจนโยบายที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของหมอประจำบ้าน เพื่อการกระจายระบบสุขภาพ ให้ไปสู่ ชุมชนได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร จึงเป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านนั้น มีแรงจูงใจในการกระตุ้นที่จะปฏิบัติงาน ได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยค้ำจุน ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jiraporn & Chanya, 2014; Pornanong, 2021., Parin, 2022; Wirada & Prapapen, 2023)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรส่งเสริมการรับรู้บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่าสม่ำเสมอโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

1.2 ควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมโดยมีการยกย่อง ชมเชย และเกิดกิจกรรมเสริมขวัญกำลังใจสร้างความร่วมมือในชุมชน และได้รับการส่งเสริมด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

1.3 ควรเสริมสร้าง และสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. มีการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานหน้าที่ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาสาเหตุและแนวทางของปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการปฏิบัติงานโดยใช้วิธีระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม ตามบริบทของพื้นที่ เช่น ตำบล หรือเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.2 ควรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ ปัจจัยค้ำจุนด้านนโยบายและการบริหาร ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ และปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ มาพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี และภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคล ที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

Bunchom, S. (2010). *Basic research* (8th printing). Bangkok: Suviriyasat.

Buntham Kitpridaborisut. (2010). *Techniques for Creating Data Collection Tools for Research*. Bangkok: Sianankanphim.

Charoonlux, P., & Yukon, M. (2019). Work Motivation of Village Health Volunteers in Suphanburi Province. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 29*(1), 60-70. (In Thai)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavior sciences* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum.

Department Of Health Service Support. (2019). *Manual Village Health Volunteer House Officers*. Department Of Health Service Support. (2562). (In Thai)

Elifson, K. W., Runyon, R. P., & Haber, A. (2017). *Fundamentals of social statistics* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Goleman, D., Katzenbach, J. R., Kim, W. C., & Mauborgne, R. A. (2011). *HBR's 10 Must Reads on Managing People* (with featured article" Leadership That Gets Results," by Daniel Goleman). Harvard Business Press.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (2017). *The motivation to work*. New York: Taylor & Francis.

Jiraporn, Sidap, & Chanya, A. (2014). Motivation affecting participation in prevention and control of dengue fever among village health volunteers, Na Thong Subdistrict, Chiang Yuen District. Maha Sarakham Province. Khon Kaen. National Graduate Research Academic Conference 2014. (In Thai)

Likert, R. (1967). *The human organization: Its management and values*. New York: McGraw-Hill.

Parin, K. (2022). The Motivation Associated with the Performance of Village Health Volunteers (VHV) in the Lad Lum Kaeo District, Pathum Thani Province. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences, 2*(2), 22-33. (In Thai)

Pornanong, K. (2021). *Motivation Factor Affecting The Performance Of Village Health Volunteers In Covid-19 In Klong Luang District, Pathum Thani Province*. *Journal Of Environmental And Community Health, 6*(3), 45-54. (In Thai)

Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health. (2021). *Manual Surveillance operations Prevention and control COVID-19 disease in the community of village health volunteers*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)

Udon Thani Provincial Public Health Office. (2022). *Document summarizing the results of public health operations, fiscal year 2022, Udon Thani Province*. Udon Thani: Udon Thani Provincial Public Health Office. (In Thai)

Wirada, S., & Prapapen, S. (2023). Factors Related to Performance According of Roles and Duties of Village Health Volunteers in Vichit Subdistrict Municipality Area, Mueang Phuket District, Phuket Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education, 3*(2), 14-31. (In Thai)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Effects of implementing an integrated care model in pain management and the ability in daily activities among osteoarthritis patients in Maungpon Community Khunyuam District Maehongson Province

Pornchai Onsod[1*]

(Received December 3, 2023, Revised: March 1, 2024, Accepted: April 11,2024)

Abstract

Osteoarthritis is causing difficulty in movement of the elderly decreases. This quasi-experimental research was to study the effects of the integrated care model in managing pain and ability to perform daily activities in patients with osteoarthritis in Maungpon Setting. Research instrument included pain assessment form, pain medication intake record, and daily activity assessment form were validated for content accuracy by three experts. Data analysis was conducted using paired samples t-test statistics.

The research indicates that integrated care has the potential to decrease pain levels. Prior to receiving the integrated service, the mean pain score was 7.12 (SD=1.78), while after receiving the integrated service, the mean pain score was 5.27 (SD=1.88). Furthermore, the integrated care resulted in a significant decrease in the use of painkillers, with an average of 26.16 (SD=34.36) painkillers used per month before receiving integrated services, and 16.86 (SD=24.93) painkillers used per month after receiving integrated services, $p < .01$. Additionally, integrated care showed a significant increase in walking ability, with an average increase of 4.74 (SD=1.31) in the ability to walk, $p < .01$. Moreover, integrated care also showed a significant increase in the ability to squat, with an average increase of 1.47 (SD=0.68), $p < .05$. Hence, patients with osteoarthritis who are limited in their use of painkillers can benefit from integrated care to reduce pain and improve their ability to perform daily activities.

Keywords: Ability to perform daily activities; Integrated care model; Osteoarthritis; Pain management

[*]*Registered Nurse, Ban Maungpon Subdistrict Health Promoting Hospital.*

[1]*Corresponding author: pornchaionsod@gmail.com*

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

พรชัย อ่อนสด[1*]

วันรับบทความ : 3 ธันวาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 1 มีนาคม 2567, วันตอบรับบทความ : 11 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

ข้อเสื่อมเป็นโรคที่ทำให้เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน ที่มีข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอนโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามการประเมินผลคือ แบบประเมินอาการปวดและแบบบันทึกปริมาณการรับประทานยาแก้ปวด และแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired Samples T-Test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานสามารถลดระดับอาการปวด โดยมีค่าเฉลี่ย pain score ก่อนรับบริการแบบผสมผสานเท่ากับ 7.12 (SD.=1.78) ค่าเฉลี่ย pain score หลังรับบริการแบบผสมผสานเท่ากับ 5.27 (SD.=1.88) ลดการใช้ยาแก้ปวดในหนึ่งเดือนอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .01$ โดยค่าเฉลี่ยจำนวนการใช้ยาแก้ปวดต่อเดือน ก่อนรับบริการแบบผสมผสานเท่ากับ 26.16 (SD.= 34.36) หลังรับบริการแบบผสมผสานเท่ากับ 16.86(SD.=24.93) นอกจากนั้นยังสามารถเพิ่มความสามารถในการเดิน และเพิ่มความสามารถในการนั่งยองได้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < .05$ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมที่มีข้อจำกัดในการใช้ยาแก้ปวดสามารถดูแลแบบผสมผสานจะทำให้อาการปวดลดลง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน; รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน; การจัดการอาการปวด; โรคข้อเข่าเสื่อม

[*]*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองปอน*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: pornchaionsod@gmail.com*

บทนำ

ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มพบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุน้อยลง (American Academy of Orthopedic Surgeons [AAOS], 2022) จากผลการสำรวจในระดับประเทศของสหรัฐอเมริกา ในโครงการ The Framingham study พบความชุกของอาการ โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้มีอายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไปร้อยละ 4.90 (Felson et al., 1987) โครงการ The Johnson County study (Jordan et al., 2007) ในผู้มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปพบ ร้อยละ 16.70 และโครงการ The NHANES III study (Dillon et al., 2006) ในผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปพบร้อยละ 12.10 ซึ่งปัจจุบันแนวโน้มประชากรสูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุประมาณ 13ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.40 ของประชากรทั้งหมด (Department of Elderly Persons, 2023) แสดงถึงการเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมของร่างกายและอวัยวะต่างๆ จากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาปวดข้อเข่า ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 43.95 ส่วนใหญ่อาการปวดข้อเข่ามีสาเหตุมาจากข้อเข่าเสื่อม ปัญหาปวดข้อเข่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงเป็นอุปสรรคในการเข้าสังคม ทำให้สูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (Kawinwonggowit, 2023)

ผลกระทบของเข่าเสื่อมจะทำให้เกิดอาการต่างๆ ได้แก่ มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่สะดวก ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kawinwonggowit, 2023) ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น กล้ามเนื้อรอบข้อเข่าหดเกร็งตัวจากการทำงานหนัก เอ็นรอบข้อหดรั้ง การไหลเวียนเลือดไม่ดี ทำให้เกิดการคั่งของของเสียภายในข้อเข่า และบริเวณรอบๆข้อเข่า การหลุดร่อนของผิวกระดูกอ่อนและไปทิ่มแทงบริเวณเยื่อหุ้มข้อเข่า (Narin et al., 2013) นอกจากนี้อาการปวดข้อเข่าของผู้สูงอายุยังเกิดจากลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้งานผิดวิธี น้ำหนักเกินมาตรฐาน และการขาดแนวทางในการดูแลที่เหมาะสม (Kawinwonggowit, 2023) ส่งผลให้มีการใช้ยาแก้ปวดหรือวิธีการจัดการอาการปวดที่ไม่เหมาะสม (Narin et al., 2013) โดยการซื้อยากินเองจึงอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ เช่น ระคายเคืองเยื่อบุกระเพาะอาหาร อาจมีอาการปวดท้องและเลือดออกได้ (Kawinwonggowit, 2023) รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตรียรอยด์ส่งผลทำให้เสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 1,282 ล้านบาท ส่วนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าจะทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 32,500 ล้านบาท (Chen et al.,, 2012) ซึ่งในประเทศไทยพบว่าค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดข้อเข่า 1 ครั้ง ประมาณ 54,524 - 63,115 บาท และใช้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลถึง 9-15 วัน (Sungkhun, 2017)

ปัจจุบันพบว่ามีการดูแลรักษาโรคเข่าเสื่อมโดยการรักษาแบบประคับประคอง เช่น การส่งเสริมการชะลออาการเข่าเสื่อม ได้แก่ การส่งเสริมการบริหารข้อ เช่น การบริหารแบบไทยท่าฤาษีดัดตนที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของข้อในผู้สูงอายุ (Nunlaong et al., 2018) การออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า มีผลในการเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ และเพิ่มความสามารถในการเดิน ทำให้ลดความเจ็บปวดข้อเข่าลงได้ ดังนั้นการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่าช่วยลดอาการปวดได้ (Chukam, 2021) นอกจากนี้การใช้ยาสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อและกล้ามเนื้อเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เช่น การประคบร้อนสมุนไพรไทยเพื่อบรรเทาอาการปวด (Khumsab, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่าการใช้ความร้อนในการบรรเทาอาการปวดของกล้ามเนื้อและโรคข้อเข่าเสื่อมนั้นยังมีอีกวิธีคือการแช่ในน้ำแร่ หรือน้ำพุร้อน นอกจากนี้น้ำแร่สามารถช่วยบำบัดรักษาโรคได้หลายชนิดเช่น โรคระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต และการคลายความตึงเครียด เพราะในน้ำแร่ จะประกอบด้วยแร่ธาตุหลายชนิดที่ช่วยบรรเทาอาการของระบบต่างๆ ข้างต้น (Bovornkitti, 2011) แต่อย่างไรก็ตามจากการค้นคว้าข้อมูลในประเทศไทย ยังพบการศึกษาการใช้ประโยชน์จากน้ำแร่ หรือน้ำพุร้อนเพื่อการบำบัดรักษาโรคเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

น้อยมาก ที่พบส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาประโยชน์ของน้ำพุร้อน หรือน้ำแร่ในประเด็นของการส่งเสริมการท่องเที่ยวมากกว่า (Udomchoke, et al., 2014) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้ความร้อนในการลดอาการปวดและการประคบสมุนไพรสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อม สามารถเพิ่มการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้น (Parasin, Khumful, & Thammachai, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerasirirat et al. (2015) ศึกษาการรักษาโดยวางแผ่นประคบร้อน การยืดกล้ามเนื้อขา การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากหนังสือคู่มือการดูแลตัวเอง สามารถลดอาการปวดในพระสงฆ์ที่มีภาวะเข่าเสื่อมได้ นอกจากนี้การใช้ลูกประคบสมุนไพรของไทยมีแนวโน้มว่าสามารถลดอาการปวดในผู้ป่วยเข่าเสื่อมได้มากกว่าการรักษาแบบอื่นๆ (Chiranthanut et al., 2014) แม้ว่าในประเทศไทยจะมีแหล่งน้ำพุร้อนตามธรรมชาติกระจายอยู่หลายพื้นที่ในแต่ละภาค แต่การวิจัยคุณสมบัติของน้ำพุร้อนต่อการบำบัดรักษาโรคยังพบได้น้อยมากโดยเฉพาะการลดอาการปวด และการใช้น้ำพุร้อนร่วมกับสมุนไพรส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางการท่องเที่ยว (Udomchoke, et al., 2014) อย่างไรก็ตามจากการสอบถามผู้ใช้บริการแช่น้ำแร่บ้านหนองแห้ง ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน บอกว่าน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้งเป็นแหล่งน้ำแร่ที่สามารถบำบัดรักษาโรคต่างๆได้เช่นโรคระบบผิวหนัง ผื่นคัน โรคอาการปวดเมื่อยร่างกาย อาการปวดเข่า ปวดกล้ามเนื้อ แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองปอน เริ่มให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตั้งแต่ปี 2558 ควบคู่ไปกับการใช้ยาแผนปัจจุบันบรรเทาอาการปวดเข่า แต่จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าไม่ได้วินิจฉัยแยกโรคเข่าเสื่อมในผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานบริการ แต่ได้วินิจฉัยผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าในกลุ่มรหัสโรคการปวดเมื่อยขาท่อนล่าง มีจำนวนผู้ป่วยรหัสโรคดังกล่าว 3 ปีย้อนหลังคือ ปี 2560, 2561 และ 2562 เท่ากับ 64 คน 44 คน และ 35 คนตามลำดับ และการรักษาส่วนใหญ่เน้นการใช้ยาแก้ปวดกลุ่มนอนสเตรียรอยด์ NSAIDs ข้อมูลปริมาณการใช้ยา 3 ปีย้อนหลัง เท่ากับ 4,585 เม็ด 3,704 เม็ด และ 1,684 เม็ดตามลำดับ ผลข้างเคียงของยาแก้ปวดกลุ่มนอนสเตรียรอยด์ NSAIDs จะทำให้เกิดอาการระคายเคืองกระเพาะอาหาร สอดคล้องกับข้อมูลลำดับโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองปอน โรคกระเพาะและอาหารไม่ย่อยเป็นโรคที่พบบ่อยติด 3 ลำดับแรกโรคทุกปี องค์การอนามัยโลกประมาณการว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป มีอาการเข่าเสื่อมที่ร้อยละ 16.70 ในปี 2562 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเมืองปอนมีประชากรที่อายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปจำนวน 690 คน จะมีผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมจำนวน 115 คน ตามประมาณการขององค์การอนามัยโลก จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยและคณะได้วิเคราะห์บริบทพื้นที่ พบว่าต้นทุนด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพพื้นที่มีความหลากหลายและมีคุณค่ามากประกอบกับการให้บริการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ ได้แก่ ภูมิปัญญาด้านสมุนไพร ด้านการนวดประคบสมุนไพร เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมให้สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ โดยการใช้วิธีการนวด ประคบ พอกสมุนไพรร่วมกับการแช่น้ำพุร้อนที่ควบคุมอุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส โดยการศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในพื้นที่เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและพัฒนาระบบบริการ และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานต่อการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

2.เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สมมติฐานการวิจัย

1.ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีจัดการอาการปวด และลดการใช้ยาแก้ปวดในหนึ่งเดือนได้ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน

2.ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการศึกษา 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหามุ่งศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม 2) ด้านกลุ่มตัวอย่างคือ จำนวนผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป จำนวน 89 คน 3) ด้านพื้นที่ คือ หมู่บ้านจำนวน 5 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านเมืองปอน บ้านหางปอน บ้านป่าฝาง บ้านท่าหินส้ม และบ้านหนองแห้ง ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 4) ด้านระยะเวลา คือ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ถึง มีนาคม 2564

นิยามศัพท์

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ชุดกิจกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมที่ ประกอบด้วย การแช่น้ำพุร้อนที่บ่อน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้ง ตำบลเมืองปอนอำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน 8 ครั้งๆ ละ15-20 นาที การนวดประคบสมุนไพร การพอกสมุนไพร การแช่สมุนไพรสูตรเฉพาะของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนฯ มีสมุนไพรประกอบหลายชนิดเช่น ไพล ข่า เหล้าขาวเป็นต้นที่ศูนย์แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาท้องถิ่นเมืองปอน

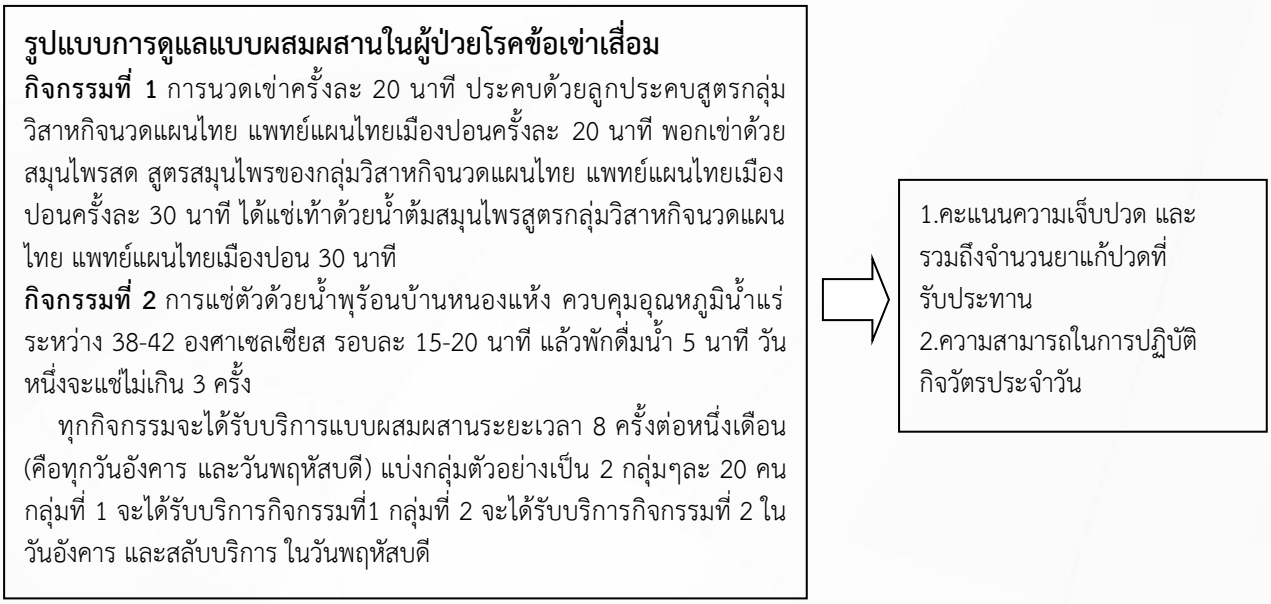
การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง วิธีการบรรเทาอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุโรคเข่าเสื่อมด้วยการรับประทานยาแก้ปวดทุกชนิด ระดับการปวดเข่าประเมินโดยระดับคะแนนการ ปวดจากแบบประเมิน (visual rating scales) ผู้ที่ให้คะแนนความเจ็บปวดคือผู้ป่วย ตั้งแต่คะแนน 1 ถึง 10 (Carol et al., 2001)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระยะทางที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ก่อนเกิดอาการปวดเข่าจนต้องหยุดพัก และความสามารถในการนั่งยอง ประเมินโดยแบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง

ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไปที่มีอาการ หรือเคยมีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณเข่าทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่งเป็นประจำโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์หรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเข่าเสื่อมที่อาศัยอยู่ในตำบลเมืองปอน

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ได้แก่ การนวดจำนวน 8 ครั้ง ประคบ แช่และการพอกเข่าด้วยสมุนไพรสูตรเฉพาะของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนฯ โดยสมุนไพรซึ่งประกอบหลายชนิดเช่น ไพล ข่า เหล้าขาวเป็นต้น และการแช่น้ำพุร้อน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบวิจัย เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง (One group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมใน 5 หมู่บ้านคือ บ้านเมืองปอน บ้านหางปอน บ้านป่าฝาง บ้านท่าหินส้ม และบ้านหนองแห้ง ตำบลเมืองปอน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 115 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาใช้วิธีการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power ซึ่งเป็นโปรแกรมที่สร้างจากสูตรของ Cohen (1977) โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล 0.5 อำนาจการทดสอบที่ 0.95 ค่าความเชื่อมั่น .05 ด้วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน แต่จากการศึกษาครั้งนี้ต้องการผลการศึกษาที่มีความน่าเชื่อถือจึงกำหนดให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่าที่ได้จากที่โปรแกรมคำนวณให้ จึงมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมมากขึ้นกับสถานการณ์จริงและชดเชยสำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีอัตราตอบกลับแบบสอบถามอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง 66 คน แต่จากสถานการณ์จริงมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดและมีความสมัครใจที่จะเข้าร่วม 89 คนโดยคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) สมัครใจเข้าร่วมใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด 2) สามารถสื่อสาร และตอบคำถามผู้วิจัยได้ และ 3) สามารถเข้ารับบริการตามแผน ไม่มีอาการเจ็บป่วยระหว่างวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 2) ไม่สามารถสื่อสารหรือไม่สามารถตอบคำถามของผู้วิจัยได้ และ 3) ไม่สามารถเข้ารับบริการตามแผนตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป หรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยมาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมด้วยการนวด การพอกเข่าด้วยสมุนไพร และการแช่น้ำแร่เพื่อการบำบัดอาการปวด เป็นชุดกิจกรรมอันประกอบด้วย ดังนี้

1.1 หมอนวดจำนวน 5 คนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการนวด และเป็นผู้ที่ให้บริการประจำอยู่ที่ศูนย์แพทย์แผนไทยภูมิปัญญาท้องถิ่นตำบลเมืองปอน มีหน้าที่ให้บริการนวดเข่าของกลุ่มตัวอย่างภายใต้การกำกับดูแลจากแพทย์แผนไทย ตามรูปแบบที่กำหนดไว้

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 10 คนที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล 70 ชั่วโมงของกระทรวงสาธารณสุข แล้วได้รับการฝึกให้ดูแลผู้สูงอายุแช่น้ำแร่ น้ำพุร้อนโดยผู้วิจัยเป็นอย่างดี มีหน้าที่ในการวัดความดันโลหิต วัดอุณหภูมิน้ำก่อนแช่น้ำพุร้อนและให้การดูแล ช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างในระหว่างแช่น้ำพุร้อน และแจ้งผู้วิจัยเมื่อพบความผิดปกติของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 สูตรสมุนไพรสดเพื่อพอกเข่า สมุนไพรเพื่อต้มแช่เท้าและลูกประคบสมุนไพร สูตรของวิสาหกิจแพทย์แผนไทย นวดแผนไทยเมืองปอน

1.4 น้ำแร่ น้ำพุร้อนบ้านหนองแห้งที่ผสมแล้วมีอุณหภูมิระหว่าง 38-42 องศาเซลเซียสควบคุมอุณหภูมิด้วยการผสมน้ำร้อน และน้ำเย็นแล้ววัดด้วยเทอร์โมมิเตอร์

2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการได้รับวินิจฉัยโรคเข่าเสื่อม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ประเมินอาการปวด โดยใช้แบบวัดระดับการปวด (visual rating scales) ประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย มีการอธิบายให้ผู้ป่วยฟังถึงลำดับการให้คะแนนและความหมาย การประเมินระดับความปวดของผู้ป่วย โดย ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด (pain score) คะแนน 0-1 คือ ไม่รู้สึกปวด หรือ รู้สึกปวดแต่ไม่รู้สึกรำคาญต่ออาการปวด คะแนน 2-3 คือ พอรำคาญ คะแนน 4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้ คะแนน 5 คือ ปวดปานกลาง คะแนน 6-7 คือ ปวดมากพอสมควร คะแนน 8-9 คือ ปวดจนไม่อยากทำอะไร และคะแนน 10 คือ ปวดมากที่สุด

ตอนที่ 2 แบบบันทึกปริมาณการรับประทานยาแก้ปวด โดยผู้ป่วยตอบคำถามว่าภายในหนึ่งเดือนที่ผ่านมารับประทานยาอะไร จำนวนเท่าไร

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาเองโดยจะถามระยะการเดินได้ก่อนที่ต้องหยุดพัก โดยเป็นคำถามปลายเปิด ผู้ป่วยตอบคำถามเป็นระยะทางเป็นเมตร และความสามารถในการนั่งยองของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยตอบว่า ได้ (คะแนน 1) และไม่ได้ (คะแนน 0)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมบ้านเมืองปอน ทำการ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการนิเทศ ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการแพทย์แผนไทย และนักกายภาพผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการโรคเข่าเสื่อม แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการปวด แบบบันทึกปริมาณการรับประทานยาแก้ปวด แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า CVI 0.87 และทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยทำการทดลองใช้ในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหมู่บ้านแม่ซอ จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเพื่อศึกษาผลของการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด การรับประทานยาแก้ปวด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในบ้านเมืองปอน ซึ่งประกอบด้วยการแช่น้ำพุร้อนที่บ่อน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้ง การนวดประคบสมุนไพรและการพอกสมุนไพร มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1. ประชุมทีมหมอนวด นักแพทย์แผนไทย และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพร การนวด การประคบ การแช่น้ำแร่หรือน้ำพุร้อน

2. ประชาสัมพันธ์โครงการในชุมชนบ้านเมืองปอนประกอบด้วยบ้านเมืองปอน บ้านหางปอน บ้านป่าฝาง บ้านหนองแห้ง และบ้านหินส้ม เพื่อรับสมัครผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเข่าเสื่อม หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเข่าเสื่อมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล

2.1. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวัดชีพจร ความดันโลหิตและประเมินอาการเจ็บปวดก่อน จากนั้นเป็นการให้บริการตามรูปแบบการดูแลรักษาด้วยการนวดเข่าครั้งละ 20 นาที ประคบด้วยลูกประคบสูตรกลุ่มวิสาหกิจนวดแผนไทย แพทย์แผนไทยเมืองปอนครั้งละ 20 นาที พอกเข่าด้วยสมุนไพรสด สูตรสมุนไพรของกลุ่มวิสาหกิจนวดแผนไทย แพทย์แผนไทยเมืองปอนครั้งละ 30 นาที ได้แช่เท้าด้วยน้ำต้มสมุนไพรสูตรกลุ่มวิสาหกิจนวดแผนไทย แพทย์แผนไทยเมืองปอนครั้งละ 30 นาที

2.2. ผู้ป่วยได้รับการแช่ตัวด้วยน้ำแร่ หรือน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้ง ควบคุมอุณหภูมิน้ำแร่ระหว่าง 38-42 องศาเซลเซียส รอบละ 15-20 นาที แล้วขึ้นมาพักดื่มน้ำ 5 นาที วันหนึ่งจะแช่ไม่เกิน 3 ครั้ง (หมายเหตุ: ก่อนการรับบริการแช่ตัวด้วยน้ำแร่ ผู้ป่วยจะถูกวัดความดันโลหิต ชีพจร และประเมินอาการเจ็บป่วยก่อน กรณีที่วัดความดันโลหิตได้ค่าเกิน 140/90 mmHg จะต้องพัก 10 นาที แล้ววัดซ้ำ ถ้าหากความดันโลหิตไม่ลดจะงดกิจกรรมการแช่น้ำพุร้อน)

2.3. แบ่งผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยเป็น 3 ชุด ๆ ละไม่เกิน 30 คน ผู้ป่วยในแต่ละชุดจะได้รับบริการแบบผสมผสานระยะเวลา 8 ครั้งต่อหนึ่งเดือน (คือทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี) โดยแบ่งผู้ป่วยในแต่ละชุดเป็น 2 กลุ่มๆละ 15 คน กลุ่มที่ 1 จะได้รับบริการข้อ 2.1. กลุ่มที่ 2 จะได้รับบริการข้อ 2.2. ในวันอังคาร และสลับบริการ ในวันพฤหัสบดี เมื่อกลุ่มตัวอย่างชุดที่ 1 (จำนวน 30 คน) รับบริการครบ 8 ครั้ง ผู้วิจัยจะรวบรวมผลการประเมิน แล้วให้บริการกลุ่มตัวอย่างชุดที่ 2 และชุดที่ 3 ตามลำดับต่อไป

2.4. ผู้ป่วยจะถูกประเมิน และตรวจสุขภาพด้วยการสอบถามระดับการปวดข้อเข่าด้วยแบบประเมิน visual rating scales ผู้ที่ให้คะแนนความเจ็บปวดคือตัวของผู้ป่วย ตั้งแต่คะแนน 1 ถึง 10 ระยะทางที่ผู้ป่วยสามารถเดินได้ก่อนมีอาการปวดเข่าจนต้องหยุดพัก ความสามารถในการนั่งยอง และปริมาณการใช้ยาแก้ปวด ก่อนและ หลังรับบริการตามรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมครบโปรแกรม 1 เดือน (8 ครั้ง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลระดับการปวดใช้ประเมินความรุนแรงของอาการปวดโดยผู้ป่วยเอง (visual rating scales) ปริมาณการรับประทานยาแก้ปวด ระยะทางการเดินได้ก่อนต้องพัก และการนั่งยองของผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อน-หลังได้รับรูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired Samples T-Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุขในมนุษย์จังหวัดแม่ฮ่องสอน โดยได้รับอนุมัติจริยธรรมเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2563 หมายเลขรับรอง: MHS REC 054.2563 ทั้งนี้ก่อนทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยต่อหลังจากลงนามในใบยินยอม หรือไม่สามารถเข้ารับบริการตามแผนอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมีอาการเจ็บป่วยระหว่างวิจัยสามารถแจ้งออกจากการศึกษาวิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 89 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.39 เพศชายร้อยละ 14.61 มีอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.81 รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 56-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.33 และช่วงอายุระหว่าง 45-55ปี คิดเป็นร้อยละ 7.86 โดยมีอายุเฉลี่ย 64.79 ปี (SD.= 6.27) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 96.23 และไม่ได้ศึกษา ร้อยละ 3.37 การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 53.93 รองลงมาไม่ประกอบ ร้อยละ 34.83 และประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย ร้อยละ 11.24 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n =89)

ข้อมูลที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	13	14.61
หญิง	76	85.39
อายุ (ปี)		
45 - 55	7	7.86
56 - 65	35	39.33
66 ปีขึ้นไป	47	52.81
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	3	3.37
ชั้นประถมศึกษา	86	96.63
อาชีพ		
รับจ้างหรือค้าขาย	10	11.24
เกษตรกร	48	53.93
ไม่ประกอบอาชีพ	31	34.83

ผลของการใช้ระบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวด

ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานครบ 8 ครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .000) โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการปวดก่อนเข้าร่วมใช้รูปแบบการดูแลผสมผสานจาก 7.12 คะแนน (SD.= 1.78) ลดลงเป็น 5.27 คะแนน (SD.= 1.88) หลังเข้าร่วมใช้รูปแบบการดูแลผสมผสาน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถลดการรับประทานยาแก้ปวดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .000) จำนวนการรับประทานยาแก้ปวดเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมใช้รูปแบบการดูแลผสมผสานเท่ากับ 26.16 เม็ด (SD.= 34.36) ลดลงเป็น 16.86 เม็ด (SD.= 24.93) หลังเข้าร่วมใช้รูปแบบการดูแลผสมผสาน (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการ

ข้อมูลที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		p-value
	mean	SD.	mean	SD.	
อาการปวด	7.12	1.78	5.27	1.88	.000**
การรับประทานยาแก้ปวด (เม็ด)	26.16	34.36	16.86	24.93	.000**

**p-value < .05, **p-value <.01*

เมื่อประเมินผลขอการใช้รูปแบบผสมผสานต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้ระยะทางที่มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= .000) เปรียบเทียบระยะทางเฉลี่ยก่อน และหลังเข้าใช้รูปแบบผสมผสานที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเดินได้จนต้องหยุดพักเท่ากับ 308.51 เมตร (SD.= 401.33) เพิ่มระยะทางเป็น 401.33 เมตร (SD.= 393.88) ตามลำดับ และสามารถเพิ่มความสามารถในการนั่งยองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p= .024) โดยเพิ่มคะแนนความสามารถในการนั่งยองก่อนเข้าร่วมใช้รูปแบบผสมผสานจาก .36 คะแนน (SD.= .49) เป็น .46 (SD.= .50) หลังจากเข้าร่วมใช้รูปแบบผสมผสานตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ข้อมูลที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		p-value
	mean	SD.	mean	SD.	
ระยะทางที่ผู้ป่วยสามารถเดิน(เมตร)	308.51	401.33	401.33	393.88	.000**
ความสามารถในการนั่งยอง(คะแนน)	.36	.49	.46	.50	.024*

**p-value < .05, **p-value <.01*

จากตารางที่ 3 จะพบว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.) มีค่าสูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการนั่งยองนั้นเป็นเพราะว่าจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถนั่งยองได้หลังจากการร่วมใช้รูปแบบบริการแบบผสมผสานเพิ่มขึ้นทั้งหมด 19 คน (n = 89 คน) คิดเป็นร้อยละ 21.35

อภิปรายผล

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีจัดการอาการปวด และลดการใช้ยาแก้ปวดในหนึ่งเดือนได้ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างมีจัดการอาการปวดได้ดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากการใช้สมุนไพรสดพอกเข่า แช่มือแช่เท้าด้วยสมุนไพร และแช่น้ำพุร้อน ทำให้ลดอาการปวดเข่า ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวดลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dissara, Sornlom & Junwin (2023) พบว่าเมื่อได้รับการพอกยาสมุนไพรแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกปวดเข่า อาการข้อฝืดที่เข่าลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kensila & Janthasri (2021) พบว่าหลังการพอกสมุนไพรในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม คะแนนเฉลี่ยระดับความปวดเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการใช้รูปแบบผสมผสานที่มีการใช้ยาสมุนไพรพอกเข่า แช่มือแช่เท้า จึงสามารถลดความปวดและลดความฝืดของข้อเข่าช่วงเวลาในการลุกเดินได้ส่งผลให้ความสามารถในการใช้งานดีขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Surin & Saita (2023) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าร่วมกับการประคบร้อนในผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดข้อเข่าลดลง มีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของขาในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบการดูแลแบบผสมผสาน ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการดูแลแบบผสมผสานสามารถเพิ่มความสามารถในการเดินและเพิ่มความสามารถในการนั่งยองได้มากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับน้อยกว่า .05 หลังเข้าร่วมใช้รูปแบบผสมผสาน เป็นผลเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการอาการปวดได้ดีขึ้นและมีการใช้สมุนไพร การนวด การแช่น้ำแร่หรือน้ำพุร้อน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากเดิมเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากการปวด ความไม่สุขสบายจากการปวดเข่า สอดคล้องกับศึกษาของ Biillee (2010) พบว่าเมื่ออาการปวดเข่าลดลง ผู้ป่วยจะสามารถเพิ่มการเคลื่อนไหวและกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น สอดคล้องกับการใช้ธาราบำบัด โดยอาศัยคุณสมบัติของน้ำที่มีอุณหภูมิ 42 องศาเซลเซียส ที่มีความสอดคล้องกับการรักษาทางการแพทย์ โดยอาศัยหลักของการใช้น้ำที่มีอุณหภูมิสูงในระดับที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต มีผลต่อการผ่อนคลายความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ เป็นผลให้รู้สึกสบายตัวยิ่งขึ้น เมื่อร่างกายรู้สึกสบายขึ้น ความตึงเครียดน้อยลง ย่อมมีผลต่อสภาพจิตใจ เป็นการลดความเครียดได้วิธีหนึ่ง (Department of mineral resources Thailand, 2016) เช่นเดียวกับ Sornkaew (2018) ที่กล่าวไว้ว่าการแช่น้ำพุร้อนที่อุณหภูมิ 42-44 องศา จะสามารถช่วยลดความเครียดสะสม ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและช่วยระบบไหลเวียนโลหิตให้ดียิ่งขึ้น อาการปวดของโรคเข่าเสื่อมสามารถบรรเทาอาการด้วยการนวด การการส่งเสริมการบริหารข้อ เช่น การบริหารแบบไทยท่าฤาษีดัดตน (Nunlaong et al., 2018) การออกกำลังกายหรือการบริหารกล้ามเนื้อรอบเข่า (Chukam, 2021) การใช้ยาสมุนไพรลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อและกล้ามเนื้อเป็นทางเลือกหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ เช่น การประคบร้อนสมุนไพรไทยสามารถบรรเทาอาการเจ็บปวด (Chiranthanut et al., 2014) ดังนั้นรูปแบบการดูแลแบบผสมผสานคือ การแช่น้ำพุร้อน การนวดเข่า แช่มือแช่เท้า และพอกเข่าด้วยสมุนไพร รูปแบบบริการเหล่านี้สามารถเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ ช่วยลดอาการปวดของกล้ามเนื้อและข้อได้

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ข้อจำกัดเรื่องเครื่องมือ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในครั้งนี้ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองเป็นเครื่องมือที่สร้างใหม่จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถามเฉพาะความสามารถเดิน ความสามารถในการนั่งยองเท่านั้น

อาจมีข้อคำถามน้อยเกินไปที่จะใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำให้ความครอบคลุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีน้อยกว่าความเป็นจริง

2. ในการศึกษาครั้งนี้ในส่วนของระเบียบวิธีวิจัยอาจทำไปได้ไม่ถึงการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบผสมผสานในการจัดการอาการปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมของกลุ่มวิสาหกิจแพทย์แผนไทยนวดแผนไทยเมืองปอน และไม่สามารถเขียนรายละเอียดสูตรสมุนไพรที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมอย่างละเอียดเนื่องจากเจ้าของสูตรสมุนไพรไม่อนุญาตให้เผยแพร่

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

การใช้น้ำแร่ที่อุณหภูมิประมาณ 42 องศาเซลเซียสร่วมกับการนวดการใช้ยาสมุนไพรพอกเข่า แช่มือแช่เท้าสามารถลดอาการปวด ทำให้ลดอัตราการใช้ยาแก้ปวด และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นหากสถาบริการทางสุขภาพใดที่มีผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมและมีข้อจำกัดเรื่องการรับประทานยาแก้ปวดหรือข้อจำกัดในการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ผู้ให้บริการทางสุขภาพสามารถเลือกใช้วิธีการดูแลรูปแบบบริการแบบผสมผสานเป็นทางเลือกหนึ่งของการให้บริการได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

รูปแบบบริการแบบผสมผสานใช้เวลายาวนานกว่าที่จะเกิดผลที่ต้องการ ทำให้ผู้รับบริการบางคนอาจจะไม่สะดวกเข้ารับบริการตามรูปแบบที่จัดไว้ ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยสามารถเปรียบเทียบผลของการดูแลผู้ป่วยโรคเข่าเสื่อมในแต่ละกิจกรรมคือ การแช่น้ำพุร้อน เปรียบเทียบกับการนวด การใช้สมุนไพรพอกเข่า เพื่อให้ทราบรูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีเนื่องจากความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รศ.ดร. เดชา ทำดี และ รศ.ดร.วราภรณ์ บุญเชียง ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้คำปรึกษาการ ดำเนินงานวิจัย ตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ในการจัดทำสารนิพนธ์ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอขุนยวม และครอบครัวของข้าพเจ้า ที่ได้ให้กำลังใจและ ส่งเสริมสนับสนุนกำลังทรัพย์ในการศึกษาเล่าเรียนครั้งนี้จนสำเร็จการศึกษา ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกๆท่าน ที่ได้กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และทีมผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุสำกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองปอน เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้งที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเข้าใช้บริการน้ำพุร้อนบ้านหนองแห้ง รวมถึงเพื่อนและพี่น้องที่เป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูลใน การศึกษาเป็นอย่างดี คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นเครื่องบูชาบุพการี บูรพาจารย์ และผู้ที่มีอุปการะคุณทุกท่านที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้ศึกษาประสบความสำเร็จในการดำเนิน ชีวิตและก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

เอกสารอ้างอิง

American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2022). Treatment of osteoarthritis of the knee: Evidence-based guideline (3rd ed.). American Academy of Orthopaedic Surgeons.

Biillee, A. (2010). The effect of knee pain on physical function and quality of life in older adults. Journal of Pain, 11(10), 1008-1014.

Bovornkitti, S. (2011). Benefits and disadvantages from bathing in mineral water. Thammasat Medical Journal, 11(2), 132-133. http://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG5550011 (in Thai).

Chen, A., Gupte, C., Akhtar, K., Smith, P., & Cobb, J. (2012). The global economic cost of osteoarthritis: How the UK compares. Arthritis, 2012, 698709. https://doi.org/10.1155/2012/698709

Chiranthanut, N., Hanprasertpong, N., & Teekachunhatean, S. (2014). Thai massage, and Thai herbal compress versus oral ibuprofen in symptomatic treatment of osteoarthritis of the knee: A randomized controlled trial. BioMed Research International, 2014, 490512. https://doi.org/10.1155/2014/490512

Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Academic Press.

Department of Mineral Resources Thailand. (2016). Types and benefits of hot spring bathing. http://www.dmr.go.th/main.php?filename=type (in Thai).

Dillon, C. F., Rasch, E. K., Gu, Q., & Hirsch, R. (2006). Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: Arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. The Journal of Rheumatology, 33(11), 2271-2279.

Dissara, D., Sornlom, K., & Junwin, B. (2023). Effect of Herbal Poultice for Knee Pain Relief in Patients with Osteoarthritis of Knee: Systematic Review. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital, 38(1). (in Thai).

Felson, D. T., Naimark, A., Anderson, J., Kazis, L., Castelli, W., & Meenan, R. F. (1987). The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. Arthritis and Rheumatism, 30(8), 914-918. https://doi.org/10.1002/art.1780300811

Jordan, J. M., Helmick, C. G., Renner, J. B., Luta, G., Dragomir, A. D., Woodard, J., Fang, F., Schwartz, T. A., Abbate, L. M., Callahan, L. F., Kalsbeek, W. D., & Hochberg, M. C. (2007). Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: The Johnston County Osteoarthritis Project. The Journal of Rheumatology, 34(1), 172-180.

Khumsab, S. (2020). The study effect of herbal poultice on pain treatment in osteoarthritis of elderly at Wangsa health promoting hospital, Sri Prachan district, Suphanburi province. Academic Journal of Eastern University of Management and Technology, 17(2), 275-284. (in Thai).

Kensila, U., & Janthasri, A. (2021). The Effects of Thai Herbal Paste on Knee Pain in Elderly with Osteoarthritis. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29(4). (in Thai).

Parasin, N., Khumful, S., & Thammachai, A. (2017). Immediate effects of Thai herbal hot pack treatment on pain and lower back flexibility: A pilot study. Songklanagarind Medical Journal, 35(3), 67-71. (in Thai).

Sornkaew, W. (2018). Aquatic Therapy Center [Unpublished bachelor's thesis]. Department of Architecture, Faculty of Architectural Sciences, Sripatum University. (in Thai).

Surin, D., & Saita, S. (2023). Effectiveness of self-management program by knee exercises in combination with hot compress in elderly with knees osteoarthritis in Primary Care Unit, Hang Chat Hospital, Lampang Province. Journal of Physical Therapy, 45(2), 97-111. (in Thai).

Udomchoke, V. (2014). Community participatory action research for hot spring tourism development in the Western Thailand [Unpublished doctoral dissertation]. Srinakharinwirot University. http://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG5550011 (in Thai).

Weerasirirat, P., Hongto, K., Meunjai, P., & Namsawang, J. (2015). Effect of physical therapy management in monk with OA knee. http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/2559_090.pdf (in Thai).

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Hematuria, Male Surgical Ward, Phrae Hospital

Tidalux Kaewjaem[1*] Thitinut Akkadechanunt[**] Petsunee Thungjaroenkul[**]

(Received January 7, 2024, Revised: April 22, 2024, Accepted: April 30, 2024)

Abstract

Discharge planning is a crucial process in preparing patients for self-care and self-management following their release from the hospital. This developmental study aimed to enhance the quality of discharge planning for patients with hematuria in the Male Surgical Ward, Phrae Hospital. A total of 13 professional nurses, including five registered nurses with extensive experience in discharge planning, participated in the study. The research instrument comprised general information records, a discharge planning checklist, and an incident data record form, which had a content validity of 1.0 and a reliability of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics.

The study findings indicated that the accuracy and completeness of the discharge planning practices for patients with hematuria at the admission and stable phases were 100%, while the accuracy and completeness at the discharge phase were 83.33%. There were no instances of hospital re-admission within 28 days, and the average length of stay for patients with bloody urine decreased from 5.21 days to 4.80 days.

Keywords: discharge planning; hematuria quality; improvement

[*] *Registered Nurse, Professional Level, Phare Hospital.*

[**] *Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

[1]*Corresponding author: tidalux0632@gmail.com*

การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่

ธิดาลักษ์ แก้วแจ่ม[1*] ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์[**] เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล[**]

(วันรับบทความ : 7 มกราคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 22 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ: 30 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลและจัดการกับตนเองได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การศึกษาเชิงพัฒนาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ประกอบด้วย ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ จำนวน 5 คน และทีมผู้ปฏิบัติ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย และแบบบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์โดยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความเป็นปรนัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 1.0 และค่าความเชื่อมั่นของแบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดภายหลังการพัฒนาคุณภาพ ระยะแรกรับและระยะอาการคงที่ปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ 100.00 ส่วนระยะจำหน่ายปฏิบัติได้ถูกต้องและครบถ้วนร้อยละ 83.33 ไม่เกิดอุบัติการณ์การกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันและจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ลดลงจากจำนวน 5.21 วัน เป็น 4.80 วัน

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย; ปัสสาวะปนเลือด; การพัฒนาคุณภาพ

[*] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลแพร่*

[**] *อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: tidalux0632@gmail.com*

บทนำ

ปัสสาวะปนเลือด (Hematuria) เป็นภาวะที่พบเซลล์เม็ดเลือดในปัสสาวะ มีสาเหตุจาก เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ นิ่ว ภาวะไตอักเสบ ต่อมลูกหมากโตหรืออักเสบ อุบัติเหตุต่อระบบทางเดินปัสสาวะ (Avellino, Bose & Wang, 2016) โดยมีอุบัติการณ์ความชุกของภาวะปัสสาวะปนเลือดอยู่ที่ร้อยละ 2.1-34 ของประชากรทั่วไป พบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายมักจะสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งไต ผู้หญิงจะสัมพันธ์กับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ (American Urological Association, 2021) ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของภาวะถ่ายปัสสาวะปนเลือดประมาณร้อยละ 13 ของประชากรทั่วไป พบมากที่สุดระหว่างอายุ 50 - 70 ปี และพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Thaidamrong, 2020) การมีก้อนเลือดปนออกมากับปัสสาวะทำให้เกิดอาการปวด ปัสสาวะออกเองไม่ได้ ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อปัสสาวะทำให้เกิดความไม่สุขสบายและรู้สึกวิตกกังวล (Saleem & Hamawy, 2022) และจากการที่ภาวะปัสสาวะปนเลือดมีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งในระบบทางเดินปัสสาวะสูงถึงร้อยละ 48-83 เช่น มะเร็งกระเพาะปัสสาวะร้อยละ 83, มะเร็งท่อไตร้อยละ 66, มะเร็งไตร้อยละ 48 เป็นต้น (Thaidamrong, 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นจะต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและต้องคาสายสวน กลับบ้าน ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายหมายถึง กระบวนการเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยจากระดับหนึ่งไปสู่อีกระดับหนึ่งของการดูแล ขั้นตอนประกอบด้วยการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหา การลงมือปฏิบัติ การประเมินผลติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการทำงานเป็นทีมของสหสาขาและสถานบริการสุขภาพทุกระดับตามบริบทของผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่าย (Thammikabowon, 2011) แนวคิดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเริ่มต้นจากประเทศแถบตะวันตกที่ประสบปัญหาทางด้านเศรษกิจและปริมาณผู้ป่วยที่สูงขึ้น เกิดการขาดแคลนเตียง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วที่สุด สิ่งที่สำคัญคือการวางแผนการดูแลภายหลังจำหน่ายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและโรงพยาบาลสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (Nursing Division, 1996) นอกจากนี้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทยกำหนดมาตรฐานว่าให้การวางแผนจำหน่ายเป็นหนึ่งในองค์ประกอบที่ทุกโรงพยาบาลต้องได้รับการตรวจสอบว่าโรงพยาบาลมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและส่งผลให้ระบบบริการพยาบาลมีคุณภาพอย่างแท้จริง การวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสนับสนุนความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ เกิดความเชื่อมโยงระหว่างการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาลและการดูแลหลังการจำหน่ายในชุมชน ลดระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Wong et al., 2011; Lin et al., 2012) ดังนั้นการวางแผนจำหน่ายที่ส่งเสริมการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพในทุกระดับจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ปัจจุบันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีหลากหลายรูปแบบ แต่รูปแบบการวางแผนจำหน่ายที่ทีมสหสาขานิยมใช้ได้แก่รูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย 1) D คือ Diagnosis หมายถึง การให้ความรู้เรื่องโรค ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2) M คือ Medication หมายถึง การอธิบายเรื่อง ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา 3) E คือ Environment หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจ 4) T คือTreatment หมายถึง การสอนทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา 5) H คือ Health หมายถึง การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการป้องกันการทรุดลงของอาการ 6) O คือ Outpatient หมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และ 7) D คือ Diet คือ การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Patel & Bechmann, 2023) ทั้งนี้เนื่องจากการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD เป็นรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้

ผู้ป่วยเกิดความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง (Ritklar, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ketnoi, Abhicharttibutra, & Chitpakdee (2019). พบว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานและทีมสหสาขาวิชาชีมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และจากการศึกษาของ Kawleang, Rachaneekul, & Pukbunmee (2012) พบว่า สามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนของทารกคลอดก่อนกำหนด

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ มีผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะเข้ารับบริการในปี 2562 ถึง ปี 2564 จำนวน 19 24 และ 31 รายตามลำดับ พบอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 16.12 ถึง 20 โดยพบมากในผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเมื่อทำการรวบรวมสาเหตุของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ครอบคลุม ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อหรือปัสสาวะลำบากจากการมีลิ่มเลือดไปอุดตันที่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งสาเหตุเหล่านี้จะสามารถป้องกันหรือแก้ไขได้หากมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายอย่างดี และเมื่อทบทวนการวางแผนจำหน่ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายพบว่า หน่วยงานยังไม่มีแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด มีเพียงการการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านแต่ยังไม่ครอบคลุม เช่น ไม่พบหลักฐานการให้คำแนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนวันนัด (Phrae Hospital Medical Records Unit, 2020) ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมองเห็นถึงปัญหาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ทำให้มีความสนใจที่จะศึกษา การพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดตามรูปแบบ D-METHOD โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โฟกัส- พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพการวางแผนจำหน่าย 2) สร้างทีมที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย 3) ทำความเข้าใจกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่ต้องปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกขั้นตอนที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงแผนการจำหน่าย 7) การนำกระบวนการที่วางแผนไปปฏิบัติ 8) การตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) การดำเนินการและทำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยคาดหวังว่าการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพ จะสามารถลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วยอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA

คำถามการวิจัย

1. แผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการพัฒนาวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง FOCUS-PDCA เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโฟกัส พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Dr. Edwards Deming ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพการวางแผนจำหน่าย 2) สร้างทีมที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่าย 3) ทำความเข้าใจกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่ต้องปรับปรุง 4) ทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ 5) เลือกขั้นตอนที่ต้องการปรับปรุง 6) วางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงแผนการจำหน่าย 7) การนำกระบวนการที่วางแผนไปปฏิบัติ 8) การตรวจสอบการปฏิบัติ และ 9) การดำเนินการและทำให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรูปแบบ D-METHOD ประกอบด้วย1) D คือ Diagnosis หมายถึง การให้ความรู้เรื่องโรค ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2) M คือ Medication หมายถึง การอธิบายเรื่อง ยาที่ผู้ป่วยได้รับ ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยา 3) E คือ Environment หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอุปสรรคทางด้านเศรษฐกิจ 4) T คือTreatment หมายถึง การสอนทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เช่น กระบวนการบำบัดที่ได้รับ รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง 5) H คือ Health หมายถึง การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการป้องกันการทรุดลงของอาการ 6) O คือ Outpatient หมายถึง ผู้ป่วยเข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่และสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน และ 7) D คือ Diet คือ การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study)

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย จำนวนทั้งหมด 18 คน แบ่งเป็น 2 ทีม ดังนี้

ทีมที่ 1 ทีมพัฒนา ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบส่งข้อมูลผู้ป่วยในระบบเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพงานของหอผู้ป่วย 2 คน และผู้ศึกษา รวมจำนวน 5 คน เป็นแกนนำในการพัฒนาคุณภาพ ทำหน้าที่สังเกต ตรวจสอบ หาสาเหตุ และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด

ทีมที่ 2 ทีมผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน การเลือกประชากรเป็นแบบเจาะจง คือเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีรายชื่อปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่และไม่ใช่พยาบาลทีมพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เครื่องมือในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพและรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

1.1 แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดตามรูปแบบ D-METHOD

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาลที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของทีมปฏิบัติเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ

2.2 แนวคำถามในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อระดมสมองทีมปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ปัญหาที่พบในการวางแผนจำหน่าย วางแนวทางแก้ไขปัญหาการวางแผนจำหน่าย โดยคำถาม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แผนภูมิก้างปลา

2.3 แบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ข้อคำถามมีจำนวน 19 ข้อ มีลักษณะเป็นรายการให้เลือกตอบว่า ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย มีระดับการวัดคะแนนการจากปฏิบัติตามแบบบันทึกเป็น 2 ระดับ คือ บันทึก ได้ 1 คะแนน ไม่บันทึกได้ 0 คะแนน

2.4 แบบบันทึกคุณภาพของการวางแผนจำหน่ายซึ่ง มีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและประวัติโรคประจำตัว ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบอย่างอิสระ จำนวน 6 ข้อ 2) แบบบันทึกอุบัติการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วันประกอบด้วย 1. จำนวนวันนอนโรงพยาบาลครั้งที่ผ่านมา 2. อาการและอาการแสดงหลงเหลือก่อนจำหน่าย 3) แบบบันทึกจำนวนวันนอนโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดและแบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน ผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลแพร่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ วิทยาลัยบรมราชชนนีแพร่ จังหวัดแพร่ 1 ท่าน จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้ค่า = 1.0 ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์การยอมรับได้ที่ .80 (Srisathitnarakun, 2007).

2. ตรวจสอบความเป็นปรนัย โดยผู้ศึกษานำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แนวคำถามในการประชุมกลุ่ม และแบบบันทึกคุณภาพของการวางแผนจำหน่ายไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา (complete) ความชัดเจนของคำถาม (clarify) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับการสอบถาม (sequence the questions) จากนั้นนำข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปรวบรวมเก็บข้อมูล

3.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด ที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงตามคำนะนำ ไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลแพร่ จังหวัดแพร่ จำนวน 10 คน จากนั้นนำผลการประเมินการปฏิบัติมาวิเคราะห์มาหาความเชื่อมั่นของแบบตรวจสอบโดยวิธีหาความคงเส้นคงวา ตามสูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 ซึ่งมีค่ามากกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ที่ .80

การรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แนวคิด FOCUS-PDCA เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

1. นำเสนอโครงร่างการศึกษาเพื่อการค้นคว้าแบบอิสระ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เอกสารข้อมูลการศึกษาโครงการ เสนอต่อคณะกรรมการจริยะธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร่

2. ค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพการวางแผนจำหน่าย โดยการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นภายในหน่วยงาน ศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ทบทวนอุบัติการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ตรวจสอบการปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย

3. จัดตั้งทีมงานพัฒนาแผนจำหน่าย โดยเลือกเชิญหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานส่งข้อมูลผู้ป่วยในระบบเยี่ยมบ้าน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพงานพัฒนาคุณภาพ จำนวน2 คน ร่วมกับผู้ศึกษา รวมทั้งหมด จำนวน 5 คน

4. ทีมงานพัฒนาแผนจำหน่ายประชุมร่วมกับผู้ปฏิบัติ ทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการวางแผนจำหน่ายของหอผู้ป่วย กำหนดกระบวนการวางแผนจำหน่ายที่ต้องปรับปรุง วิเคราะห์สาเหตุของความแปรปรวนในกระบวนการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และวางแผนแก้ไขปัญหาหรือปรับปรุงแผนการจำหน่าย

5. นำแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ไปปฏิบัติ

6. ทีมงานพัฒนาแผนจำหน่ายตรวจสอบการปฏิบัติตามแผนของผู้ปฏิบัติ

7. หลังจากทีมพัฒนาและทีมผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้ว ผู้ศึกษานัดประชุมทีม ประกาศผลการพัฒนา และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง กำหนดให้เป็นแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การค้นคว้าอิสระครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 119/2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลแพร่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 16/2566 ให้ดำเนินการศึกษาได้ หลังจากนั้นจึงได้นำการศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ไปอธิบาย วัตถุประสงค์การศึกษา วิธีดำเนินการ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขอความร่วมมือในการศึกษาจากพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ศึกษาจัดทำเอกสารชี้แจงประชากรให้เข้าใจงานวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า สามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ ข้อมูลที่รวบรวมจะไม่ได้รับการเผยแพร่ สามารถแจ้งยุติการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องอธิบายใดๆและไม่มีผลต่อประชากรที่ศึกษา ผลการค้นคว้าครั้งนี้จะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในการประชุมกลุ่มจะรบกวนประชากรน้อยที่สุด และเมื่อประชากรรู้สึกเหนื่อยล้า สามารถหยุดพักจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่มได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใดๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ข้อมูลวันนอนโรงพยาบาลและอุบัติการณ์ของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วันวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่

ผลการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษา แบ่งเป็น 2 ทีม ได้แก่ 1) ทีมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 5 คน ที่เป็นเพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 39 ปี วุฒิการศึกษาปริญญาตรีจำนวน 4 คน ระยะเวลาในการทำงานเฉลี่ย 23.60 ปี 2) ทีมปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายจำนวน 13 คนเป็นเพศหญิงจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีอายุระหว่าง 31-35 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 46.15 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีประสบการณ์ในการทำงาน 6-10 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 53.84

2. ภายหลังจากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นได้ครบถ้วนร้อยละ 100 เกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นการสื่อสารข้อมูลกับทีมบุคลากรสุขภาพ โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายได้ถูกต้องจำนวน 25 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ 83.33 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (n = 30)

กิจกรรม	การปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินระยะ 24 ชั่วโมงแรก		
1. ค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย	30	100.00
2. แจ้งชื่อแพทย์เจ้าของไข้	30	100.00
3. แจ้งการวินิจฉัยโรค	30	100.00
4. ให้ความรู้เรื่องการรักษาเบื้องต้น การบรรเทาอาการและการพยาบาลตามความสำคัญของปัญหา	30	100.00
การพยาบาลในระยะอาการคงที่		
5. การดูแลอย่างต่อเนื่อง	30	100.00
6. การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย	30	100.00
7. การจัดการปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล	30	100.00
8. ประเมินผลการดูแล/ประเมินความก้าวหน้าของการดูแล	30	100.00
9. ค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลการดูแลภายหลังการจำหน่าย	30	100.00
10. ประสานทีมสหสาขาในการดูแลและการวางแผนจำหน่าย	30	100.00
11. อธิบายแผนการรักษผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบ	30	100.00
12. กำหนดแผนการจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD	30	100.00
- Diagnosis การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง		
- Medication การแนะนำการใช้ยาที่ผู้ป่วยได้ ขนาด วิธีใช้ และข้อควรระวัง		
- Environment จัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสม		
- Treatment สอนทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา		
- Healthการฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อน		
- Outpatient การมาตรวจตามนัด การติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน		
-Diet เลือกอาหารให้เหมาะสมกับโรค		
13. ปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายตามรูปแบบD-METHOD	30	100.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (n = 30)

กิจกรรม		การปฏิบัติ
<u>การประเมินระยะจำหน่าย</u>		
14. ประเมินผลการรักษา	30	100.00
15. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ	30	100.00
- การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน		
- การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน		
- การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน		
- การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล		
-วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องติดตัวกลับไปบ้าน		
-ยาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง		
-การมาตรวจตามนัด		
-การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนนัด		
16. ประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย	30	100.00
17. ประสานการส่งต่อข้อมูลกับทีมบุคลากรสุขภาพ	25	83.33
18. การนัดติดตามอาการ/เอกสารการนัด	30	100.00
19. การนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมที่บ้าน/การสอบถามทางโทรศัพท์	30	100.00

3. ภายหลังจากการพัฒนาคุณภาพ อุบัติการณ์การของการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน เท่ากับ 0 และจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดระหว่างพัฒนาการวางแผนจำหน่ายลดลง จากจำนวน 5.21 วันเป็น 4.80 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน และจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดก่อนและหลังการพัฒนา

อุบัติการณ์	ก่อนการวางแผนจำหน่าย (ค่าเฉลี่ย 2562-2564)	ระหว่างการวางแผนจำหน่าย (n = 30)
การกลับเข้ารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลภายใน 28 วัน	4.33	0
จำนวนวันนอนเฉลี่ย	5.21	4.80

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ภายหลังจากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นได้ครบถ้วนร้อยละ 100 เกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นการสื่อสารข้อมูลกับทีมบุคลากรสุขภาพ โดยพยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายได้ถูกต้องจำนวน 25 เวชระเบียน คิดเป็นร้อยละ

83.33 ทั้งนี้เนื่องจากการนำกระบวนการ โฟกัส-พีดีซีเอ (FOCUS-PDCA) ช่วยให้พยาบาลทุกคนได้ร่วมกันวางแผนจำหน่ายในทุกขั้นตอนโดยเริ่มจากการค้นหากระบวนการในการปรับปรุงคุณภาพ การทำความเข้าใจสาเหตุของความแปรปรวนของกระบวนการ การจัดทำแนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่าย และการนำแผนการจำหน่ายที่พัฒนาร่วมกันไปปฏิบัติ การที่บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาคุณภาพ ส่งผลให้บุคลากรทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ เกิดความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนา มุ่งเน้นเรื่องการแก้ปัญหา จนเกิดการปฏิบัติที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เมื่อนำไปปฏิบัติทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินผล เกิดการหมุนวงล้อในการพัฒนาคุณภาพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ (McLaughlin & Kaluzny, 1999) นอกจากนี้การที่ผู้ศึกษาเลือกใช้เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพคือการระดมสมองและแผนภูมิก้างปลาในการวิเคราะห์สาเหตุหรือรากเหง้าของปัญหาในการวางแผนจำหน่าย ทำให้พยาบาลที่เป็นทีมพัฒนา และผู้ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาอย่างแท้จริง สามารถร่วมกันกำหนดแนวทางและปรับปรุงการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่ดีขึ้น ซึ่งการใช้แผนภูมิก้างปลาช่วยให้ในการค้นหาและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงอย่างเป็นระบบ

ในปฏิบัติการพยาบาลการประสานการส่งต่อข้อมูลกับทีมบุคลากรสุขภาพ พยาบาลสามารถปฏิบัติได้เพียงร้อยละ 83.33 อธิบายได้ว่า ในระหว่างที่จำหน่ายผู้ป่วยบางครั้งมีผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ หรือมีผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง ที่ต้องการการดูแลจากพยาบาล ทำให้เกิดความเร่งรีบในการลงข้อมูล และสื่อสารกับทีมสหสาขาในการเยี่ยมบ้าน จากการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการจำหน่ายผู้ป่วยยังพบว่าผู้ที่ดำเนินการจำหน่ายบางคนเป็นพยาบาลจบใหม่ ยังไม่มีประสบการณ์ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในระบบ หรือไม่ได้มีประสบการณ์ในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย อีกทั้งในบางราย พยาบาลใหม่เข้าใจว่าพี่พยาบาลหัวหน้าเวรจะเป็นผู้ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือด จึงไม่ได้ดำเนินการประสานข้อมูล

2. ภายหลังจากการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแพร่ ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะไม่พุ่งและมีลิ่มเลือดปนออกมา แต่ยังปัสสาวะออกเองได้หลังจากผู้ป่วยบีบคลึงสายสวน และจากการติดตามผู้ป่วยในระบบการส่งต่อเยี่ยมบ้านในระบบ Home Health Care พบผู้ป่วยจำนวน 5 รายที่เข้ารับการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลชุมชน แต่ไม่ได้พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยสามารถจัดการแก้ปัญหาเบื้องต้นหรือดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้องหลังจากได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยได้รับการวางจำหน่ายช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแก้ไขปัญหาและรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับสถาณการณ์ที่ยากลำบาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลดาวัลย์ ฤทธิ์กล้า ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD ที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายจะช่วยให้มีผู้ป่วยดูแลตนเอง สามารถลดการการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีปัสสาวะเป็นเลือด ลดลงจากจำนวน 5.21 วัน เป็น 4.80 วัน (Ritklar, 2018) เนื่องจาก ผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความพร้อมในการจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Patong, Pomrin, Sutumkittikun & Somjit (2020). ที่พบว่าการวางแผนจำหน่ายสามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ควรติดตามประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยที่มีปัสสาวะปนเลือดไปใช้ในการปฐมนิเทศพยาบาลใหม่หรือนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย

3. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการกระตุ้นให้พยาบาลประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันทุกโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พัฒนาคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ตามรูปแบบ D-METHOD โดยใช้กระบวนการ FOCUS-PDCA ในการดำเนินงานในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดี ไส้เลื่อน ประเมินคุณภาพการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอื่นๆ ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อ แนวปฏิบัติในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ

เอกสารอ้างอิง

American Urological Association. (2021). *Management of benign prostatic hyperplasia /lower urinary tract symptoms.* American Urological Association.

Avellino, G. J, Bose, S., & Wang, D. S. (2016). Diagnosis and management of hematuria. *Surgical Clinics, 96*(3), 503-515.

Kawleang, K, Rachaneekul, P. & Pukbunmee, R. (2012). Developing a model for planning the discharge of premature infants that promotes continuous care. *Journal of Health TH Science Research, 6*(1), 27-39. (in Thai).

Ketnoi, Ch., Abhicharttibutra, K., & Chitpakdee, B. (2019). Quality Improvement of Discharge Planning for Patients with Head and Neck Cancer, Eye Ear Nose and Throat Ward *Buddhachinaraj Phitsanolok Hospital: Nursing journal,* 47(2), 417-426. (in Thai).

Lin, C., Cheng, S., Shih, S, Chu, C., & Tjung, J. (2012). Discharge planning. International *Journal of Gerontology, 6*(4), 237-240.

McLaughlin C. P., & Kaluzny, A. D. (1999). *Continuous quality improvement in health care: Theory, Implementation, and application.* Maryland, U.S.A.: Aspen.

Nursing Division (1996). *Guidelines for patient discharge planning*. Thammasat University. (in Thai).

Patong, W., Pomrin, R., Sutumkittikun, S., & Somjit, C. (2020). The Effectiveness of Discharge Planning for Pediatric Patients with Pneumoniain Phrae Hospital. Journal of the Phrae Hospital.28(2), 36-49. (in Thai).

Phrae Hospital Medical Records Unit. (2020). *Medical records.* Phrae Hospital. (in Thai).

Ritklar, L. (2018). Results of discharge planning by using D-METHOD on re-admission and satisfaction in patients with coronary artery disease. *TUH Journal online*, 3(3), 19-27. (in Thai).

Saleem, M. O., & Hamawy, K. (2022). Hematuria. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534213

Srisathitnarakun. B. (2007). *Nursing research methods.* (5th ed). Chulalongkorn University. (in Thai).

Thaidamrong, T. (2020). Prostate cancer knowledge. Retrieved from https://thaiprostatecancer.com/what-term-cause-19092020. (in Thai)

Thammikabowon, S. (2011). *Holistic Nursing: Case Studies: Holistic Nursing for Cancer Patients, Holistic Nursing for Heart Failure Patient*. Nontaburee: Pimluk print.

Wong, E. L., Yam, C. H., Cheung, A. W., Leung, M., Chan, F. W., Wong, F. Y., & Yeoh, E.-K. (2011). Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research, 11*(1), Article 242. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-242

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Effect of the Integrative Program on Relapse Prevention Among Persons with Amphetamine Dependence

Panatda Teerachue[1*]

(Received March 7, 2024, Revised: April 20, 2024, Accepted: May 1, 2024)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of the integrative program on relapse prevention among persons with amphetamine dependence. Twelve participants from the outpatient department at San Sai Hospital, Chiang Mai Province were recruited and purposive selected to participate in this study according to the criteria set by the research and passing the cognitive assessment (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) scores equal to or greater than 25 points. The samples attended an integrative program three times a week for 3 weeks. The relapse prevention intention scale and the behavior drug prevention test (reliability at .95 and .76 respectively) were applied for data collection before and after participation, then two and four-week follow-up. Descriptive statistics, the Friedman test, and the Wilcoxon Signed Rank Test were used for data analysis.

The results revealed that the mean scores of intention to prevent relapse and drug prevention behavior at the pretest, post-test, and two- and four-weeks follow-up were significantly different at .05, but there were no significant differences between mean scores at post-test and two and four weeks follow-up.

The results suggested that this integrative program increases the intention to prevent relapse among amphetamine addicts, leading to an increase in drug prevention behaviors. Therefore, nurses and healthcare providers could apply this program to promote the intention to prevent relapse and drug-prevention behavior in persons with amphetamine and other substance abuse.

Keywords: Amphetamine Dependence; Relapse Prevention; The Integrative Program

[*] San Sai Hospital, Chiang Mai Province

[1]*Corresponding author: panatda27@gmail.com*

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน

ปนัดดา ธีระเชื้อ[1*]

(วันรับบทความ : 7 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 20 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 1 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างคือผู้เสพแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสันทราย ช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่งานวิจัยกำหนดและผ่านการประเมินภาวะพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป จำนวน 12 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และประเมินโดยใช้แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และ .76 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลที่วัดซ้ำด้วยสถิติ Friedman test และเปรียบเทียบระหว่างคู่โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการช่วยเพิ่มความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพติดสารแอมเฟตามีนและช่วยให้มีพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลและให้การบำบัดแก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อการบำบัดสำหรับผู้เสพแอมเฟตามีนหรือสารเสพติดอื่นๆ

คำสำคัญ: ผู้เสพแอมเฟตามีน**;** การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ; โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณา

[*]*โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*

[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: panatda27@gmail.com*

บทนำ

ปัญหายาเสพติดเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาอาชญากรรม ความรุนแรงในครอบครัว บ่อนทำลายเศรษฐกิจ และทำลายเยาวชนผู้ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ จากการสำรวจการใช้สารเสพติดของประชากรไทยอายุ 18 - 65 ปี ของศูนย์ศึกษาปัญหาการเสพติดในปี 2562 – 2565 พบค่าประมาณความชุกการใช้สารเสพติดเมทแอมเฟตามีน ร้อยละ 0.1, 0.5, 0.1, 0.1 (Centre for Addiction Studies, 2022) ทั้งนี้ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือคนเสพ/ติดแอมเฟตามีนแล้วมักจะมีความต้องการที่ทวีความรุนแรงและเพิ่มขนาดในการเสพขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ส่งผลทำให้สุขภาพร่างกายและจิตใจทรุดโทรม จนถึงขั้นทำให้เกิดอาการชักหมดสติและเสียชีวิตได้ ถ้ามีการใช้ยาในขนาดที่สูงต่อครั้ง และหากมีการเสพยาต่อเนื่องก็จะเกิดอาการป่วยทางจิตขึ้น เรียกว่า โรคจิตจากแอมเฟตามีน (Amphetamine Induced Psychotic Disorder) มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และหวาดระแวงอย่างมาก จนเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว คิดฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่นจนได้รับอันตราย (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment & Thanyarak Region Hospital, 2021) นำสู่การเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence : SMI-V) และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น นอกจากผลกระทบต่อร่างกายผู้เสพโดยตรงดังที่กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องและรุนแรงอีกหลายด้าน ได้แก่ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ปัญหาความรุนแรง ปัญหาอาชญากรรม และถูกจับดำเนินคดีข้อหาเสพและค้ายา เป็นต้น (Chusantia & Pinitsunthon, 2017)

ประเทศไทยได้กำหนดให้การแก้ไขปัญหาผู้ติดยาเสพติดเป็นนโยบายสำคัญของประเทศ โดยมีความมุ่งหมายเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของประชาชนให้มีคุณค่า เป็นพลังในการพัฒนาสู่ความมั่นคงของประเทศชาติอย่างยั่งยืน กรอบแนวคิดของการบำบัดรักษา จึงมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงของการเสพติด สอดคล้องกับทิศทางการดำเนินทั่วโลก โดยถือ ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ให้เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจ (Division of Public Health Administration, 2020) โดยใช้แนวปฏิบัติในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ภายใต้ความสอดคล้องตามบริบทและความเป็นจริง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมการรักษา 2) ขั้นบำบัดด้วยยา 3) ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพ และ 4) ขั้นติดตามการรักษา ซึ่งการบำบัดสารเสพติดในสถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้รูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามพบว่าตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559-2563 มีผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วกลับไปเสพยาเสพติดและกลับเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาซ้ำในอัตราที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ ร้อยละ 27.52, 27.61, 55.75, 39.41 และ 34.95 ตามลำดับ (Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, 2021) และปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำของผู้ติดยาเสพติด ได้แก่ความขัดแย้งกับคนในครอบครัว บ้านอยู่ในแหล่งที่มีกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แหล่งจำหน่ายยาเสพติด ได้รับการชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพติดด้วยกัน ครอบครัวและสังคมในชุมชนไม่ยอมรับ (Purahong, 2018) นอกจากนี้ ปัจจัยสภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชนมีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด รองลงมา คือ สภาพแวดล้อมของครอบครัว พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และอิทธิพลจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับระดับการเสพซ้ำ (Nilaban et al., 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ของก้องเกียรติ อุเต็น (Uten et al., 2022) เป็นนวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มทางเลือกและเติมเต็มประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ที่เป็นผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำโดยแนวคิดและหลักการของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ ประกอบด้วย การใช้แนวคิดการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) ของมิลเลอร์ (Miller, 1995a) เป็นแนวคิดหลักที่จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

ของโปรคลาสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1982) ด้วยหลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation interview: MI) มาบูรณาการเข้ากับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) ของเบค (Beck, 1995) เพื่อลดอารมณ์ทางลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการจัดการกับความคิดที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมและการแก้ปัญหาอย่างเข้าใจด้วยมุมมองปัญหาทางบวกตามแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) เดอซูริลล่า (D'zurilla, 2010) เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ภายใต้การเสริมแนวคิดการเจริญสติ (Mindfulness) ทุกขณะจิตเพื่อสร้างเสริมสภาวะจิตใจให้สงบ ผ่อนคลาย และมีสมาธิ ซึ่งพร้อมต่อการรับรู้ข้อมูลต่างๆ จนเกิดความรู้ความเข้าใจ และเชื่อมโยงสู่ความตระหนักต่อปัญหา ผลกระทบ และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สำหรับโรงพยาบาลสันทรายใช้การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยรูปแบบจิตสังคมบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix Program) ในการบำบัดผู้เสพสารเสพติด มีผู้เข้ารับการบำบัดตั้งแต่ปี 2563-2565 จำนวน 276, 306 และ 134 รายตามลำดับ แต่หลังการบำบัดพบการกลับไปเสพซ้ำอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 27.6, 29.8, 25.3 ตามลำดับ ซึ่งสาเหตุการกลับไปเสพซ้ำอันดับแรก คือ เพื่อน ร้อยละ 62.4 รองลงมาคือดื่มสุรา ร้อยละ 26.82 และแหล่งจำหน่ายหาซื้อได้ง่าย ร้อยละ 17.29 ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลงานการการบำบัดผู้เสพสารเสพติดจึงสนใจนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน ซึ่งมีองค์ประกอบที่จะช่วยป้องกันผู้ป่วยไม่ให้กลับไปเสพยาซ้ำ ได้แก่การเจริญสติให้จิตใจสงบ ผ่อนคลาย และมีสมาธิพร้อมต่อการรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากการทำกิจกรรมต่างๆ ตามกระบวนการบำบัด โดยเหนี่ยวนำสู่การสร้างความเข้าใจรูปแบบของความคิดและพฤติกรรมของตนเองที่บิดเบือนไป ร่วมกับการเรียนรู้เพื่อเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมและทักษะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเข้าใจด้วยมุมมองปัญหาทางบวกภายใต้หลักการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องมาใช้กับการบำบัดผู้เสพแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยมุ่งหวังให้โปรแกรมนี้เป็นการเตรียมความพร้อมและป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ ในผู้เสพแอมเฟตามีน และเป็นการหาแนวทางที่หลากหลายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพซ้ำของผู้ที่เสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของผู้ที่เสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และระยะติดตามผล 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

สมมุติฐานการวิจัย

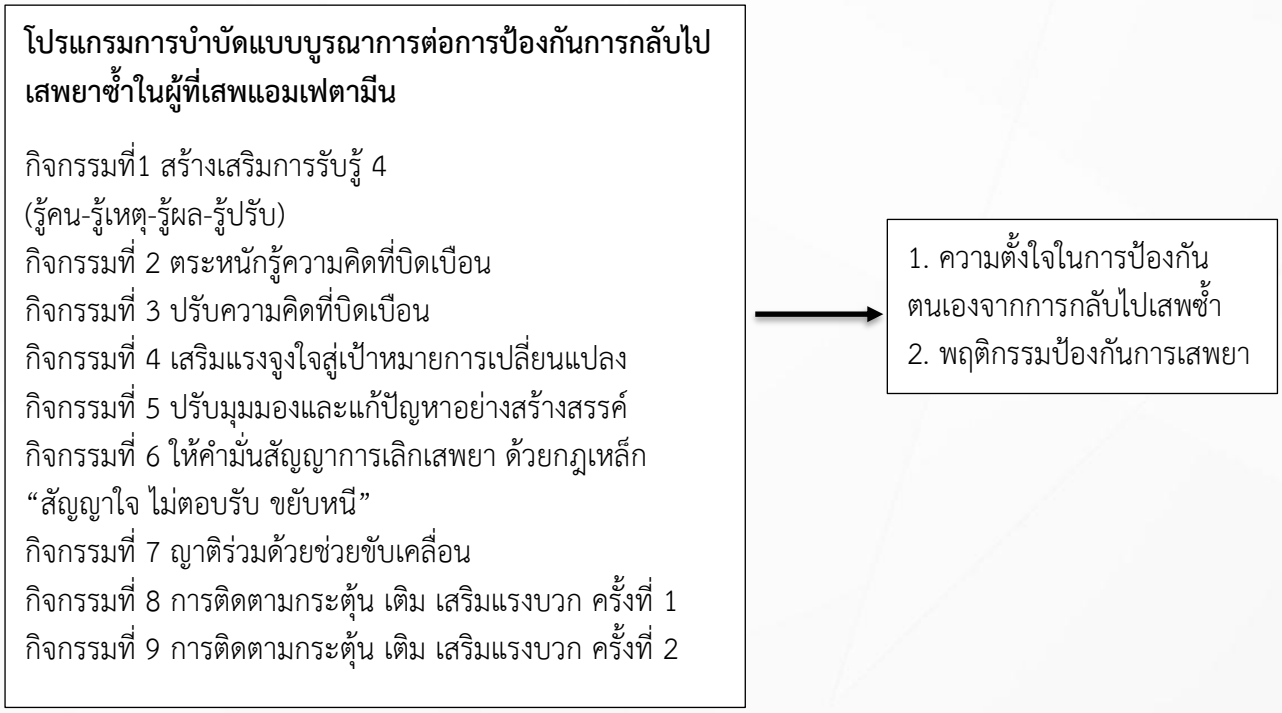
1. คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพซ้ำของผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 2 สัปดาห์ และการติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที การติดตาม 2 สัปดาห์ และการติดตาม 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนทดลอง

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อนหลังและมีการวัดซ้ำ โดยมีตัวแปรต้นคือ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน ตัวแปรตามคือ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันการเสพยา ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน ทำการศึกษาระหว่างกรกฎาคม 2566 – เมษายน 2567

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัด ทางจิตสังคม 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ของมิลเลอร์และโรนิค (Miller& Rollnick, 1996) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ของเบค (Beck, 1995) แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) และแนวคิดการบำบัดโดยการเจริญสติ (Mindfulness) สรุปได้ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fifth Edition: TR [DSM 5]) ที่ได้รับการบันทึกเป็น F15.1 Other stimulant abuse, F15.2 Other stimulant

dependence ตามรหัสของโรคที่ยึดตามระบบขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health problem[ICD-10]) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ในระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2566 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่

1) ผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสันทราย
2) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
3) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมองโดยใช้แบบประเมินภาวะพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป
4) สามารถอ่าน เขียน สื่อสารเป็นภาษาไทยได้
5) ยินดีเข้าร่วมการบำบัดตลอดโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีอาการทางจิตร่วมด้วย (Psychosis) ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด เป็นต้น และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบกระบวนการ

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการอ้างอิงการวิจัยกึ่งทดลองควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มซึ่งมีประชากรจำนวนน้อยควรมีไม่ต่ำกว่า 10 คน (Polit & Hungler, 1995) ซึ่งการศึกษานี้ทำการศึกษาในผู้เสพแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกซึ่งมีจำนวนน้อยและเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังและมีการวัดซ้ำโดยอิงหลักการทำกลุ่มบำบัดที่กำหนดว่ากลุ่มที่ดีควรมีจำนวนสมาชิก 8-12 คน (Thungpankham, 2008) และในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 12 คน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ แบบประเมินภาวะ พุทธิปัญญาฉบับภาษาไทย (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ของ Nasreddine ที่พัฒนาเป็นภาษาไทย โดยโสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์ (Hemrungrojn, 2021) ใช้ประเมินหน้าที่ของ Cognition ด้านต่างๆ ได้แก่ ความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ (executive function) ความจำ ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ(visuoconstructional skills) ความคิดรวบยอด การคำนวณ และการรับรู้สภาวะรอบตัว (orientation) มีคะแนนเต็ม เท่ากับ 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป จึงจะถือว่าปกติ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้เสพแอมเฟตามีน ของก้องเกียรติ อุเต็น (Uten et al., 2022) ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตสังคม 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy) ของมิลเลอร์และโรนิค (Miller& Rollnick, 1996) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) ของเบค (Beck, 1995) แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy) และแนวคิดการบำบัดโดยการเจริญสติ (Mindfulness) ประกอบด้วย 9 กิจกรรม เป็นกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ใช้เวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์

และ กิจกรรมการติดตามต่อเนื่อง โดยติดตาม 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 นับจาก วันจำหน่าย ใช้เวลา 10-30 นาที ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา รูปแบบกิจกรรมและการจัดลำดับของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คนและนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ตารางที่ 1 โปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการและเป้าหมายกิจกรรม

ครั้งที่/กิจกรรม	เป้าหมายของกิจกรรม	ระยะเวลา
ครั้งที่ 1/กิจกรรมที่ 1 สร้างเสริมการรับรู้ 4 (รู้คน-รู้เหตุ-รู้ผล-รู้ปรับ)	ผู้รับการบำบัดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและโรคจิต จากแอมเฟตามีนและผลกระทบที่เกิดขึ้น	45-90 นาที
ครั้งที่ 2/กิจกรรมที่ 2 ตระหนักรู้ความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดรู้จักความคิดอัตโนมัติที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมการเสพยาของตนเอง	45-90 นาที
ครั้งที่ 3/กิจกรรมที่ 3 ปรับความคิดที่บิดเบือน	ผู้รับการบำบัดปรับความคิดที่บิดเบือนและจัดการอารมณ์ทางลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนของตนเอง	45-90 นาที
ครั้งที่ 4/กิจกรรมที่ 4 เสริมแรงจูงใจสู่เป้าหมายการเปลี่ยนแปลง	ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีน	45-90 นาที
ครั้งที่ 5/กิจกรรมที่ 5 ปรับมุมมองและแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	ผู้รับการบำบัดมีมุมมองและแนวทางการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์	45-90 นาที
ครั้งที่ 6/ กิจกรรมที่ 6 ให้คำมั่นสัญญาการเลิกเสพยา ด้วยกฎเหล็ก “สัญญาใจ ไม่ตอบรับ ขยับหนี”	ผู้รับการบำบัดบอกคำมั่นสัญญาในการเปลี่ยนแปลงพฤตกรรมเกี่ยวกับการเลิกเสพแอมเฟตามีนด้วยตนเองอย่างชัดเจนและมีความเป็นไปได้	45-90 นาที
ครั้งที่ 7/กิจกรรมที่ 7 ญาติร่วมด้วยช่วยขับเคลื่อน	ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดมีแนวทางในการดูแลและเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในการเลิกเสพแอมเฟตามีนแก่ผู้รับบริการ	45-90 นาที
ครั้งที่ 8/กิจกรรมที่ 8 การติดตามกระตุ้นเติมเสริม แรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตาม โปรแกรมไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง	10-30 นาที
ครั้งที่ 9/กิจกรรมที่ 9 การติดตามกระตุ้นเติมเสริม แรงบวก	ติดตามประเมินผลการนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตาม โปรแกรมไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง	10-30 นาที

3). เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1) แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำที่สร้างขึ้นโดยสุกุมา แสงเดือนฉาย (Saengduenchai, 2010) เป็นแบบประเมินเจตนาของตนเองของผู้ติดสุราในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการดื่มสุราจากปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่ก้องเกียรติ อุเต็นและคณะ (2565) นำแบบวัดนี้มาใช้วัดความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำโดยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขเชิงโครงสร้าง แนวคิด หรือเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญใดๆ เป็นเพียงการปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องทางภาษาตามบริบทของผู้เสพแอมเฟตามีน คือ แบบวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ จำนวน 28 ข้อ โดยประเมินเจตนาตนเองของผู้เสพแอมเฟตามีนในการพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกลับไปเสพซ้ำจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเกิดอารมณ์ที่นำไปสู่การเสพยา การมีภาวะเจ็บป่วยทางร่างกาย และเมื่อมีความรู้สึกอยากเสพยา และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีผู้ติดหรือเสพยา การขัดแย้งกับบุคคลอื่น กำหนดลักษณะคำตอบแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 6 ระดับ

โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยมิได้มีการดัดแปลงหรือแก้ไขแต่อย่างใด นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95

3.2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดที่สร้างขึ้นโดยศุภร ชินะเกตุ (Shinaket, 2010) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของบุคคลที่ใช้วิธีการต่างๆ ในการปกป้องตนเองให้พ้นจากสถานการณ์หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด เช่น หลีกเลี่ยงจากยาเสพติด การปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้เสพยาเสพติด หรือการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ห่างไกลยาเสพติด เป็นต้น โดยก้องเกียรติ อุเต็น และคณะ (Uten et al., 2022) ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขเชิงโครงสร้าง แนวคิด หรือเนื้อหาที่เป็นสาระสำคัญใดๆ เป็นเพียงการปรับปรุงข้อความให้สอดคล้องทางภาษาตามบริบทของผู้เสพแอมเฟตามีน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับและในการศึกษานี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือนี้มาใช้โดยมิได้มีการดัดแปลงหรือแก้ไขแต่อย่างใด นำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ขั้นเตรียมการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัยของก้องเกียรติ อุเต็น (Uten et al., 2022) และนำเครื่องมื ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดและประเมินการรับรู้ที่ปกติด้วยแบบประเมินพุทธิปัญญา ฉบับภาษาไทย (MoCA-Thai) 2) ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน มีการดำเนินการตามขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 7 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ และมีการประเมินความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด 4 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ ระยะติดตาม 4 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2 ข้อมูลความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างแบบวัดซ้ำมากกว่า 2 ครั้งด้วยสถิติ non-parametric Friedman และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 63/2566 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2566 ให้การรับรองตั้งแต่วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 และมีแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและ/หรือผู้ช่วยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพรวมถึงอธิบายและชี้แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการเก็บข้อมูล การรักษาความลับตลอดจนการที่จะนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมด นำเสนอในรูปผลการวิจัยในภาพรวมโดยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลนั้นได้มีความมั่นใจถึงความมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธในการให้ความร่วมมือ หากไม่สบายใจในการดำเนินการสามารถออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ให้ข้อมูล และครอบครัว

ผลการวิจัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	80.0
หญิง	2	20.0
สถานภาพ		
โสด	6	50.0
คู่	5	41.7
หม้าย	1	8.3
อายุ		
20-29 ปี	7	58.3
30-39 ปี	2	16.7
40-49 ปี	3	25.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1	8.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	41.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	16.7
อนุปริญญา	3	25.0
ปริญญาตรี	1	8.3
อาชีพ		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	16.7
รับจ้าง	7	58.3
ว่างงาน	1	8.3
อื่นๆ/ระบุ	2	16.7
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	1	8.3
1000 - 5000	3	25.0
5000 - 10000	3	25.0
> 10000	5	41.7
ระยะเวลาใช้ยา		
1-5 ปี	5	41.7
6-10 ปี	7	58.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n= 12)	ร้อยละ
สาเหตุที่ใช้ยา		
อยากทดลอง	9	75.0
เพื่อนชักชวน	3	25.0
จำนวนครั้งที่บำบัด		
1 ครั้ง	9	75.0
3 ครั้ง	3	25.0
ผู้ดูแลหลัก		
บิดา มารดา	4	33.3
คู่สมรส	4	33.3
ญาติ	4	33.3

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ80.0 สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 50.0 อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 41.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.3 รายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ41.7 ระยะเวลาการใช้ยาเสพติดก่อนเข้ารับการบำบัด 6-10 ปี ร้อยละ 58.3 สาเหตุที่ใช้ยาเสพติด คืออยากทดลอง ร้อยละ 75.0 เข้ารับการบำบัด 1 ครั้ง ร้อยละ 75.0 โดยผู้ดูแลหลักคือ บิดา-มารดา ร้อยละ 33.3 คู่สมรส ร้อยละ 33.3 และ ญาติ ร้อยละ 33.3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์

รายการประเมิน	Mean	S.D.	Mean Rank	Friedman	p-value
ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ					
ก่อนทดลอง	1.98	0.42	1.00	27.96	.000
หลังทดลอง	5.41	0.48	2.38		
ติดตาม 2 สัปดาห์	5.59	0.47	3.13		
ติดตาม 4 สัปดาห์	5.69	0.43	3.50		
พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด					
ก่อนทดลอง	1.20	0.22	1.00	26.11	.000
หลังทดลอง	3.55	0.57	2.42		
ติดตาม 2 สัปดาห์	3.75	0.55	3.13		
ติดตาม 4 สัปดาห์	3.88	0.56	3.46		

จากตารางที่ 3 แสดงการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตาม 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ ด้วยสถิติ nonparametric Friedman พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดทั้ง 4 ระยะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ ของความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ช่วงเวลา	ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.062*	.002
หลังทดลอง	Positive Ranks	12	6.50	78.00		
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.059*	.002
ติดตาม 2 สัปดาห์	Positive Ranks	12	6.50	78		
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.061*	.002
ติดตาม 4 สัปดาห์	Positive Ranks	12	6.50	78		

จากตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามช่วงเวลาของการวัดความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ พบว่าระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ก่อนใช้โปรแกรมและติดตาม 2 สัปดาห์ และระหว่างก่อนใช้โปรแกรมและติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z=3.062 , Z=3.059 และ Z=3.061 ตามลำดับ) นั่นคือหลังได้รับโปรแกรมบำบัดบูรณาการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ความตั้งใจในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของกลุ่มตัวอย่างก็ยังสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์

ช่วงเวลา	พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.065*	.002
หลังทดลอง	Positive Ranks	12	6.50	78.00		

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดระยะก่อน หลังการทดลองและระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ (ต่อ)

ช่วงเวลา	พฤติกรรมป้องกันยาเสพติด	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z	p-value
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.062*	.002
ติดตาม 2 สัปดาห์	Positive Ranks	12	6.50	78		
ก่อนทดลอง	Negative Ranks	0	.00	.00	3.062*	.002
ติดตาม 4 สัปดาห์	Positive Ranks	12	6.50	78		

จากตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้ Wilcoxon Signed-Rank Test ตามช่วงเวลาของการวัดพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดพบว่าระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ก่อนใช้โปรแกรมและติดตาม 2 สัปดาห์ และระหว่างก่อนใช้โปรแกรมและติดตาม 4 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z=3.065 , Z=3.062 และ Z=3.062 ตามลำดับ) นั่นคือหลังได้รับโปรแกรมบำบัดบูรณาการฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์พฤติกรรมป้องกันยาเสพติดของกลุ่มตัวอย่างก็ยังคงสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ผู้เสพแอมเฟตามีนที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการฯ มีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แตกต่างจากระยะก่อนการก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจจะอธิบายได้ว่าเมื่อผู้เสพสารแอมเฟตามีนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับกิจกรรมที่มีการผสมผสานระหว่างแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างแรงจูงใจ 2) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม 3) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา และ 4) การเจริญสติเพื่อให้ตื่นรู้และมีสติอยู่กับความคิดและการกระทำนั้นสามารถช่วยให้ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนเกิดการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมขึ้นโดยช่วยปิดช่องว่างของปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนอาจหวนกลับไปเสพยาซ้ำ ได้แก่ แรงจูงใจในการเลิกเสพยา ความตั้งใจในการเลิกเสพน้อย หรือความคิดที่บิดเบือนว่าการเสพยาช่วยแก้ปัญหาชีวิตได้ และทักษะในการเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงต่อการเสพยา (Sirinual et al.,2016) เป็นต้น นอกจากนี้การติดตามให้ผู้รับการบำบัดนำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการบำบัดตามโปรแกรมไปใช้ในสถานการณ์จริงเป็นระยะๆ โดยติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายภายใต้แรงสนับสนุนจากครอบครัวก็นับว่าสำคัญอย่างมากต่อการที่ผู้เสพยาบ้าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปสู่การดำรงตนและคงสภาพของการเป็นผู้เลิกเสพยาบ้าซ้ำได้ (Chainakin et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของก้องเกียรติ อุเต็นและคณะ (Uten et al., 2022) ที่ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อ

การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล สวนปรุง 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คนและพบว่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตาม 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนทดลองแสดงให้เห็นถึงโปรแกรมการบัดแบบบูรณาการช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีความตั้งใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันยาเสพติดได้ดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมนี้มาปรับใช้กับผู้เสพแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้อาจจะสรุปได้ว่าโปรแกรมการบัดแบบบูรณาการซึ่งพัฒนาขึ้นมาเพื่อการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตจากแอมเฟตามีนแบบผู้ป่วยในที่มีระบบการควบคุม จัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ที่จะกระตุ้นให้ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนอาจหวนกลับไปเสพยาซ้ำได้นั้นสามารถนำมาปรับใช้ได้กับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกซึ่งผู้เสพแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดนั้นมีโอกาสที่จะสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้นต่างๆ ได้ตลอดเวลาที่อยู่ที่บ้าน

นอกจากนี้พบว่าโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมการบำบัดแบบกลุ่มที่ผสมผสานแนวคิดจิตสังคมบำบัด 4 แบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดการบำบัดแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจนั้นช่วยเสริมแรงบวกให้ผู้เสพแอมเฟตามีนมีแรงจูงใจในการเลิกเสพยามากขึ้นจึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการกลับไปเสพซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส และคณะ (Dallas JC, 2017) ที่ทำการศึกษาผลของกลุ่มบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการมองโลกทางบวกและความตั้งใจในการเลิกยาเสพติดของเยาวชนที่ใช้สารเอมเฟตามีน พบว่าโปรแกรมกลุ่มบำบัดนี้ช่วยให้เยาวชนที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มบำบัดฯ มีค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกยาเสพติด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ โชครุ่งและคณะ (Chokrung, 2016) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกเสพยาต่อความตั้งใจในการเลิกเสพยาของผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดด้วยระบบบังคับ (แบบไม่เข้มงวด) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการเลิกเสพยาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตนนี้มีกิจกรรมการบำบัดที่สอดคล้องกับกิจกรรมของโปรแกรมบำบัดแบบบูรณาการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีเป้าหมายของกิจกรรมคือช่วยเพิ่มความตั้งใจในการเลิกเสพยาและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าผู้เสพแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ผสานทั้ง 4 แนวคิดจิตสังคมบำบัด นำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการบำบัดทั้ง 9 กิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจและเสริมแรงบวกให้กับผู้ป่วยให้รับรู้และเข้าใจถึงสาเหตุและผลกระทบของยาเสพติดที่เกิดกับร่างกายจิตใจ ตลอดจนการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาด้วยการบำบัดแบบเจริญสติช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมรวมทั้งสามารถเผชิญกับปัจจัยกระตุ้นที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาว่าการบำบัดแบบบูรณาการที่มีการผสมผสานหลายแนวคิดร่วมกันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการบำบัดที่ดีขึ้น (Uten et al., 2022; Klansuwan et al., 2021; De Crescenzo, et al., 2018)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากการดำเนินการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จากผลการศึกษาการนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีนให้ผลเป็นที่น่าพอใจว่าสามารถเพิ่มความตั้งใจและพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดหรือไม่กลับไปเสพยาซ้ำได้ จึงนับว่าจิตสังคมบำบัดแบบบูรณาการครั้งนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นทางเลือกให้ทีมผู้บำบัดผู้เสพ/ติดสารเสพติดใช้เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ที่เสพแอมเฟตามีน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยควรขยายผลการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการให้ผู้บำบัดในหน่วยงาน และหน่วยงานอื่น หรือใช้ในการบำบัดสารเสพติดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำในผู้ที่เสพแอมเฟตามีน สามารถเพิ่มความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติด ซึ่งช่วยลดการกลับไปเสพซ้ำได้ ทั้งในระยะติดตาม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ แต่การศึกษาดังกล่าว เป็นเพียงการศึกษาระยะสั้นเท่านั้น ดังนั้น ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลที่นานขึ้น คือ ระยะติดตาม 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือนหลังเสร็จสิ้นการบำบัดตามโปรแกรม เพื่อติดตามความคงอยู่และความยั่งยืนของประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการทั้งความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำและพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Centre for Addiction Studies. (2022). Substance Abuse Situation in Thailand 2019-2022. Retrieved August 8, 2023, from https://cads.in.th/cads/content?id=4 (in Thai).

Chainakin, C., Prachapiphat, C., & Pumprawai, A. (2016). Cessation of Repeated Amphetamine Addiction: A Case Study of Rehabilitated Persons in Behavior Modification Camp by the Therapeutic Community Method. *Kuakarun Journal of Nursing, 23*(2), 248-262. (in Thai).

Chokrung, P., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Pratumsri, W. (2016). The Effect of the Program to Enhance Perceived Drug Abstinence Self-efficacy on Intention to Drug Abstinence Persons with Amphetamine Dependence. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 32*(3), 37-50. (in Thai).

Chusantia, V., & Pinitsunthon, S. (2017). Effects of substance abuse on people undergoing treatment in Thanyarak Hospital Udon Thani: Case study. *Journal of Community Health Development, Khon Kaen University, 5*(3), 523-533. (in Thai).

Dallas, J. C., Kaewmat, N., Decchaiyot, P., Paowiriya, H., Bunprachum, C., & Nanta, N. (2017). The Effectiveness of Motivational Enhancement Group Therapy Program on Optimism and

Intention to Drug Abstinence among Youth with Amphetamine Abuse. *Faculty of Nursing Burapha University.*

De Crescenzo, F., Ciabattini, M., D'Alò, G. L., De Giorgi, R., Del Giovane, C., Cassar, C., & et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of psychosocial interventions for Individual with cocaine and amphetamine addiction: A systematic review and network meta-analysis. *PLOS Medicine, 15*(12), 1-24.

Division of Public Health Administration. (2020). Annual Standard Operation Procedures (SOPs) Budget 2020. Samut Sakhon: Bourne II B Publishing Ltd.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In Dobson, K. S. (Ed.), *Handbook of Cognitive-behavioral Therapies* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Hemrungrojn, S. (2021). MoCA-thai 8.3. Retrieved July 19, 2023, from http://www.mocatest.org (in Thai).

Klansuwan, A., Takviriyanun, N., & Jirapramukpitak, T. (2021). The Effect of a Motivational Interviewing Together with the Cognitive Behavioral Therapy Program on the Adherence Behaviors of Amphetamine Dependent Patients in a Treatment Center in Pathum Thani Province. *Journal of the Department of Medical Services, 43*(1), 90-95. (in Thai).

Miller, W. R., & Rolldick, S. (1995). Motivational Interviewing: What is MI? *Behavior and Cognitive Psychotherapy, 23*, 323-334. Retrieved July 8, 2023, from http://www.motivationalinterview.org2clinical/whatismi.html

Miller, W. R. (1995). Motivational Interviewing/Motivational Enhancement Therapy. Retrieved July 11, 2023, from http://casaa.unm.edu/projects/minet

Nilaban, S., Sriherun, B., & Kongthong, U. (2016). Causal Relationship of Factors affect Relapsing Behavior of Methamphetamine Users. *Journal of Graduate Studies Valaya Alongkorn Rajabhat University, 10*(1), 193-206. (in Thai).

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods* (6th ed.). New York: Lippincott.

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. (2021). Statistical data amount and percentage of total drug cases, fiscal year 2017-2020. Retrieved July 2, 2023, from http://www.thanyarak.go.th

Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment & Thanyarak Region Hospital. (2021). Matrix Program: Basic Knowledge. Chulalongkorn University Press.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical theory: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19*(3), 390-395.

Purahong, G. (2018). Factors Affecting Relapsing Drug-Addicted Patients in Pathumthani Province. *Journal of Public Health Nursing, 32*(2), 23-40. (in Thai).

Shinaket, S. (2010). Factors affecting drug prevention behavior of vocational certificate students affiliated with vocational education Ratchaburi Province. Master of Education Degree Thesis, Department of Educational Foundations, Graduate School, Silpakorn University. (in Thai).

Saengduenchai, S. (2010). Effects of cognitive-behavioral therapy programs combined with social support It has an impact on the readiness to prevent re-addiction and non-addiction behavior of alcohol patients. Thesis degree Ph.D., Applied Behavioral Science Research, Research Institute of Behavioral Sciences, Srinakharindrawirot University. (in Thai).

Sirinual, S., Supunnakul, P., Noosorn, N., & Wongsawad, P. (2016). Factors affecting amphetamine relapse among drug addicts after treatment. *Journal of Health Science Research, 10*(1), 39-45. (in Thai).

Thungpankham, P. (2008). Quality of life in people with schizophrenia: perspectives of patients and caregivers. Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Retrieved July 2, 2023, from https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:33010

Uten, K., Ratsamesuwiwat, J., Yasin, W., Kumlue, W., & Srisuwan, P. (2020). The Development of Integrative Program on Relapse Prevention among Persons with Amphetamine-induced Psychotic Disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36*(3), 46-70. (in Thai).

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Stress, Depression and Factors related to Stress and Depression among Patients with COVID-19 in Infectious Diseases Unit, Huai Khot Hospital, Huai Khot District, Uthai Thani Province

Nutchanat Koedsri[*], Ansuree Sirisophon[1]**

(Received September 21, 2023, Revised: February 27, 2024, Accepted: May 7,2024)

Abstract

The cross-sectional descriptive research to study stress, depression and factors related to stress, depression in COVID-19 patients at Huai Khot Hospital, Huai Khot District, Uthai Thani Province. The sample were selected by purposive sampling, consisting of 107 COVID-19 patients confirmed through RT-PCR testing. The research instruments the factor assessment was content validity by experts, and stress assessment and depression assessment were reliability by using Cronbach's Alpha coefficient equal to .86 and .96, respectively. The instruments consisted of four sections: 1) Personal factors, 2) Related factors 3) Stress assessment, and 4) depression assessment. Data were analyzed using frequency and percentage statistics. Correlated factors were analyzed using Chi-square statistics.

The study revealed that stress in COVID-19 patients was divided into 90.7% low level, 9.3% medium level. And the factors related to stress levels included social problems (χ^2 =17.250) and family problems (χ^2 = 4.79) with statistical significance (p<. 001 and p<.05 respectively). The presence of depression in COVID-19 patients was found to be 41.4%, divided into low level 38.3% and moderate level 3.2. % found that factors related to depression included both social problems (χ^2 =28.205) and family problems (χ^2 =18.531) that were statistically significant (p<.001). In addition, congenital diseases (χ^2 =17.369) is also related to depression in COVID-19 patients with statistical significance (p<.05).

Keywords: COVID-19; Depression; Stress

[*] *Huai Khot Hospital , Uthai Thani Province*

***Baromarajonani College of Nursing Sawanpacharak Nakornsawan, Nakornsawan*

[1] *Corresponding Author : ansuree2549@gmail.com*

ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อ โรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี

นุชนารถ เกิดศรี*, อัญสุรีย์ ศิริโสภณ[1]**

วันรับบทความ : 21 กันยายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 27 กุมภาพันธ์ 2567, วันตอบรับบทความ : 7 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการรักษาใน หอผู้ป่วยติดเชื้อโรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR จำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และแบบประเมินความเครียดและแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าและวิเคราะห์ค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .86 และ .96 ตามลำดับ ประกอบด้วย 4 ตอน คือ ตอนที่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตอนที่ 3) แบบประเมินความเครียด และตอนที่ 4) แบบประเมินโรคซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 แบ่งเป็น ความเครียดระดับน้อยร้อยละ 90.7 ระดับปานกลางร้อยละ 9.3 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ ปัญหาสังคม (χ^2 =17.250) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และ ปัญหาครอบครัว (χ^2 =4.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<.05) ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบร้อยละ 41.4 โดยแบ่งเป็นระดับน้อยร้อยละ 38.3 ระดับปานกลางร้อยละ 2.8 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัญหาสังคม (χ^2 =28.205) และปัญหาครอบครัว (χ^2 =18.531) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ส่วนโรคประจำตัว (χ^2 =17.369) มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

คำสำคัญ: โควิด-19; ภาวะซึมเศร้า; ความเครียด

* *โรงพยาบาลห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี*

** *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*

[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ansuree2549@gmail.com*

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่ปี 2563 เป็นต้นมา ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ระบบบริการสุขภาพ และการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นอย่างมาก ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ต้องประสบกับความหวาดกลัวการสูญเสียชีวิต การสูญเสียหน้าที่การงานและรายได้ การถูกตีตราจากสังคม ประกอบกับการเว้นระยะห่างทางกายภาพทำให้ผู้ป่วยต้องห่างจากครอบครัวและสังคม ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย การใช้สารเสพติด (Wongpiromsarn, 2020) กล่าวได้ว่าเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ มีความกลัว วิตกกังวล ถูกบีบคั้น หรือประสบปัญหาที่กระทบต่อจิตใจจนเกิดเป็นความเครียด ทำให้ภาวะจิตใจแสดงออกถึงความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย สิ้นหวัง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล จนนำไปสู่การมองโลกในแง่ลบ เป็นต้น เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจจะส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (Wanthana, 2020) ในขณะที่ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและรับรู้ถึงอันตรายที่ไม่เคยประสบมาก่อนและเป็นเรื่องใหม่ของตนเองและสังคม ดังเช่นโควิด-19 นี้ ย่อมส่งผลกระทบทางสังคม โดยเฉพาะกระบวนการทางจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคคลนำไปสู่ความเสี่ยงให้เกิดภาวะความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความรุนแรงจากการทำร้ายตนเองได้ (Aurel, 2020)

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตในภาวะโควิด-19 โดยการดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้ด้อยโอกาส โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในระหว่างเข้ารับการรักษา ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อโควิด-19 ช่วงเดือนมกราคม 2564 พบว่าปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้น ได้แก่ เสี่ยงซึมเศร้า เสี่ยงฆ่าตัวตาย ภาวะหมดไฟ ภาวะความเครียดสูง และซึมเศร้ารุนแรง ทั้งนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อมีภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปถึง 2 เท่า (WHO, 2020) ในจังหวัดอุทัยธานีพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม 2564 จำนวน 3,875 ราย โดยในอำเภอห้วยคต พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในเดือนกรกฎาคม 2564 แบบกลุ่มก้อน (Cluster) จำนวน 74 ราย จากคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้า ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ เพศ (Sawangsri, et al., 2021, Salari et al., 2020) อายุ (Jirawikrankul, 2020) ระดับการศึกษา โรคประจำตัว (Chumpupan, 2019, Taquet et al., 2021) อาชีพ รายได้ (Nualsithong, 2021) ภูมิลำเนา (Galea et al., 2020) การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา (Wang et al., 2020) ปัญหาครอบครัว (Xiong et al., 2020) ปัญหาสังคม (Brooks et al., 2020) และปัญหาการเงิน (Holmes et al., 2020, Boondiskulchok, Weerametachai & Leesr, 2022; Chanaudomsuk & Thammakun, 2022; Sompunga & Phuipha, 2023) จึงจำเป็นที่จะต้องรวบรวมข้อมูล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิดในความดูแลของหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลเพื่อจัดทำแผนการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 และพัฒนาระบบการดูแลด้านจิตเวชในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้เหมาะสมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องทำให้สามารถดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจตั้งแต่ระยะแรก ป้องกันและลดการฆ่าตัวตาย รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเครียด ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อโรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี

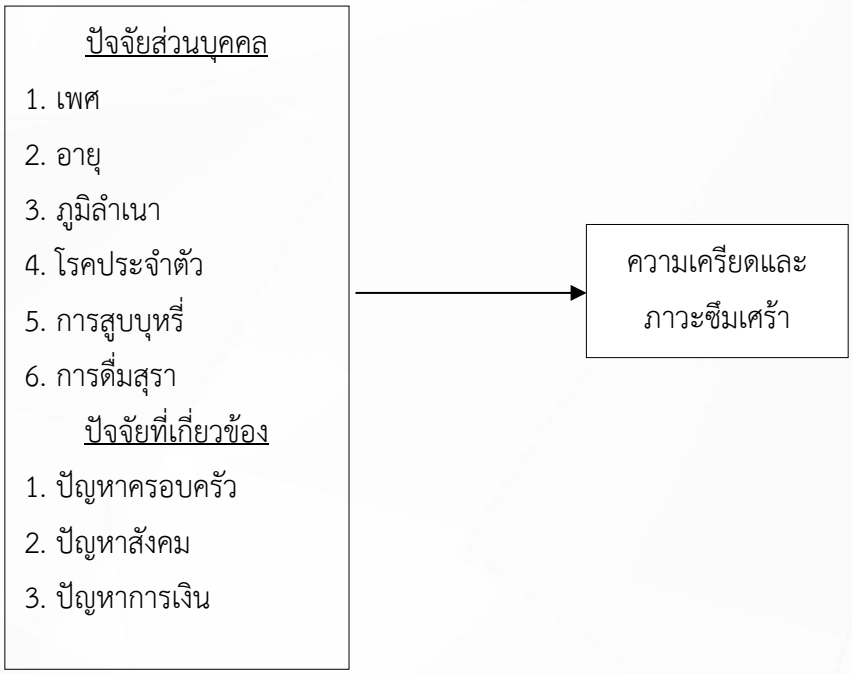
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อโรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหามุ่งศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความเครียด ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม ปัญหาการเงิน ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อ ด้านพื้นที่ทำการศึกษา โรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี และด้านระยะเวลาศึกษา ระหว่างเดือน มกราคม 2565 – เมษายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย

Folkman (2013) อธิบายความเครียดว่าเป็นผลจากการรับรู้และประเมินของบุคคลว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมภายนอก การเผชิญความเครียดเป็นการเปลี่ยนแปลงทางแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม โดยการปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ จนสามารถทำให้ความเครียดที่เกิดขึ้นคลายลงได้ อนึ่ง สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ถือว่าเป็นภัยคุกคามใหม่ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกะทันหันที่ไม่ได้เตรียมใจยอมรับส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อบุคคลที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษากับโรคอุบัติใหม่นี้ จากการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 พบว่ามีปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านครอบครัว สังคม และการเงิน ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive Research) และศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยติดเชื้อโรงพยาบาลห้วยคต อำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 132 คน ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR ระหว่างวันที่ 25 มกราคม – 30 เมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรทั้งหมด ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR ด้วยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดเกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่ได้รับการตรวจยืนยันด้วยวิธีการตรวจ RT-PCR
- ผู้ป่วยอายุ 15 ปี ขึ้นไป
- ผู้ป่วยสามารถฟัง พูด อ่าน และสื่อสารภาษาไทยได้
- ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่รพ.อุทัยธานี

ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 25 คน เนื่องจากอายุน้อยกว่า 15 ปี และถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอุทัยธานี จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมดจำนวน 107 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ป่วยทุกคนได้รับคำชี้แจงและยินยอมร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนและนำข้อมูลมาวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก โรคประจำตัว ภูมิลำเนา ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการดื่มสุรา

ตอนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทบทวนงานวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลที่เกิดจากวิกฤตโควิด-19 ขึ้น ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายในการประเมินปัจจัยของปัญหา 2 ระดับ คือ มี-ไม่มี จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม และปัญหาการเงิน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเครียด (ST5) ที่อรวรรณ ศิลปะกิจ (Silpakit, 2008) ได้พัฒนาขึ้น ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 5 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะนน คือ 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี, 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง, 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง และ 3 หมายถึง เป็นประจำ สำหรับการแปรผลกำหนดให้นำคะแนนทุกข้อมารวมกันและแปรผลคะแนนที่ได้ตามเกณฑ์ใน 4 ระดับ คือ คะแนน 0-4 หมายถึง มีความเครียดน้อย, คะแนน 5-7 หมายถึง มีความเครียดปานกลาง, คะแนน 8-9 หมายถึง มีความเครียดมาก และคะแนน 10-15 หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q และ 8Q ของกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2017) กำหนดแนวทางในการคัดกรองและประเมิน โดยใช้แบบประเมิน 2Q ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบราย 2 ระดับ คือ มี-ไม่มี จำนวน 2 ข้อ ถ้าระบุคำตอบว่า “มี” ในข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ให้ทำประเมินต่อด้วยแบบประเมิน 9Q ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะนน คือ 0 หมายถึง ไม่มีเลย, 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1-7 วัน, 2 หมายถึง เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน และ 3 หมายถึง เป็นประจำทุกวัน กำหนดการแปลผลให้นำคะแนนทุกข้อมารวมกันและแปรผลคะแนนที่ได้ตามเกณฑ์ใน 4 ระดับ คือ คะแนน 0-6 หมายถึง ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า, คะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการโรคซึมเศร้าน้อย, คะแนน 13-18 หมายถึง มีอาการโรคซึมเศร้าน้อยปานกาง และคะแนน 19-27 หมายถึง มีอาการโรคซึมเศร้ามาก

ทั้งนี้ หากพบว่ามีคะแนน 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ประเมิน 8Q ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบราย 2 ระดับ คือ มี-ไม่มี จำนวน 8 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะนนตามค่าน้ำหนักในแต่ละข้อ โดยการแปลผลให้นำคะแนนทุกข้อมารวมกันและแปรผลคะแนนที่ได้ตามเกณฑ์ใน 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย, คะแนน 1-8 หมายถึง มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายน้อย, คะแนน 9-16 หมายถึง มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายปานกาง และคะแนน 17-52 หมายถึง มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือการวิจัยส่วนที่ 1 และ 2 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 1.00 ส่วนเครื่องมือการวิจัยส่วนที่ 3 และ 4 เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่มีการยอมรับทั่วไป และนำเครื่องมือการวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ชุด จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินความเครียดเท่ากับ .86 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้ทราบ มีการขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสอบถามกลุ่มตัวอย่างประมาณ 20-25 นาที หลังสอบถามแล้ว ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แบบสอบถามที่สมบูรณ์แล้วลงรหัสเพื่อนำไปประมวลและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพในสิทธิมนุษยชน โดยขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จังหวัดอุทัยธานี รหัสงานวิจัย AF 04-08/02.0 ลงวันที่ 19 มกราคม 2565 ซึ่งมีการดำเนินการตามข้อกำหนด โดยการวิจัยนี้จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย มีการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ประโยชน์ทางวิชาการในการวิจัย ผลการวิจัยที่จะนำผลเสนอในภาพรวม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุ15-18 ปี ผู้วิจัยได้ขอคำยินยอมจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองโดยชอบธรรมและชี้แจงตามรายละเอียดของใบชี้แจงอาสาสมัคร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.วิเคราะห์ข้อมูล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

2.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคม และปัญหาการเงิน กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ความเครียดในผู้ป่วยโควิด-19 แบ่งเป็นความเครียดระดับน้อย 97 ราย ร้อยละ 90.7 ระดับปานกลาง 10 ราย ร้อยละ 9.3 พบภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 41 ราย ร้อยละ 38.3 ระดับปานกลาง 3 ราย ร้อยละ 2.8 และไม่พบภาวะซึมเศร้า 63 ราย ร้อยละ 58.9 ผู้ป่วยโควิดที่มีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปจำนวน 44 ราย จะได้รับการประเมิน 8Q พบไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า (n=107 คน)

ระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้า		จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียด	น้อย (ช่วงคะแนน 0-4)	97 (90.65)
	ปานกลาง (ช่วงคะแนน 5-7)	10 (9.35)
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มี (ช่วงคะแนน 0-6)	63 (58.88)
	น้อย (ช่วงคะแนน 7-12)	41 (38.32)
	ปานกลาง (ช่วงคะแนน 13-18)	3 (2.80)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด ได้แก่ ปัญหาสังคม คิดเป็นร้อยละ 31.77 (χ^2 =17.250) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) และ ปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 15.89 (χ^2 =4.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 (n=107 คน)

ปัจจัย		ระดับความเครียด		χ^2	p-value
		น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ	ชาย	39 (36.45)	1 (0.93)	3.53	.060
	หญิง	58 (54.21)	9 (8.41)		
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	6 (5.61)	0 (0.00)	1.99	.736
	21-40 ปี	32 (29.91)	2 (1.87)		
	41-60 ปี	49 (45.79)	7 (6.5)		
	61-80 ปี	8 (7.47)	1 (0.93)		
	81 ปีขึ้นไป	2 (1.87)	0 (0.00)		
ภูมิลำเนา	ในเขตอำเภอห้วยคต	57 (53.27)	5 (4.67)	.28	.593
	นอกเขตอำเภอห้วยคต/ต่างจังหวัด	40 (37.38)	5 (4.67)		
โรคประจำตัว	เบาหวาน	6 (5.61)	2 (1.86)	7.56	.109
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	7 (6.54)	1 (0.93)		
	ความดันโลหิตสูง	5 (4.67)	2 (1.87)		
	ไม่มีโรคประจำตัว	61 (57.00)	5 (4.67)		
	อื่น ๆ	18 (16.82)	0 (0.00)		
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	80 (74.76)	9 (8.41)	.36	.545
	สูบ	17 (15.89)	1 (0.93)		

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 (n=107 คน) (ต่อ)

ปัจจัย		ระดับความเครียด		χ^2	p-value
		น้อย	ปานกลาง		
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	72 (67.28)	9 (8.41)	1.22	.268
	ดื่ม	25 (23.36)	1 (0.93)		
ปัญหาครอบครัว	มี	13 (12.15)	4 (3.74)	4.79*	.028
	ไม่มี	84 (78.50)	6 (5.61)		
ปัญหาสังคม	มี	25 (23.36)	9 (8.41)	17.25**	<.001
	ไม่มี	72 (67.28)	1 (0.93)		
ปัญหาการเงิน	มี	2 (1.87)	1 (0.93)	2.09	.148
	ไม่มี	95 (88.79)	9 (8.41)		

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

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ได้แก่ ปัญหาสังคมและปัญหาครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 31.78 (χ^2 =28.205) และ 15.89 (χ^2 =18.531) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ได้แก่ โรคประจำตัว โดยพบว่าไม่มีโรคประจำตัว มีอัตราส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.68 (χ^2 =17.369) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 (n=107 คน)

ปัจจัย		ระดับภาวะซึมเศร้า			χ^2	p-value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ	ชาย	25 (23.36)	15 (14.02)	0 (0.00)	1.94	.378
	หญิง	38 (35.51)	26 (24.30)	3 (2.80)		
อายุ	น้อยกว่า 20 ปี	2 (1.87)	4 (3.74)	0 (0.00)	9.41	.308
	21-40 ปี	19 (17.76)	15 (14.02)	0 (0.00)		
	41-60 ปี	33 (38.84)	21 (19.63)	2 (1.87)		
	61-80 ปี	7 (6.54)	1 (0.93)	1 (0.93)		
	81 ปีขึ้นไป	2 (1.87)	0 (0.00)	0 (0.00)		
ภูมิลำเนา	ในเขตอำเภอห้วยคต	37 (34.58)	23 (21.50)	2 (1.87)	.16	.920
	นอกเขตอำเภอห้วยคต/ต่างจังหวัด	26 (24.30)	18 (16.82)	1 (0.93)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 (n=107 คน) (ต่อ)

ปัจจัย		ระดับภาวะซึมเศร้า			χ^2	p-value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)		
โรคประจำตัว	เบาหวาน	4 (3.74)	2 (1.87)	2 (1.87)	17.36*	.026
	เบาหวานและความดันโลหิตสูง	4 (3.74)	4 (3.74)	0 (0.00)		
	ความดันโลหิตสูง	3 (2.80)	4 (3.74)	0 (0.00)		
	ไม่มีโรคประจำตัว	41 (38.32)	24 (22.43)	1 (0.93)		
	อื่น ๆ	11 (10.28)	7 (6.54)	0 (0.00)		
สูบบุหรี่	ไม่สูบ	51 (47.66)	35 (32.71)	3 (2.80)	.97	.616
	สูบ	12 (11.21)	6 (5.61)	0 (0.00)		
ดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	48 (4.86)	30 (28.0)	3 (2.80)	1.11	.573
	ดื่ม	15 (14.02)	11 (10.28)	0 (0.00)		
ปัญหาครอบครัว	มี	2 (1.87)	14 (13.08)	1 (0.93)	18.53**	<.001
	ไม่มี	61 (57.01)	27 (25.23)	2 (1.87)		
ปัญหาสังคม	มี	8 (7.48)	23 (21.50)	3 (2.80)	28.20**	<.001
	ไม่มี	55 (51.40)	18 (16.28)	0 (0.00)		
ปัญหาการเงิน	มี	0 (0.00)	3 (2.80)	0 (0.00)	4.96	.083
	ไม่มี	63 (58.88)	38 (35.51)	3 (2.80)		

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

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยโควิด-19 มีความเครียดอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 90.7 และมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 38.3 แสดงว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเครียดเกิดขึ้นและมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งการระบาดที่เกิดขึ้นในระยะที่ทำการศึกษานี้เป็นการระบาดแบบกลุ่ม (Cluster) เกิดจากการเลี้ยงสังสรรค์ และดูการตีไก่ชนของกลุ่มคนในอำเภอ และเป็นกลุ่มที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสังคมและการมีโรคประจำตัว เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนกังวลว่าคนในครอบครัวจะติดเชื้อ กลัวเพื่อนร่วมงานรังเกียจ กลัวถูกให้ออกจากงาน กลัวคนในชุมชนทราบและตีตราว่าเป็นต้นเหตุของโรคร้าย และกลัวว่าถ้ามีโรคประจำตัวจะทำให้อาการของโรคโควิด-19 รุนแรงมากขึ้น และเป็นเพราะประชากรที่ทำการศึกษาเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคในระยะเวลาที่มีการระบาดผ่านมาแล้ว อาจมีการปรับตัวทางด้านจิตใจได้ดีขึ้นทำให้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย และอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และระยะเวลาของการระบาดของโรคโควิด-19 มีระยะเวลานาน ทำให้ประชาชนมีความเข้าใจในตัวโรคและการแพร่กระจายเชื้อ

มากขึ้น ทำให้การเตรียมพร้อมในการรับผลกระทบจากการติดเชื้อมีมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความเครียดและระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้ แตกต่างกับ Cuiyan (2020) ที่ศึกษาการตอบสนองทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงเริ่มต้นของการระบาดของโรคโควิด-19 ในประชากรทั่วไปในประเทศจีน พบว่ามีความเครียดและภาวะซึมเศร้ามีระดับความเครียดปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 8.1 และร้อยละ 16.5 มีอาการซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง และการศึกษาของ Kijwattanaphokin & Wijitraphan (2022) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกังวลความเครียด และภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของพนักงานโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความกังวลกับโรคโควิด-19 ความเครียด และภาวะซึมเศร้า มีระดับปานกลางและสูงร้อยละ 81.1 มีความเครียดระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 11.7 และมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยและปานกลาง ร้อยละ 11.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ Sawangsri et al. (2021) พบว่าการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยโรคโควิด-19 มาจากปัจจัยสังคม และด้านครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสังคม ปัญหาครอบครัว การศึกษานี้ศึกษาในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นหอผู้ป่วยที่ดำเนินงานตามการกักกันโรค สอดคล้องกับทความของ Petchan & Nawsuwan (2022) กล่าวว่า การมีข้อบังคับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคโควิด-19 จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสุขภาพทางจิตสูงขึ้น เกิดความเครียด และความกังวลต่อการเป็นโรคเพราะเมื่อถือว่าเป็นผู้ป่วยโควิด-19 แล้วการทำกิจวัตรประจำวันจะเริ่มมีการจำกัด เช่น กังวลถึงความร้ายแรงของโรค การแยกกักตัว อธิบายได้ว่าภาวะเครียด และซึมเศร้าเป็นภัยเงียบ คือมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ หดหู่สิ้นหวัง เกิดขึ้นเกือบตลอดทั้งวันติดต่อกันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ร่วมกับเบื่อหน่าย หมดความสนใจในการงาน หรือกิจกรรมที่เคยชอบทำด้วยเพราะเมื่อบุคคลติดเชื้อโควิด-19 แล้วจะต้องรับการรักษาและกักตัว มีระยะยาวนานกว่า 14 วัน และเนื่องจากเป็นโรคระบาดใหม่ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในพยาธิสภาพของโรค ความรุนแรงของโรค หากมีโรคประจำตัว การแพร่กระจายเชื้อ การอยู่ในสังคมการต้องปรับตัวแบบวิถีใหม่ (New Normal) รวมทั้งสัมพันธภาพระหว่างครอบครัว สังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านสังคม ครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านจิตใจที่เกิดกับผู้ป่วย เป็นการรักษาแบบองค์รวมนอกเหนือไปจากภาวะความเจ็บป่วยทางกายเพียงด้านเดียว โดยจัดให้มีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การให้การปรึกษา การฝึกสมาธิบำบัด เป็นต้น

2. นำปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามาพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคโควิด-19 และโรคทางจิตเวชอื่นๆ เพื่อการรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในประเด็นปัญหาทางด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยประสบกับโรคระบาดหรือโรคอุบัติการณ์ใหม่ แล้วนำมาจัดทำเป็นแนวทางหรือนวัตกรรมสำหรับดูแลจิตใจผู้ป่วยต่อไป

2.ควรศึกษาเชิงคุณภาพในแต่ละปัจจัยเพื่อนำไปปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโควิด-19

เอกสารอ้างอิง

Aguilera, D. C. (1989). Crisis intervention. In L. M. Birckhead (Ed.) *Psychiatric/mental health Nursing* (pp. 229-250) Philadelphia.

Aurel, P. (2020). Depressive Symptoms, Anxiety Disorder, and Suicide Risk During the COVID-19 Pandemic. (Online), Available : https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.572699/full (2021, December 22).

Brooks, S. K., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet Psychiatry*, 395(10227), 912-920.

Boondiskulchok, S., Weerametachai, S., & Leesr, T. (2022). Prevalence and associated factors of Stress and Depression among SARS-Cov-2 patient in field hospital, Saraburi hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 16*(2), 367-379. (In Thai).

Chanaudomsuk, S., & Thammakun, T. (2022). Stress Conditions During COVID-19 Crisis of Health Personnel in Pran Buri District, Prachuab Khiri Khan Province. *The Office of Disease Prevention and Control 10th Journal, 20*(1), 63-76. (In Thai).

Cuiya, W. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. (Online), Available:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/.pmc/articles/PMC7084952/. (2021, December 22).

Chumpupan, N. (2019). Anxiety and Depression in Persons with Osteoarthritis of Knee. *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. [cited 2022 May 17]. available from: https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/9784 (in Thai).

Department of Mental Health. (2017). *Depression Assessment*. Nonthaburi: Ministry of Mental Health. (in Thai).

Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer.

Galea, S., et al. (2020). Population health science in the time of coronavirus disease 2019. *American Journal of Epidemiology*, 189(9), 859-860.

Holmes, E. A., et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 547-560.

Jirawikrankul, S. (2020). Factors related to stress and depression in patients who receive gastrointestinal endoscopy servicesat Chamni Hospital, Buriram Province. *Journal of Suicide Prevention of Thailand, 1*(1), 57-68. (In Thai).

Kijwattanaphokin, K., & Wijitraphan, T. (2022). Prevalence and factors related to anxiety. Stress and depression in the situation of the spread of COVID-19 among employees of a factory in San Pa Tong District, Chiang Mai Province. *Journal of Health Science,* 31(3), 393-403. (in Thai).

Ministry of Public Health. Department of Mental Health. (2015). Guidelines for using mental health tools for personnel Public Health in Community Hospitals. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).

Nualsithong, N., et al. (2021). Stress and Depression of the Elderly with Chronic Diseases in Na Siew Sub-district, Muang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 16(2), 78–89.

Petchan, S., & Nawsuwan, K. (2022). Comparison of Stress, Anxiety, and Sadness among COVID-19 Patients during Sickness and After Sickness,Wang Yai Subdistrict Health Promoting Hospital, Na Thawi Distict, Songkhia Province. *Journal of Nursing and Public Health Research*, *2*(3), 48-56. (in Thai).

Sangchan, S., & Sukasam, K. (2022). Factors affecting stress of population in bangkok area during the covid-19 virus outbreak situation.*Valaya Alongkorn Review*, *12*(2), 218-230. (in Thai)

Sawangsri, W., et al. (2021). Prevalence of perceived stress and depression and their associated factors among COVID-19 patients in Bangkok. (Online), Available: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/245881/169146. (2021, December 22). (in Thai)

Salari, N., et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57.

Silpakit, O. (2008). Srithanya stress scale. *Journal of Mental Health of Thailand, 16*(3), 177-185. (in Thai).

Sompunga, W., & Phuipha, T. (2023). Stress and Depression in COVID-19 Pandemic among the People Sisaket Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 24*(1), 172-181. (In Thai).

Stree, H., Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Conceptualizing Depression: An Integration of 27 Theories. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(3), 175-193.

Taquet, M., et al. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.

Wang, Q. Q., et al. (2020). The role of smoking in COVID-19 severity: A review of recent

evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7454.

Wanthana, N., & Arrom, A. (2022). Stress Management and Related Factors of Work Life Quality Management. (Online), Available from : https://www.aru.ac.th/myadmin/uploads/rdi/download/20201129-e43890dd.pdf. (2021, December 22). (in Thai).

Wongpiromsarn, Y. (2020). Mental health and the COVID-19 crisis in Thailand. *J Ment Health Thail*, 28(4), 280-291. (in Thai).

World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); c2020 [cited 2022 May 17]. Available from: https://www.who.int/docs/ default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf (in Thai)

Xiong, J., et al. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Effects of Health Literacy Enhancement Programs on Self-Care for Tuberculosis Patients in Intensive Phase

Chutima Saklor[**], Donnapa Chaisombut[1], Lamduan Chaimun[*]**

(Received April 6, 2024, Revised: April 20, 2024, Accepted: May 10,2024)

Abstract

This quasi-experimental research with a one group pretest-posttest design was aimed to examine the effects of a health literacy enhancement program on self-care for tuberculosis patients in the intensive phase. A purposive sampling was used to recruit thirty new tuberculosis patients aged 18 years and over who undergoing treatments at the tuberculosis clinic, Phayao hospital. Research tools included the program to promote health literacy in self-care of tuberculosis patients in the intensive phase, and the questionnaires for collecting data included 1) general information, 2) the health literacy regarding tuberculosis, 3) tuberculosis knowledge, and 4) self-care behaviors of tuberculosis patients. Data were analyzed using descriptive statistics including frequencies, percentages, and averages. The analysis of differences of before and after experiment scores for health literacy, knowledge, and self-care behavior regarding tuberculosis were analyzed using a dependent t-test.

The results showed that a majority of the sample were male (70 %). Their average age was 57.9 years (SD.=16.09), 33.3% were farmers, 60.0% were married, 60.0% completed primary education, 13.3% had a history of contact with tuberculosis patients, 20.0% smoked cigarettes, 63.3% drank alcohol, and 63.3% had congenital diseases. After the completion of the program, participants' scores for overall health literacy, knowledge regarding tuberculosis, and self-care behaviors increased significantly. When examining each component of health literacy, scores of five out of six components increased significantly after the intervention, only health care decision making component did not significantly increased.

The findings suggested that the program was appropriated to promote tuberculosis patients in the intensive phase of health literacy, knowledge, and self-care behaviors. However, decision skills should be promoted to patients such as creating situations for choosing an action in order to increase them the ability to making the appropriate self-care.

Keywords: Health literacy program; Intensive tuberculosis patients; Self-care behaviors

[*]*Registered Nurse, Professional Level, Phayao hospital, Thailand*

[**] *Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute*

[1]*Corresponding Author: Donnapa.c@bcnpy.ac.th*

ผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น

ชุติมา สักลอ[*], ดลนภา ไชยสมบัติ[1], ลำดวน ใจมั่น[*]**

วันรับบทความ : 6 เมษายน 2567, วันแก้ไขบทความ : 20 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 10 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มเข้ม จำนวน 30 คน ถูกเลือกแบบเจาะจง จากผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในคลินิก วัณโรค โรงพยาบาลพะเยา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค 3) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ 4) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (70.0%) เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.9 ปี (SD.=16.09) ร้อยละ 33.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม, ร้อยละ 60.0 มีสถานภาพสมรส, ร้อยละ 60.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา, ร้อยละ 13.3 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมาก่อน, ร้อยละ 20.0 สูบบุหรี่, ร้อยละ 63.3 ดื่มสุรา และร้อยละ 63.3 มีโรคประจำตัว หลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม, ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า 5 ใน 6 ด้าน มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะ คือ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในระยะเข้มข้นมีประสิทธิภาพในการใช้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค วิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น; พฤติกรรมการดูแลตนเอง

[**] *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพะเยา ประเทศไทย*

[**] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนนก ประเทศไทย*

[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Donnapa.c@bcnpy.ac.th*

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลก โดยทวีปที่พบวัณโรคมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ทวีปแอฟริกา ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทวีปอเมริกาใต้ มีจำนวน 3,800, 3,360 และ 2,550 คนต่อประชากร 100000 คนต่อปี และพบวัณโรคดื้อยาร้อยละ 5.4 กลุ่มประเทศรายได้ปานกลางมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคสูงสุด 18.2 เท่า โดยทุกปีมีผู้เสียชีวิตด้วยวัณโรคมากถึง 10 ล้านคนทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ร้อยละ 80 ภายในปีพ.ศ. 2578 (Christof, Nussbaumer-Streit, & Gartlehner, 2020; Cords et al., 2021) สถิติผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลพะเยา ปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทั้งหมด 556 ราย มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคพบร้อยละ 84.96, 77.62 และ 88 ตามลำดับ ผู้ป่วยขาดนัดพบร้อยละ 2.26, 3.50 และ 2.72 ตามลำดับ ที่สำคัญพบว่าผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีโดยพบร้อยละ 12.03, 13.99 และ 15.76 ตามลำดับ (Phayao Hospital Information Center, 2023) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตพบว่า สาเหตุที่สำคัญได้แก่ 1) การได้รับการวินิจฉัยโรคล่าช้า 2) มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา และ 3) ปัญหาคุณภาพของการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 40-90 ปี มีภาวะผอม โดยมีดัชนีมวลกายต่ำสุดคือ 11.11 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเอดส์และกลุ่มติดสุรา มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคสูงกว่ากลุ่มอื่นถึงร้อยละ 80.00 และยังพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาล่าช้าถึงร้อยละ 25.00 และเสียชีวิตในระยะ 2 เดือนแรกของการรักษาสูงถึงร้อยละ 90.00 (Tuberculosis Clinic, Phayao hospital, 2023) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านอย่างมีคุณภาพ เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ Mycobacterium tuberculosis สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) เมื่อผู้ป่วยไอหรือจามออกมาทำให้เกิดละอองฝอย (droplet nuclei) ฟุ้งกระจายออกมา ละอองฝอยที่มีขนาดใหญ่มากจะตกลงสู่พื้นและแห้งไป ละอองฝอยที่มีขนาดเล็ก 1-5 ไมโครเมตร จะลอยและกระจายอยู่ในอากาศได้นานถึง 30 นาที วัณโรคสามารถรักษาได้ แต่หากไม่รักษาหรือรักษาไม่ถูกต้อง จะสามารถก่อให้เกิดอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงในการติดเชื้อสู่ผู้อื่นได้ และทำให้เสียชีวิตได้เช่นกัน อาการของวัณโรคคือ ไอแห้ง ๆ หรือไอร่วมกับเสมหะ เป็นระยะเวลานาน 2 สัปดาห์ หรือไอมีเลือดปน เป็นระยะเวลา 2-3 วัน มีไข้ต่ำ ร่วมด้วย มีอาการหายใจเหนื่อย เหงื่อออกในเวลากลางคืน อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลด ทั้งนี้วัณโรคสามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาที่เฉพาะเจาะจง แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานและสม่ำเสมอ (Division of Tuberculosis, 2021) การรักษาวัณโรค มี 2 ระยะคือ 1.ระยะเข้มข้น (Intensive phase) ใน 2 เดือนแรกของการรักษา จะต้องรับประทานยาประกอบไปด้วยยา 4 ชนิด คือ isoniazid, rifampicin, pyrazinamide, ethambutol ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรคเกือบทั้งหมดอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะแพร่เชื้อ 2.ระยะต่อเนื่อง (continuous phase) จะใช้ยา 2 ชนิดคือ isoniazid, rifampicin ซึ่งมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อวัณโรค ที่หลงเหลืออยู่ รวมระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ดังนั้น การที่จะต้องได้ยาครบกำหนดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง มิฉะนั้นแล้วเชื้อวัณโรคอาจตายไม่หมดและผู้ป่วยจะกลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีกครั้ง และเป็นวัณโรคดื้อยาได้ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพ การป้องกันจากการติดเชื้อวัณโรคสามารถทำได้ผ่านการฉีดวัคซีนวัณโรค (BCG) และการรักษาผู้ติดเชื้อเพื่อลดการกระจายของโรคเนื่องจากการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อในระยะยาว นอกจากนี้ยังควรรักษาความสะอาดและรักษาระยะห่างจากผู้ติดเชื้อเพื่อลดการกระจายของโรคนี้ในครอบครัว และชุมชน (Division of Tuberculosis, 2021; Pandey, Tun, Shah, Suzuki, & Morita, 2023) ทั้งนี้การได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการดูแลตนเองเพื่อการป้องกันจากการติดเชื้อวัณโรค ต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ

ดูแลตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรค Malakitsakul, 2021)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy; HL) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูล และบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ที่นำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลตนเอง หรือจัดการสุขภาพ ตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้คงรักษา ไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีตลอดไป (Nutbeam, 2000; World Health Organization, 1998) โดยซึ่งองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) 6 ข้อ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและเข้าถึงบริการสุขภาพ (access skill), 2) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในแนวทางปฏิบัติ (cognitive skill), 3) ทักษะการสื่อสารให้บุคคลอื่นเข้าใจ (communication skill), 4) ทักษะการตัดสินใจเพื่อเลือกทางปฏิบัติที่ถูกต้อง (decision skill), 5) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) และ 6) การจัดการตนเองเพื่อนำมาปรับวิธีปฏิบัติให้ถูกต้อง (self-management skill) (Health Education Division, 2018) การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเปรียบเสมือนการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเท่าทันสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพได้ ซึ่งมีประโยชน์ทั้งต่อบุคคลและชุมชน/สังคมที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Kaeodumkoeng & Thummakul, 2015) นอกจากนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Supphakityothin & Hongsanun, 2020) ทั้งนี้มีผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรควัณโรค และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ เช่น ศศิกานต์ มาลากิจสกุล (Malakitsakul, 2021) ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงวัณโรค โดยใช้กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตาม 6 องค์ประกอบของแบบจำลองวีเชฟ (V-shape) ใช้เวลาองค์ประกอบละ 1 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง ใช้วิธีการบรรยาย ชมคลิปวิดีโอ และฝึกปฏิบัติ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มเสี่ยงวัณโรคมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากโรควัณโรค และ ผลการศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคตามองค์ประกอบ 6 ด้าน และคู่มือความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการป้องกัน ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนความรู้ ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Konman & Intamat, 2020) จะเห็นได้ว่า กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรค มีความสามารถในการดูแลตนเอง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเองมีความสามารถในการปฏิบัติงานเพื่อดูแลป้องกันโรคในชุมชนได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ได้จัดบริการให้ความรู้ และคำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตนของผู้ป่วยวัณโรคและ ครอบครัว ตามแนวทางการให้สุขศึกษาทั่วไป แต่ยังไม่มีการบูรณาการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาในการบริการแก่ผู้ป่วยวัณโรค ดังนั้น ผู้วิจัยมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น ที่รับการรักษาภายใน 2 เดือนแรก คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ , 3) ทักษะการสื่อสาร, 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการ

ตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น และได้จัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคพร้อม QR code ภาพพลิกเรื่องวัณโรค ข้อมูลการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลและป้องกันตนเอง สื่อภาพพลิกเรื่องยา อาการข้างเคียงของยาและผลกระทบจากการรักษา คลิปวีดีโอพร้อม QR code เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติตัว สมุดบันทึกสุขภาพ โน้ตติดตามผู้ป่วย และไลน์ติดตามผู้ป่วยหรือการโทรศัพท์ตามผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาตามนัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนติดตามผู้ป่วยวัณโรค อันจะเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรค และดูแลตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น ที่มารับการรักษา คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา

สมมุติฐานการวิจัย

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น กลุ่มตัวอย่าง มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้นที่มารับการรักษาคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 14 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2566 – 31 มีนาคม 2567

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy; HL) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูล และบริการสุขภาพ ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูลข่าวสาร ที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ที่นำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีการในการดูแลตนเอง หรือจัดการสุขภาพ ตนเอง เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ให้คงรักษา ไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีตลอดไป (Nutbeam, 2000; World Health Organization, 1998) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ, 3) ทักษะการสื่อสาร, 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น (Health Education Division, 2018) ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ในการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ผู้ป่วยวัณโรค คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งมารับการรักษาในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 230 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ 1. ผู้ป่วยวัณโรคที่รับการรักษาในระยะเข้มข้น (2 เดือนแรกของการรักษา) ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567 ประเมินขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยมีค่า effect size =0.875 (Malakitsakul, 2021), ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.01, อำนาจการทดสอบ (0.95) คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 24 คน เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ20 เพื่อป้องกันการสูญหาย คิดเป็นจำนวน 28.8 และปรับเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. ผู้ป่วยวัณโรค ในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพะเยา ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ทั้งการพูดและการเขียน
3. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การพูด และการมองเห็น
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก คือ

1. ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต
2. ผู้ป่วยวัณโรคย้ายไปรับบริการในสถานพยาบาลอื่น
3. ถอนตัวออกจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกเป็น 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy:HL) เรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มคนวัยทำงาน (Health Education Division, 2019) โดยมีกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ในระยะเวลา 2 เดือน มีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

ครั้งที่ /สัปดาห์ที่	แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 1 เวลา 1 ชม. (สอนตามแผน) -สัปดาห์ที่ 2 เวลา 1 ชม. (ทบทวนกิจกรรม)	1. แผนเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. ผู้วิจัยให้ความรู้ โดยใช้สื่อภาพพลิกเรื่องวัณโรค ข้อมูลการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลและป้องกันตนเอง สื่อภาพพลิกเรื่องยา อาการข้างเคียงของยาและผลกระทบจากการรักษา แผ่นพับข้อมูล QR-code ข้อมูล VDO CLIP สมุดบันทึกสุขภาพ 2. ผู้วิจัยอธิบายแผนติดตามการนัดหมายผู้ป่วยวัณโรคด้วยแอปพลิเคชันไลน์ 3. ผู้วิจัยอธิบายแนวทางการเลือกแหล่งข้อมูล วิธีการค้นหาข้อมูลและบริการสุขภาพในเรื่องการป้องกันวัณโรคที่น่าเชื่อถือ 4. ผู้วิจัยแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องได้

ครั้งที่ /สัปดาห์ที่	แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม
		5. ผู้วิจัยให้ความรู้ในสาระสำคัญเรื่องการป้องกันวัณโรคได้
ครั้งที่ 3 -สัปดาห์ที่ 3 เวลา 1 ชม.	2. แผนเสริมสร้างความเข้าใจ ในข้อมูลและบริการสุขภาพ	1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบข้อมูล เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเองและได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือโดยการทำแบบสอบถาม 2. ผู้วิจัย ทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่างเรื่องแผนการติดตามหลังการรักษา 3. ผู้วิจัยอธิบายถึงความเข้าใจในประเด็นเนื้อหาสาระเรื่องวัณโรคการป้องกันวัณโรค แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นวัณโรค ที่จะสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ 4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหา/แนวทางการปฏิบัติ ได้อย่างมีเหตุผล อ่านฉลาก เอกสาร และกรอกข้อมูลหรือแบบฟอร์มด้านสุขภาพได้ถูกต้อง
ครั้งที่ 4 -สัปดาห์ที่ 4 เวลา 1 ชม.	3. แผนเสริมสร้างทักษะการสื่อสารเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ	1. ผู้วิจัยดำเนินการเสวนากลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้บอกเล่าเรื่องราวสุขภาพของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้ 2. ผู้วิจัยดำเนินการเสวนากลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามพูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้รับข้อมูลเรื่องโรควัณโรค ได้ 3. ผู้วิจัยฝึกทักษะการเจรจาต่อรองให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อการรักษาวัณโรค ที่เหมาะสมกับตนเองได้
ครั้งที่ 5 -สัปดาห์ที่ 5 เวลา 1 ชม.	4 แผนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนข้อความเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่ได้อย่างมีเหตุผลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อและทำตาม 2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการกำหนดทางเลือก/หลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธ เพื่อเลือกวิธีการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี 3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงทางเลือกที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมหรือชุมชน/สังคมโดยการแสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเชื่อ/ความเข้าใจผิดที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมกับความรู้หลักวิชาการประสบการณ์ที่ดีต่อชุมชน/สังคมได้
ครั้งที่ 6 -สัปดาห์ที่ 6 เวลา 1 ชม.	5. แผนการจัดการตนเอง	1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกเขียนการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนเรื่องโรควัณโรคได้ 2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนแนวทางการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้

ครั้งที่ /สัปดาห์ที่	แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรม
		3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างวางแผนการประเมิน ทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกี่ยวกับโรควัณโรค ให้บรรลุตามเป้าหมายได้
ครั้งที่ 7 และ 8 -สัปดาห์ที่ 7 เวลา 1 ชม. (สอนตามแผน) -สัปดาห์ที่ 8 เวลา 1 ชม. (ทบทวนกิจกรรม)	6. แผนการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น(บอกต่อ)	1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรควัณโรคได้ 2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการ เสนอทางเลือกให้ผู้อื่นร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรควัณโรคได้ 3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง บอกแนวทางการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรควัณโรคให้กับผู้อื่นได้ 4.ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง บอกแนวทางการเผยแพร่ความรู้ประสบการณ์ที่ดี เกี่ยวกับโรควัณโรค ให้กับผู้อื่น

2.เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย บุคคลที่พักอาศัยร่วม การวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรค ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการสัมผัสวัณโรค ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค โดย ปรับปรุงจากแบบประเมินของกองสุขศึกษา (Health Education Division, 2018) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมตามองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) โดยเป็นข้อคำถามประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถ หรือ ทักษะด้านสุขภาพของตนเอง โดยเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน), น้อยที่สุด(1 คะแนน) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบคือ

2.1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

2.2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

2.3) ทักษะการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ

2.4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 6 ข้อ

2.5) ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ

2.6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น 6 ข้อ

การแปรผลคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค รวมจำนวน 36 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 180 คะแนน ดังนี้ คะแนนมากกว่า 80% (คะแนนมากกว่า 144 คะแนน) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ, คะแนน 70-79% (คะแนน 126– 143 คะแนน) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีได้ถูกต้อง, คะแนน 60-69% (คะแนน 108-125) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเล็กน้อยและมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีได้ถูกต้องบ้าง และ คะแนน น้อยกว่า 60 (คะแนนน้อยกว่า 108) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ((Health Education Division, 2018)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดย ปรับปรุงจากแบบประเมินของ สมัญญา มุขอาษา และ เกษร สำเภาทอง (Mukarsa & Sumpowthong, 2017) โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยวัณโรคตอบแบบสอบถาม 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบไม่ถูกหรือ ไม่แน่ใจ 0 คะแนน การแปรผลคะแนน เป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ 3 ระดับ คะแนนมากกว่า 80% (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคในดับดี, คะแนนช่วง 60-79% (คะแนน 9-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 60 % (คะแนน 0-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรค โดย พัฒนาจากแบบประเมินของ สมัญญา มุขอาษา และ เกษร สำเภาทอง (Mukarsa & Sumpowthong, 2017) โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยให้ผู้ป่วยวัณโรคตอบแบบสอบถาม ตามการปฏิบัติจริง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบแบบสอบถามมีข้อคำถาม และให้ผู้ตอบเลือกประมาณค่า 4 ตัวเลือกคือ ทำเป็นประจำ ทำเกือบทุกครั้ง ทำเป็นบางครั้ง ทำน้อยครั้งที่สุด เกณฑ์การให้คะแนน

	การรับรู้ด้านบวก	การรับรู้ด้านลบ
	คะแนน	คะแนน
ทำเป็นประจำ	4	1
ทำเกือบทุกครั้ง	3	2
ทำเป็นบางครั้ง	2	3
ทำน้อยครั้งที่สุด	1	4

การแปรผลคะแนน เป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนตามกลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วย จำนวนกลุ่มหรือระดับคะแนนที่ต้องการแบ่ง 3 ระดับ คะแนนมากกว่า 80% (คะแนนมากกว่า 48 คะแนน) หมายถึง มี พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับดี, คะแนนช่วง 60-79% (คะแนน 36-47 คะแนน) หมายถึง มี พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่า 59% (คะแนนน้อยกว่า 35 คะแนน) หมายถึง มี พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเนื้อหา (Content validity) เครื่องมือในการวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่แพทย์อายุรกรรมโรคทรวงอก อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญโรคอายุรกรรม และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล โดย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค, แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในระหว่าง 0.67 – 1.00 และทำการหาความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ป่วยโรควัณโรคที่เข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลทั่วไปที่มีลักษณะการให้บริการของโรงพยาบาลและลักษณะความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะทำการศึกษา จำนวน 15 คน พบว่า 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ค่าความเชื่อมั่น = 0.90, 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ค่าความเชื่อมั่น = 0.71 (KR-20) และ 3) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ค่าความเชื่อมั่น = 0.75

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา เลขที่ COA No.249 รับรอง วันที่ 22 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาโดยชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงสิทธิ์ที่ผู้ร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลเสียหาย สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยคณะผู้วิจัยเสนอการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อธิบายระดับความรู้ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ทำการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการทดลอง ใช้โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง โดยใช้สถิติ Dependent pair t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.90 ปี (SD.=16.09) อายุน้อยสุด 19 ปี อายุมากสุด 88 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.33 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.00 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 7,386.67 (SD.=737.65) มีบุคคลที่พักอาศัยร่วมบ้านด้วยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ไม่เคยป่วยเป็นโรควัณโรคมาก่อน ร้อยละ 100.00 มีประวัติสัมผัสผู้ป่วยวัณโรคมาก่อนจำนวน 4 คน (ร้อยละ 13.33) ผู้ป่วยจำแนกการป่วยเป็นวัณโรคในปอดร้อยละ 73.33 ป่วยเป็นวัณโรคนอกปอด ร้อยละ 26.67 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่าง สูบบุหรี่ ร้อยละ 20.00 และดื่มสุราร้อยละ 63.33 และมีประวัติเป็นโรคประจำตัว ร้อยละ 63.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	21.35 ± 4.72	28.31 ± 1.91	8.758	<.001*
2. ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	21.00 ± 5.07	26.70 ± 1.91	6.344	<.001*
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	21.35 ± 4.72	28.31 ± 1.91	7.476	<.001*
4. การตัดสินใจด้านสุขภาพ	24.37 ± 5.79	25.03 ± 2.41	0.07	0.485
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	22.80 ± 4.31	27.67 ± 2.04	5.014	<.001*
6. การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ	20.28 ± 5.24	28.14 ± 13.37	3.106	.004*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	133.39 ± 24.09	164.18 ± 17.17	5.994	<.001*

** p< 0.05*

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น พบว่า มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบในรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ามี 5 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ, 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ, 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 5) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีเพียง 1 ด้าน คือ การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค	8.90 ± 2.01	13.93 ± 0.91	13.727	<.001*
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	44.03 ± 5.07	51.77 ± 1.61	8.748	<.001*

**p< 0.05*

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น พบว่า มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

หลังจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยวัณโรคที่รับการรักษาในระยะเข้มข้น (2 เดือนแรกของการรักษา) เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น เป็นระยะเวลา 2 เดือน และเรียนรู้กิจกรรมตามองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy:HL) 6 ข้อ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ , 3) ทักษะการสื่อสาร, 4) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้อง 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น ร่วมกับการให้ความรู้ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยแจกเอกสารแผ่นพับพร้อม QR code ภาพพลิกเรื่องวัณโรค ข้อมูลกาแพร่กระจายเชื้อ การดูแลและป้องกันตนเอง สื่อภาพพลิกเรื่องยา อาการข้างเคียงของยาและผลกระทบจากการรักษา คลิปวีดีโอพร้อม QR code เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติตัว สมุดบันทึกสุขภาพ โน้ตติดตามผู้ป่วย และไลน์ติดตามผู้ป่วยหรือการโทรศัพท์ตามผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาตามนัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนติดตามผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกานต์ มาลากิจสกุล (Malakitsakul, 2021) ศึกษาผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพวัณโรค ในกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพวัณโรคหลังดำเนินการสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับพื้นฐาน (ร้อยละ 69.43) ไปสู่ระดับดีมาก (ร้อยละ 85.41) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาองค์ประกอบในรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าทั้ง 5 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, 2) ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ, 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ, 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ตนเอง และ 5) การบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 มีองค์ประกอบเพียง 1 ด้าน คือ การตัดสินใจด้านสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.90 ปี (SD.=16.09) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.00 จึงมีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงความรอบรู้ด้านการตัดสินใจสุขภาพต้องใช้เวลาในการเรียนรู้มากกว่าคนที่มีอายุน้อย และ ระดับการศึกษาสูง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับขั้นวิจารณญาณที่ชักนำสู่การปฏิบัติ ทำให้สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมการดำเนินชีวิตในชีวิตประจำวันได้ (Nutbeam, 2000) และความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณในระดับสูงจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น โดยการใช้เหตุผลและความรู้ในการวิเคราะห์ทางเลือกที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองอย่างเหมาะสม (Khampisut, 2021) นอกจากนั้น ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้น เป็นระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้กิจกรรมตามองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ร่วมกับการได้รับความรู้ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรคโดยแจกเอกสารแผ่นพับพร้อม QR code ภาพพลิกเรื่องวัณโรค ให้ข้อมูลการแพร่กระจายเชื้อ การดูแลและป้องกันตนเอง สื่อภาพพลิกเรื่องยา อาการข้างเคียงของยาและผลกระทบจากการรักษา คลิปวีดีโอพร้อม QR code เรื่องวัณโรคและการปฏิบัติตัว สมุดบันทึกสุขภาพ โน้ตติดตามผู้ป่วย และไลน์ติดตามผู้ป่วยหรือการโทรศัพท์ตามผู้ป่วยเพื่อมารับการรักษาตามนัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนติดตามผู้ป่วยวัณโรค เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมการให้ความรู้ดังกล่าว สามารถพัฒนาความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมัญญา มุขอาษา และ เกษร สำเภาทอง (Mukarsa & Sumpowthong, 2017) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยใช้กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ โดยการบรรยายประกอบสื่อ การชมวีดีทัศน์ การแจกเอกสารคู่มือแผ่นพับ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การอภิปรายและสรุปผล มีการติดตามผลโดยการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันวัณโรคในชุมชน ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องวัณโรคตามองค์ประกอบ 6 ด้าน และคู่มือความรู้เรื่องวัณโรคปอดและการป้องกัน ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนความรู้ด้านการป้องกันวัณโรคในชุมชนก่อนและหลังทดลองพบว่าค่าคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Konman & Intamat, 2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูงหรือเพียงพอจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพที่ดี ลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ มีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ดี (Supphakityothin & Hongsanun, 2020) นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เรื่องวัณโรค และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างแล้ว ยังพบว่ามีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคน (100%) เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

วัณโรคระยะเข้มข้นครบ 2 เดือน พบว่า มีผลการเอกซเรย์ปอดดีขึ้นทุกคน (100%) และ ผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด จำนวน 22 ราย (100%) ผลการตรวจเสมหะในเดือนที่สอง หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าเสมหะเปลี่ยนเป็นไม่พบเชื้อ (negative) จะเห็นได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้นที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง และก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะการนำผลการศึกษาไปใช้

โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคระยะเข้มข้นมีความเหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการนำไปใช้ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค แต่ทั้งนี้ควรส่งเสริมเพิ่มเติมในทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยเพื่อเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาวิจัยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในระยะเข้มข้นแบบยั่งยืน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ สหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งเพิ่มกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

Best, John W. (1977). Research in education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.Christof, C., Nussbaumer-Streit, B., & Gartlehner, G. (2020). WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*,*82*(11), 885-899.

Cords, O., Martinez, L., Warren, J.L., O'Marr, J.M., Walter, K.S., Cohen, T., Zheng, J., Ko, A.I., Croda, J. & Andrews, J.R. (2021). Incidence and prevalence of tuberculosis in incarcerated populations: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health.6*(5), 300-308.

Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health (TH). (2021). *Guidelines for tuberculosis control in Thailand 2021*. Bangkok: Graphic and Design Publishing House. (in Thai)

Health Education Division. (2019). Health education program to promote health literacy (Health Literacy:HL) on tuberculosis prevention in the community for village health volunteers and working age people. Nontaburi: Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health (TH).

Health Education Division. (2018). Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors among children and youth aged 7-14 years and groups of people aged over 15 years. Department of Health Service, Ministry of Public Health. (in Thai)

Kaeodumkoeng, K., Thummakul, D. (2015). Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research. 9*(2), 1-8. (in Thai).

Khampisut, J. (2021). Health Literacy and COVID-19 prevention behavior among students In Faculty of Education, Northern College. *Academic Journal of Community Public Health. 7*(4), 17-28. (in Thai).

Konman, K. & Intamat, S. (2020). Effects of a health literacy enhancement program on tuberculosis prevention in the community among village health volunteers. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 11*(3), 281-294. (in Thai).

Malakitsakul, S. (2021). Result of Health Literacy Tuberculosis Model for risk groups in Regional Health Area 3. *Journal of Disease and Health Risk DPC.3.15*(1), 20-29. (in Thai).

Mukarsa, S. & Sumpowthong, K. (2017). The effect of health promotion program by applying the theory of empowerment in new smear positive pulmonary tuberculosis patients. *Journal of Medicine and Health Siences.24*(1), 13-17. (in Thai).

Nutbeam, D. (2000).Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21stcentury. *Health Promotion Int*. *15*(3), 259-267.

Pandey, B.D., Tun, M.M., Shah, Y., Suzuki, Y., & Morita, K. (2023). Ending tuberculosis by 2030: understanding the transmission. *The Lancet Regional Health–Western Pacific.38*:1-2.

Phayao Hospital Information Center.(2023). Disease Ranking Statistics from 2021-2023. (in Thai)

Supphakityothin, T. & Hongsanun,W. (2020). Guidance for promoting health literacy in health Region.*Journal of Public Health Naresuan University.2*(1): 1-13. (in Thai)

Tuberculosis Clinic, Phayao hospital. (2023). Tuberculosis infection surveillance system in Phayao Hospital. (in Thai)

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*.Division of health promotion, education and communications, Health education and health promotion unit, WHO Geneva, 1-10.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Health Literacy, Health Behavior and Health Status of working-age population, Hang Chat District, Lampang Province

Wasan Jansak[*], Suchart Kreuangchai[1], Sripraphai Inchaithep[***], Phoomin Doungsuriya[***], Wanwisa Chujit[***]**

(Received December 1, 2023, Revised: April 20, 2024, Accepted: May 15,2024)

Abstract

This descriptive study aims to 1) investigate health status, health behaviors, and health literacy. 2) Examine the correlation that exists between health literacy and health-related behavior. We obtained quantitative data from 2,660 individuals aged 15 to 59 who were working. The research instruments include inquiries about health behavior and health literacy, as well as health record forms. We employed descriptive statistics such as the mean, standard deviation, and percentage to analyze the data. Utilize Pearson's Product Moment Correlation statistics to determine the relationship.

According to the study's findings, health literacy was satisfactory in terms of the ability to obtain information about preventive measures and appropriate behavior (mean = 3.28, S.D. = 0.305). Overall, health behavior is good (mean = 3.84, SD = 0.650). Health literacy, encompassing information access, comprehension, response, decision-making, and behavior modification, statistically significantly correlates with positive health behaviors. Concerning general health, blood pressure and glucose levels are predominantly within the expected range. They contribute 61.54 percent and 80 percent, respectively. The entire working-age population shows awareness of healthy behaviors and willingness to change behavior to reduce chronic non-communicable disease risk.

Keywords: Health Literacy Health Behavior, Health status, working-age population

[*]*Public Health Technical Officer (Professional level), District Public Health Office, Hangchat*

[**]*Assistant Professor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[***]*Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[1]*Correspondin: suc2513@gmail.com Tel 08-9853-7054*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

วสันต์ จันทร์ศักดิ์[*], สุชาติ เครื่องชัย[1], ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ[***]**
ภูมินทร์ ดวงสุริยะ[***], วันวิสาข์ ชูจิตร[***]

วันรับบทความ : 1 ธันวาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 20 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 15 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 2,660 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ, แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัวอยู่ในระดับดี (mean=3.28, S.D.=0.305) พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean=3.84, S.D=0.650) และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจ การตอบโต้ การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะสุขภาพ ความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 61.54 และ 80.00 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่า โดยภาพรวมประชาชนวัยทำงาน มีความตระหนักถึงความรอบรู้ พฤติกรรมสุขภาพและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะสุขภาพ, ประชากรวัยทำงาน

[*] *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร*
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*
[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: suc2513@gmail.com*

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และของประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยราว 320,000 คนต่อปีและพบว่าร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่า เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Division of Non Communicable Disease, 2018) องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี พ.ศ.2574 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจจำนวน 23 ล้านคน สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง คือ การขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และความเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมาพฤติกรรมการบริโภคของคนไทยมีการปรับเปลี่ยนไปจากอดีตอย่างมากเนื่องจากสภาพแวดล้อมที่อยู่ สังคม และเศรษฐกิจ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายที่ลดลง จากภาระหน้าที่ด้านการทำงาน การขาดพื้นที่ในการออกกำลังกายจากการขยายตัวของสังคมเมือง รวมถึงการใช้บุหรี่และแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่าในปี 2560 เป็นต้นมา ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์เพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่านักดื่มมีแนวโน้มดื่มประจำ และดื่มหนักเพิ่มมากขึ้น (Office of the Alcohol Control Committee, 2020) พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการเกิดปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถเฉพาะบุคคลที่เข้าถึง วิเคราะห์ กระบวนการ และเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลทางสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการสุขภาพ เพื่อที่สามารถตัดสินใจด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการนำมาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล จากแนวคิดของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 3 ระดับดังนี้ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน สมรรถนะในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพ ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ คือ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขหรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะ สำคัญและจำเป็นในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถเพื่อการรักษาสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน ซึ่งกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-shape มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (Access skill) คือ ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล การค้นหาข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ 2) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติ (Cognitive skill) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) โดยการพูด/อ่าน/เขียน สามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) ในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและปฏิบัติตามแผน 5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) ในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง หรือเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) สามารถตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อ เพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม (Grizzle, 2014)

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Roma et al., 2018) เมื่อพิจารณาผลกระทบที่อาจจะเกิดจากความรอบรู้สุขภาพที่อยู่

ในระดับต่ำ จะส่งผลทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง จากการศึกษาของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ทำการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยประชากรกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง (Roma, et al., 2019) และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงซึ่งสัมพันธ์กับผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของตนเองที่น้อยลง และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่น้อย (Thongma, 2020) นอกจากนี้การรอบรู้ด้านสุขภาพยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2ส ในระดับสูงอีกด้วย (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017) ดังนั้นหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี จึงต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและกลุ่มเสี่ยงซึ่งถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษาของ กัลยาณี ตันตรานนท์ และคณะ (Tantranont et al., 2020) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อาชีพและการมี/ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดี และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ในประชาชนวัยทำงานและหาความสัมพันธ์ของตัวแปรในความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับรักษาดูแลและส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ต่อไป

วัตถุประสงค์

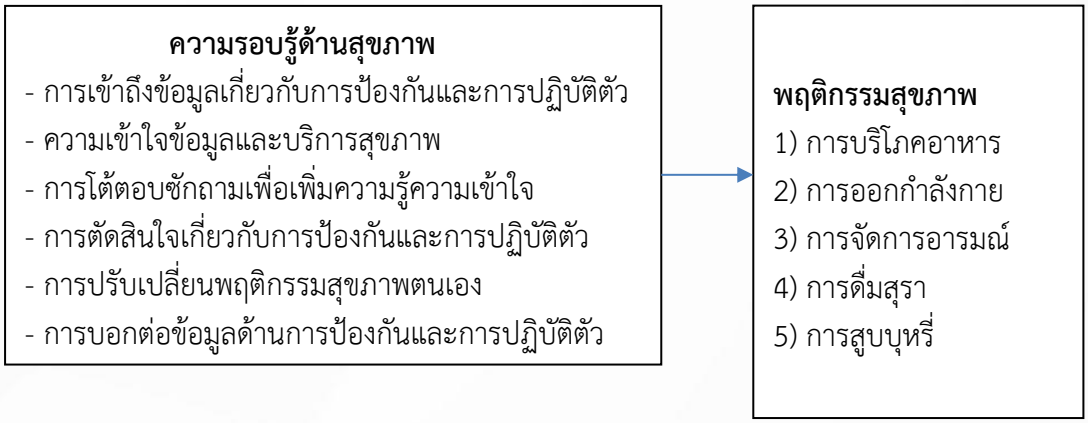
1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานมีความแตกต่างกัน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตงานวิจัย

ขอบเขตการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านประชากร คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอห้างฉัตร จำนวน 10 แห่งๆ ละ 266 คน 2) ขอบเขตด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากรวันทำงาน 3) ขอบเขตด้านสถานที่ พื้นที่เขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง และ 4) ขอบเขตด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2565



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงาน ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 13,295 คน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุ 15-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 2,660 คน ได้จากผลรวมของขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่คำนวณมาจากจำนวนประชากรจาก 10 รพ.สต ที่คำนวณจากสูตร Taro Yamane, (1973) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งชั้นภูมิตามพื้นที่ทั้ง 10 รพ.สต. กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ สามารถอ่านออก เขียนได้ และเข้าใจการสื่อสาร ภาษาไทย และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อ ความสามารถในการคิดหรือการตัดสินใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือที่ใช้แนวคิดการสร้างแบบสอบถามจากแนวคิดของดอน นัทบีม (Nutbeam, 2008) ลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพในการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านที่ 3 การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารในการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านที่ 4 การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านการป้องกันและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ (Daniel, 1995) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพ ในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ผู้วิจัยปรับจากเครื่องมือของ กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017) ครอบคลุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติ, ปฏิบัติ 1-3 วันต่อสัปดาห์ , ปฏิบัติ 4-5 วันต่อสัปดาห์ และปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ เกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนน แบ่งเกณฑ์เป็น 3 ระดับ (Daniel, 1995) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ ระดับต่ำ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวิจัยจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน ในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Education, Department of Health Service Support, 2017) โดยปรับเปลี่ยนข้อความให้สอดคล้องกับบริบทของประชากรในพื้นที่ และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน อาจารย์พยาบาลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คำนวณค่า IOC ได้มากกว่า 0.5 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ รพ.สต ห้วยเรียน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach’s Alpha Coefficient) พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.82 และ 0.77 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติรวบรวมข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง เพื่อขอความร่วมมือในการรวบรวมเก็บข้อมูลในการประสานงาน และจัดเตรียมพื้นที่ในการเก็บข้อมูล โดยผู้เก็บข้อมูลได้รับการชี้แจงทำความเข้าใจและฝึกใช้แบบสอบถามก่อนเข้าไปเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลใช้การตอบแบบสอบถามและเก็บคืนในวันเวลาที่ดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ก่อนการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปตามขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยวิเคราะห์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s Product Moment Correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E 2565-040 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2565 ภายหลังจากได้รับหนังสือรับรอง ทีมคณะผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยได้ดำเนินการดังนี้ 1) อธิบาย/ ชี้แจงวัตถุประสงค์

วิธีดำเนินงาน ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างทำการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธและยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ตามความต้องการโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด 2) วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งมีการใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อและนามสกุล ระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยเป็นไปตามหลักวิชาการและวัตถุประสงค์ของการศึกษาตามที่ได้รับอนุญาตดำเนินการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเอกสารไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือลายเซ็น เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ผลการศึกษา

การศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,660 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.35 อายุช่วงระหว่าง 48-59 ปี ร้อยละ 56.83 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.05 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 30.77 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 81.86

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=2,660 คน)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	mean	S.D.	ระดับ
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลฯ	3.28	0.305	ดี
2.ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ	2.16	0.242	ปานกลาง
3.ด้านการโต้ตอบซักถามฯ	2.87	0.144	ปานกลาง
4.ด้านการตัดสินใจฯ	3.20	0.593	ดี
5.ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพฯ	3.25	0.228	ดี
6.ด้านการบอกต่อข้อมูลฯ	2.69	0.323	ปานกลาง

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าความรอบรู้สุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว การตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง อยู่ในระดับดี (mean= 3.28, S.D=0.305, Mean=3.20, S.D=0.593 , mean=3.25, S.D=0.228 ตามลำดับ) ส่วนด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.16, S.D=0.242, Mean=2.78, S.D=0.144 , mean=2.69, S.D=0.323 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับของพฤติกรรมสุขภาพ (n=2,660 คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
- การควบคุมปริมาณอาหารและควบคุมรสชาติอาหาร	3.72	1.067	ดี
- การรับประทานผักและผลไม้สด สะอาด	3.53	1.075	ดี
2. การออกกำลังกาย	3.45	1.088	ดี
3. การจัดการความเครียดของตนเอง	3.71	1.171	ดี
4. การงดสูบ หรือ สูดควันบุหรี่	4.40	1.172	ดี
5. การงดดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	4.22	1.158	ดี
ภาพรวม	**3.84**	**0.650**	**ดี**

ผลการศึกษาจากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับดี (mean=3.84, S.D=0.650) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้ออยู่ในระดับดี โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การงดสูบ หรือ สูดควันบุหรี่ (*mean* =4.40, S.D=1.172) รองลงมาคือการงดดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (*mean* =4.22, S.D=1.158)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ของระดับความดันโลหิต จำแนกตามกลุ่ม (n=1,820 คน)

ภาวะสุขภาพ	ระดับความดันโลหิต จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มปกติ (BP≤120/80 mmHg)	1,120 (61.54)
กลุ่มเสี่ยง (BP=121-139/80-89)	615 (33.97)
กลุ่มผู้ป่วย (BP>140/90 mmHg)	85 (4.67)

ผลการศึกษาจากตารางที่ 3 การประเมินภาวะสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า ความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติคือ BP≤120/80 mmHg จำนวน 1,120 (ร้อยละ 61.54)

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละ ของระดับน้ำตาลในเลือด จำแนกตามกลุ่ม (n=840 คน)

ภาวะสุขภาพ	ระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน (ร้อยละ)
กลุ่มปกติ FBS≤100 mg/dl	672 (80.0)
กลุ่มเสี่ยง FBS=101-125 mg/dl	122 (14.52)
กลุ่มสูง FBS>125 mg/dl	46 (5.47)

ผลการศึกษาจากตารางที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติคือ FBS≤100 mg/dl จำนวน 672 คน (ร้อยละ 80)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้สุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ	
	r	p-value
1.ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว	0.205	.035*
2.ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ	0.148	.000**
3.ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.341	.042*
4.ด้านตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว	0.264	.003*
5.ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.410	.001*
6.ด้านการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว	0.026	.077

*p< 0.05, **p< 0.01

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว โดยด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการ ด้านตัดสินใจเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r= 0.148, r= 0.264 และ r= 0.410ตามลำดับ) ส่วนด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r= 0.341 และ r= 0.205 ตามลำดับ)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาแบ่งตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี แต่เมื่อพิจารณาในด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี นอกจากนั้นในข้อมูลพื้นฐานพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 48-59 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในช่วงประถมศึกษา สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีพื้นฐานหรือทักษะในด้านการ ฟัง พูด อ่าน รวมถึงการเขียน ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐาน (Singhasem, Krinar, & Tiparat, 2019; Tantranont et al., 2020) ทำให้เข้าใจต่อการรับฟังข้อมูลทางด้านสุขภาพที่นำไปสู่การตัดสินใจเชื่อจนก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสุขภาพเกิดขึ้น

พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับดีทั้งหมด โดยเฉพาะ การงดสูบบุหรี่หรือการดื่มสุรา เช่นเดียวกับการศึกษา การศึกษาการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน จังหวัดบึงกาฬ (Darun & Krirat, 2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีพฤติกรรมในด้านการงดการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ที่มีระดับค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าด้านอื่น

สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นวัยทำงาน เมื่อได้รับข้อมูลความรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้เกิดความตระหนักเพิ่มมากขึ้นในการดูแลและป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งจะสังเกตเห็นได้จากพฤติกรรมสุขภาพที่จะก่อให้เกิดภาวะโรคเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ หรือ การดื่มสุรา ที่มีระดับคะแนนค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าด้านอื่น

ภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว และผลการคัดกรองทางด้านภาวะสุขภาพ ทั้งระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่แสดงให้เห็นเช่นเดียวกันว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพที่อยู่ในเกณฑ์ที่ดี และส่งผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพมีทิศทางที่ดีเกิดขึ้น (Tantranont et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมการพิจารณาจากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องต่อการรับรู้เพื่อให้เกิดความรู้ทางด้านสุขภาพ การนำไปใช้ดูแลสุขภาพ และก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ขึ้น มีความเกี่ยวข้อกับ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ (Darun & Krirat, 2019; Tantranont et al., 2020; Photihung, 2021; Mongkolmoo, Toonsir,i & Homsin, 2022) ซึ่งจะตัวแปรที่สำคัญต่อการรณรงค์สร้างจิตสำนึกในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดผลเป็นที่ประจักษ์

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มวัยทำงานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional health literacy) ด้านการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นต่อความเข้าใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ การประเมินคุณค่าของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการนำข้อมูลข่าวสารใหม่ๆไปใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2008) แต่ในด้านการบอกต่อข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันและปฏิบัติตัว กลับไม่มีความสัมพันธ์กับผลการศึกษา ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อในตัวบุคลากรทางด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะในการดูแลสุขภาพ จึงมีความเชื่อที่จะปฏิบัติตาม อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วย หรือมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งอาจจะทำให้การบอกเล่า หรือการดูแลความเจ็บป่วยไม่ชัดเจนพอจนที่จะสามารถนำข้อมูลในการบอกต่อในการสุขภาพได้ (Tantranont et al., 2020; Sinto et al., 2022)

การที่กลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาในครั้งนี้สามารถเข้าใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งเกิดจากตัวของบุคคลต่อการตระหนักถึงผลกระทบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงยังได้รับการติดตามและส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งสองปัจจัยดังกล่าวจะเป็นส่วนช่วยทำให้การดูแลสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น นอกจากนั้นในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ยังพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามนโยบายเชิงรุก ควบคู่กับการกำกับติดตามผลลัพธ์จึงทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการจัดตั้งแกนนำสุขภาพดีเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตัวบุคคลให้สามารถถ่ายทอดความรู้ ไปสู่การปฏิบัติทั้งในระดับครอบครัว หรือชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางกำหนดทิศนโยบายทางด้านสุขภาพในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับอำเภอ เพื่อจะทำให้ประชาชนวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นได้

2. นำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปสร้างเป็นแนวทางปฏิบัติในการนำไปใช้เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนสามารถปฏิบัติการได้อย่างเกิดผลเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือในกลุ่ม ที่มีความแตกต่างกันของความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ครอบคลุมปัญหาในกลุ่มบุคคลที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* [Internet]. https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/145_stat_-_textbook.pdf

Darun, P., & Krirat, P. (2019). Health literacy factors influencing on Health behavior of population in Bueng Kan province. *Department of health Service Support Journal, 15*(3), 71-82. (in Thai)

Division of Health Education, Department of Health Service Support. (2017). *Assessment of health literacy and health behaviors according to Principle 3E2S, working age group, aged 15 - 59 years.* Health Systems Research Institute. (in Thai)

Division of Non Communicable Disease. (2018). *Report on the situation of NCD disease 2018, diabetes, high blood pressure. and related factors*. Aksorn graphic and design publishing limited partnership. (in Thai)

Grizzle, A., Moore, P., Dezuanni, M., Asthana, S., Wilson, C., Banda, F., & Onumah, C. (2014). *Media and information literacy: Policy and strategy guidelines*. Unesco.

Mongkolmoo, S., Toonsiri, C., & Homsin, H. (2022). Factors related to health literacy for hypertension prevention among High-risk Individuals in Nadee District, Prachinburi province. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 17*(2), 168-175. (in Thai)

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 72-78

Office of the Alcohol Control Committee. (2020). *Control of alcoholic beverages, report date 20 Aug. 2020*. https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1439020200823062540.pdf. (in Thai)

Photihung, P. (2021). Relationship of health literacy to health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A systematic review. *The Journal of Faculty of NursingBurapha University, 29*(3), 115-130. (in Thai)

Roma, W., Kloyiam, S., Sookawong, W., Kaew-Amdee, T., Tunnung, A., Khampang, R., & Butchon, R. (2019). *Thai Health Literacy Survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above*. Health Systems Research Institute. (in Thai)

Roma, W., Tanasugarn, C., Samnuanklang, M., Sarawasee, R., Kloyiam, S., & Sukprasert, K. (2018). *Concepts and principles of a health literacy organization*. Project office to drive the Department of Health 4.0 for public health literacy. (in Thai)

Singhasem, P., Krinar, P., & Tiparat, W. (2019). Correlation between health literacy and health behaviors in older people: A survey research in a community, Trang province. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 11*(1), 37-51. (in Thai)

Sinto, N., Kamkaew, W., Chummalee, I., & Srisaknnok, T. (2022). Health literacy and health behavior among risk group of hypertensions Mahasarakham province. *Research and Development Health System Journal, 15*(3), 99-133. (in Thai)

Tantranont, K., Wisutthananon, A., Suthakorn, W., Supavititpatana, B., Lirtmunlikaporn, S., & Kampoun, S. (2020). Factors associated with health literacy among working population, NongPa Krang subdistrict, Mueang district, Chiang Mai province. *Lanna Public Health Journal, 16*(2), 60-71. (in Thai)

Thongma, P. (2020). Health literacy and health outcomes in hypertensive patients. *Thai red cross nursing journal, 13*(1), 50-62. (in Thai)

Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis* (3rd ed.). Harper and Row Publication.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Service quality of Outpatient and Inpatient departments, Community Hospital

Piyaned Charapeeya[*], Kulwadee Abhicharttibutra[1]**
Orn-anong Wichaikhum[***]

(Received: September 24, 2023, Revised: March,31 2024, Accepted: May 24, 2024)

Abstract

The purpose of this descriptive study was to investigate how inpatient and outpatient department clients perceived the quality of the services they received. We utilized purposive random sampling to obtain a sample of 210 inpatient and 204 outpatient patients. The instruments included assessments that evaluated both the perception and expectation of hospital service quality. The questionnaires exhibited reliability, as indicated by Cronbach's alpha coefficients of 0.93 and 0.94, respectively. Employing descriptive statistics, the researchers examined the data.

The results indicated that 1) outpatient clients rated the aspects of tangible reliability, responsiveness, assurance, and empathy of service quality as worse than what they expected 2) The inpatient clients expressed a higher perception of tangible service quality in comparison to their expectations. Conversely, they held lower expectations regarding the reliability, responsiveness, assurance, and empathy of service quality. The results provide hospital and nursing administrators with crucial foundational information for developing and planning service quality that meets clients' expectations.

Keywords: Clients; Inpatient department; Outpatient department; Service quality

[*] *Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*
[**] *Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*
[***] *Assistant professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*
[1] *Corresponding author: akulwadee@gmail.com*

คุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

ปียเนตร จารภียะ*, กุลวดี อภิชาติบุตร[1]อรอนงค์ วิชัยคำ*****

(วันรับบทความ : 24 พฤศจิกายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 31 มีนาคม 2567, วันตอบรับบทความ: 21 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 204 คน และผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในจำนวน 210 คน ได้มาโดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบวัดการรับรู้และความคาดหวังคุณภาพการบริการ เครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับจริงด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการ ด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการต่ำกว่าคุณภาพการให้บริการตามความคาดหวัง 2) ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในมีการรับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับจริงด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการสูงกว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ส่วนด้านด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ด้านการตอบสนองการให้บริการด้านความมั่นใจในบริการ และด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ รับรู้คุณภาพบริการที่ได้รับจริงต่ำกว่าคุณภาพบริการตามความคาดหวัง ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนและพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการต่อไป

คำสำคัญ: ผู้รับบริการคุณภาพบริการ; แผนกผู้ป่วยใน; แผนกผู้ป่วยนอก

* *นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
** *รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
*** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: akulwadee@gmail.com*

บทนำ

โรงพยาบาลเป็นสถานบริการสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เป้าหมายในการให้บริการของโรงพยาบาลคือการให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและพึงพอใจ (Jindawatthana, 2008) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันผู้รับบริการมีทางเลือกในการเข้ารับบริการรวมถึงการต้องการการบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เนื่องจากผลของพัฒนาการและความก้าวหน้าของดิจิทัลเทคโนโลยีผ่านเครื่องมือสื่อสารหลายรูปแบบ ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลในโลกของมัลติมีเดียได้ง่ายในประชาชนทุกระดับการศึกษาและกลุ่มคน ตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และจากการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพที่สะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการมีความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมีมากขึ้น ความคาดหวังของผู้รับบริการ และการตอบสนองในเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องตระหนักการบริการ (service) เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ได้รับการบริการที่เป็นไปตามคาดหวังหรือเหนือความคาดหวัง การบริการในโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญต่อผู้รับบริการในการตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล และช่วยสร้างเสริมคุณภาพชีวิต เป็นการลดความเสี่ยง เพิ่มความรวดเร็ว ความถูกต้องในการให้การพยาบาลตามมาตรฐาน และความคุ้มค่าของเงินที่จะต้องจ่าย หรือเวลาที่ต้องเสียไป รวมถึง ความประทับใจและสบายใจของผู้ป่วยและผู้รับบริการ การบริการยังช่วยเพิ่มผลประกอบการให้กับธุรกิจ และสร้างภาพพจน์ที่ดีของธุรกิจ รวมถึงช่วยให้ทั้งลูกค้าและพนักงานคงอยู่กับธุรกิจ และสำคัญต่อผู้ปฏิบัติงานบริการ คือช่วยให้ตระหนักถึงการปฏิบัติต่อผู้รับบริการด้วยจิตสำนึกของการให้บริการ เกิดการรับรู้เป้าหมายของการบริการที่ถูกต้อง และเรียนรู้ที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง โดยมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โรงพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญต่อคุณภาพบริการเพื่อให้เป็นไปตามความคาดหวังและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

คุณภาพบริการ (service quality) ตามแนวคิดของ พาราสุรามาน, ซิทแฮม, และ เบอรี่ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985) หมายถึงการให้บริการที่เป็นไปตามความคาดหวังหรือสูงกว่าความคาดหวังของลูกค้าเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าที่เกิดขึ้นในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการหรือหลังจากการบริการสิ้นสุดลง และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและลูกค้ามีความพึงพอใจ โดยพาราสุรามาน และคณะ (1988) ได้สร้างแบบจำลองเซอร์คัว (SERVQUAL) เพื่อชี้วัดคุณภาพการบริการประกอบด้วยปัจจัยกำหนดคุณภาพ 5 ประการได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ การตอบสนองความต้องการของลูกค้า การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้า และการเข้าถึงจิตใจของลูกค้า โดยพาราสุรามานและคณะ อธิบายคุณภาพของการบริการตามการรับรู้ของลูกค้าในรูปแบบของการเปรียบเทียบทัศนคติที่คาดหวัง (E: expectation) และการบริการที่ได้รับ (P: perception) ว่ามีความสอดคล้องกันเพียงไร โดยการให้บริการที่มีคุณภาพ หมายถึง การให้บริการที่สอดคล้องกับความคาดหวังของลูกค้าอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นความพึงพอใจต่อการบริการจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการบริการที่เป็นไปตามความคาดหวังหรือไม่เป็นไปตามความคาดหวังของลูกค้า

โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ F2 (ขนาด 60 เตียง) ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การคุ้มครองผู้บริโภค และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีวิสัยทัศน์คือเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เทคโนโลยีทันสมัย บุคลากรสุขใจ ห่วงใยประชาชนโดยมีพันธกิจในการพัฒนาระบบบริการให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน พัฒนาระบบบริการ

แบบองค์รวม โรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงการทำงานด้านคลินิก โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ติดตามประเด็น คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทั้งองค์กร และมีทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ทำหน้าที่กำกับดูแลทางคลินิกให้เป็นไป ตามทิศทางที่กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีนโยบายส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการปรับปรุงเรื่อง การลดแออัด ลดรอคอย และการเพิ่มการบริการที่ รวดเร็ว ได้นำเทคโนโลยีเข้ามาเพื่อช่วยในการทำงาน มีการนำระบบลดการใช้กระดาษ (paperless) มาใช้ เพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็ว ลดขั้นตอนและลดข้อผิดพลาดในการให้บริการ ในส่วนของการปรับปรุงด้านอาคาร สถานที่เพื่อให้เกิดความปลอดภัย ในงานผู้ป่วยใน มีการปรับปรุงอาคาร สถานที่ให้สวยงาม การปรับปรุงระบบระบายอากาศภายในอาคาร การจัดโซนแยกผู้ป่วยตามหลักการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในงานผู้ป่วยนอก มีการจัดที่นั่งเพื่อให้เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ การปรับปรุงระบบระบายอากาศในห้องตรวจ ภายนอกอาคาร มีการจัดทำป้ายบอกทาง การจัดการจราจรและเพิ่มจุดจอดรถให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก และเพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีแก่ผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้กำหนดให้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ แบ่งออกเป็น ความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยนอก และความพึงพอใจในการรับบริการผู้ป่วยใน โดยแม้คะแนนความพึงพอใจในการมารับบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (Quality Center, 2022) แต่ เป็นการประเมินการรับรู้อย่างเดียว ไม่ได้ประเมินความคาดหวังในการมารับบริการ และยังได้รับข้อคิดเห็น จึงมีข้อเสนอแนะจากประชาชนที่มารับบริการ เช่น การปรับปรุงอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม การปรับปรุงการคมนาคมในโรงพยาบาล การปรับปรุงห้องน้ำผู้รับบริการ และการปรับปรุงระยะเวลารอคอยการรับบริการ (Quality Center, 2022) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้มีความจำเป็นต้องศึกษาการรับรู้คุณภาพบริการและความคาดหวังการบริการของผู้รับบริการที่มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อให้ทราบช่องว่างของคุณภาพบริการที่จะสามารถนำไปปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

2.เพื่อศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

คำถามการวิจัย

1.คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร

2.คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

การศึกษาคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใช้แนวคิดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) ของพาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al., 1988) ซึ่งเป็นการให้บริการที่เป็นไปตามความคาดหวังหรือสูงกว่าความคาดหวังของผู้รับบริการใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความเป็นรูปธรรมของการบริการ คือ ลักษณะทางกายภาพที่ทำให้ลูกค้าได้รับความสะดวก เช่น เครื่องมือวัสดุและอุปกรณ์มีความทันสมัย พร้อมใช้งานผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี 2) ความน่าเชื่อถือในการให้บริการ คือ การปฏิบัติตามสัญญาที่ได้แจ้งไว้ และสร้างความไว้วางใจ ความถูกต้อง และความสม่ำเสมอ 3) การตอบสนองความต้องการของลูกค้า คือ ความเต็มใจในการช่วยเหลือผู้รับบริการ และจัดหาบริการมาให้ตามที่ได้ตกลงไว้ และมีความกระตือรือร้นให้ความช่วยเหลือในการให้บริการ 4) การให้ความมั่นใจแก่ลูกค้า คือ การมีความรู้ ความสามารถมีการให้บริการด้วยความซื่อสัตย์ เพื่อสร้างให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และ 5) การเข้าถึงจิตใจของลูกค้า คือ ความห่วงใยและสนใจลูกค้าแต่ละคน และมีความตั้งใจที่จะจัดหาสิ่งที่ลูกค้าต้องการมาตอบสนองได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ผู้รับบริการโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ช่วงระยะเวลา เดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2566 เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 58,853 คน และผู้ป่วยใน จำนวน 2,721 คน รวม 61,574 คน

กลุ่มตัวอย่าง 398 คน คำนวณโดยใช้สูตรของ ทาโร่ ยามาเน่ (Srisathitnarakun, 2010) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ร้อยละ 5 (α = 0.05) และเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (Polit, 2010) เนื่องจากอาจได้รับการตอบกลับไม่ครบถ้วน รวมเป็นผู้ป่วยทั้งหมด 480 คน กำหนดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแบบโควตาให้มีสัดส่วนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเท่ากัน โดยเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน 240 คน และผู้ป่วยในจำนวน 240 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า โดยเกณฑ์ในการคัดเข้าผู้ป่วยนอก คือ เป็นผู้มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ด้านการรับรู้ สามารถอ่านออก เขียนได้ มีความเข้าใจในภาษาไทย และสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และเกณฑ์ในการคัดเข้าผู้ป่วยในคือ ไม่มีอาการรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการตอบแบบสอบถาม เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ สมบูรณ์ด้านการรับรู้ สามารถอ่านออก เขียนได้ มีความเข้าใจในภาษาไทย และสามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มคือผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงโดยที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ หรือถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลได้ครบจำนวน 480 คน แต่มีความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลและสามารถมาวิเคราะห์ผลได้จำนวน 414 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา สิทธิการรักษา จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง แผนกที่เข้ารับบริการ ซึ่งเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความคาดหวังคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล ของกนกพร ลีลาเทพินท์, พัชญา มาลือศรี และ ปรารถนา ปุณณกิติเกษม (Leelatephin, Malaesri & Punnakitikasem, 2011) พัฒนามาจากแนวคิด SERVQUAL ของพาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al., 1988) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ข้อ 1-4 ความเชื่อถือไว้วางใจ ข้อ 5-9 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ข้อ 10-14 การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ข้อ 15-19 ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ข้อ 20-24 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินมาตราวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับตั้งแต่ 1 หมายถึง คาดหวังน้อยที่สุด ไปจนถึง คะแนน 5 หมายถึง คาดหวังมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้คุณภาพการบริการของโรงพยาบาล ของกนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (Leelatephin et al., 2011) ที่พัฒนามาจากแนวคิด SERVQUAL ของพาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman et al., 1988) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 มิติ ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ข้อ 1-4 ความเชื่อถือไว้วางใจ ข้อ 5-9 การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ข้อ 10-14 การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ข้อ 15-19 ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ ข้อ 20-24 ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินมาตราวัดการประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ คะแนน 1 หมายถึง รับรู้น้อยที่สุด จนถึง คะแนน 5 หมายถึง รับรู้มากที่สุด

ส่วนที่ 4 เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่นๆ ของกนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (2554) เป็นข้อคำถามปลายเปิด คือ ข้อเสนอแนะที่ท่านอยากให้โรงพยาบาลปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยที่รับบริการขึ้นตามแนวคิดคุณภาพบริการ (SERVQUAL) พัฒนาโดย กนกพร ลีลาเทพินทร์ และคณะ (Leelatephin et al., 2011) มีการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างได้ค่าที่ยอมรับได้ และไม่มีการนำมาดัดแปลงในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ในผู้รับบริการที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน วิเคราะห์ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคแบบสอบถามการรับรู้คุณภาพการให้บริการเท่ากับ .93 แบบสอบถามความคาดหวังของผู้ป่วยที่รับบริการ เท่ากับ .94

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม ได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน 204 ฉบับ และแบบสอบถามของผู้รับบริการผู้ป่วยใน จำนวน 210 ฉบับ นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ 2) ข้อมูลการรับรู้คุณภาพการให้บริการและข้อมูลความคาดหวังคุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้าน และ 3) วิเคราะห์คุณภาพบริการโดยนำค่าเฉลี่ยการรับรู้คุณภาพบริการลบกับความคาดหวังการให้บริการ และแปลผลค่าเป็นลบ หมายถึง การรับรู้คุณภาพบริการต่ำกว่าความคาดหวังการให้บริการ ค่าเป็นบวก หมายถึง การรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวังการให้บริการ 4) วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดโดยการสรุปและจัดหมวดหมู่ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 135/ 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยแนบหนังสือชี้แจงข้อมูล เพื่อชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาถูกเก็บไว้เป็นความลับ ใช้รหัสแทนชื่อ และจะถูกวิเคราะห์ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงลายมือชื่อยินดีเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงจะดำเนินการรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก (n = 204) และผู้ป่วยใน (n = 210) จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	83	40.96	82	39.05
หญิง	121	59.31	128	60.95
อายุ mean = 41.13, S.D. = 14.90, Max = 81, Min = 18)				
≤ 20 ปี	20	9.80	11	5.24
21 – 30 ปี	44	21.57	21	10.00
31 – 40 ปี	35	17.16	18	8.57
4 – 150 ปี	41	20.10	36	17.14
5 – 160 ปี	43	21.08	51	24.29
6 – 170 ปี	17	8.33	49	23.33
7 – 180 ปี	3	1.47	18	8.57
81 – 90 ปี	1	0.49	6	2.86
สถานภาพ				
โสด	88	43.13	50	23.81
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	17	8.33	18	8.57
สมรส/ อยู่ด้วยกัน	99	48.53	142	67.62

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก (n = 204) และผู้ป่วยใน (n = 210) จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	61	29.90	126	60.00
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	72	39.29	56	26.67
อนุปริญญา/ ปวส.	36	17.65	14	6.67
ปริญญาตรี	29	14.22	14	6.67
สูงกว่าปริญญาตรี	6	2.94	0	
อาชีพ				
นักเรียน/ นักศึกษา	24	11.76	11	5.24
ข้าราชการ	14	6.86	5	2.38
รัฐวิสาหกิจ	1	0.49	2	0.95
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	31	15.20	18	8.57
พนักงานบริษัทเอกชน	11	5.39	8	3.81
เกษตรกร	38	18.63	67	31.90
พ่อบ้าน/ แม่บ้าน	36	17.65	48	22.86
รับจ้าง	41	20.10	41	19.52
อื่น ๆ (เช่น พระภิกษุ สามเณร)	8	3.92	10	4.76
รายได้ต่อเดือน				
ไม่มีรายได้	49	24.02	46	21.90
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	73	35.78	111	52.86
10,001 - 20,000 บาท	57	27.94	38	18.10
20,001 - 30,000 บาท	12	5.88	8	3.81
30,001 - 40,000 บาท	9	4.41	4	1.90
40,001 บาทขึ้นไป	4	1.96	3	1.43

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยนอก เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.31 และเพศชาย ร้อยละ 40.69 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21– 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.57 รองลงมามีอายุระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.08 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 39.29 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20.90 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง ร้อยละ 20.10 รองลงมาเป็น เกษตรกร ร้อยละ 18.63 มีรายได้ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.78 รองลงมาคือ รายได้ 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 27.94 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 57.84 รองลงมาเป็นผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ร้อยละ 17.65 ส่วนกลุ่มตัวอย่างแผนกผู้ป่วยในเป็นเพศหญิงร้อยละ 60.14 และเพศชาย ร้อยละ 39.86 มีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 24.29 รองลงมามีอายุระหว่าง 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 23.33ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 45.17 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.92 อาชีพส่วนใหญ่ เป็นเกษตรกร ร้อยละ 25.36 รองลงมาเป็น พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 20.29 มีรายได้ ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.44 รองลงมาคือ ไม่มีรายได้ และรายได้ 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 22.95

ส่วนที่ 2 คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 ความคาดหวังคุณภาพบริการ การรับรู้คุณภาพบริการ และคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (n = 414)

	ความคาดหวังคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก		การรับรู้คุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยนอก		คุณภาพการบริการ P-E	ความคาดหวังคุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยใน		การรับรู้คุณภาพบริการแผนกผู้ป่วยใน		คุณภาพการบริการ P-E
	mean	S.D.	mean	S.D.		mean	S.D.	mean	S.D.	
ความเป็นรูปธรรมของการบริการ	3.87	0.63	3.80	0.67	-0.07	4.06	0.54	4.11	0.51	0.05
ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ	4.00	0.58	3.91	0.62	-0.09	4.19	0.47	4.14	0.49	-0.05
การตอบสนองการให้บริการ	3.91	0.70	3.66	0.73	-0.25	4.18	0.54	4.09	0.57	-0.09
ความมั่นใจในบริการ	4.06	0.66	3.87	0.72	-0.19	4.23	0.55	4.15	0.53	-0.08
ความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ	4.04	0.66	3.94	0.69	-0.10	4.23	0.52	4.19	0.54	-0.04

หมายเหตุ. P หมายถึงการรับรู้คุณภาพบริการ E หมายถึง ความคาดหวังคุณภาพบริการ

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการผู้ป่วยนอกรับรู้ว่ามีช่องว่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังคุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ความเป็นรูปธรรมของการบริการ ความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองการให้บริการ ความมั่นใจในบริการ และความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ทั้ง 5 ด้าน พบว่าช่องว่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังคุณภาพการให้บริการมีค่าเป็นลบในทุกด้าน ซึ่งหมายถึง การรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยนอกมีค่าต่ำกว่าความคาดหวังคุณภาพการให้บริการ ส่วนผู้รับบริการผู้ป่วยในรับรู้ว่ามีช่องว่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังคุณภาพการให้บริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการมีค่าเป็นบวกแสดงถึงการรับรู้คุณภาพบริการสูงกว่าความคาดหวัง ส่วนช่องว่างระหว่างการรับรู้และความคาดหวังคุณภาพการบริการของผู้ป่วยในด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ การตอบสนองการให้บริการ ความมั่นใจในบริการ

และความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ซึ่งมีค่าเป็นลบหมายถึง การรับรู้คุณภาพการให้บริการของผู้ป่วยในทั้ง 4 ด้าน มีค่าต่ำกว่าความคาดหวังคุณภาพการให้บริการ

อภิปรายผล

การวิจัยคุณภาพบริการของแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยนอก

1.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจากจำนวนผู้รับบริการที่มาก ทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย ความแออัดและคับคั่ง เกิดความไม่พอเพียงของสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เช่น ที่นั่งรอ ห้องน้ำผู้รับบริการ เช่นข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ “ควรจัดที่นั่งรอของผู้ป่วยให้เพียงพอ” “ควรจัดให้มีห้องน้ำที่สะอาด เพียงพอ” “ควรปรับปรุงสถานที่ให้กว้างขวาง และมีอากาศถ่ายเท” และอาจรวมถึงมีเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับใช้ในการเข้ารับบริการไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการ เช่น แม้งานผู้ป่วยนอกจะจัดให้มีเครื่องวัด ความดันโลหิตชนิดสอดแขน จำนวน 2 เครื่องสำหรับผู้รับบริการ โดยการ scan barcode เพื่อสามารถบันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยแต่ละรายเข้าสู่ข้อมูลในระบบ HOSxP และมีการใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูงแบบอัตโนมัติ ที่ข้อมูลจะนำส่งเข้าสู่ระบบ HOSxP ของผู้ป่วยแต่ละรายเช่นเดียวกับเครื่องวัดความดันโลหิต มีระบบการให้บริการเรียกคิวแบบอัตโนมัติ โดยใช้ระบบการลงทะเบียน การเรียกคิวรับบริการทั้งการซักประวัติ รอพบแพทย์ และรับยา ซึ่งผู้รับบริการต้องทำการ scan bar code ก่อนวัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แต่อาจไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้รับบริการบางกลุ่มที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีถึงร้อยละ 10.29 เนื่องจาก อายุของผู้รับบริการในช่วงวัยนี้ การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ไม่คล่องแคล่ว ดังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการว่า “ระบบบริการมีความทันสมัย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าไม่ถึงบริการ” และผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 20.90 อาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง และเกษตรกร (ตารางที่ 1) จึงต้องการเจ้าหน้าที่ที่คอยอำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด ดังพบปัญหาในการให้บริการของผู้รับบริการ เช่น การไม่เข้าใจในการเรียกคิวอัตโนมัติ การเข้ารับบริการผิดจุด การไม่ได้ยินเสียงเรียกคิวและสับสนเรื่องการเรียกคิว เนื่องจากสถานที่คับแคบ มีจุดเรียกคิวหลายจุดทำให้เสียงไม่ชัดเจน ผู้รับบริการเกิดความสับสน จึงทำให้เกิดความล่าช้า ทั้งในส่วนของการให้บริการและการรับบริการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรจารินทร์ คุณารูป (Kunarup, 2015) ได้ศึกษา ความคาดหวัง การรับรู้และความพึงพอใจของประชาชนต่อคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนตำบลดอนแก้ว ในด้านความเป็นรูปธรรมการบริการ ค่าเฉลี่ยความคาดหวังต่อคุณภาพบริการต่ำกว่าการรับรู้ ได้แก่ สถานที่สะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย สิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอ มีป้ายบอกขั้นตอนการให้บริการที่เข้าใจง่าย ห้องตรวจและห้องให้บริการแยกเป็นสัดส่วน เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพเรียบร้อย

อีกทั้งโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งยังขาดเครื่องมือที่ทันสมัย เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งถ้านับระยะเวลาในการเดินทางเพื่อไปรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด จะใช้ระยะเวลาที่

นาน และเดินทางไกล ผู้รับบริการจึงมีความคาดหวังให้มีแพทย์เฉพาะทาง และเครื่องมือที่ทันสมัยเพื่อรองรับการให้บริการ เช่น ข้อเสนอแนะของผู้รับบริการ คือ “ ควรจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยกว่านี้ จะได้ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ห่างไกล และ“ ควรมีเครื่องฟอกไตประจำโรงพยาบาล” ทำให้รับรู้ว่ามีช่องว่างด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ นอกจากนี้งานผู้ป่วยนอกได้จัดทำขั้นตอนการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมถึงขั้นตอนในการเข้ารับบริการ แต่ป้ายบอกขั้นตอน มีความไม่ชัดเจน อ่านยาก ตัวอักษรขนาดเล็ก ทำให้การเข้ารับบริการของผู้รับบริการเกิดความไม่สะดวก ดังที่ ผู้รับบริการแสดงความคิดเห็น “ ควรมีป้าย หรือเจ้าหน้าที่บอกลำดับขั้นตอนการรับบริการ” จากเหตุผลที่กล่าวมาทั้งหมดทำให้ ผู้รับบริการรับรู้ ว่ามีช่องว่างด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ

1.2 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ โดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจากงานผู้ป่วยนอกมีการระบุการนัดหมายในใบนัดเป็นช่วงเวลา เช่น เวลา 08.00–12.00 น. โดยเมื่อผู้รับบริการมาถึงจะต้องมาลงทะเบียนและรอตรวจ ซึ่งไม่สามารถระบุเวลาให้ผู้รับบริการทราบว่า จะได้เข้ารับการตรวจในเวลาใดได้อย่างชัดเจนเนื่องจากขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยและจำนวนแพทย์ออกตรวจในแต่ละวัน ในเรื่องการระบุเวลาเข้าตรวจจึงอาจยังไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากรที่มีจำนวนน้อย ทำให้การอธิบาย การสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ ระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการไม่พอเพียง จึงเป็นผลให้ผู้รับบริการไม่ทราบว่าบริการที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ ไว้วางใจได้เพียงใด ซึ่งสอดคล้องกับเทนเนอร์ และ ดีโทโร (Tenner & Detoro, 1992) ได้กล่าวว่า ความเชื่อถือไว้วางใจได้ของผู้รับบริการเกิดเนื่องจากความสามารถในการให้บริการที่ตรงตามสัญญาที่ให้ไว้ ผู้รับบริการมีความรู้สึกว่าบริการนั้นถูกต้องเหมาะสม และในการบริการทางสุขภาพนั้น ผู้รับบริการไม่มีความรู้ว่าการให้การบริการนั้น มีความถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ เนื่องจากไม่มีความรู้ในด้านสุขภาพเท่ากับผู้ให้บริการ การอธิบาย สื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา ดวงทอง และธนายุ ภูวิทยาธร (Doungtong & Phuwiriyatorn, 2022) ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่าคุณภาพการให้บริการที่คาดหวังไว้ของผู้มารับบริการด้านความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจสูงกว่าคุณภาพการให้บริการที่รับรู้ได้จริงของผู้มารับบริการ

1.3 ด้านการตอบสนองการให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านการตอบสนองการให้บริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจากระยะเวลารอคอยการรับบริการไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการมีจำนวนมาก ผู้ป่วยเฉลี่ย 292 คน/ วัน และมีเวลาในการรับบริการเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 58 นาที (Quality Center, 2022) และด้วยลักษณะของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะเดินทางโดยรถโดยสารประจำทางมาถึงในช่วงเวลาเดียวกันและเป็นช่วงเช้า จึงไม่ได้เข้ารับบริการตามกระจายไปตามช่วงเวลาที่นัดหมาย โดยในช่วงเช้าจะมีจำนวนผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ย 170 คน/วัน ประกอบกับจำนวนแพทย์ที่ตรวจรักษาในงานผู้ป่วยนอก มีจำนวน 3-4 คน ต่อวัน แพทย์ออกตรวจผู้ป่วยเริ่มเวลา 09.00 น. ระยะเวลาในการตรวจรักษาเฉลี่ย 6 นาที / ผู้รับบริการ 1 ราย ดังนั้นแพทย์แต่ละคน จะสามารถตรวจผู้รับบริการได้ในช่วงเช้า เฉลี่ย 30 คน แต่มีผู้รับบริการในช่วงเช้าจำนวนมาก จึงไม่สามารถตรวจรักษาผู้รับบริการที่มารอตรวจได้หมดในช่วงเช้า ทำให้ต้องเลื่อนการตรวจออกไปเป็นช่วงบ่าย

ส่งผลต่อระยะเวลาในการรอตรวจนาน และระยะเวลารอคอยในการรับบริการนานขึ้น นอกจากนี้จากข้อมูลแสดงความคิดเห็นของผู้รับบริการ พบว่า “ ควรลดขั้นตอนเข้ารับบริการ ” ตั้งแต่เริ่มจับบัตรคิว เนื่องจากผู้มารับบริการมารอรับบริการตั้งแต่ช่วงเช้า ก่อนเปิดให้บริการ จึงต้องมีบัตรคิวเพื่อทราบลำดับการมาก่อน - หลัง งานผู้ป่วยนอกเปิดให้บริการเวลา 07.00 น. โดยการเรียกตามลำดับคิว และเข้าสู่ขั้นตอนการจัดลำดับคิวเพื่อแยกตามแผนกผ่านระบบ Smart OPD เช่น ตรวจทั่วไป การตรวจรักษาทางทันตกรรม การมารับบริการแพทย์แผนไทย หรือการมารับบริการงานกายภาพบำบัด เป็นต้น จากนั้นเป็นขั้นตอนของการลงทะเบียนเข้ารับบริการผ่านระบบการขอบริการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน โดยการใช้บัตรประชาชนของผู้รับบริการเสียบเข้ากับเครื่องอ่านบัตร ผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งในขั้นตอนนี้ หากพบปัญหาการใช้งานอินเตอร์เน็ตล่าช้า การลงทะเบียนในผู้รับบริการแต่ละรายจะเกิดความล่าช้าไปด้วย หลังจากขั้นตอนนี้ จะเข้าสู่ระบบการคัดกรองแยกโรค และคัดกรองอาการฉุกเฉินเร่งด่วนโดยพยาบาลวิชาชีพ มีการดูแลผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนให้เข้ารับการรักษาตามแนวทางที่ได้วางไว้ สำหรับผู้ป่วยที่มาตามนัดและได้รับการนัดหมายเพื่อเจาะเลือด เอกซเรย์ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตรวจสมรรถภาพปอด จะส่งผู้ป่วยไปรับบริการตามการนัดหมายก่อนพบแพทย์ ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ต้องตรวจพิเศษอื่น ๆ ให้รอซักประวัติ และเข้าพบแพทย์ตามลำดับถัดไป จากขั้นตอนที่กล่าวมา แต่ละขั้นตอนใช้ระยะเวลานาน เช่น ระยะเวลารอคอยในการซักประวัติ เฉลี่ย 62 นาที ระยะเวลารอคอยพบแพทย์ 52 นาที ระยะเวลารอคอยในการรอรับยา 26 นาที (Quality Center, 2022) ทำให้รับรู้ว่าระยะเวลารอคอยในการรับบริการในภาพรวมใช้เวลานาน ดังนั้นผู้รับบริการจึงรับรู้ด้านการตอบสนองการให้บริการ ว่ามีการบริการล่าช้า ไม่เป็นไปตามคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ลีลาเทพินท์ และคณะ (Leelatephin et al., 2011) ศึกษาการประเมินคุณภาพบริการของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่า ระดับค่าเฉลี่ยของการรับรู้ในการบริการด้านการตอบสนองในการให้บริการ น้อยกว่าระดับความคาดหวัง นอกจากนี้ แผนกผู้ป่วยนอกให้บริการปกติ โดยเปิดให้บริการตรวจรักษาใน วัน และเวลาราชการช่วงเวลาวันหยุดและวันหยุดนักขัตฤกษ์ และช่วงเย็นหลังเวลาราชการ ยังไม่ได้มีการเปิดให้บริการนอกเวลาในผู้ป่วยนอก แต่กลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อาจไม่สะดวกมาตรวจในเวลาหรือพาบิดามารดามาตรวจในเวลาราชการ จึงอาจคาดหวังให้โรงพยาบาลมีการบริการที่สามารถข้าถึงได้ตลอดเวลา เช่น การนัดนอกเวลา เสาร์อาทิตย์ จึงรับรู้ว่ามีช่องว่างในเรื่องดังกล่าว

1.4 ด้านความมั่นใจในบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความมั่นใจในบริการ โดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจาก จำนวนผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการในแต่ละวัน มีจำนวนมาก แพทย์และเจ้าหน้าที่จึงมีความรีบเร่งในการตรวจรักษา และให้บริการ ส่งผลถึงระยะเวลาที่ให้ข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละรายมีน้อย การให้คำอธิบายเกี่ยวกับโรค และอาการของผู้ป่วย จึงไม่มีความละเอียดและเพียงพอ ที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้านและในระยะเวลาที่จำกัด รวมทั้งทำให้กระบวนการตัดสินใจรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้รับบริการและญาติจึงเกิดขึ้นน้อย ส่วนใหญ่จึงเป็นการตัดสินของแพทย์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย อีกทั้งปัจจุบัน แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง เป็นแพทย์ทั่วไป และส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนปี 1 และ ปี 2 ซึ่งอาจขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จึงพิจารณาในการส่งผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเป็นจำนวนมากเฉลี่ย 3,502 ราย/ปี เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม กับบุคลากรทางแพทย์ที่มีความสามารถสูงกว่า ซึ่งอาจทำให้

ผู้รับบริการเห็นว่า ทางโรงพยาบาลยังไม่มีความน่าเชื่อถือในเรื่องความรู้ ความสามารถในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้รับบริการคาดหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง ว่าแพทย์สามารถรักษาให้หาย หรือทุเลาจากการเจ็บป่วยได้ ทำให้เกิดช่องว่างด้านความมั่นใจในบริการ

นอกจากนี้จากการที่มีผู้รับบริการจำนวนมากจึงมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ต้องให้บริการด้วยความเร่งรีบ และมีโอกาสผิดพลาดได้ ดังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการในเรื่องการให้บริการของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ในบางจุดบริการ เช่น “อยากให้บุคลากรบางคน ปรับปรุงเรื่องการพูดกับผู้ป่วยและญาติ” และ “อยากให้ปรับปรุงเรื่องอารมณ์ในการแนะนำผู้ป่วย” เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ สอดคล้องกับผลการศึกษาของเทนเนอร์ และ ดีโทโร (Tenner & Detoro, 1992) ที่กล่าวว่าการบริการด้านการรักษาพยาบาลนั้น ผู้ให้บริการควรเป็นผู้ที่มีทักษะความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี สามารถทำให้ผู้รับบริการไว้วางใจในบริการที่ให้ได้ และความมั่นใจของผู้รับบริการเกิดจากท่าทาง ทักษะ ความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ มีกิริยามารยาทที่ดีในการบริการ สามารถที่จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจว่าจะได้รับการบริการที่ดีที่สุด

1.5 ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ โดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจากผู้รับบริการรับรู้ว่าแพทย์ เจ้าหน้าที่แสดงออกถึง ความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจต่อความเจ็บป่วยน้อยกว่าที่คาดหวัง เนื่องจาก แพทย์ และเจ้าหน้าที่เร่งรีบในการปฏิบัติงานเพื่อให้ทันกับเวลาและจำนวนผู้รับบริการที่มีจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้แพทย์ เจ้าหน้าที่เกิดความเครียดจากภาระงาน ทำให้การดูแลและให้ความสนใจในความต้องการเฉพาะบุคคลของผู้รับบริการ และการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจจึงน้อยกว่าที่ผู้รับบริการต้องการ ให้เวลาในการพูดคุยซักถามเชิงลึกได้ไม่เต็มที่ ดังข้อคิดเห็นของผู้รับบริการ “ควรมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยทุกคน ไม่เลือกปฏิบัติเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นบิดา มารดาของเจ้าหน้าที่ “ และ “ควรพูดจาให้สุภาพ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้เหมือนญาติพี่น้องของท่าน” ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถชัย ภูมาพันธ์, รัชนีกร ผงผ่าน, และกิตติพงษ์ บุญลพ (Phumaphan, Phongphan, & Bunlop,1995) ที่กล่าวว่า หากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ แสดงความสนใจ เอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วย และกระตือรือร้นในการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ถูกต้อง พฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยลดความเครียดทางอารมณ์ อันเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้รับบริการและญาติได้ ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมาน และความรู้สึกไม่สบาย สิ่งเหล่านี้จะบั่นทอนจิตใจทำให้ความอดทนต่อสิ่งต่าง ๆ น้อยลง

2.คุณภาพการบริการแผนกผู้ป่วยใน

2.1 ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการโดยมีการรับรู้มากกว่าความคาดหวัง อาจเนื่องจาก แผนกผู้ป่วยใน มีการจัดพื้นที่ให้บริการเป็นสัดส่วน โดยมีห้องพักผู้ป่วยสามัญ แยกส่วนบริการระหว่างผู้ป่วยชายและผู้ป่วยหญิงออกจากกัน เพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยเด็ก ได้จัดให้มีห้องสำหรับดูแลผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะ ซึ่งมีความสะดวกสำหรับ พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย ในแผนกผู้ป่วยใน มีห้องพักผู้ป่วยพิเศษจำนวน 6 ห้อง และห้องพักผู้ป่วยแยกโรค ผู้ป่วยโรคติดต่อ/ แพร่เชื้อ

จำนวน 1 ห้อง มีห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยและญาติ และได้จัดให้มีที่พักรอของผู้รับบริการและญาติ ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานการออกแบบอาคารสถานบริการสุขภาพ และสภาพแวดล้อม หอผู้ป่วยใน ของกองแบบแผน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ได้ระบุให้มีการจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ 1) ที่พักรอผู้ป่วย-ญาติ 2) พื้นที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วย-ญาติ 3) พื้นที่ในการสอน/ สาธิต 4) ห้องพักผู้ป่วยสามัญ 5) ห้องพักผู้ป่วยพิเศษ 6) ห้องพักผู้ป่วยแยกโรค ผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำ (Positive pressure) 7) ห้องพักผู้ป่วยแยกโรคผู้ป่วยโรคติดต่อ/ แพร่เชื้อ (Negative pressure) 8) สุขาผู้ป่วย-ญาติ

นอกจากนี้แผนกผู้ป่วยในได้มีการจัดทำป้ายสื่อสารต่าง ๆ เช่น ป้ายบอกจุดบริการ ป้ายบอกทาง หรือป้ายแสดงขั้นตอนต่างๆ ในการรับบริการ มีการติดป้ายบอกหมายเลขเตียง เพื่อสื่อสารให้กับผู้ป่วยหรือญาติรับทราบ นอกจากนี้งานผู้ป่วยใน ได้ให้ความสำคัญในการจัดพื้นที่ 5 ส มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน 5 ส ของแต่ละพื้นที่ ทำความสะอาดบริเวณพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ตึกผู้ป่วยในมีความสะอาด และความเป็นระเบียบเรียบร้อย เพื่อให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดของโรงพยาบาลที่ได้กำหนดให้กิจกรรม 5 ส เป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลปฏิบัติราชการของบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ผลการตรวจประเมินพื้นที่ 5 ส ปี 2566 ในแผนกผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 91.36 ในส่วนของการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ได้มีการกำหนดระเบียบการแต่งกายของกลุ่มงานการพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ยึดถือปฏิบัติ มีการนิเทศและกำกับติดตามเพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอโดยหัวหน้าหน่วยงาน ทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการโดยมีการรับรู้มากกว่าความคาดหวัง

2.2 ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ โดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องจากงานผู้ป่วยในไม่ได้มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยของแพทย์เวร หรือไม่สามารถระบุเวลาให้ผู้ป่วยทราบได้อย่างชัดเจนถึงเวลาที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการ อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงระยะเวลารอคอยที่นานกว่าที่แพทย์จะมาตรวจเยี่ยมอาการ และในกรณีที่ผู้ป่วยอาการคงที่ แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกว่าตนเองอาการยังไม่ดีขึ้น และแพทย์ไม่ได้สั่งตรวจพิเศษอื่น ๆ เพิ่มเติม แพทย์จะตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยวันละ 1 ครั้ง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความไม่น่าเชื่อถือในการให้บริการ ในกรณีที่มีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม เช่นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการเอกซเรย์ อาจเกิดความล่าช้า เช่น การส่งผู้ป่วยไปเอกซเรย์ ในกรณีที่ไม่มีความเร่งด่วนทางแผนกผู้ป่วยในจะส่งผู้ป่วยไปตรวจตามลำดับคิว แต่เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมาก ทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่งผลให้การส่งผู้ตรวจไปเอกซเรย์เกิดความล่าช้าได้ และเมื่อได้ส่งผู้ป่วยไปทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติม หากผลการตรวจปกติ บางครั้งแพทย์อาจจะไม่ได้แจ้งผลการตรวจให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบในทันที โดยแพทย์จะมีการแจ้งผลการตรวจในวันรุ่งขึ้นที่มาตรวจเยี่ยมอาการ ซึ่งมีความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยมีความกังวลต่อผลการตรวจ ผู้ป่วยและญาติ จึงรับรู้ว่าคุณภาพบริการไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง

2.3 ด้านการตอบสนองการให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านการตอบสนองการให้บริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยและญาติได้รับคำอธิบายที่ไม่ละเอียดเพียงพอเกี่ยวกับอาการของโรค และ การรักษาที่ได้รับ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยและต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล และต้องการทราบอาการ

เปลี่ยนแปลง หรือแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งอาจไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ หรือไม่เกิดความกระจ่าง และจากภาระงานที่มาก จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย 23 คน/วัน ทำให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ กรณีที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือหรือร้องขอ อาจไม่ได้รับการตอบสนองในทันที ผู้ป่วยและญาติจึงรับรู้ว่าคุณภาพการให้บริการไม่เป็นไปตามคาดหวัง ประกอบกับในช่วงที่ผ่านมา เป็นช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทางแผนกผู้ป่วยในจึงได้มีมาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยจำกัดการเยี่ยมของญาติทั้งจำนวนญาติผู้เข้าเยี่ยม และระยะเวลาในการเข้าเยี่ยม ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล เพราะในภาวะที่เกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติและบุคคลที่ไว้วางใจ ในด้านอาหารของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ยังได้รับข้อเสนอแนะเรื่องอาหาร ดังนี้ “อยากให้ปรับปรุงเรื่องอาหารของผู้ป่วย ไม่ให้เผ็ดมาก ไม่ควรเป็นอาหารรสจัด “ และ “ควรปรับปรุงรสชาติอาหารให้เข้ากับผู้ป่วยแต่ละประเภท” จากที่กล่าวมาทั้งหมด จึงทำให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ว่ามีช่องว่างโดยมีความคาดหวังด้านการตอบสนองการให้บริการสูงกว่าสิ่งที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาน และคณะ (Fan et al., 2017) ได้ทำการศึกษา การรับรู้คุณภาพบริการของผู้ป่วยที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล ในประเทศจีน ผลการศึกษา พบว่าช่องว่างคุณภาพการบริการด้านการตอบสนองการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยการรับรู้น้อยกว่าความคาดหวัง ในเรื่อง ความเต็มใจของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของผู้รับบริการไม่ใช่ประโยชน์ของบุคลากรทางการแพทย์

2.4 ด้านความมั่นใจในบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความมั่นใจในบริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเกิดจากการที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แต่มีช่องทางในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วอาการไม่ทุเลา หรือยังไม่สามารถหาสาเหตุของอาการเจ็บป่วยได้ แพทย์จะพิจารณาส่งต่อ เพื่อการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งมีศักยภาพสูง โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาการรับไว้ในโรงพยาบาล หรือพิจารณาส่งต่อซึ่งจัดทำและทบทวนโดยทีมนำด้านคลินิก (PCT) จากสถิติข้อมูลในปี 2566 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีจำนวน 215 ราย จากการปฏิบัติงานจะพบว่าผู้ป่วยหรือญาติมักจะขอไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด เนื่องจากอาการไม่ทุเลา แต่แพทย์ยังไม่พิจารณาส่งต่อเนื่องจาก ผู้ป่วยมีอาการไม่เข้ากับเกณฑ์ที่ส่งต่อ หรือได้ปรึกษาแพทย์เฉพาะทางแล้ว พิจารณาให้ยาหรือสังเกตอาการต่อที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป หากทีมผู้รักษาไม่ให้ข้อมูล หรือให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนถึงความจำเป็นในการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและญาติ อาจทำให้รับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความมั่นใจในบริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา ดวงทอง และธนายุ ภู่วิทยาธร (Doungtong & Phuwiriyatorn, 2022) ศึกษาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่าคุณภาพการให้บริการที่คาดหวังไว้ของผู้มารับบริการด้านการรับประกัน/ความมั่นใจสูงกว่าคุณภาพการให้บริการที่รับรู้ได้จริงของผู้มารับบริการ

2.5 ด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ ผลการวิจัยพบว่า ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการ โดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยที่มารักษาในตึกผู้ป่วยใน มีอายุช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 24.29 รองลงมาเป็นผู้ป่วยอายุช่วง 61-70 ปี ถึงร้อยละ 23.33 และโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก คือ 1) โรคปอดอักเสบ 2) การติดเชื้อในกระแสโลหิต 3)โรคมะเร็ง 4) โรคไตเรื้อรัง และ 5) ภาวะหัวใจล้มเหลว (Quality Center,

2022) ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้ มักเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีอาการนำมาโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยอาการรุนแรง ญาติพิจารณาไม่ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือใส่ท่อช่วยหายใจหากอาการแย่ลง แต่ในความเห็นของแพทย์ผู้รักษาพิจารณาแล้วว่าสามารถส่งต่อเพื่อรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง อาจทำให้มีโอกาสรอดชีวิตสูง ทำให้บางครั้งเกิดความขัดแย้งในประเด็นดังกล่าวและญาติอาจมองว่าผู้ให้บริการขาดความเห็นอกเห็นใจในความต้องการของญาติได้

นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จะมีญาติผู้ป่วยเฝ้าได้เตียงละ 1 คน และหากพักรักษาตัวในห้องพิเศษของโรงพยาบาล อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ 1-2 คน แต่เนื่องจากผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนาน หรือบางครั้งญาติเฝ้าไข้ ติดธุระต้องไปทำงานช่วงกลางวัน ส่วนกลางคืนมานอนเฝ้าผู้ป่วย ทำให้ญาติสลับ หมุนเวียนกันมาเฝ้า ในขณะที่แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยในช่วงเช้า แพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการความก้าวหน้าของโรคหรือแผนการรักษาต่อของผู้ป่วยซึ่งจะร่วมรับฟังพร้อมกับญาติ แต่เมื่อมีญาติหมุนเวียนกันมาเฝ้า ทำให้ญาติที่มาเฝ้าใหม่ ไม่ทราบรายละเอียดที่แพทย์และทีมผู้รักษาได้อธิบายไว้กับญาติคนที่เฝ้าก่อนหน้านี้ จึงมีการสอบถามใหม่ หากมีญาติมาเปลี่ยนเฝ้า ก็จะสลับกันถามข้อมูลอยู่เรื่อย ๆ บางครั้งอาจรบกวนเวลาที่แพทย์ที่จะต้องอธิบายซ้ำ ๆ ซึ่งบางครั้ง อาจมีความหงุดหงิด และแสดงสีหน้า น้ำเสียงที่ไม่พอใจได้ ดังที่ได้รับข้อเสนอแนะ “ควรใส่ใจผู้ป่วยมากกว่านี้” จึงทำให้ผู้รับบริการรับรู้ว่ามีช่องว่างคุณภาพบริการด้านความเห็นอกเห็นใจและเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการโดยมีความคาดหวังมากกว่าสิ่งที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.ผู้บริหารโรงพยาบาลกำหนดแนวทางในการปรับปรุงสถานที่ ทรัพยากร และบุคลากรให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เหมาะสม การบริหารอัตรากำลัง ให้เพียงพอครอบคลุมในพื้นที่ให้บริการในโรงพยาบาล

2. ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลจัดการอบรมหรือจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับให้บริการกับผู้ป่วยด้วยรอยยิ้มและความเต็มใจ พร้อมกับสร้างทัศนคติที่ดีให้กับบุคลากรในการให้บริการผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ

3.ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลมีมาตรการแก้ไขการบริการปัจจุบัน พัฒนาด้านการตอบสนองการให้บริการ ให้บริการตรงเวลา และปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยรับการรักษา

4.ควรมีการประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้รับบริการ เป็นระยะโดยสม่ำเสมอเพื่อทราบข้อมูลความต้องการ ความคิดเห็น ทัศนคติของผู้รับบริการในด้านต่างๆ มากำหนดลักษณะคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาคุณภาพการบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่มีความแตกต่างด้านต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษา การศึกษา รายได้ วัฒนธรรม

เอกสารอ้างอิง

Dechakupt. J. (1997). Introduction to service psychology. In teaching materials for the Service Psychology course, Units 1-7. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press. (in Thai)

Doungtong. R & phuwiriyatorn. T (2022). The service Quality of Plai Phraya Hospital, Krabi Province. Graduate School, Suratthani Rajabhat University. (in Thai)

Jindawatana. A. (2008). Creating public policy for participatory health: a new dimension of health promotion. Nonthaburi: National Health System Reform Office. (in Thai)

Kunarup. P. (2015). People's expectations, perceptions, and satisfaction with the service quality of Don Kaeo Subdistrict Community Hospital, Mae Rim District, Chiang Mai Province. (Master's degree thesis). Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai. (in Thai)

Leelatephin. K, Malaesri. P, & Punnakitikasem. P. (2011). Assessing the service quality level of government hospitals in Bangkok using the SERVQUAL model. KMUTT Research and Development Journal, 34(4), 443-456. (In Thai)

Phumaphan. A, Phongphan. R, & Bunlop. K. (1995). Organizing a new outpatient service system: concepts and practice. Journal of Health Systems Research, 3(2), 68-71 (in Thai)

Quality Center. (2022). Self-assessment report. Phrae: Long Hospital. (in Thai)

Srisathitnarakun. B. (2010). Nursing research methods. (5th printing). Bangkok: And I Intermedia. (in Thai)

Fan, L. H., Gao, L., Liu, X., Zhao, S. H., Mu, H. T., Li, Z., . . . & Lou, F. G. (2017). Patients' perceptions of service quality in China: An investigation using the SERVQUAL model. *PLoS One*, *12*(12), e0190123.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, *64*(1), 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, *49*(4), 41-50.

Tenner, A. R., & Detoro, I. J. (1992). *Total quality management: There step to continuous improvement.* Massachusetts: Addison-Wesley.

Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, *67*(4), 420-450.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Effects of a program of using Popular Northern Food together with Buddhist principles health promotion on blood pressure control in older persons with Hypertension, Phrae province

Saifon Insrichuen[*],Adul Wuttijurepan[1*] ,Chokchai Panomkwan[**]

(Received: March 10, 2023, Revised: May,13 2024, Accepted: May 24, 2024)

Abstract

A significant concern among the elderly is hypertension. In the upper northern region, health behavior modification through the consumption of locally sourced, nutritious foods and holistic health promotion grounded in Buddhist principles are viable approaches to management. The aim of this pre-posttest quasi-experimental study, which included a comparison group, was to determine the impact of incorporating Buddhist principles into health promotion programs and offering a popular Northern dish on blood pressure management among the older persons. The sample included 44 elderly hypertensives, 22 in each experimental and control group, obtained by simple random sampling. The research tools comprised the following: 1) The health promotion program included educational lectures, subject opinion gathering, health skills training in eating, exercise, stress management, telephone monitoring, and home visits. 2) the health behaviors questionnaire, and 3) a blood pressure level recording form. The program and research questionnaires obtained validation from three specialists. Using descriptive statistics and an independent t-test, we analyzed the data.

The findings indicated that older persons with hypertension exhibited notably improved scores on eating, exercise, and stress management behaviors subsequent to their program participation ($p < 0.05$). Significant reductions in mean systolic and diastolic blood pressure were seen compared to pre-program levels ($p < 0.05$). Furthermore, comparing diet, exercise, and stress management behaviors, the intervention group scored substantially higher than the control group ($p < 0.05$). According to research, the Popular Northern Food health promotion program, when combined with Buddhist principles, was suitable for promoting healthy eating, exercise, and stress management practices. It also led to blood pressure monitoring among hypertensive older people in northern Thailand.

Keywords: Buddhist principles health promotion; Hypertension; Older persons; Popular northern food

[*]*Boromarajonani College of Nursing Phare, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[**]*Phrae Municipal*

[1]*Corresponding author: Wuttijurepan.adul@gmail.com*

ผลโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ ต่อการควบคุม ระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดแพร่

สายฝน อินศรีชื่น[*], อดุลย์ วุฒิจูรีพันธุ์[1*], โชคชัย พนมขวัญ[**]

(วันรับบทความ : 10 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 13 พฤษภาคม 2567, วันตอบรับบทความ: 24 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยอาหารสุขภาพพื้นบ้านและสร้างเสริมสุขภาพองค์รวมวิถีพุทธ เป็นวิธีการจัดการที่ถูกนำมาใช้เหมาะสมกับบริบทสังคมภาคเหนือตอนบน การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเลือกแบบสุ่มอย่างง่าย จำนวน 44 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 ราย เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และ 3) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติที

ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ นำสู่การปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสมส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในภาคเหนือของไทย

คำสำคัญ: การเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ; อาหารเหนือยอดนิยม

[*]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[**]เทศบาลเมืองแพร่
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Email: Wuttijurepan.adul@gmail.com

บทนำ

ภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จากการสำรวจสุขภาพประชากรในจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2566 พบอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง พบเพศชาย จำนวน 57,258 ราย เพศหญิง 95,732 ราย (Phrae Provincial Public Health office, 2023) และพบผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 51,929 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.62 จากจำนวนประชากรสูงอายุในจังหวัดแพร่ ซึ่งผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูง ชนิด Systolic hypertension มากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดในร่างกาย มีการตีบแข็งและขาดความยืดหยุ่น (Phrae Provincial Public Health office, 2023) โรคความดันโลหิตสูงสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดผลดีต่อร่างกายและจิตใจของผู้ปฏิบัติเอง ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม จากการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 57 ออกกำลังกายประจำสม่ำเสมอ และผู้สูงอายุร้อยละ 66 ที่รับประทานผักผลไม้ประจำ โดยส่วนใหญ่รับประทานอาหารพื้นบ้าน ซึ่งอาหารเป็นเครื่องแสดงถึงพลัง และอัตลักษณ์ทางสังคมคุณค่าของสารอาหารมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ผลิตผลที่เกิดจากภูมิปัญญาทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะอาหารเหนือพื้นบ้านที่ปัจจุบันกลายเป็นแบบแผนพฤติกรรมของการบริโภคของคนเหนืออย่างแท้จริง (National Statistical Office, 2022)

อาหารพื้นบ้านของไทยหลายชนิด มีส่วนประกอบของอาหารที่มีพฤกษเคมีที่มีสรรพคุณที่สามารถลดความดันโลหิตได้ เช่น กระเทียม ใบกะเพรา ใบบัวบก กระเจี๊ยบแดง ขึ้นฉ่าย ตะไคร้ (Hookheaw & Neamsuvan, 2020) และจากการศึกษาของพระครูสังฆรักษ์บุญเสริม กิตติวณ.โณและคณะ (Kittivanno et al, 2021) ที่ศึกษาอาหารพื้นบ้าน: กระบวนการจัดการอาหารพื้นบ้านยอดนิยมตามหลักโภชนาการเพื่อเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุเขตภาคเหนือตอนบน ที่วิเคราะห์ได้ทั้งหมด 10 อย่าง ได้แก่ น้ำพริกหนุ่ม แกงแค แกงผักรวม ตำมะเขือ แกงหน่อไม้ ยำหน่อไม้ น้ำพริกอ่อง น้ำพริกน้ำปู๋ ขนมจีน และลาบ ซึ่งในส่วนประกอบของอาหาร และเครื่องเคียงในแต่ละเมนูอาหาร ส่วนใหญ่เป็นพืชผักสมุนไพรที่มีฤทธิ์เป็นยารักษาโรคส่งเสริมทำให้สุขภาพดี ทั้งระบบทางเดินหายใจ เช่น ลดเสมหะ ลดอาการไอ ระบบทางเดินอาหาร เช่น ลดอาการท้องอืด ขับลม ช่วยระบายระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ลดความดันโลหิตสูง ลดเบาหวาน และระบบอื่นๆ แต่ยังพบประเด็นปัญหาคือพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ยังติดรสชาด เมื่อนำอาหารในแต่ละเมนูไปวิเคราะห์จึงยังพบเมนูที่ควรต้องแก้ไขคือ 1) ปริมาณโซเดียมสูง ได้แก่ แกงหน่อไม้ แกงแค แกงผักรวม น้ำพริกน้ำปู ขนมเส้นน้ำเงี้ยว 2) มีโปรตีนต่ำ ได้แก่ แกงหน่อไม้ ยำหน่อไม้ ตำมะเขือยาว น้ำพริกหนุ่ม ขนมจีนน้ำเงี้ยว น้ำพริกน้ำปู แกงผักรวม 3) เพิ่มเครื่องเคียง ได้แก่ ลาบ เพื่อให้มีผักเพิ่มปริมาณใยอาหาร การจัดการความรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้นจึงมีความสำคัญ

การปรับพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดการสร้างสุขภาพดีของกฎบัตรออตาวา (Ottawa Charter) เริ่มจากการสร้างข้อตกลงร่วม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง พัฒนาความรู้ความเข้าใจส่วนบุคคล (Aunpromee, 2013) ในองค์ความรู้เรื่องว่าอาหารมีความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนอย่างไร หาได้จากแหล่งใด เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนได้เรียนรู้เข้าใจ และเกิดความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย (Ketveerapong et al., 2021) สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างสุขภาพและการบริโภคอาหารสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคล จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับอรอนงค์ ทองมีและคณะ (Thongmee et al., 2015) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากบุคคลที่เป็นคนจัดอาหาร ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารตามเดิมที่ตนเองชอบร่วมกับข้อจำกัดในการหาวัตถุดิบ หาก

นำมาผสานเข้ากับวิถีพุทธที่นำหลักธรรมในทางพระพุทธศาสนามาเชื่อมโยงในการปฏิบัติตนจะเกิดการผสมผสานและส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ ได้แก่ อริยสัจ 4 คือ ทุกข์ (ทุกข์) สมุทัย (สาเหตุของการเกิดทุกข์) นิโรธ (แนวทางการดับทุกข์) มรรค (การเลือกแนวทาง) สอดคล้องกับการศึกษาของอุ่นเอื้อ สิงห์คำ และน้องเล็ก คุณวราดิศัย (Singkhum & Kunwaradisai, 2014) ที่พบว่าผลจากกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะองค์รวมวิถีพุทธทำให้คนมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีจิตใจดีงาม เสียสละ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ อารมณ์ดี เกิดพลังในการช่วยเหลือผู้อื่นที่ทุกข์ทรมาน เพื่อให้มีสุขภาพดีช่วยทำให้สุขภาวะของสังคมดีขึ้นนอกเหนือจากการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบวิถีพุทธที่เหมาะสม จึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับพฤติกรรมการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามกรอบแนวคิดการสร้างสุขภาพดีของกฎบัตรออตาวา(Ottawa Charter) เริ่มจากการสร้างข้อตกลงร่วม การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง พัฒนาความรู้ความเข้าใจส่วนบุคคลในองค์ความรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างสุขภาพและการบริโภคอาหารสุขภาพเพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคลของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดย

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและรดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุม

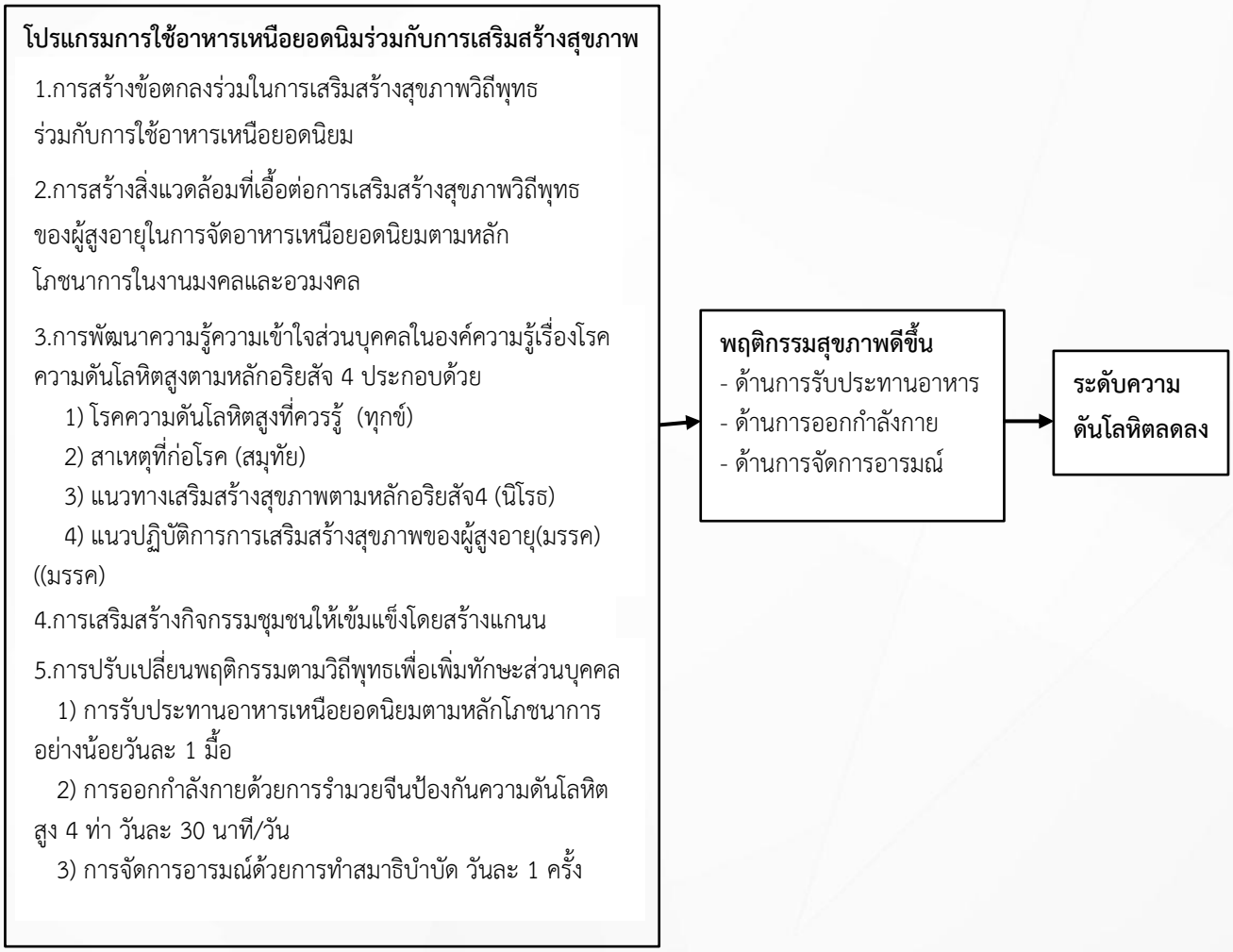
ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย คือ 1) ขอบเขตเนื้อหามุ่งศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิต 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชาย และเพศหญิงในจังหวัดแพร่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย 3) ด้านพื้นที่ ได้แก่ เขตเทศบาลเมืองแพร่ อำเภอเมืองแพร่ จังหวัดแพร่ 4) ด้านระยะเวลา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2565 – พฤษภาคม 2566

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา (Aunpromee, 2013) ร่วมกับการใช้หลักอริยสัจ 4 ในการสร้างโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ ประกอบด้วย 1) การสร้างข้อตกลงร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธร่วมกับการใช้อาหารเหนือ

ยอดนิยม 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุในการจัดอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการในงานมงคลและอวมงคล 3) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจส่วนบุคคลในองค์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงตามหลักธรรมทางศาสนา คือ อริยสัจ 4 4) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งโยการสร้างแกนนำสุขภาพวิถีพุทธ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามวิถีพุทธเพื่อเพิ่มทักษะส่วนบุคคลผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยอธิบายได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ดังแสดงในแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามลักษณะของการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (*Two* Groups *Pretest-Posttest Design*)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เพศชาย และเพศหญิงในจังหวัดแพร่ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีและไม่เกิน 75 ปี เพศชาย และเพศหญิง ในเขตตำบลในเวียง จำนวน 44 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ปี ขึ้นไป การกำหนดขนาดตัวอย่างได้จากการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ 80 % และค่าขนาดอิทธิพล 0.5 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ α = .05 (Burn & Grove, 2009) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เพื่อลดปัจจัยรบกวนการวิจัยจึงเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยการจับคู่ (Matched Pair) ได้แก่ พื้นที่อยู่อาศัย เพศ ช่วงอายุ และการรับประทานยา โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและอายุไม่เกิน 75 ปี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากการประเมินด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai 2002 (Ministry of Public Health, 2022) ไม่มีภาวะหลงผิด หรืออาละวาด ก้าวร้าวสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้3) ยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) ผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโครงการวิจัย 2) ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการวิจัย หรือ ดำเนินการตามโครงการวิจัยไม่เสร็จสิ้นกระบวนการ

ในกลุ่มตัวอย่าง 44 ราย ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่(Matched Pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในด้าน เพศ อายุ (60-64, 65-69,70-75ปี) พื้นที่อยู่อาศัยในเขตตำบลในเวียง อำเภอเมืองแพร่ และการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง ได้แก่ ยา Enarapril 5 mg (วันละ 1 เม็ด), (วันละ 2 เม็ด) ยา Enarapril 20 mg(วันละ 1 เม็ด) ยา Amlodipine 5 mg (วันละ 1 เม็ด), (วันละ 2 เม็ด), แล้วสุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่าย เพื่อป้องกันการปนเปื้อน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสุ่มให้กลุ่มตัวอย่าง 22 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามแผนการรักษาของแพทย์ และผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม จนครบ 22 ราย หลังจากนั้นจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

1.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของกฎบัตรออตาวา (Aunpromee, 2013) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอาหาร 2) ด้านการออกกำลังกาย 3) ด้านการจัดการกับความเครียด รวมมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 33 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ข้อคำถามจะมีทั้งคำถามด้านบวกจำนวน 19 ข้อ คำถามด้านลบ จำนวน 14 ข้อ โดยข้อคำถามเชิงบวก 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติประจำ ถึง 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย และส่วนข้อคำถามเชิงลบ 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย ถึง 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติประจำ

การแปลความหมายคะแนนของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ดังนี้

คะแนน 33.00 – 66.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

คะแนน 66.01 – 99.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 99.01 – 132.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

การแปลความหมายคะแนนรายด้าน ดังนี้

ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 13 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน

คะแนน 13.00 – 26.00 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับต่ำสุด

คะแนน 26.01 – 39.00 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับปานกลาง

คะแนน 39.01 – 52.00 หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารระดับสูง

ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน

คะแนน 8.00 – 16.00 หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับต่ำสุด

คะแนน 16.01 – 24.00 หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง

คะแนน 24.01 – 32.00 หมายถึง พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับสูง

ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 12 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน

คะแนน 12.00 – 24.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับต่ำสุด

คะแนน 24.01 – 36.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการความเครียดระดับปานกลาง

คะแนน 36.01 – 48.00 หมายถึง พฤติกรรมการจัดการกับความเครียดระดับสูง

1.3 แบบบันทึกระดับความดันโลหิตในช่วง 09.00น. ของแต่ละวัน โดยผู้สูงอายุ หรือคนในครอบครัวเป็นผู้บันทึกเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดกฎบัตรออตตาวา (Aunpromee, 2013) ร่วมกับการใช้หลักอริยสัจ4 (Singkhum & Kunwaradisai, 2014) โดยมีกิจกรรม 5 ครั้ง จำนวน 12 สัปดาห์

2.2 คู่มือพฤติกรรมสุขภาพวิถีพุทธพิชิตความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยรวบรวมข้อมูลอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายโดยวิธีการรำมวยจีน และการจัดการอารมณ์โดยการทำสมาธิบำบัด เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิต

2.3 วิดีทัศน์การให้ความรู้เรื่องรู้ทันโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักอริยสัจ4 (Singkhum & Kunwaradisai, 2014) ประกอบด้วย สาเหตุ อาการ สูง สาเหตุ ปัจจัยเสริม ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ จำนวน 15 นาที

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างและพัฒนาทั้งหมด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) พระสงฆ์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพวิถีพุทธ 2) ผู้นำชุมชนที่เชี่ยวชาญด้านการวางแผนพัฒนาและวางนโยบายสุขภาพชุมชน และ 3) พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษที่ปฏิบัติงานในชุมชน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อคำถาม คู่มือพฤติกรรมสุขภาพวิถีพุทธพิชิตความดันโลหิตสูง และวิดีทัศน์ให้ความรู้เรื่องรู้ทันโรคความดันโลหิตสูงมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพนำมาคำนวณมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .89 และการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ หามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบราค(Cronbach coefficient alpha) เท่ากับ .87 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่างโดยการประสานงานและชี้แจงเพื่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำไปใช้ในการติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานบุคลากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบในการสอบถามในกลุ่มที่ต้องเก็บข้อมูลและสัมภาษณ์เพื่อขอสัมภาษณ์ด้วยตนเองเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินการวิจัย โดยการประสานงานกับเทศบาลเมืองแพร่ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองแพร่ ศูนย์สุขภาพเขตเมืองโรงพยาบาลแพร่(ร่องซ้อ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแพร่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพอธิบายบอกวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการทำวิจัย และขอความยินยอมในการทำวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ

2.ผู้วิจัยขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่าง วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1

3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่าง 12 สัปดาห์ จะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลตามปกติ มีการวัดความดันโลหิต ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ปัจจัยเสริม ภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร สอบถามปัญหาสุขภาพและให้คำปรึกษาเมื่อมารับการตรวจตามนัดแพทย์

4. นัดกลุ่มตัวอย่าง อีก 12 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 2

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 1) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพอธิบายบอกวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการทำวิจัย และขอความยินยอมในการทำวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลผู้สูงอายุ 2) ผู้วิจัยขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่าง วัดความดันโลหิต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 1 3) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระยะเวลา 2 วัน โดยจัดกิจกรรมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ กฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter) โดยสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 วัน ดังรายละเอียด

วันที่ 1 (ครั้งที่ 1) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย

กิจกรรมย่อยที่1 การบรรยายให้ความรู้เรื่องรู้ทันโรค และรู้จักอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ โดยใช้สื่อการให้ความรู้ ประกอบด้วยสไลด์ วิดีทัศน์ความรู้เรื่องโรค คู่มือพฤติกรรมสุขภาพวิถีพุทธพิชิตความดันโลหิตสูง

กิจกรรมย่อยที่ 2 การรับฟังความคิดเห็นเรื่องอาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุในประเด็น การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างข้อตกลงร่วมเพื่อจัดการองค์ความรู้และคุณค่าอาหารเหนือยอดนิยมในการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยการจัดทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นสร้างแกนนำสุขภาพวิถีพุธและสร้างข้อตกลงร่วมในการใช้อาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการในงานมงคลและอวมงคลในพื้นที่

วันที่ 2 (ครั้งที่ 2) การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาทักษะปฏิบัติในการรับประทานอาหาร การสาธิตการออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

กิจกรรมย่อยที่ 1 การวางแผนการรับประทานอาหารตามหลักวิถีพุทธสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมจะรับประทานอาหารที่มีเมนูอาหารเหนือเพื่อสุขภาพตามหลักโภชนาการ จำนวน 1 มื้อ/ 1 วัน

กิจกรรมย่อยที่ 2 การออกกำลังกายป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยการรำมวยจีน โดยกำหนดให้มีการออกกำลังกายโดยการรำมวยจีนตามคู่มือ เป็นระยะเวลา 30 นาที /1 ครั้ง/วัน และทำอย่างต่อเนื่องในทุกๆวัน จนครบกำหนดตามโครงการวิจัย

กิจกรรมย่อยที่ 3 การจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการทำสมาธิบำบัด โดยทำก่อนเข้านอนวันละ 10 นาที ทุกวัน

สัปดาห์ที่ 2 – 3 ผู้วิจัยติดตามการรับประทานอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน และการฝึกนั่งสมาธิก่อน โดยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 3) ผู้วิจัยขอนัดพบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลา 60 นาที ในการซักถามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการทำตามกิจกรรมในโปรแกรม วัดระดับความดันโลหิต และติดตามการบันทึกระดับความดันโลหิต จำนวนครั้งการจัดอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการในงานมงคล และอวมงคล จากนั้นให้ความรู้โดยการเปิดวิดีทัศน์เรื่องอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ สาธิตการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน 4 ท่า การฝึกสมาธิบำบัด และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม และนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 – 7 ผู้วิจัยติดตามการรับประทานอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน และการฝึกนั่งสมาธิก่อน โดยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 4) ผู้วิจัยขอนัดพบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลา 60 นาที ในการซักถามอาการ ปัญหาอุปสรรคในการทำตามกิจกรรมในโปรแกรม วัดระดับความดันโลหิต และติดตามการบันทึกระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุ จำนวนครั้งการจัดอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการในงานมงคล และอวมงคล จากนั้นให้ผู้สูงอายุทบทวนการออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน 4 ท่า การฝึกสมาธิบำบัด และนัดหมายในการดำเนินกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 9 – 11 ผู้วิจัยติดตามการรับประทานอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน และการฝึกนั่งสมาธิก่อน โดยโทรศัพท์สอบถามข้อมูลเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 12 (ครั้งที่ 5)

ผู้วิจัยขอนัดพบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลา 90 นาที ในการซักถามอาการสุขภาพ แนะนำกลุ่มตัวอย่างให้ทำกิจกรรมการรับประทานอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการ อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีนป้องกันความดันโลหิตสูง 4 ท่า วันละ 30 นาที/วัน การจัดการความเครียดด้วยการทำสมาธิบำบัดวันละ 1 ครั้ง อย่างต่อเนื่องแม้วาจะครบตามโปรแกรมแล้ว จากนั้นผู้วิจัยวัดระดับความดันโลหิต และประเมินผลโดยให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ครั้งที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Chi square test

2) วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มโดยใช้ t-test Dependent

3) วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและค่าเฉลี่ยของความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent samples t-test)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจรยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 013/2565 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2565 ทั้งนี้ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดต่อการรักษา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 81.8 มีอายุอยู่ในช่วง 70-75 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 (อายุเฉลี่ยคือ 70.00 ปี) รับการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 61.36 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์(Chi - square test) สถิติที (T-test) ผลการทดสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=44)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n_1 = 22)		กลุ่มควบคุม (n_2 = 22)		รวม ($n_{รวม}$ = 44)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							.29[a]
ชาย	4	18.18	4	18.18	8	18.18	
หญิง	18	81.82	18	81.82	36	81.82	
อายุ							.94[b]
65-69 ปี	9	40.91	9	40.91	18	40.91	
70-75 ปี	13	59.09	13	59.09	26	59.09	
ระดับการศึกษา							.69[a]
ไม่ได้รับการศึกษา	7	31.82	9	40.91	16	36.36	
ประถมศึกษา	4	18.18	4	18.18	8	18.18	
มัธยมศึกษา	3	13.64	2	9.09	5	11.36	
อนุปริญญา/ปวส.	2	9.09	2	9.09	4	9.10	
ปริญญาตรี	6	27.27	5	22.73	11	25.00	
จำนวนปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง							.36[b]

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=44) (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n_1 = 22)		กลุ่มควบคุม (n_2 = 22)		รวม ($n_{รวม}$ = 44)		P-Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1-5 ปี	10	45.45	12	54.55	22	50.00	
ระหว่าง 6 – 10 ปี	11	50.00	10	45.45	21	47.73	
ระหว่าง 11 – 15 ปี	0	0	0	0	0	0	
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	1	4.55	0	0	1	2.27	
การออกกำลังกาย							.26[a]
ไม่ออกกำลังกาย	10	45.45	11	50.0	21	47.73	
ออกกำลังกายบางครั้ง	12	54.55	11	50.0	23	52.27	

a = Chi square test b= Independent t-test

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง (N= 22)	หลังการทดลอง (N = 22)	t	P-value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
ด้านอาหาร				
กลุ่มควบคุม	28.95 (4.46)	28.41 (3.61)	0.841	0.030*
กลุ่มทดลอง	29.50 (2.89)	36.18 (2.87)	8.034	0.001*
ด้านออกกำลังกาย				
กลุ่มควบคุม	19.50 (6.38)	19.55 (5.76)	2.342	0.122
กลุ่มทดลอง	23.59 (4.63)	28.45 (3.60)	4.097	0.001*
ด้านการจัดการอารมณ์				
กลุ่มควบคุม	10.55 (2.98)	14.32 (3.19)	4.403	0.528
กลุ่มทดลอง	12.77 (2.34)	17.05 (2.32)	5.791	0.001*

**p < .05*

ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง (n = 22)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง mean (S.D.)	หลังการทดลอง mean (S.D.)	t	P- value
ด้านอาหาร	29.50 (2.89)	36.18 (2.87)	9.55	0.001*
ด้านออกกำลังกาย	23.59 (4.63)	28.45 (3.60)	3.98	0.001*
ด้านการจัดการอารมณ์	14.32 (3.19)	17.05 (2.32)	8.53	0.001*

*$p < .05$

ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร (Mean =36.18, SD. = 2.87, $p < .05$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย (Mean =28.45, SD. = 3.60, $p < .05$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ (Mean =17.05, SD. = 2.32, $p < .05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันไดแอสโตลิคก่อนและหลังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ

ระดับความดันโลหิต	ก่อนทดลอง (n=22)		หลังทดลอง (n=22)		t	P-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
ความดันโลหิตซิสโตลิค						
กลุ่มควบคุม	130.09	0.212	131.64	7.1551	1.483	0.15
กลุ่มทดลอง	129.95	0.121	123.00	11.036	3.806	0.01*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิค						
กลุ่มควบคุม	78.23	9.045	78.36	8.139	1.897	0.072
หลังทดลอง	78.23	9.045	70.36	11.443	3.921	0.01*

*$p < .05$

ระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโตลิคของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ มีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Mean =123.00, SD. = 11.036, $p < .05$) และ (Mean =70.36, SD. = 11.443, $p < .05$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่าโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่มีการให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ ความรุนแรง อาการ และรู้จักอาหารพื้นบ้านเพื่อสุขภาพ มีข้อดีคือ **1) เปิดใจ** โดยในโปรแกรมจะมีการเปิดประเด็นรับฟังวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดทางศาสนา คือ อริยสัจ 4 ได้แก่ ทุกข์ (โรคความดันโลหิตสูงที่ควรรู้) สมุทัย (สาเหตุที่ก่อโรค) นิโรธ (แนวทางเสริมสร้างสุขภาพตามหลักอริยสัจ 4) มรรค (แนวปฏิบัติการการเสริมสร้างสุขภาพ) **2) ปรับวิถี** โดยการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้แนวทางในการเสนอความคิดเห็นถึงการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง มีการสร้างแกนนำสุขภาพเพื่อให้เกิดการติดตามและปรึกษาในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการสร้างข้อตกลงร่วมในการจัดอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการในงานมงคลและอวมงคลเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามวิถีพุทธ ซึ่งการจัดการองค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆอย่างสร้างสรรค์และมีส่วนร่วมส่งผลให้เกิดความรอบรู้ได้ดีขึ้น **3) เปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม** โดยการพัฒนาทักษะปฏิบัติผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการวางแผนการรับประทานอาหารเหนือยอดนิยมตามหลักโภชนาการอย่างน้อย 1 มื้อ/วัน ซึ่งอาหารเหนือยอดนิยมตามเมนูที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในโปรแกรมนั้นมีการปรับส่วนประกอบในเมนูอาหารที่ลดปริมาณโซเดียม เช่น แกงหน่อไม้ ยำหน่อไม้ น้ำพริกน้ำปู น้ำพริกหนุ่ม แกงแค ขนมจีนน้ำเงี้ยว แกงผักรวม จึงส่งผลดีต่อผู้สุงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Deesuwan et al., 2021) การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน และการจัดการอารมณ์ด้วยวิธีการทำสมาธิบำบัด ในระหว่างการทำกิจกรรมมีการติดตามตรวจเยี่ยมทุก 4 สัปดาห์ เพื่อติดตามประเมิน กำกับพฤติกรรมสุขภาพ และทบทวนกิจกรรมตามที่ทำข้อตกลงร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการทบทวนความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจ และสามารถสอบถามข้อข้องใจในระหว่างการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดการสะท้อนและรู้คิดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการกำกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (Suannum et al., 2023)

2. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมตามสมมุติฐานข้อที่ 2 พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) เนื่องจากในโปรแกรมจะเป็นการแนะนำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเมนูอาหารพื้นบ้านตามหลักโภชนาการที่มีความเค็มลดลง และรับประทานอย่างน้อยจำนวน 1 มื้อ/ 1 วัน ซึ่งเมนูอาหารพื้นบ้านเป็นอาหารตำรับท้องถิ่นที่เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย เมื่อได้ปรับการรับรู้การเข้าถึงเมนูให้ตรงตามหลักโภชนาการ มีการปฏิบัติถูกต้อง อย่างต่อเนื่องจึงส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Deesuwan et al., 2021) 2)คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) จากโปรแกรมผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติได้ง่ายๆ คือ การออกกำลังกายด้วยท่ารำมวยจีน ที่มีท่าปฏิบัติ จำนวน 4 ท่า เน้นการยืดหยุ่น และกำหนดลมหายใจเข้า-ออกระหว่างทำ ซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุทำให้ปฏิบัติได้ต่อเนื่อง (Monica & Vladimir, 2016) และ3) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการอารมณ์ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ผู้วิจัยได้นำการทำวิธีการผ่อนคลายอารมณ์ด้วยวิธีสมาธิบำบัด ให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติทุกวันอย่างต่อเนื่องวันละ

10 นาที ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ทุกวัน ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายความเครียดลดลง (Kiatsinsap et al., 2019) เมื่อผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องตามที่วางเป้าหมายไว้ ส่งผลให้มีการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในการความคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ทำให้ระดับความดันโลหิตซิสโตลิคและความดันโลหิตไดแอสโทลิคของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Chansree et al., (2020) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ได้ว่าโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธส่งผลต่อการควบคุมความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ด้วยโปรแกรมมีการเปิดใจเพื่อเรียนรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ มีการปรับวิถีซึ่งเป็นการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหารที่เน้นการรับประทานอาหารพื้นบ้านตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยจีน การควบคุมอารมณ์เพื่อผ่อนคลายด้วยการทำสมาธิบำบัด นำสู่การเปลี่ยนวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินตนเอง โดยที่ผู้วิจัยมีการกำกับติดตามให้เกิดกระบวนการดังกล่าวเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

พยาบาลและบุคคลากรทีมสุขภาพที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ควรพิจารณานำโปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธ ไปใช้ในการให้การดูแลกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่คลินิกโรคเรื้อรังโดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่ยังเป็นปัญหาในการจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามผลของการใช้โปรแกรมการใช้อาหารเหนือยอดนิยมร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพวิถีพุทธในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระยะยาว เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการใช้โปรแกรม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดความต่อเนื่องในการส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรม ขอขอบคุณผู้บริหารเทศบาลเมืองแพร่ที่อนุญาตในการทำวิจัยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

Aunpromee, S. (2013). *Theory at a glance: a guide for health promotion practice.* Academic welfare Praboromrajchanok Institute.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and Utilization* (6th ed.). Saunders Elsevier.

Bazzano, L. A., Green, T., Harrison, T. N., & Reynolds, K. (2013). Dietary Approaches to Prevent Hypertension. *Cure Hypertension, 15*(6), 694–702.

Chansree, N., Nateetanasombat, K., & Kasiphol, T. (2020). The effects of self-management program among uncontrolled hypertensive patients. *Huawchiew Chalermprakiet Science and Technology Journal, 6*(2), 58-68. (in Thai).

Deesuwan, P., Jongsiri, N., Pongpan, S., Kamnuan, P., Sriwongpan, P., & Intem, N. (2021). Development of Highly Popular local Food for Enhancing Health of Aging People in Upper Northern Thailand. *Journal of Health Science. 30*(3), 415- 425. (in Thai)

Division of Non Communicable Diseases. (2023). Data of Non- Communicable Diseases-NCDs. http://thaincd.com/2016/mission/documents

Hookheaw, S., & Neamsuvan, O. (2020). Ethnopharmacology in Treatment of Hypertension from Yala Province, Thailand. *Srinakharinwirot University Science Journal. 36*(1), 15 - 31.

Ketveerapong, P., Siritammo, S. P., Chanruam, T., & Insrichuen, S. (2021). Management of Body of Acknowledge of Highly Popular Local Food base on Nutrition Principle for Enhancement Health of Elder in Upper the North Part. *Nakhon Lampang Buddhist Colleges Journal, 9*(2), 167- 182. (in Thai)

Kiatsinsap, J., Thotong, S., & Yamboonruang, T. (2019). Effects of The Stress Coping Program on Coping Abilities and Stress Level of the Elderly in Mueang Nonthaburi District. *Kuakarun Journal of Nursing*, *26*(2), 66-77. (in Thai)

Kittivanno, B. P., Sricomepa, R., Damjutti, K., & Kaewtunkham, K. (2021). Local Food: Process of Management of Highly Popular Local Food Based on Nutritious Principle for Health Enhancement of Aging People in Upper the Northern, Thailand. *Journal of MCU Peace studies, 9*(5), 1641-1652. (in Thai)

Ministry of Public Health. (2022). *Guide to screening and evaluating the health of elderly 2022.* http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf.

Monica, K. L., & Vladimir, V. M. (2016). Hypertension and physical exercise: The role of oxidative stress. *Madicina, 52*(1), 19 - 27.

National Statistical Office. (2022). *Health Behavior of Population Survey 2021.* https://nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/w

Phrae Provincial Public Health office. (2023). *Health Data Center service.* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d

Singkhum, U., & Kunwaradisai, N. (2014). Process and Effect of Buddhism Holistic well – being Promotion. *Journal of the Association of Researchers, 19*(1), 73-85. (in Thai)

Suannum, S., Sittisart, V., & Rasiri, T. (2023). Effects of the Empowerment Program on Health Behaviors and Blood Pressure Levels in Suspected Hypertensive Patients in Ban Sao Hin Health Promoting Hospital's Area, Wat Prik Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province. *The Journal of BoromarjonaniCollege of Nursing, Suphanburi, 6*(1), 29-4 (in Thai)

Thongmee, O., Rodhetbhai, C., & Siltragool, W. (2015). Lanna Food: The Cultural Management Strategy for the Creative Economy Development. *Silpakorn University Journal of Social Sciences, Humanities, and Arts, 15*(3), 105-119.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The Effectiveness of Using Modified Early Warning Signs (MEWS) in Postpartum Mother Assessment, Koh Kha Hospital, Lampang Province

Ratda Udomthada[*],Panumas Koonyodying[**],Rungkarn Wutti[1]**

(Received: February 27, 2024, Revised: April 30, 2024, Accepted:May 31, 2024)

Abstract

The study employs a two-group interrupted time design and a quasi-experimental method to examine 1) the effectiveness of the modified early warning signals (MEWS) method in assessing women who have recently given birth, and 2) the satisfaction level of registered nurses with the implementation of the MEWS method. In the delivery room at Koh Kha Hospital, Lampang Province, we purposively sampled 1) immediately postpartum mothers within the first 24 hours after delivery. We divided these mothers into two groups: a control group, which received standard nursing care from November to December 2023 (n= 55), and an experimental group, which used the modified early warning signs (MEWS) from January to February 2024 (n = 55) 2) We recruited seven registered delivery room nurses. With a reliability value of 0.67 to 1.00, the study tools included the modified early warning signals (MEWS) for evaluating postpartum mothers, the skills and happiness of the nurses, and the relevance of the questions to the goals (IOC) by three obstetric specialists. Cohen's kappa demonstrated inter-rater reliability for the modified early warning signs (MEWS) in the postpartum mother assessment (MEWS) recording form, yielding a value of 0.92. The statistical study encompassed descriptive statistics, the chi-square test, and Fisher's exact test.

The study determined that the experimental group did not experience a postpartum hemorrhage, while the control group experienced an incidence of 5.45%. Registered nurses recorded assessment results with 100% accuracy, and they provided nursing care in accordance with the warning sign levels at 82.72%. In general, nurses expressed a high level of satisfaction. The mean is 4.40, and the standard deviation is 0.59. To improve the quality and safety of postpartum maternal care, the researchers intend to apply the modified early warning signs (MEWS) assessment in the postpartum special care unit at Koh Kha Hospital.

Keyword: Modified Early Warning Signs guideline; postpartum mothers; postpartum hemorrhage,

[*]*Registered Nurse, Professional level, KoKha Hospital, Lampang Province*

*** Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*

[1]*Corresponding author: rukawu35@hotmail.com*

ประสิทธิผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

รัตน์ดา อุดมธาดา[*], ภาณุมาศ คุณยศยิ่ง[**], รุ่งกาญจน์ วุฒิ[1]**

(วันรับบทความ : 27 กุมภาพันธ์ 2567, วันแก้ไขบทความ : 30 เมษายน 2566, วันตอบรับบทความ : 31 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา (Two group Interrupted time design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด และ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดทันที – 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปกติตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ถึงธันวาคม 2566 จำนวน 55 คน และกลุ่มทดลองใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 จำนวน 55 คน 2) พยาบาลวิชาชีพห้องคลอดจำนวน 7 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญทางสูติกรรม จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 0.67-1.00 แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) หาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน 2 คน วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา เท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้แบบประเมิน MEWS พบว่าไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดร้อยละ 5.45 และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.40, S.D= 0.59) นอกจากนั้นพยาบาลวิชาชีพยังมีทักษะในการบันทึกผลการประเมินได้ถูกต้องร้อยละ 100 และให้การพยาบาลตามระดับสัญญาณเตือน ร้อยละ 82.72 ดังนั้นผู้วิจัยจึงวางแผนนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ไปใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษหลังคลอดในโรงพยาบาลเกาะคาเพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดได้อย่างปลอดภัยมากขึ้น

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือด; แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ; มารดาหลังคลอด

[*]*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง*

[**]*อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก*

[1]*Corresponding author: rukawu35@hotmail.com*

บทนำ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) เปนเรื่องที่สำคัญ ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า อุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเกิดขึ้นร่อยละ 4 ถึงรอยละ 16 ประเทศที่พัฒนาแล่วพบวา ประมาณ 1 คนในทุก ๆ 10 คนที่เข่ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รับอันตรายทั้งอาจเกิดจากความผิดพลาดหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ซึ่งอุบัติการณ์เหล่านี้ในประเทศกำลังพัฒนาเกิดขึ้นสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล่วหลายเทา (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2017) ประเทศไทยมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยโดยคำนึงถึงประชาชน ผู้มารับบริการ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณค่าและผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของประชาชน (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2023) ความเสี่ยงทางคลินิกเป็นการประเมินคุณภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของโรงพยาบาล เนื่องจากจะส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาล การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อปรับปรุงระบบการให้บริการการดูแล และกระบวนการในการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้ ซึ่งการใช้สัญญาณเตือนภัยแต่เนิ่นๆ (Modified Early Warning Sign: MEWS) เป็นวิธีใช้เครื่องมือในการประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยเชิงรุก เพื่อให้การตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหารุนแรง ได้แก่ ภาวะหัวใจหยุดเต้น สามารถให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (Nagachuay, Inprasong, Tantrakul, Thongbai & Jantanu, 2017)

การใช้สัญญาณเตือนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับตั้งแต่ระยะแรกคือ แนวทางการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (Modified Early Warning Sign: MEWS & Pediatric Early Warning Score: PEWS) ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลมีบทบาทดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการทำหัตถการทางการพยาบาลที่มักจะมีความเสี่ยงหรือเกิดปัญหาและเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้บ่อย ๆ เช่น การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย การบริหารยา การเจาะเลือด/สิ่งคัดหลั่งเพื่อส่งตรวจวินิจฉัย เป็นต้น ทั้งยังให้ข้อมูล คำแนะนำ เฝ้าระวัง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ (Phanthusat and Thongyu, 2017) โดยเฉพาะการตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Prasitwattanaseree, 2022) และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดที่พบมากที่สุด ซึ่งพบอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 2-4 และจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 6 (Kumari et al, 2022)

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตรหลังคลอดทางช่องคลอด หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักมารดาหลังคลอด (Prasitwattanaseree, 2022) สาเหตุสำคัญของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกได้แก่ การหดรัดตัวของมดลูกไม่ดี การฉีกขาดของช่องทางคลอด การมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง และมีปัญหาเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด (Sansiriphun & Baosoung, 2019) อาการและอาการแสดงเริ่มแรกของการตกเลือดจะหายใจเร็วเล็กน้อย ความดันโลหิตต่ำเล็กน้อย หรืออาจไม่มีอาการแสดงใด ๆ จนกระทั่งมีการเสียเลือดไปร้อยละ 25-30 ของเลือดในร่างกาย อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบเมื่อเสียเลือดมาก ได้แก่ หายใจเร็วและตื้น ชีพจรเบา เร็ว และไม่สม่ำเสมอ ความดันโลหิตลดต่ำลง ผิวหนังเย็น ซีดและชื้น ปัสสาวะออกน้อยลง ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลงหรืออาจไม่รู้สึกตัว (Anusornteerakul & Harnkla, 2022) อย่างไรก็ตามการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันที่นำให้ปฏิบัติ ได้แก่ การวัดปริมาณเลือดที่สามารถวัดได้แม่นยำ เช่น การใช้ผ้าซับเลือด การตวงเลือด หรือการใช้ถุงวัดปริมาตรเลือด และไม่แนะนำให้ใช้การกะปริมาตรการเสียเลือด

ด้วยสายตา เนื่องจากมีความแม่นยำต่ำมาก (Wanitpongpan, Russameecharoen & Lertbannapong, 2018) โดยให้เริ่มเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดเมื่อพบว่ามีปริมาตรการเสียเลือดภายหลังคลอดตั้งแต่ 350 มิลลิลิตรขึ้นไป (Lertbannapong, 2014) ดังนั้นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน จึงนับเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา (Jantarat, Rattanaphan, Kunsete & Thiengchanya, 2023) สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 4Ts ได้แก 1) การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) โดยการหดรัดตัวของมดลูกที่ไม่ดีเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกถึงร้อยละ 70 2) ชองทางคลอดฉีกขาด (Tear or Trauma) พบร้อยละ 20 ได้แก การฉีกขาด ของฝเย็บ ชองคลอด ปากมดลูก และมดลูกแตก 3) สวนของรกตกค้าง (Tissue) พบได้ร้อยละ 10 และ 4) ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติ (Thrombin) พบร้อยละ 1 แต่มีความรุนแรงที่ตองการการดูแลแบบเฉพาะเจาะจง (Pinpo & Wattananukulkiat, 2021)

สภาพปัญหาในการดูแลผู้คลอดเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง พบว่า ปัญหาภาวะตกเลือดหลังคลอด ในปีงบประมาณ 2563 – 2565 คิดเป็นร้อยละ 1.38, 1.91 และ 1.18 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวนการตกเลือดหลังคลอดจะต่ำกว่าตัวชี้วัดของทางโรงพยาบาล คือ น้อยกว่าร้อยละ 3 แต่พบว่ามีความรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากมารดาหลังคลอดเกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดคิดเป็นร้อยละ 44.4, 7.9 และ 25.0 ตามลำดับ (Koh Kha Hospital Delivery Room Work Group, 2022) สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด 2 อันดับแรกเกิดจากภาวะมดลูกหดรัดตัวไม่ดี และการฉีกขาดของช่องทางคลอด จากการทบทวนสาเหตุที่เกิดขึ้น จากการประชุมของกลุ่มงานสูติกรรม (Patient Care Team) พบว่า สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด มีหลายปัจจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงมารดาหลังคลอดไม่ต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพมีประสบการณ์น้อย ขาดทักษะในการประเมินการแข็งตัวของมดลูก และการไม่กล้าตัดสินใจในการขอความช่วยเหลือจากทีมเมื่อเกิดปัญหา รวมถึงการรายงานแพทย์ล่าช้าเนื่องจากไม่แน่ใจว่าอาการดังกล่าวผิดปกติหรือไม่ (Koh Kha Hospital Obstetric Work Group, 2022) อย่างไรก็ตามงานห้องคลอดได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดมาอย่างต่อเนื่อง โดยการเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังคลอดมีการใช้ถุงตวงเลือดและเกณฑ์การเฝ้าระวังปริมาตรการเสียเลือดภายหลังคลอดตั้งแต่ 300 มิลลิลิตรขึ้นไป ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 แต่ยังไม่มีการใช้การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มาประเมินมารดาหลังคลอดอย่างชัดเจนและเป็นระบบ เนื่องจากแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ที่มีอยู่ยังไม่ครอบคลุมการประเมินภาวะตกเลือดหลังคลอด จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด มาประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังเชิงรุก เป็นเครื่องมือช่วยส่งเสริมให้พยาบาลตัดสินใจ วางแผนการดูแล และปรึกษาทีมบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงช่วยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตกับมารดาหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ในประเด็น

1.1 อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

1.2 ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

สมมติฐานการวิจัย

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอดหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ลดลงกว่าก่อนการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือน

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านตัวแปร ประกอบด้วย ตัวแปรต้น คือ แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ตัวแปรตาม ได้แก่ ก) อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ข) ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต และ ค) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤต 2) ด้านประชากร คือ ก) มารดาหลังคลอดทันที – 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง และ ข) พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาล เกาะคา จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาหลังคลอดทันที - 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จำนวน 110 คน และพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด จำนวน 7 คน 3) ด้านพื้นที่ ห้องคลอดโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง 4) ด้านระยะเวลาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2566 - กุมภาพันธ์ 2567

นิยามศัพท์

แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด หมายถึง แผนการปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของมารดาหลังคลอด ในระยะหลังคลอดทันที-24 ชั่วโมงหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด รวมถึงแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา

ประสิทธิผล หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดกับหญิงหลังคลอดและพยาบาลวิชาชีพ จากการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ประกอบด้วยผลลัพธ์ 3 ด้าน ดังนี้

1. อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง จำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ที่ประเมินได้จากการสูญเสียเลือดระหว่างคลอดมากกว่า 500 ซีซี ประเมินด้วยแบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

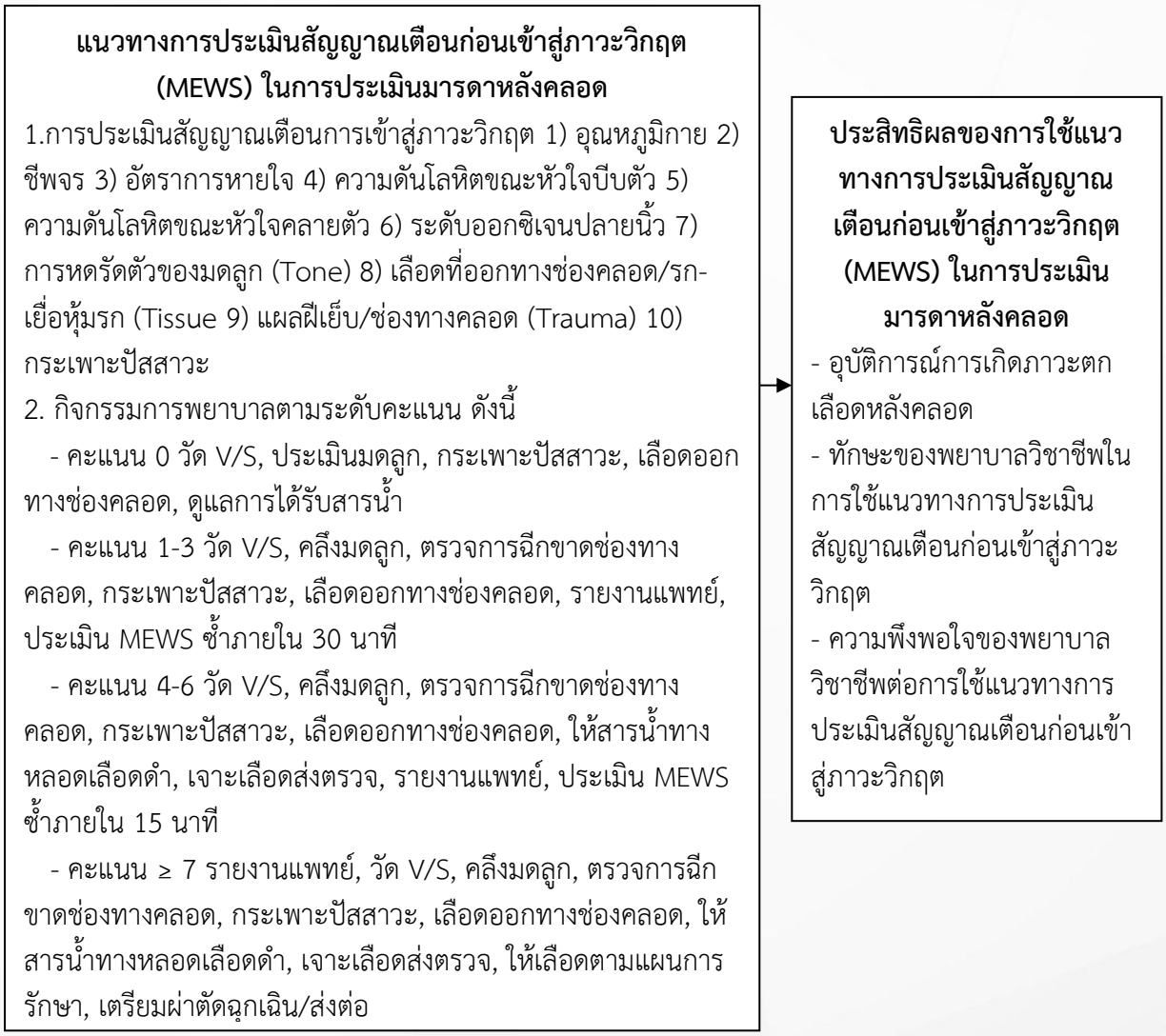
2. ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต หมายถึง การปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตและตัดสินใจให้การพยาบาลตามระดับของผลการประเมิน เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ในการพยาบาลครั้งนี้ประเมินได้จากแบบประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา ต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS)

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการและเครื่องมือช่วยเหลือพยาบาลในการติดตามอาการผู้ป่วยให้มีระบบการเฝ้าระวัง (monitoring system) อย่างเหมาะสม โดยปรับจากแนวการ

ดำเนินการและการประเมินผลระบบเตือนภัยล่วงหน้า (Early Warning Signs) ทางสูติศาสตร์ของอูมาร์และคณะ (Umar et al., 2022) และเครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ของพิศาล ชุ่มชื่นและนิตยศรี ดวงอาทิตย์ (Chumchuen & Duangartit, 2021) รวมทั้งแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง นำมาประยุกต์เป็นการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จากข้อมูลทางสรีรวิทยา ได้แก่ ได้แก่ 1) อุณหภูมิกาย 2) ชีพจร 3) อัตราการหายใจ 4) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 5) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 6) ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 7) การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) 8) เลือดที่ออกทางช่องคลอด/รก-เยื่อหุ้มรก (Trauma) 9) แผลฝีเย็บ/ช่องทางคลอด (Tissue) 10) กระเพาะปัสสาวะ กำหนดระดับคะแนนพร้อมทั้งกิจกรรมการพยาบาล 4 ระดับ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยตามระดับคะแนน และประเมินผลการใช้แนวทางการประเมินฯ จากอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินฯ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางฯ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่มเปรียบเทียบคนละช่วงเวลา (Two group Interrupted time design) เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวทาง การประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

ประชากร ได้แก่ มารดาหลังคลอดทันที - 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง และพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง 1) มารดาหลังคลอดทันที - 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ที่ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และระดับความเชื่อมั่น 0.95 และกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง (Purposive random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างรวมเป็น 110 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ จำนวน 55 คน และกลุ่มทดลองที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต จำนวน 55 คน โดยมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง มีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มารดาหลังคลอดทันที – 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง 2) ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัย 3) ไม่มีปัญหาที่ซับซ้อน หรือโรคร่วมที่อาจจะส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่าง 4) มีระยะเวลานอนพักรักษาตัวระยะหลังคลอดในห้องคลอดอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และมีเกณฑ์การคัดออก คือ มารดาหลังคลอดเกิดปัญหาเร่งด่วนหรือภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องดูแลอย่างเร่งด่วน หรือส่งต่ออย่างเร่งด่วน 2) พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง จำนวน 7 คน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อาชีพ โรคประจำตัวก่อนการตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ชนิดของการคลอด ปริมาณการเสียเลือดจากการคลอด น้ำหนักทารกแรกคลอด การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรอคลอด การตกเลือดหลังคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด

2) แบบประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประกอบด้วย ข้อมูลด้านอายุ ประสบการณ์การทำงาน และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ ประเมินโดยผู้วิจัย

3) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดประเมินตนเองหลังจากเก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลองได้ครบตามจำนวน

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย

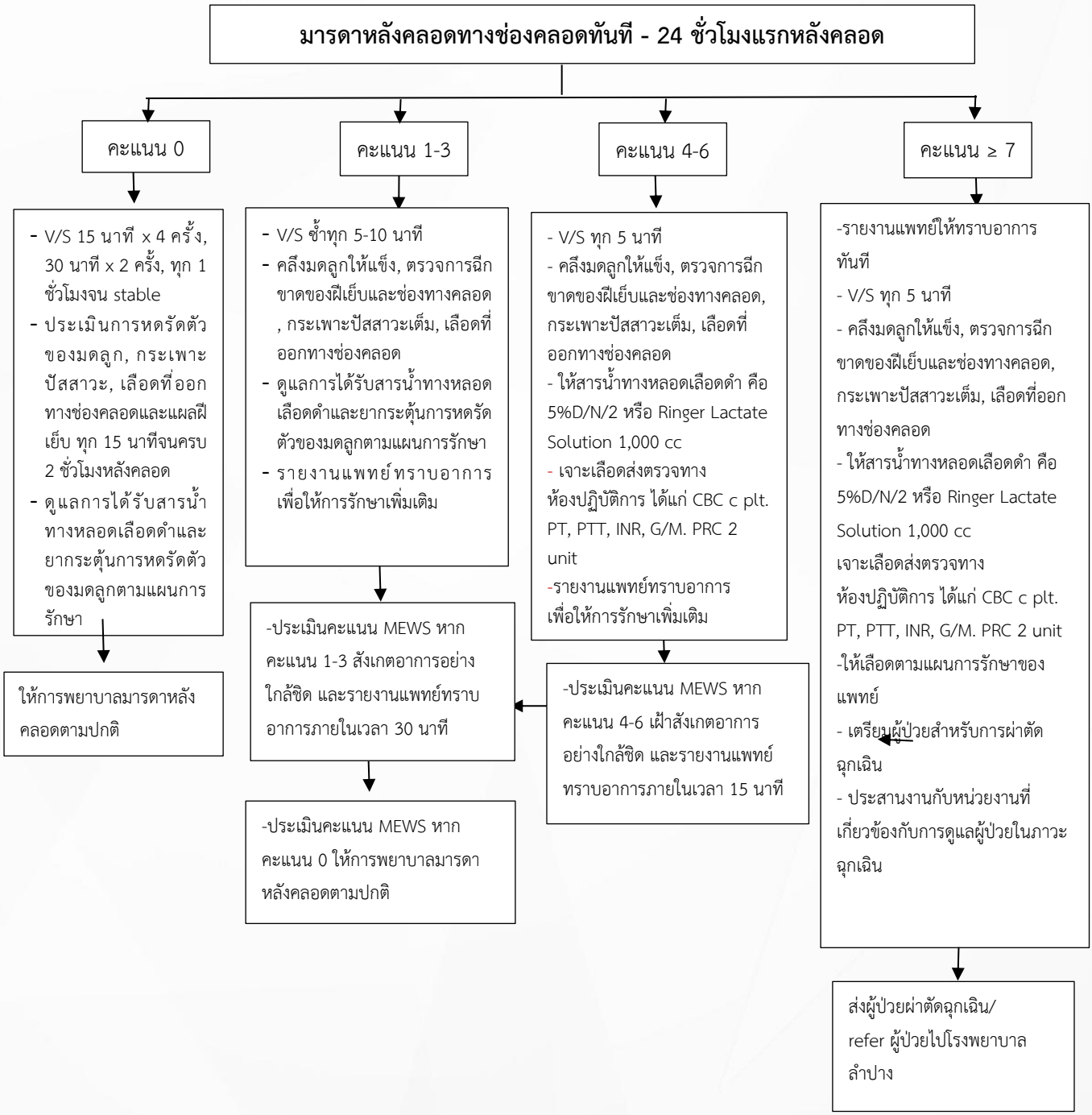
1) แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง เป็นค่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ 1) อุณหภูมิกาย 2) ชีพจร 3) อัตราการหายใจ 4) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 5) ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 6) ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว 7) การหดรัดตัวของมดลูก (Tone) 8) เลือดที่ออกทางช่องคลอด/รก-เยื่อหุ้มรก (Tissue) 9) แผลฝีเย็บ/ช่องทางคลอด (Trauma) 10) กระเพาะปัสสาวะ แต่ละข้อมีการกำหนดค่าคะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน โดยเกณฑ์การให้คะแนนปรับจากเครื่องมือการดำเนินการและการประเมินผลระบบเตือนภัยล่วงหน้าทางสูติศาสตร์ ของอู

มาร์และคณะ (Umar et al., 2022) และเครื่องมือประเมินการเฝ้าระวังและป้องกันการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย ของพิศาล ชุ่มชื่นและนิตยศรี ดวงอาทิตย์ (Chumchuen & Duangartit, 2021)

2) กิจกรรมในการปฏิบัติการพยาบาลผู้คลอดในการป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอด ของงานห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนน

การประเมิน/คะแนน	0	1	2
1.อุณหภูมิกาย (T)	36-38	35 - < 36	>38
2.ชีพจร (PR)	51-100	41-50 / 101-110	>111
3.อัตราการหายใจ (RR)	15-24	≤14	>25
4.ความดัน Systolic (SBP)	100-139	90-99 / 140-159	< 90 / >160
5.ความดัน Diastolic (DBP)	50-89	40-49 / 90-109	>110
6.ระดับออกซิเจนปลายนิ้ว SpO2(%)	96 -100	<95	<90
7.การหดรัดตัวของมดลูก (Tone)	มดลูกหดรัดตัวดี กลม แข็ง	มดลูกหดรัดตัวน้อย/มดลูกนิ่มแบนใหญ่/คลำมดลูกได้	มดลูกไม่หดรัดตัว/คลำมดลูกไม่ได้
8.เลือดที่ออกจากช่องคลอด (BPV)/รก-เยื่อหุ้มรก (Tissue)	EBL 0-300 ml /มีเลือดออกปกติ/รก-เยื่อหุ้มคลอดครบ	EBL 300-500 ml /มีเลือดไหลออกทางช่องคลอดมากกว่าปกติ/เยื่อหุ้มรกขาดหายเล็กน้อย	EBL ≥500ml /มีเลือดไหลออกทางช่องคลอดมากและไหลออกตลอดเวลา/รก-เยื่อหุ้มรกขาดหายหรือรกค้าง
9.แผลฝีเย็บ/ช่องทางคลอด (Trauma)	ไม่บวม/บวมเล็กน้อย/บวมใส/ไม่มีการฉีกขาดของช่องทางคลอด	บวมมีขนาดน้อยกว่า 2 ซม./ช่องทางคลอดฉีกขาดระดับ 1st tear	บวมมีขนาดมากกว่า 2 ซม./ช่องทางคลอดฉีกขาดระดับ 2nd tear ขึ้นไป
10.กระเพาะปัสสาวะ	ไม่เต็ม /ปัสสาวะแล้วภายใน 6 ชม.หลังคลอด	เต็ม/ปัสสาวะลำบาก /กะปริดกะปรอย/ไม่ปัสสาวะเกิน 6 ชั่วโมงหลังคลอด	เต็ม/ปัสสาวะไม่ออก /ไม่ปัสสาวะเกิน 8 ชั่วโมงหลังคลอด



ภาพที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาลตามเกณฑ์ระดับคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงของเครื่องมือ แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด แบบประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านจำนวน 3 คน

ได้แก่ สูติแพทย์ 1 คน พยาบาลห้องคลอด 1 คน และอาจารย์พยาบาล 1 คน พิจารณาความตรงด้านเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) มีค่ารายข้อเท่ากับ 0.67 ถึง 1.00

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน โดยผู้ประเมินจำนวน 2 คน (Inter-Rater Reliability: IRR) ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ประเมินมาราดาหลังคลอดในห้องคลอดโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ความสอดคล้องโดยใช้สถิติแคปปา ได้ค่าสัมประสิทธิ์โคเฮนแคปปา (Cohen's Kappa Coefficient) เท่ากับ 0.92 ซึ่งถือว่าเป็นความสอดคล้องระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละความเชื่อมั่นที่ 81-100 (McHugh, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เมื่อได้รับการอนุมัติแล้วจึงทำเรื่องขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประชุมกับแพทย์และพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา เพื่อทำความเข้าใจและชี้แจงการเก็บข้อมูลและบันทึกข้อมูล หลังจากนั้นขออนุญาตกลุ่มตัวอย่าง (พยาบาลวิชาชีพห้องคลอด) เซ็นยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในมารดาหลังคลอด พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ชี้แจงและขออนุญาตให้มารดาหลังคลอดเข้าร่วมการวิจัยและเซ็นยินยอม (consent form)

3. พยาบาลวิชาชีพเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบจำนวน แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต พยาบาลวิชาชีพใช้แบบบันทึกกับมารดาหลังคลอดทันที – 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดที่อยู่ในห้องคลอด และให้การพยาบาลตามเกณฑ์ระดับคะแนนที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต โดยตรวจสอบจากผลการบันทึกคะแนนและการพยาบาลมารดาหลังคลอดตามระดับคะแนน

5. ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ภายหลังเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจนครบจำนวน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2566-115 รับรองระหว่างวันที่ 6 พฤศจิกายน 2566 – 6 พฤศจิกายน 2567 หลังจากนั้นผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง ชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงประโยชน์ของการวิจัย และให้ความมั่นใจว่าจะไม่เปิดเผยข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในรายงานการวิจัย และได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ ถ้าหากมีความไม่พร้อมหรือไม่เต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ และเปรียบเทียบด้วย Chi-square

2. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

2.1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ และเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Chi square และ Fisher's exact

2.2 ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ

3.ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต ใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยโดยมีการวิเคราะห์ในแต่ละตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลของมารดาหลังคลอดและพยาบาลวิชาชีพห้องคลอด

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลของมารดาหลังคลอด จำแนกเป็นกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ (n=55)

ข้อมูลของมารดาหลังคลอด	กลุ่มที่ใช้แนวทางฯ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Chi square	P-value
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	6 (10.91%)	7 (12.73%)	0.66	0.72
20 – 34 ปี	39 (70.91%)	41 (74.54%)		
35 ปีขึ้นไป	10 (18.18%)	7 (12.73%)		
สถานภาพสมรส				
โสด	5 (9.09%)	1 (1.82%)	3.91	0.14
สมรส	49 (89.09%)	54 (98.18%)		
หย่าร้าง	1 (1.82%)	0 (0 %)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	1 (1.82%)	1 (1.82%)	2.21	0.82
มัธยมศึกษาตอนต้น	20 (36.36%)	22 (40.00%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18 (32.73%)	16 (29.09%)		
ปริญญาตรี	15 (27.27%)	15 (27.27%)		
ไม่ได้ศึกษา	1 (1.82%)	1 (1.82%)		
จำนวนการตั้งครรภ์				
G1	21 (38.18%)	25 (45.45%)	4.35	0.23
G2	21 (38.18%)	21 (38.18%)		
G3	9 (16.37%)	9 (16.37%)		
G4	4 (7.27%)	0 (0.0%)		

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และผลการเปรียบเทียบข้อมูลของมารดาหลังคลอด จำแนกเป็นกลุ่มทดลองหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดกับกลุ่มควบคุมหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ (ต่อ)

ข้อมูลของมารดาหลังคลอด	กลุ่มที่ใช้แนวทางฯ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Chi square	P-value
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (45.45%)	27 (49.09%)	1.94	0.75
รับจ้าง	19 (34.55%)	17 (30.91%)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5 (9.09%)	8 (14.54%)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (9.09%)	1(1.82%)		
อื่นๆ	1(1.82%)	2 (3.64%)		
โรคประจำตัวก่อนตั้งครรภ์				
ไม่มี	52 (94.55%)	50 (90.91%)	0.54	0.72
มี	3 (5.45%)	5 (9.09%)		
ชนิดของการคลอด				
คลอดปกติ	54 (98.18%)	52 (94.55%)	1.04	0.62
คลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ	1 (1.82%)	3 (5.45%)		
น้ำหนักทารกแรกคลอด (กรัม)				
< 2,500	3 (5.45%)	2 (3.64%)	3.81	0.14
2,500 – 3,500	45 (81.82%)	51 (92.72%)		
> 3,500 กรัม	7 (12.73%)	2 (3.64%)		
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์				
ไม่มี	42 (76.36%)	34 (61.82%)	5.14	0.12
มี	13 (23.64%)	21 (38.18%)		

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาหลังคลอดทั้งกลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคุณลักษณะเบื้องต้นที่ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของอายุและประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (n=7)

ข้อมูลของพยาบาลวิชาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-30	2	28.57
31-40	3	42.86
41-50	2	28.57
ประสบการณ์ทำงานในห้องคลอด		
1 – 2 ปี	3	42.86
3- 5 ปี	1	14.28
มากกว่า 5 ปี	3	42.86

จากตารางที่ 3 พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.86 ประสบการณ์การทำงาน 1-2 ปี กับ มากกว่า 5 ปี กลุ่มละ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดและภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด การเสียเลือดจากการคลอด และภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (n=55)

ข้อมูล	กลุ่มที่ใช้แนวทางฯ จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	Chi square/ Fisher's exact	P-value
การตกเลือดหลังคลอด				
ไม่เกิดการตกเลือดหลังคลอด	55 (100%)	52 (94.55%)	2.43	1.22
เกิดการตกเลือดหลังคลอด	0 (0%)	3 (5.45%)		
การเสียเลือดจากการคลอด				
< 300 cc	51 (92.72%)	41 (74.55%)	7.35	0.03
300-500 cc	4 (7.28%)	11 (20.00%)		
500 cc ขึ้นไป	0 (0%)	3 (5.45%)		
ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด				
ไม่มี	20 (36.36%)	27 (49.09%)	1.35	0.25
มี (ระบุ)	35 (63.64%)	28 (50.91%)		
- Uterine atony	34 (97.14%)	25 (89.29 %)		
- Hypertension	1 (2.86%)	-		
-Vagina tear with shock	-	2 (7.14%)		
- Retention of urine	-	1 (3.57%)		

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ไม่เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเกิดอัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด 3 คนคิดเป็นร้อยละ 5.45 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Fisher's exact พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเสียเลือดจากการคลอดในกลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) มีการเสียเลือดจากการคลอด < 300 cc จำนวน 51 คนคิดเป็นร้อยละ 92.72 สูญเสียเลือด 300-500 cc จำนวน 4 คิดเป็นร้อยละ 7.28 และไม่มีผู้สูญเสียเลือดมากกว่า 500 cc ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีการเสียเลือดจากการคลอด < 300 cc จำนวน 41 คนคิดเป็นร้อยละ 74.55 สูญเสียเลือด 300-500 cc จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 20 และสูญเสียเลือกมากกว่า 500 cc จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.45 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติ พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Fisher's exact =7.35, p = 0.03) กลุ่มที่ใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 20 คน คิดเป็นร้อยละ 36.36 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 27 คน คิดเป็นร้อยละ 49.09 เมื่อเปรียบเทียบทางสถิติด้วย Chi square พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 3 ผลการประเมินทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

รายการประเมิน	ทักษะของพยาบาลวิชาชีพ (n=7)	
	การปฏิบัติถูกต้อง	การบันทึกถูกต้อง
1.ปฏิบัติการประเมิน (MEWS)		
1.1 อุณหภูมิกาย (T)	7 (100%)	7 (100%)
1.2 ชีพจร (PR)	7 (100%)	7 (100%)
1.3 อัตราการหายใจ (RR)	7 (100%)	7 (100%)
1.4 ความดัน Systolic (SBP)	7 (100%)	7 (100%)
1.5 ความดัน Diastolic (DBP)	7 (100%)	7 (100%)
1.6 ระดับออกซิเจนปลายนิ้วSpO2(%)	7 (100%)	7 (100%)
1.7 การหดรัดตัวของมดลูก	7 (100%)	7 (100%)
1.8 เลือดที่ออกจากช่องคลอด (BPV)	7 (100%)	7 (100%)
1.9 แผลฝีเย็บ	7 (100%)	7 (100%)
1.10 กระเพาะปัสสาวะ	7 (100%)	7 (100%)
2.ปฏิบัติการพยาบาลตามระดับสัญญาณเตือน	7 (100%)	6 (85.72%)

จากตารางที่ 5 พบว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ได้ถูกต้อง โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนปฏิบัติการประเมิน (MEWS) และบันทึกผลการประเมินอย่างถูกต้องทั้ง 10 ประเด็น ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับสัญญาณเตือน พยาบาลทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างถูกต้อง แต่มีการบันทึกอย่างถูกต้อง 6 คนคิดเป็นร้อยละ 85.72

ตอนที่ 4 ผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
- มีความถูกต้อง ชัดเจน เข้าใจง่าย	4.29	0.76	มาก
- มีข้อมูลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้คลอดครบถ้วน	4.71	0.49	มากที่สุด
- มีความสะดวก ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล	4.14	0.90	มาก
- มีประโยชน์ต่อการทำงานและผู้รับบริการ	4.57	0.53	มากที่สุด
- สามารถนำผลการบันทึกไปใช้ตัดสินใจให้การพยาบาลได้ถูกต้อง	4.29	0.76	มาก
- ความพึงพอใจของการใช้แบบบันทึกฯ ในภาพรวม	4.43	0.53	มาก
รวม	**4.40**	**0.59**	**มาก**

จากตารางที่ 6 พบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.40, S.D= 0.59) โดย ข้อที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีข้อมูลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้คลอดครบถ้วน และมีประโยชน์ต่อการทำงานและผู้รับบริการ ($\bar{x}$= 4.71, S.D= 0.49 และ $\bar{x}$ = 4.57, S.D= 0.53 ตามลำดับ)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า มีประเด็นอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลของการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

1.1 เปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอด ก่อนและหลังใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

จากผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดในมารดาหลังคลอดก่อนและหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด มีความแตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ไม่พบภาวะตกเลือดหลังคลอด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ พบภาวะตกเลือดหลังคลอด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.45 นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มที่มีการตกเลือดหลังคลอดมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดคือเกิดภาวะช็อค จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 7.14 ของกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด (ตารางที่ 3) จึงเป็นไปได้ว่า การใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน จึงสามารถประเมินตามแนวทางและหากพบ

ความเสี่ยง หรือแนวโน้มที่มารดาหลังคลอดจะเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อน จะปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมาได้ โดยสะท้อนจากการที่พยาบาลได้ประเมินความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีข้อมูลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้คลอดครบถ้วน และมีประโยชน์ต่อการทำงานและผู้รับบริการ (mean= 4.71, S.D= 0.49 และ mean = 4.57, S.D= 0.53 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ของศิริพร ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ (Pinpo & Wattananukulkiat, 2021) โดยพบว่า การมีแนวปฏิบัติสามารถประเมินอาการที่ดักจับได้ก่อนเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการแสดงนำก่อนตกเลือด ร้อยละ 93.75 ซึ่งพบอาการมดลูกนุ่มมากที่สุด ร้อยละ 62.40 มดลูกนุ่มร่วมกับกระเพาะปัสสาวะเต็ม ร้อยละ 25.00 และพบมดลูกนุ่มร่วมกับ REEDA score มากกว่า 8 ร้อยละ 6.30 และเช่นเดียวกับการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่ายาง ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มทดลองหลังจากใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีภาวะอวัยวะล้มเหลวลดลง และไม่พบการเสียชีวิต ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล การบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Tummikakul, 2020)

1.2 เพื่อศึกษาทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

จากผลการวิจัยพบว่า ทักษะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด ได้ถูกต้อง โดยพยาบาลวิชาชีพทุกคนปฏิบัติการประเมิน (MEWS) และบันทึกผลการประเมินอย่างถูกต้องทั้ง 10 ประเด็น ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลตามระดับสัญญาณเตือน พยาบาลทุกคนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติอย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 100 แต่มีการบันทึกอย่างถูกต้อง 6 คนคิดเป็นร้อยละ 85.72 (ตารางที่ 4) สะท้อนว่า พยาบาลสามารถปฏิบัติตามแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดได้ดี ซึ่งเกิดจากการที่พยาบาลเป็นวิชาชีพเฉพาะที่ต้องใช้ทักษะในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลที่อยู่ในห้องคลอด โรงพยาบาลเกาะคา ส่วนหนึ่งยังเป็นพยาบาลระดับผู้ปฏิบัติที่ประสบการณ์ในห้องคลอดไม่เกิน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 57.14 ซึ่งสามารถวางแผนให้การพยาบาลและปฏิบัติตามแผนได้ รวมทั้งโรงพยาบาลเกาะคา เป็นโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลวิชาชีพจึงมีบทบาทในการให้ความร่วมมือหรือมีส่วนในการทำวิจัยทางการพยาบาล และนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาลในหน่วยงาน และมีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบ หรือรูปแบบการบริการพยาบาลในชุมชนอีกด้วย (Nursing Division, 2018)

2.เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอด

จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.40, S.D= 0.59) โดย ข้อที่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ได้แก่ มีข้อมูลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้คลอดครบถ้วน และมีประโยชน์ต่อการทำงานและผู้รับบริการ (mean= 4.71, S.D= 0.49 และ mean = 4.57, S.D= 0.53 ตามลำดับ) นอกจากนี้ในข้ออื่นๆ พยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ได้แก่ มีความถูกต้องชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถนำผลการบันทึกไปใช้ตัดสินใจให้การพยาบาลได้ถูกต้อง (mean = 4.29, S.D= 0.76 เท่ากัน) มีความสะดวก ง่ายต่อการบันทึกข้อมูล (mean = 4.14, S.D= 0.90) และมีความพึงพอใจของการ

ใช้แบบบันทึกฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นกัน ($\bar{x}$= 4.43, S.D= 0.53) (ตารางที่ 5) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดระยะ 2 - 24 ชั่วโมงหลังคลอด ของศิริพร ปิ่นโพธิ์ และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ (Pinpo & Wattananukulkia, 2021) ที่พบว่า การศึกษาความพึงพอใจต่อการใช้รางแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะตกเลือดหลังคลอดของพยาบาล มีความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.04) โดยพบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจ เห็นด้วยมากที่สุดคือ เนื้อหามีความครอบคลุม และมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ($\bar{x}$ = 4.25) เท่ากัน นำไปปฏิบัติได้จริงและ ช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น ($\bar{x}$ = 4.12) เท่ากัน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลท่ายาง ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติการพบาลฯ อยู่ในระดับมาก (mean= 3.73, S.D= 0.38) (Tummikakul, 2020) เป็นไปได้ว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเกาะคา สามารถปฏิบัติตามแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดได้ดี จึงมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 5)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านบริการพยาบาล หน่วยบริการควรมีการขยายการให้บริการโดยเน้นให้นำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ไปสู่หน่วยบริการอื่น เนื่องจากเป็นแนวทางที่ดีที่สามารถนำไปประเมินผู้ป่วยก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤติได้ ทั้งนี้หากมีการนำแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดไปใช้ ควรเพิ่มการประเมินให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักของการทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด (4T : Tone, Trauma, Tissue, Thrombin)

2. ด้านบริหารพยาบาล จากผลวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในการประเมินมารดาหลังคลอดในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.40, S.D= 0.59) โดยมีข้อมูลในการประเมินสัญญาณเตือนการเข้าสู่ภาวะวิกฤตของผู้คลอดครบถ้วน (mean = 4.71, S.D= 0.49 มีประโยชน์ต่อการทำงานและผู้รับบริการ (mean = 4.57, S.D= 0.53) ผู้บริหารการพยาบาลจึงควรมีการเสริมสร้างสมรรถนะพยาบาลให้มีความรู้และความสามารถในการใช้ MEWS ให้กับพยาบาลในหน่วยบริการทุกคน

3. ด้านการศึกษาพยาบาล อาจารย์พยาบาลที่สอน/เตรียมนักศึกษาพยาบาลต้องเน้นให้นักศึกษามีความรู้และพร้อมในการที่จะใช้ MEWS ในหน่วยบริการที่มีการใช้ MEWS ก่อนการฝึกภาคปฏิบัติเพื่อให้ทันต่อหน่วยบริการและมีความสามารถในการให้บริการผู้รับบริการตามแนวทางในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยแนวทางการประเมินสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (MEWS) ในหน่วยบริการอื่นให้ครอบคลุมทั้งหอผู้ป่วยทั่วไปและหอผู้ป่วยวิกฤติ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการและพยาบาลที่ให้บริการอย่างเป็นแนวทางเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

Anusornteerakul, S. and Harnkla, S., (2022). *Nursing postpartum mothers with complications*. Klungnana. (In Thai).

Chumchuen, P. & Duangartit, N. (2021). Early Warning System Scores for Clinical Deteriorationin Hospitalized Patients. *Region 4-5 Medical Journal*, 40(2), 307-322. (In Thai).

Jantarat, P., Rattanaphan, P., Kunsete, P. & Thiengchanya, P. (2023). Development of Early Warning Sign Model in High-Risk Patient, Songkhla Hospital. *Journal of Health Science*, 32(1), 109-119. (In Thai).

Koh Kha Hospital Delivery Room Work Group. (2022). *Annual report. Delivery room work group Ko Kha Hospital Lampang Province*. Delivery room work group Koh Kha Hospital Lampang Province. (In Thai).

Koh Kha Hospital Obstetric Work Group. (2022). *Annual report. Obstetric Patient Care Team.* The 1st meeting On January, 17, 2022.

Lertbannapong, T. (2013). Primary Postpartum Hemorrhage. P.A. Living. (In Thai)

McHugh, M. L. (2012). Interrater Reliability : The Kappa Statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276 - 282.

Nagachuay, P., Inprasong, L., Tantrakul, W., Thongbai, P. & Jantanu, P. (2017). MEWS: Adult Pre-Arrest Signs and the Role of Nurses. *Siriraj Medical Bulletin*, *10*(3), 186–190. (In Thai).

Nursing Division, Ministry of Public Health. (2018). *Roles and duties of professional nurses*. Tawan media publishing house. (In Thai).

Phanthusat, N. and Thongyu, R. (2017). Nursing Practice Guidelines According to Patient Safety Standards. *Thai Red Cross Nursing Journal,* 10(2), 1-13. (In Thai).

Pinpo, S. and Wattananukulkiat, S. (2021). Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent and Cure of the 2-24 hours Postpartum Hemorrhage in Obstetrics Ward, Khonkaen Hospital. In The 22th National Graduate Research Conference: NGRC. Pp 134-147. March, 25,2021: Khonkaen. (In Thai).

Prasitwattanaseree P. (2022). Nursing and Obstetrics: Women with Risk and Complications. 2nd ed. Siampimnana. (In Thai).

Sansiriphun N. and Baosoung C. (2019). Nursing and midwifery: women with complications. 2nd ed. Smart coating and service. (In Thai).

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2017). Patient and Public Health Personnel Safety Strategy: Patient and Personnel Safety (2P Safety) 4 years (2017-2020). The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization).

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2023). Synergy for Safety and Well-being. Sahamitr Printing & Publishing. (In Thai).

Tummikakul, Y. (2020). Effects of Nursing Practice Guideline Implementation by Using Modified

Early Warning Scores Recording for Sepsis Patients of Inpatient Department, Thayang Hospital, Phetchaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 3(1), 31-46. (In Thai).

Umar A, Ibrahim S, Liman I, Chama C, Ijaiya M, Mathai M, et al. (2022) Implementation and evaluation of obstetric early warning systems in tertiary care hospitals in Nigeria. PLOS Glob Public Health 2(7): Retrived 15 October, 2023, from: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000225

Wanitpongpan, P., Russameecharoen, K. & Lertbannapong, T. (2018). Modern textbook of obstetrics. P.A Living. (In Thai)

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

The results of the program to develop nursing characteristics regarding the humanized care: A case study of a private university

Sansani Rattanawaraha[*] ,Arpakorn Prewnim[1*], Phussita Sirinaphussit[***]
Arisya Wichaidit[**], Rachun Kesda[**], Mittra Kerd-in[**], Pornpimon Prommanus[**]

(Received: November 29, 2023, Revised: April 4., 2023, Accepted: June 4, 2024

Abstract

We conducted this study using a quasi-experimental design with a single group. The objective was to analyze the development of human-centered nursing characteristics among nursing students and to compare the average attitudes and awareness of nursing students towards humanized care before, after, and during the follow-up phase of the training. The sample group consisted of third-year students from a private university's Faculty of Nursing. Using random sampling, we specifically chose 49 nursing students. The process of data collection lasted for five months. Through a three-day training session, the program aimed to cultivate nursing attributes associated with humanized care. The data collection instrument consists of three components: a questionnaire on nursing students' attitudes toward humanized care; a questionnaire on self-awareness of these characteristics; and personal information. Using frequencies, percentages, averages, and standard deviations, we examined the overall data. We used a one-way repeated measures ANOVA as the reference statistic.

The research results revealed that nursing students demonstrated a more positive attitude towards nursing and humanized care during the after- and follow-up periods compared to their pre-training periods. Prior to the follow-up period, nursing students' average awareness of humanized care was lower than it was after the training. There was no statistically significant difference in nursing students' awareness of their human-centered nursing characteristics, including their skill, confidence, and awareness, over all three phases at a significance level of greater than 0.05. At a level less than 0.05, compassion and determination showed a significant difference. Teachers and learners can use this result as a guide to improve nursing students' humanized care characteristics.

Keyword: Human heart; Nursing characteristics; Nursing students

[*] *School of Nursing ,Sukhothai Thammathirat Open University*
[**] *Faculty of Nursing, North Bangkok University*
[***] *Vichaiyut Hospital*
[1] *Corresponding author: arpakorn.pr@northbkk.ac.th*

ผลของโปรแกรมการพัฒนาคุณลักษณะพยาบาลด้านหัวใจความเป็นมนุษย์

ศันสนีย์ รัตนวราหะ[*],อาภากร เปรี้ยวนิ่ม[1] ,พัทธ์สิตา สิรินภัทรสิทธิ์[***]**
อริศยา วิชัยดิษฐ์[**] ,ราชัน เกษดา[**],มิตรา เกิดอินทร์[**] ,พรพิมล พรมนัส[**]

(วันรับบทความ : 29 พฤศจิกายน 2566, วันแก้ไขบทความ : 4 เมษายน 2567, วันตอบรับบทความ : 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเจตคติ และความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตามการเข้าร่วมอบรม กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น คัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 49 คน ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 5 เดือน เครื่องมือในการวิจัย คือ การพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ในรูปแบบการอบรม จำนวน 3 วัน ส่วนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติทางการพยาบาล และแบบสอบถามความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมทั้งในระยะหลังการอบรม และระยะติดตามผล ส่วนความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลหลังการอบรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม และระยะติดตามผล สำหรับความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลด้านความสามารถ ความเชื่อมั่น และการมีสติรู้ชอบ ทั้ง 3 ระยะ ไม่แตกต่างกันกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับมากกว่า .05 แต่มีความเห็นอกเห็นใจ และความมุ่งมั่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05 การศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: หัวใจความเป็นมนุษย์; คุณลักษณะการพยาบาล; นักศึกษาพยาบาล

[*]*สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*
[**]*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ*
[***]*โรงพยาบาลวิชัยยุทธ*
[1]*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: arpakorn.pr@northbkk.ac.th*

บทนำ

การมีพฤติกรรมช่วยเหลือ หรือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ผู้อื่นส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสูงขึ้น และก่อให้เกิดความผูกพันหรือสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (Wolf, 2013) แต่ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และความเชื่ออย่างรวดเร็วและตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นด้านวัตถุ จนลืมคุณค่าในการดำรงชีวิตของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ทำให้กระทบต่อภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Granovetter, 2018) การพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาวะทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการพยาบาลด้วย “หัวใจความเป็นมนุษย์ (humanize health care)” หรือ “ใส่หัวใจให้ระบบสุขภาพ” เป็นกระบวนการดูแลที่มี “ความเป็นมนุษย์” ให้ความเมตตา ดูแลด้วยความจริงใจ อยากช่วยเหลือให้พ้นทุกข์ ไม่ว่าจะเป็นทุกข์เพราะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ (Kittiraktrakul, 2011) การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นการเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูความผาสุก (Wellbeing) ทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ การพยาบาลที่มีคุณภาพต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่มีความสัมพันธ์กันอย่างสมดุล เพื่อให้มีความผาสุกที่ดี (Wangthong et al., 2014)

การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และเป็นกัลยาณมิตร ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ด้วยความรักและเมตตา พยาบาลจึงต้องมีภูมิความรู้ มีความสามารถ มีทักษะความชำนาญ มีเจตคติที่ดีต่อผู้รับบริการ ดำรงตนภายใต้กรอบศีลธรรมและกฎหมายวิชาชีพ (Leininger, McFarland, & McFarlane, 1987; Watson, 1999) ถือเป็นภาระที่หนักหน่วงสำหรับวิชาชีพทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติหน้าที่เกินภาระงานและความรับผิดชอบ เกิดความเหนื่อยล้า เกิดปัญหาการให้การพยาบาลที่เน้นข้อเท็จจริงมากกว่าความรู้สึกของผู้รับบริการ การไม่เข้าใจความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการว่าต้องการสื่อสารอะไร และมีลักษณะการให้บริการแบบเน้นย้ำเรื่องอัตวิสัย คือการใช้ความคิดของตนเองแทนความคิดของผู้รับบริการ ขาดความเข้าใจในตัวบุคคล (Sangchang, 2009) ดังนั้นองค์กรพยาบาลหลายๆ แห่งจึงมีการส่งเสริมให้เกิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นการดูแลโดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล มี 3 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการมองเห็นองค์รวม มองเห็นมนุษย์ และมองเห็นความทุกข์ แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยไม่ได้เป็นแค่เรื่องเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพของโรคเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความทุกข์ยากที่ผู้รับบริการต้องเผชิญ ทำให้เกิดความท้าทายต่อพยาบาลทุกท่านที่ปรารถนาจะให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในภาวะที่มีความขาดแคลนด้านบุคคลากรทางการพยาบาล (Busch et al., 2019; Choi & Peng, 2015) จำนวนพยาบาลไม่ได้สัดส่วนกับผู้ป่วย ไม่สามารถให้การดูแลตอบสนองความต้องการที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการ (Naphet et al., 2018, Phetpradap, 2015)

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับนโยบายการบริหารด้านการผลิตบัณฑิต คือสร้างบัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐานระดับสากล มีคุณธรรม มีคุณภาพ มีสมรรถนะเชิงวิชาชีพบนพื้นฐานการดูแลด้วยหัวใจมนุษย์ และเป็นไปตามอัตลักษณ์ของสถาบันด้วยกระบวนการเรียนการสอนที่หลากหลาย เช่น การเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ห้องเรียนกลับด้าน (Flipped classroom) การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) การบูรณาการจัดการเรียนการสอนกับพันธกิจด้านต่างๆ ของสถาบัน โดยอาจารย์ผู้สอนที่มีความเชี่ยวชาญที่สามารถดูแล สั่งสอน และฝึกฝนทักษะตามกระบวนการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน และการฝึกปฏิบัติทั้งในห้องปฏิบัติการ ในแหล่งฝึก หรือสถานที่จริง เพื่อให้ผู้เรียนเป็นผู้ที่มีความเอื้ออาทรและมีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Intana, Srimahunt, & Meebunmak, 2021) ทำให้นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติทางการพยาบาล เข้าใจความเป็นจริงของความเป็นมนุษย์และสังคม

ความหมายของสุขภาพที่แท้จริง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ให้การบริการด้วยความเคารพ ให้เกียรติแก่ผู้รับบริการ เสริมสร้างเจตคติ พัฒนาความคิด ตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการความรู้สู่แนวคิดเรื่องสุขภาพกับองค์ความรู้ทางวิชาการ มีการผสมผสานความเข้าใจผู้รับบริการ เข้าใจพฤติกรรมของผู้รับบริการตามความเป็นจริง ประยุกต์ความรู้สู่การแก้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองได้ตรงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ และตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีจิตใจที่ดีงาม ให้บริการด้วยใจ มีพฤติกรรมที่ดีงามทั้งกาย วาจา และจิตใจ มีปัญญาดี มีความเมตตากรุณาเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ และญาติ

การจัดการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์จึงต้องส่งเสริมให้นักศึกษามีเจตคติที่ดี และตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง และติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เป็นชั้นปีที่เริ่มต้นในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย ทำให้เข้าใจความเป็นจริงของความเป็นมนุษย์และสังคม มีการเรียนรู้เข้าใจความเป็นมนุษย์และสังคม เข้าใจความหมายของสุขภาพที่เป็นจริง เข้าใจที่มาของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สามารถเชื่อมโยงสู่แนวคิดเรื่องสุขภาพที่ต้องเรียนรู้ทั้งในองค์ความรู้ที่เป็นหลักการวิชาการและสาระในมุมมองของประชาชน สามารถบูรณาการสู่การเรียนการสอนรายวิชาต่างๆ ในหมวดวิชาชีพที่มีการผสมผสานความเข้าใจผู้รับบริการ เข้าใจพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออกมาตามความเป็นจริง สามารถประยุกต์ความรู้ไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองได้ตรงความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ สอดคล้องกับการวิจัยของ จิริยา อินทนา และคณะ (Intana et al., 2021) ที่พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พฤติกรรมการบริการสุขภาพด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์สูงสุดอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของโรช (Roach, 1992) ซึ่งมีแนวคิดที่เป็นจุดเด่นคือการแสดงออกทางพฤติกรรมความตระหนักในคุณค่าของความเป็นบุคคล ความเข้าใจในชีวิต และความรู้สึกปราถนาดีต่อกัน มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการ อบรมคุณลักษณะแก่นักศึกษาพยาบาล โดยผู้วิจัยจัดทำเป็นโปรแกรมพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาพยาบาลขึ้น

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาผลของการพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล
2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของเจตคติทางการพยาบาล และความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตามการเข้าร่วมอบรม

สมมติฐานการวิจัย

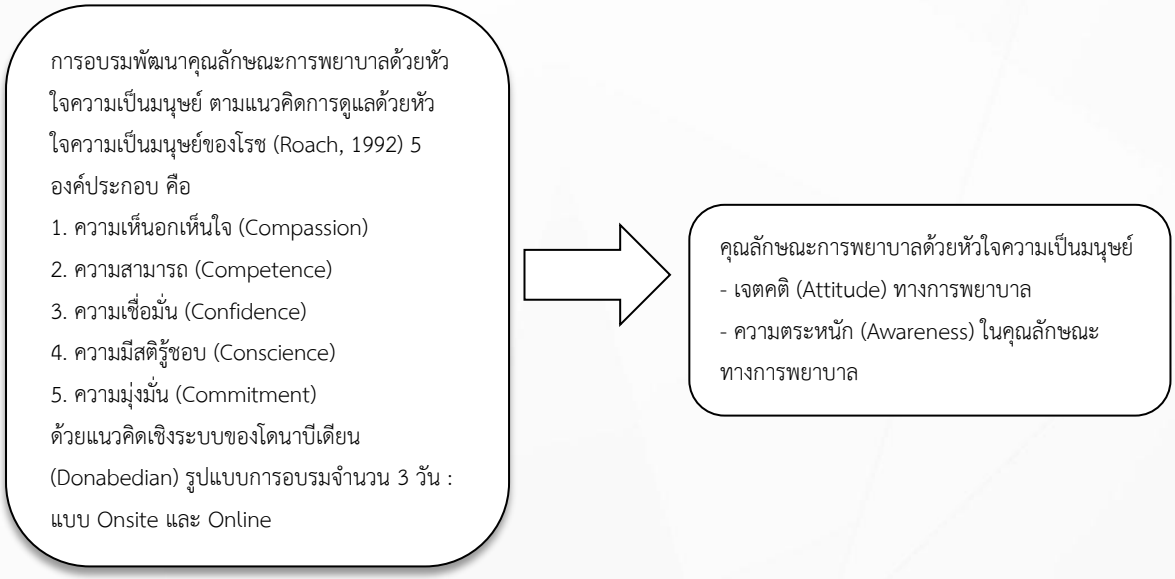
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลระยะติดตามมีค่ามากกว่าก่อน และหลังเข้าอบรมฯ
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระยะติดตาม มากกว่าก่อน และหลังเข้าอบรมฯ

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One group quasi-experimental research) วัดผลก่อน หลัง และระยะติดตามผลหลังขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม เพื่อส่งเสริมเจตคติทางการพยาบาล และความตระหนักถึงความสำคัญของการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดยใช้เวลาในการอบรมจำนวน 3 วัน หรือ 18 ชั่วโมง ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2566

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของโรช (Roach, 1992) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการอบรมคุณลักษณะแก่นักศึกษาพยาบาล อธิบายการดูแลเป็น 5 องค์ประกอบ คือ (1) ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) (2) ความสามารถ (Competence) (3) ความเชื่อมั่น (Confidence) (4) ความมีสติรู้ชอบ (Conscience) และ (5) ความมุ่งมั่น (Commitment) โดยจัดทำเป็นการพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในนักศึกษาพยาบาลขึ้นเพื่อพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์สำหรับนักศึกษาพยาบาล



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One group quasi-experimental research) วัดผลก่อน หลัง และระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประชากรทั้งหมด คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ 1) เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ปีการศึกษา 2566 ที่

ลงทะเบียนเรียน และขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยที่เป็นแหล่งฝึกของมหาวิทยาลัยในรายวิชารายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ทั้งเพศหญิงและชาย ไม่จำกัดอายุ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และ 2) สมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ เกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือติดภารกิจ ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ หรือเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การอบรมพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดเชิงระบบของโดนาบีเดียน (Donabedian) ตามแนวคิดการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของโรช (Roach, 1992) มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ คือ ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) ความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) ความมีสติรู้ชอบ (Conscience) และความมุ่งมั่น (Commitment) ในรูปแบบการอบรมจำนวน 4 วัน หรือ 21 ชั่วโมง โดยการบรรยาย อภิปราย และจัดกิจกรรมกลุ่มย่อย ทั้งแบบ Onsite และ Online ในระหว่างวันจันทร์ที่ 5-8 มิถุนายน 2566 ประกอบด้วยเนื้อหาดังนี้

1. การอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพยาบาลด้วยหัวใจ: เสน่ห์ของศาสตร์การพยาบาลและแนวทางปฏิบัติ” โดย ดร.จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ จำนวน 6 ชั่วโมง ในรูปแบบ Onsite เป็นการพัฒนาในองค์ประกอบความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) และความมุ่งมั่น (Commitment)

2. การอบรมเชิงปฏิบัติการ “เครื่องมือ 7 ชิ้นในการดูแลความเป็นมนุษย์” โดยอาจารย์ยงยศ โครตภูธร และคณะ จำนวน 6 ชั่วโมง ในรูปแบบ Onsite เป็นการพัฒนาในองค์ประกอบความเชื่อมั่น (Confidence) และความมีสติรู้ชอบ (Conscience)

3. การอบรมเชิงปฏิบัติการ “การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: กลวิธีสู่การปฏิบัติและผลลัพธ์” โดย ดร.สุทธิชารัตน์ เจริญพงศ์ และคณะ จำนวน 6 ชั่วโมง ในรูปแบบ Online เป็นการพัฒนาในองค์ประกอบความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) ความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) และความมุ่งมั่น (Commitment)

4. กิจกรรมปฏิบัติการ และการสะท้อนคิดการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ โดย อาจารย์นันทิยา ปรีชาเสถียร และ ดร.อาภากร เปรี้ยวนิ่ม จำนวน 3 ชั่วโมง ในรูปแบบ Onsite เป็นการพัฒนาในองค์ประกอบความเชื่อมั่น (Confidence) และความมีสติรู้ชอบ (Conscience)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ภูมิลำเนา ศาสนา และประวัติการทำงานด้านบริการทางสุขภาพ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 23 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ขออนุญาตนำมาใช้ของ ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และคณะ (2563) ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ มีเกณฑ์ดังนี้ 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 4 คือ เห็นด้วย, 3 คือ ปานกลาง, 2 คือ เห็นไม่ด้วย และ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) จำนวน 8 ข้อ ด้านความสามารถ (Competence) จำนวน 9 ข้อ ด้านความเชื่อมั่น (Confidence) จำนวน 12 ข้อ ด้านการมีสติรู้ชอบ (Conscience) จำนวน 7 ข้อ และด้านความมุ่งมั่น (Commitment) จำนวน 7

ข้อ รวม 43 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 อันดับ มีเกณฑ์ดังนี้ 5 คือ มีสม่ำเสมอ, 4 คือ ค่อนข้างมี, 3 คือ มีบ้าง, 2 คือ มีเล็กน้อย และ 1 คือ ไม่ค่อยมี

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนักศึกษาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้ง 3 ตอน เกณฑ์การแปลผลระดับความพึงพอใจและความมั่นใจในตนเองใช้คะแนนเฉลี่ยของ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร (Srisatitnarakul, 2010) แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.50-4.99 หมายถึง ระดับมาก, 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย, และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ

ส่วนที่ 1 การอบรมพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาล 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ในประเด็นความเหมาะสมของการอบรม ความถูกต้องตามโครงสร้าง/มโนทัศน์/ความครอบคลุมกิจกรรม ผลลัพธ์การเรียนรู้ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม การออกแบบกิจกรรม และความสอดคล้องครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของการอบรมมีค่าระหว่าง 0.60-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เช่น การปรับเปลี่ยนรูปแบบ/ลำดับหัวข้อการอบรม การจัดระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับเนื้อหาการอบรม จากนั้นทดลองนำกิจกรรมการอบรม ไปใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรม อุปกรณ์ ความสนใจเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลา จากนั้นนำไปปรับแก้ และนำไปใช้ จากการทดลองพบว่า บางกิจกรรมต้องปรับในเรื่องภาพของสื่อให้มีความชัดเจน และทันสมัยมากขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยไม่ได้หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ขออนุญาตนำมาใช้ ส่วนแบบสอบถามความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คะแนนความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง 0.60-1.00 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาพิจารณา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในสถาบันการศึกษาที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 30 รายและคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบสอบถามคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์ และแบบสอบถามองค์ประกอบการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งฉบับ เท่ากับ .85 และ .98 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงตุลาคม 2566 โดยได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จำนวนประชากรจำนวน 50 คน ทำแบบสอบถามครั้งแรกในวันก่อนเริ่มเข้าอบรม ครั้งที่ 2 ในวันที่มีการสิ้นสุดการอบรม และหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลที่แหล่งฝึก ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2566 ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 15 นาที ได้แบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 49 ชุด (ร้อยละ 98.0) มีผู้ที่เข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 80 จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.0) และแบบสอบถามทั้ง 49 ฉบับมีข้อมูลสมบูรณ์ทุกฉบับคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา เช่น การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิงเพื่อเปรียบเทียบผลคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตาม นำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way repeated measures ANOVA) โดยวัดใน 3 ระยะ คือ ระยะก่อน หลัง และระยะติดตามการเข้าร่วมการอบรมพัฒนาคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัยโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ เอกสารรับรองเลขที่ NS 3/2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยความเสี่ยงและวิธีการจัดการแก้ไข การเก็บความลับของข้อมูลการนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและการทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย การมีสิทธิในการตัดสินใจ เข้าร่วมหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบและขอคำยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัย (Consent form) เพื่อให้ลงนามในการเข้าร่วมวิจัยอย่างเต็มใจ ทั้งนี้ไม่มีผู้ใดปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 93.90) เพศชาย จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.10) มีภูมิลำเนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 53.10) รองลงมามีภูมิลำเนาภาคกลาง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 22.40) และภาคใต้ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 14.30) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 81.60) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม จำนวน6 คน (ร้อยละ12.20) และศาสนาคริสต์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.10) และมีผู้ที่มีประวัติการทำงานด้านบริการทางสุขภาพ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 18.40) โดยส่วนมากมีประวัติการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ ระยะเวลา 2 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.10)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติทางการพยาบาล และความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตามการอบรม (n = 49)

คุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	ระยะก่อน			ระยะหลัง			ระยะติดตาม			F	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
เจตคติทางการพยาบาลฯ	3.72	.44	มาก	3.74	.46	มาก	3.78	.59	มาก	.10	.90
ความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาล	4.35	.45	มาก	4.40	.49	มาก	4.05	1.06	มาก	2.24	.11
- ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion)	4.68	.45	มากที่สุด	4.63	.47	มากที่สุด	4.18	1.15	มาก	4.47	.02*
- ความสามารถ (Competence)	3.95	.70	มาก	4.16	.57	มาก	3.84	1.05	มาก	1.29	.28
- ความเชื่อมั่น (Confidence)	4.25	.53	มาก	4.34	.57	มาก	4.04	1.06	มาก	1.28	.28

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติทางการพยาบาล และความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตามการอบรม (n = 49)

คุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	ระยะก่อน			ระยะหลัง			ระยะติดตาม			F	P-value
	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล	Mean	S.D.	แปลผล		
- การมีสติรู้ชอบ (Conscience)	4.47	.45	มากที่สุด	4.42	.55	มาก	4.14	1.09	มาก	2.00	.14
- ความมุ่งมั่น (Commitment)	4.52	.50	มากที่สุด	4.51	.59	มากที่สุด	4.08	1.09	มาก	3.50	.03*

* $p < .05$

จากตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเจตคติทางการพยาบาล ระหว่างก่อน หลัง และระยะติดตามการอบรมฯ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 3.72, 3.74 และ 3.78, S.D. = .44, .46 และ .59) ตามลำดับ และมีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ทั้ง 3 ระยะ ไม่แตกต่างกัน (F = .10, p > .05) ส่วนความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยหลังการอบรม (Mean = 4.40, S.D. = .49) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean = 4.35, S.D. = .45) และระยะติดตามการอบรม (Mean = 4.05, S.D. = 1.06) และมีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ระยะในภาพรวมไม่แตกต่างกัน (F = 2.24, p > .05) ซึ่งเมื่อมองรายด้านพบว่า ความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) และการมีสติรู้ชอบ (Conscience) ทั้ง 3 ระยะไม่แตกต่างกัน (F = 1.29, 1.28 และ 2.00, p > .05) แต่ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) และความมุ่งมั่น (Commitment) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 (F = 4.47 และ 3.50, p < .05) โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความเห็นอกเห็นใจในระยะก่อนการอบรม (Mean = 4.68, S.D. = .45) มากกว่าระยะหลังการอบรม (Mean = 4.63, S.D. = .47) และระยะติดตาม (Mean = 4.18, S.D. = 1.15) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยของความมุ่งมั่นในระยะก่อนการอบรม (Mean = 4.52, SD = .50) มากกว่าระยะหลังการอบรม (Mean = 4.51, S.D. = .59) และระยะติดตาม (Mean = 4.08, S.D. = 1.09) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การพยาบาลด้วยหัวใจที่มีความเป็นมนุษย์จะเกิดขึ้นได้ สิ่งสำคัญคือการพัฒนาศักยภาพพยาบาล เพราะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นเป็นสิ่งเกิดจากบุคคล โดยการบริการอย่างเอื้ออาทรมีความรักและความเมตตาเป็นที่ตั้ง ผู้วิจัยจึงอภิปรายผลตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติทางการพยาบาลระยะติดตามมีค่ามากกว่าก่อน และหลังเข้าอบรมฯ พบว่า การวัดเจตคติทางการพยาบาลระยะก่อน หลัง และระยะติดตามการอบรมฯ มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (Mean = 3.72, 3.74 และ 3.78, S.D. = .44, .46 และ .59) ตามลำดับ เจตคติทางการพยาบาลทั้ง 3 ระยะมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่าในหลังการเข้าอบรม เมื่อมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่สถานที่จริง หรือแหล่งฝึก มีแนวโน้มในการพัฒนาคุณลักษณะด้านหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังคณา วังทอง และคณะ (Wangthong et al., 2014) ที่พบว่า การพัฒนาเจตคติทางการบริการเป็นกระบวนการความสัมพันธ์ภายใต้การ

ส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้ให้บริการต้องมีความเข้าใจสภาวะของบุคคล ให้บริการอย่างเหมาะสมกับบุคคล กระทำด้วยความเป็นมิตร มีความเอาใจใส่ กระทำด้วยความเสมอภาค เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยไม่เลือกปฏิบัติ เป็นการพยาบาลที่มีการดูแลอย่างเท่าเทียม มีความเอาใจใส่เสมือนเป็นบุคคลใกล้ชิด ให้การพยาบาลโดยไม่รังเกียจ และมีจิตสาธารณะ (Phumivadhana, 2020; Prasrertsong, Benjamin, & Wanfun, 2016) รวมทั้งกระทำด้วยความเมตตา ความต้องการในการดูแลด้วยความจริงใจ อยากช่วยเหลือให้ผู้รับบริการพ้นทุกข์ไม่ว่าจะเป็นทุกข์เพราะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจ

การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย ความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) ความสามารถ (Competence) ของผู้ให้บริการ ความเชื่อมั่น (Confidence) ความมีสติรู้ชอบ (Conscience) และความมุ่งมั่น (Commitment) ที่จะให้บริการทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เกิดความเข้าใจ และไว้วางใจ เชื่อมั่นในความรู้ความสามารถของพยาบาล รู้สึกปลอดภัย จากสมมุติฐานข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ระยะติดตาม มากกว่าก่อนและหลังเข้าอบรมฯ พบว่า มีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ไม่แตกต่างกัน ($F = .10$, $p > .05$) ความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล มีค่าเฉลี่ยหลังการอบรม (Mean = 4.40, S.D. = .49) มากกว่าก่อนการอบรม (Mean = 4.35, S.D. = .45) และระยะติดตามการอบรม (Mean = 4.05, S.D. = 1.06) และมีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ระยะในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 2.24$, $p > .05$) ซึ่งเมื่อมองรายด้านพบว่า ความสามารถ (Competence) ความเชื่อมั่น (Confidence) และการมีสติรู้ชอบ (Conscience) ทั้ง 3 ระยะไม่แตกต่างกัน ($F = 1.29$, 1.28 และ 2.00, $p > .05$) แต่ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Compassion) และความมุ่งมั่น (Commitment) มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 ($F = 4.47$ และ 3.50, $p < .05$) โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความเห็นอกเห็นใจในระยะก่อนการอบรม (Mean = 4.68, S.D. = .45) มากกว่าระยะหลังการอบรม (Mean = 4.63, S.D. = .47) และระยะติดตาม (Mean = 4.18, S.D. = 1.15) ตามลำดับ และคะแนนเฉลี่ยของความมุ่งมั่นในระยะก่อนการอบรม (Mean = 4.52, S.D. = .50) มากกว่าระยะหลังการอบรม (Mean = 4.51, S.D. = .59) และระยะติดตาม (Mean = 4.08, S.D. = 1.09) ตามลำดับ ซึ่งจากการมีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลหลังการอบรมมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม และระยะติดตามการอบรม ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ผาติภัทรกุล, บุปผา ดำรงกิตติกุล และกรกนก บุญประถัมภ์ (Patipattarakul, Dumrongkittikul, & Boonprathum, 2565) ที่พบว่า พฤติกรรมการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลหลังการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากงานวิจัยพบว่า มีความตระหนักในคุณลักษณะการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ระยะในภาพรวมไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานทิพย์ ปูรณานนท์ และกุลธิดา พานิชกุล (Poorananon, & Panidchakul, 2018) พบว่า การสร้างการเข้าใจมนุษย์และความเป็นจริงของชีวิตเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ และคณะ (Udomluck et al., 2016) พบว่า บัณฑิตบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่ให้การดูแลด้วยใจไม่ใช่เพียงการทำหน้าที่เป็นการดูแลผู้รับบริการเสมือนญาติ

เมื่อมองรายด้านพบว่า ความสามารถ ความเชื่อมั่น และการมีสติรู้ชอบ ทั้ง 3 ระยะไม่แตกต่างกัน แต่ด้านความเห็นอกเห็นใจ และความมุ่งมั่น มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเห็นอกเห็นใจในระยะก่อนการอบรมมากกว่าระยะติดตามที่ระดับนัยสำคัญ .05 และมีความมุ่งมั่น

ระยะก่อนการอบรมมากกว่าระยะติดตามที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ระยะติดตามพบว่าการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีค่าเฉลี่ยน้อยลง ซึ่งการปรับทัศนคติและความตระหนักรู้ในตนเอง ทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถเข้าใจ เท่าทันความคิด ความรู้สึก หรืออารมณ์ของตนได้มากขึ้น และเป็นการมองเห็นหรือเข้าใจว่าตัวตนของเราเป็นแบบไหนในมุมมองของคนอื่นๆ สามารถเข้าอกเข้าใจผู้อื่น (empathy) ได้มากขึ้น (Ekwarangkun, 2019) โดยการปรับทัศนคติและความตระหนักรู้ในตนเองเป็นสิ่งที่นักศึกษาพยาบาลต้องได้รับการฝึกฝนทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริง ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้ตามระดับขั้นความสามารถของบลูม (Bloom's Taxonomy) ด้านอารมณ์ ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม (Affective Domain) เมื่อบุคคลได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ทำให้เกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความเชื่อ และความสนใจ ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที (Bloom et al., 1956, Huitt, 2011, Taylor, 2014) ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลา จะทำให้พฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาลเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์

ผู้สอนควรสนับสนุน ฝึกฝน และกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลได้มีการสะท้อนคิดในสิ่งที่ได้เรียนรู้ทุกวัน โดยเฉพาะในช่วงระหว่างการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติประสบการณ์ในสถานการณ์จริง หรือแหล่งฝึก โดยบรรจุอยู่ในหลักสูตรอย่างชัดเจน สอดแทรกการพยาบาลด้วยหัวใจมนุษย์ในเกือบทุกรายวิชา มีการส่งเสริมความเป็นสหวิชาชีพ การสอนในชั้นเรียนต้องสอดคล้องกับระบบบริการ และมีแนวทางการปฏิบัติชัดเจน ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการทำงานด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีความรับผิดชอบ อ่อนน้อมถ่อมตน มนุษยสัมพันธ์ดี (Choojai, 2015, Carvalho et al., 2016) สอดแทรกการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และคุณธรรมจริยธรรม และการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม (Holistic care) ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ลงในการจัดการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่องแก่นักศึกษาทุกชั้นปี จึงจะเกิดการเรียนรู้และเข้าใจความแตกต่างระหว่างมุมมองของตนเองกับผู้รับบริการ เพราะมีโอกาสการรับฟังผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ช่วยให้มีการเรียนรู้ความจริงผ่านชีวิตผู้ป่วย กระตุ้นการเรียนรู้ เข้าใจความทุกข์ของผู้อื่นทั้งร่างกายและจิตใจ ที่ไม่ใช่จากโรคอย่างเดียว ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่สำคัญในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Amornrojanavaravutti, Somtus, & Tippayaphalapholgul, 2020, Santos et al., 2018, Sosome, Wiwekwan, & Suwannaka, 2017)

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสร้างเสริมอัตลักษณ์การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำให้มีเจตคติทางการพยาบาลที่ดี และมีความตระหนักรู้ต่อวิชาชีพการพยาบาล และบทบาทของตนในการพยาบาล เกิดการรับรู้การให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และเพิ่มขึ้นในชั้นปีต่อๆ ไป เพื่อเกิดการเรียนรู้พัฒนาตนเองและการดูแลสุขภาพให้กับผู้รับบริการ และเกิดการพัฒนาทักษะทางปัญญา การคิดวิเคราะห์ รับรู้ศักยภาพการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อตนเองในทางที่ดี สามารถประยุกต์การดูแลและให้การบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลด้วยตนเองของประชาชน โดยประชาชนผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์จากบริการที่มีคุณภาพ และสอดคล้องเหมาะสมตามบริบทการดำเนินชีวิต (Meneses-La-Riva, Suyo-Vega, & Fernandez-Bedoya, 2021)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลงานวิจัยไปวางแผนการบริหารหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนทุกรายวิชาทางการพยาบาลแบบบูรณาการที่เน้นความเข้าใจมนุษย์และทำความเข้าใจสภาพความเป็นจริงของผู้รับบริการ ผสมผสานความรู้ทางวิชาการวิชาชีพ และการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตลอดจนทำหน้าที่สอนและสะท้อนคิดให้นักศึกษาตระหนักถึงสิทธิความเป็นบุคคลตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 จนถึงชั้นปีที่ 4 อย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดโครงการส่งเสริมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในทุกปีการศึกษา เพื่อส่งเสริมคุณภาพบัณฑิตและอัตลักษณ์ของนักศึกษาพยาบาล รวมทั้งส่งเสริมกระบวนการในการสะท้อนคิดในการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้มีรูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว (One group quasi-experimental research) วัดผล 3 ระยะ แต่มีกลุ่มประชากรไม่มาก ทำให้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบทำให้เกิดข้อจำกัดในการอภิปรายผลประสิทธิผลของการอบรม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในศตวรรษที่ 21 เพื่อพิจารณาทักษะด้านใดบ้างที่ยังไม่สมบูรณ์ หรือต้องพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

Amornrojanavaravutti, W., Somtus, N., & Tippayaphalapholgul, B. (2020). Integrated learning management for Nursing student development in humanized health care, Praboromrachanok Institute. *Journal of Research and Curriculum Development*, *10*(1), 125-151. (in Thai)

Bloom, B.S. (Ed.). Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy Of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain.* David McKay Co Inc.

Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, *12*, 461-474.

Choi, S. Y., & Peng, Y. (2015). Humanized management? Capital and migrant labour in a time of labour shortage in South China. *Human Relations*, *68*(2), 287-304.

Choojai, R. (2015). Graduate users' satisfaction with the quality of nursing graduates Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, academic year 2012. *Report of the 6th National and International Academic Conference and Presentation of Research Results in the Humanities and Social Sciences, 6*(2), 418- 425. (in Thai)

Ekwarangkun, S. (2019). *Psychiatric and mental health nursing and art into practice 1*. Time Printing.

Granovetter, M. (2018). The impact of social structure on economic outcomes. In *The sociology of economic life*. Routledge.

Huitt, W. (2011). Bloom et al.'s taxonomy of the cognitive domain. *Educational psychology interactive*, *22*, 1-4.

Intana, J., Srimahunt, K., & Meebunmak, Y. (2021). Perception Humanized-Cared Behaviors of Nursing Students in academic year 2019of Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi. *Journal of research for Health Improvement and Quality of Life, 1*(2), 43-54.

Kittiraktrakul, S. (2011). Development of a psychiatric network model with the human heart of College under the Praboromarajchanok Institute. *Journal of Nursing Division, 38*(1),16-30. (in Thai)

Leininger, M. M., McFarland, M. R., & McFarlane, M. (1987). *Transcultural nursing*. Cambridge. USA: Lincoln Institute of Health Sciences.

Magalhães Carvalho, N., Sampaio Nery, I., Campelo, V., & Alcântara Barbosa, V. R. (2016). The teaching humanization in the nursing bachelor course in a public university. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, *10*(12), 4554 - 4562.

Meneses-La-Riva, M. E., Suyo-Vega, J. A., & Fernandez-Bedoya, V. H. (2021). Humanized care from the nurse–patient perspective in a hospital setting: a systematic review of experiences disclosed in spanish and portuguese scientific articles. *Frontiers in Public Health*, *9*, 737506.

Naphet, O., Palabut, K., Laothong, K., Hemon, K., Mirattanaphrai, K., Nipakun, K., Sihawong, K., Homchaen, G., & Chaiwannawat, T. (2018). Self-awareness and Recognition benefits of Self-awareness of nursing student in a private university in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences, 2*(2), 60-73. (in Thai)

Patipattarakul, P., Dumrongkittikul, B., & Boonprathum, K. (2565). Effects ofUsing Reflective Thinking Skills on Nursing Behavior for HumanizedCare among Nursing Students. *Journal of Health Research and Innovation, 5*(2), 115-123. (in Thai)

Phetpradap, P. (2015). Factors affecting behavior in managing nursing shortages. In. The 4th STOU Graduate Research Conference, 26-27 November 2015.

Phumivadhana, S. (2020). Humanized nursing care for patients receiving invasive mechanical ventilator: From concept to practice. *Vajira Nursing Journal*, *22*(1), 70-91. (in Thai)

Poorananon, P., & Panidchakul, K. (2018). Self-development for evidenced-based human caring in nursing students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, *34*(2), 125-137. (in Thai)

Prasrertsong, C., Benjamin, A., & Wanfun, P. (2016). The Study to Confirm and Develop the Measure of Nursing Practice by Heart for Nursing Students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 17*(3), 132 -140. (in Thai)

Roach, M. S. (1992). *The human act of caring: A blueprint for health professions.* Canadian Hospital Association Press.

Sangchang, C. (2009). Let's return the heart to the health system. *Health doctor, 19*(1), 21-39. (in Thai)

Santos, B. M. D., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Joaquim, F. L., & Goés, T. R. P. (2018). Nursing students' perception about humanized care: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*, 2800-2807.

Sosome, B., Wiwekwan, Y., & Suwannaka, Y. (2017). The Humanized Health Care Model for Nursing Care Pregnancy Women: Knowledge from Nursing Student Experiences. *Journal of MCU Peace Studies, 5*(2), 245-258. (in Thai)

Srisatitnarakul, B. (2010). *Nursing Research Methodology* (5th ed.). You and I Intermedia, Ltd. (In Thai)

Taylor, L. D. (2014). *The affective domain in nursing education: Educators' perspectives* [Doctoral dissertation]. The University of Wisconsin-Milwaukee.

Udomluck, S., Vongchaiya, P., Tachawisad, S, & utjasakulrat, S. (2016). Humanized Health Care Identity among Graduates of Boromarajonani College of Nursing, Phayao. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, *25*(3), 14-26. (in Thai)

Wangthong, A., Wangthong, A., Watsen, T., & Suttarangsri, W. (2014). Clients' Perspectives on Humanized Nursing Care within a Multicultural Context: A Case Study of Nongjik District, Pattani Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(3), 35-44. (in Thai)

Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing.* Jones & Bartlett Learning.

Wolf, E. R. (2013). Kinship, friendship, and patron-client relations in complex societies. In *Social anthropology of complex societies*. Routledge.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Factor Predicting Health Status and Self-Health Assessment among Older Adults

Phatchanun Vivarakanon[1*], Chaweewan Jitsakhon*, Wanida Intharacha*, Tayarat Puttimanee*

Received: March 31, 2024, Revised: June 3, 2024, Accepted: June 25, 2024

Abstract

This predictive correlational research aimed to 1) examine health status and the ability to assess self-health status in older adults. A total of 420 participants included people aged 60 or over who live in Lampang Province based on inclusion and exclusion criteria using multi-stage sampling. Settings included the Ban Ton-Tong and Ban Mae-Kong sub-districts. Instruments included Barthel Activity of Daily Living, Stress assessment (ST-5), and Self-assessed health with index of item objective congruence = 0.92 and Interrater reliability = 86. The data analysis involved descriptive statistics and multiple regression analyses.

The findings indicated that the majority of older adults aged 60-69 years old required minimal assistance with daily living activities (mean =35.50, S.D. = 0.23) and experience occasional stress (mean=69.12, S.D. = 0.45). Predictive factor analysis revealed that health status factors, specifically the ability to perform daily living activities and stress level, significantly predict the self-assessed health status of the older adults (β = -.116, β = -260, $p < .05$, respectively). This study can inform the management of conditions affecting health, enabling older individuals to self-assess their health based on basis daily activities and stress reduction as well as to improve the standards of care and quality of life for the older adults.

Keywords: Older adults; Health status; Predictive factors; Self-health assessment

[*] *Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, lampang Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*
[1] *Corresponding author: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th*

ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

พัชร์นันทน์ วิวรากานนท์[1*], ฉวีวรรณ จิตต์สาคร*,
วนิดา อินทราชา*, ตยารัตน์ พุทธิมณี*

(วันรับบทความ : 31 มีนาคม 2567, วันแก้ไขบทความ : 3 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ : 25 มิถุนายน 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดลำปาง จำนวน 420 คน ตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้พื้นที่ตัวอย่างคือ ตำบลต้นต้อง และตำบลบ้านแม่ก๋ง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองทั้ง 12 ด้าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.92 และค่าทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนกเท่ากับ ร้อยละ 86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อายุ 60-69 ปี ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเล็กน้อย (mean=35.30, S.D. = 23) และมีระดับความเครียดเป็นบางครั้ง (mean = 69.12, S.D. = 0.45) โดยเมื่อหาปัจจัยทำนาย พบว่า ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความเครียด สามารถทำนายความสามารถในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.116, β = -260, p< .05 ตามลำดับ) การวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดการภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพได้ โดยผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพด้วยตนเองได้ โดยอ้างอิงจากการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและการลดระดับความเครียด เพื่อเป็นการพัฒนายกระดับมาตรฐานการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; ภาวะสุขภาพ; ปัจจัยทำนาย; การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง

*อาจารย์พยาบาล, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: Phatchanun.v@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

สถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั่วโลกมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปทั่วโลกประมาณ 727 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 9.3% ของประชากรโลก โดยภายในปี 2050 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 1.5 พันล้านคน หรือ 16% ของประชากรโลก (United Nation, 2021) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยประมาณ 12 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 18.5% ของประชากรทั้งหมด คาดว่าภายในปี พ.ศ.2573 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 20 ล้านคน หรือประมาณ 28% ของประชากรทั้งหมด (National Statistical Office of Thailand, 2021; United Nation, 2021) ประเทศไทยถือว่าเป็นหนึ่งในประเทศที่มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสูงสุดในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งจากโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น เกิดผลกระทบของการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุในหลายด้าน ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เช่น ความต้องการบริการทางการแพทย์และสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic disease management) เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลที่จะรอบรับการดูแลผู้สูงอายุ (United Nation, 2021; World Health Organization, 2021) ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ เกิดภาระทางการคลังของรัฐเพิ่มขึ้น เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรมากขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุ การลดลงของประชากรวัยแรงงานที่สามารถทำงานและสร้างรายได้ ส่งผลให้การผลิตและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง ความต้องการสร้างที่อยู่อาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2021) ผลกระทบทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างครอบครัวและชุมชน เช่น การมีครอบครัวเล็กลงและการที่ลูกหลานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกลืมในสังคมที่คนหนุ่มสาวมักจะย้ายไปทำงานในเมืองหรือต่างประเทศ (National Statistical Office of Thailand, 2021) และผลกระทบต่อการเมือง ในด้านนโยบานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การให้เงินบำนาญ การสร้างสาธารณูปโภคที่รองรับผู้สูงอายุ (National Statistical Office of Thailand, 2021) ผลกระทบจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่ยุทธศาสตร์การมี “Healthy Aging” หรือภาวะสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายคือ การให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) ได้อย่างเป็นอิสระในระดับหนึ่ง เช่น สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง

ความสามารถในการประเมินตนเองมีประโยชน์หลากหลายประการสำหรับผู้สูงอายุ โดยช่วยส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตโดยรวม การรู้ถึงสุขภาพตนเองและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ทันที ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคร้ายแรงและปรับปรุงคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงปัจจัยด้านพันธุกรรมที่กำหนดภาวะสุขภาพของแต่ละคนตั้งแต่แรกเกิดแล้ว เป็นปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ และปัจจัยภายนอก ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เพศ เศรษฐฐานะต่อทางสังคมและฐานะทางการเงิน อีกทั้งมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Collin, Wade, Davies, & Home, 1988) ได้แก่ 1) รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา 3) ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้มากกว่าแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) ของ Katz (1959) อีกทั้งความสามารถในการประเมินตนเองยังมีประโยชน์ที่สัมพันธ์กับระดับความเครียด

ของผู้สูงอายุในหลายๆ ด้าน โดยการลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผ่านการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพตนเอง เช่น ปัญหาการนอน การมีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด อาการเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน (Kim & Park, 2021; Martinez & Smith, 2023) ซึ่งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทั้งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (ADL) ในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การประเมินตนเองทางด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงข้อจำกัดและความสามารถทางกายทำให้สามารถปรับตัวและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม เช่น การเดิน การอาบน้ำและการรับประทานอาหาร สุขภาพที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุมีพลังงานและความคล่องตัวในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Gonzalez & Hermandez, 2023) อีกทั้งสุขภาพจิตดีช่วยลดระดับความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ผู้สูงอายุมีสมาธิและความสามารถในการทำกิจวัตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการใช้ชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์ในการปรับพฤติกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีจิตใจและมีสติสัมปชัญญะ ซึ่งส่งผลดีต่อการทำกิจวัตรประจำวัน (Kim & Park, 2021; Martinez & Smith, 2023) อีกทั้งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความเครียด ในการรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (Kim & Park, 2021)

อีกทั้งความเครียดยังมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง จากการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมากกับระดับความเครียด เช่น การรับรู้และการตระหนักรู้ (Awareness and perception) เมื่อผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองได้ ผู้สูงอายุจะสามารถระบุอาการหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้เร็ว ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดที่เกิดจากการไม่รู้ว่าสุขภาพตนเองเป็นอย่างไร หรืออาการที่เกิดขึ้นมาจากสาเหตุใด (Drigas & Mitsea, 2021) อีกทั้งการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองมีผลต่อความเครียดในการควบคุมและการจัดการตนเอง (Self-control and management) ช่วยเพิ่มความสามารถในการควบคุมและจัดการสุขภาพตนเอง การที่รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจและความสามารถในการจัดการสุขภาพช่วยลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ เพราะความรู้สึกที่ควบคุมสถานการณ์ได้เป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียด (Drigas & Mitsea, 2021; Ramirez et al., 2023) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ในการป้องกันและการเตรียมตัว (Prevention and Preparation) ในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพได้ เช่น การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นทำให้สามารถรักษาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิด นอกจากนี้ การเตรียมตัวเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดได้ เช่น การตรวจพบโรคในระยะเริ่มต้นทำให้สามารถรักษาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่ไม่คาดคิด (Drigas & Mitsea, 2021; Vivarakanon et al, 2024) นอกจากนี้ การเตรียมตัวเพื่อรับมือกับปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นช่วยเพิ่มความมั่นใจและลดความเครียดได้ การเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ (Enhanced Decision-Making) การมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น การเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสม การเลือกแพทย์หรือการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน การมีข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอช่วยลดความไม่แน่นอนและความเครียดที่เกิดจากการจัดสินใจที่ไม่แน่ใจ (Drigas & Mitdea, 2021) การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว (Social and Family Support) เมื่อผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพตนเองได้ ผู้สูงอายุจะสามารถสื่อสารปัญหาสุขภาพกับครอบครัวและผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน ซึ่งช่วยให้ได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือที่เหมาะสม การมีระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่งช่วยลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกที่ได้รับการดูแลและเข้าใจ (Chen & Gao, 2023)

และการลดความกลัว ความวิตกกังวล (Reduction of fear and anxiety) การไม่รู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอาจทำให้เกิดความกลัวและความกังวล การประเมินสุขภาพตนเองช่วยลดความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้และความไม่แน่นอน เมื่อรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือมีปัญหาอะไรบ้าง จะช่วยลดความวิตกกังวลและทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น (Ramirez, et al., 2023) ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการลดความเครียดของผู้สูงอายุ โดยผ่านการเพิ่มการรับรู้และตระหนักรู้ การควบคุมและการจัดการตนเอง การป้องกันและการเตรียมตัว การเพิ่มความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว และการลดความกลัวและความกังวล การใช้การประเมินตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพจึงเป็นวิธีที่ดีในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การมีสุขภาพที่ดีเป็นความต้องการของทุกคนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ตามความต้องการของตนเอง การทำกิจวัตรประจำวันได้เองจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือลูกหลาน มีความมั่นใจ มีความสุข มองโลกในแง่ดี เผชิญกับความจริงและยอมรับในสิ่งที่มีไม่สมารถเปลี่ยนแปลงได้ (Panyawatthano, Treetrapetch, & Photong, 2022) การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ภาวะสุขภาพด้ายร่างกายสามารถประเมินได้จากสภาวะสุขภาพทีเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพด้านจิตใจสามารถประเมินได้จากความสุข และความเครียดของผู้สูงอายุ (Tajai, Limsuwan, Sriruk, Thanomsat, & Makawan, 2020) ความเข้าใจถึงภาวะสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองในผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมพบข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับความเครียดที่อาจส่งผลต่อความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม (Collin et a., 1988; Tepawattanasuk, 2022) สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อการประเมินสุขภาพตนเองทางด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ (Prateepmanowong, 2019) อีกทั้งด้านความเครียดยังมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ทางด้านความสัมพันธ์ครอบครัวอบอุ่นและความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแล

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ต้องการศึกษาภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความเครียด ในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองในผู้สูงอายุทั้ง 10 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีสุขภาพแข็งแรง 2) ด้านการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 4) ด้านความยึดมั่นในหลักคุณธรรม ศาสนา 5) ด้านการมีโอกาสการศึกษาและการเรียนรู้ 6) ด้านปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง 7) ด้านการมีครอบครัวอบอุ่น 8) ด้านการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการมีสังคมสงบสุข ปลอดภัย 10) ด้านการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการมีสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม เพื่อวางแผนในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความเครียดที่แตกต่างกัน รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองโดยสามารถประเมินสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อสุขภาพด้วยตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

2.เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และระดับความเครียด

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีขอบเขตการวิจัย 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านเนื้อหา เพื่อศึกษาตัวแปรต้น คือ ระดับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและระดับความเครียดของผู้สูงอายุ และตัวแปรตาม การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง 2) ด้านประชากร คือ ประชาชนในจังหวัดลำปาง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (วัยผู้สูงอายุ) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง 3) ด้านพื้นที่ บ้านแม่ก๋งตำบลบ้านเป้า และบ้านต้นต้อง ตำบลพิชัย อ.เมือง จ. ลำปาง 4) ด้านระยะเวลา เก็บรวบรวมข้อมูลช่วง มกราคม - พฤษภาคม 2567

นิยามศัพท์

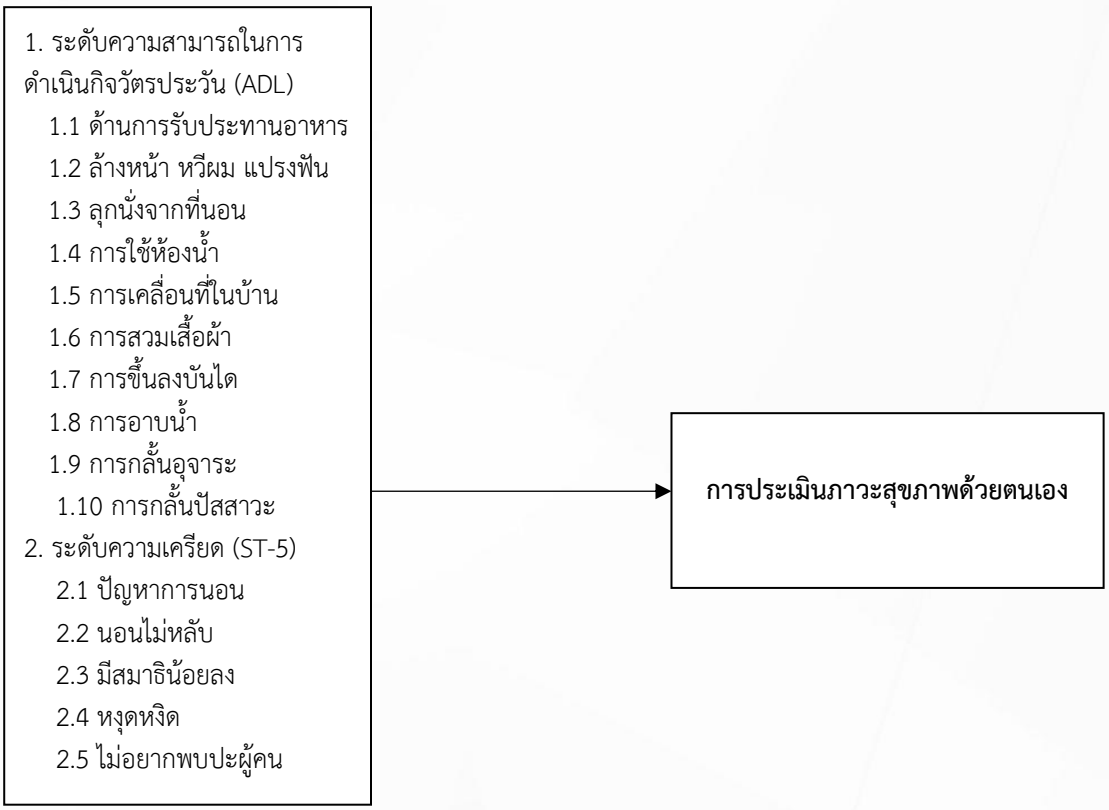
ภาวะสุขภาพ หมายถึง การวัดและประเมินสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มคน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว ภาวะสุขภาพจะครอบคลุมหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านอารมณ์ เป็นต้น แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งอ้างอิงตามกรอบแนวคิดของ Barthel Activity of Daily Living Index (ADL) (Mahoney & Barthel, 1965) ทั้ง 10 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) การใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และ 2) ด้านระดับความเครียด ประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) เช่น มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก มีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด รู้สึกเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน

การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองตามระดับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นในหลักคุณธรรม ศาสนา 5) ด้านการประเมินการมีโอกาสศึกษาและการเรียนรู้ 6) ด้านการประเมินปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการมีสังคมสงบสุข ปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการมีสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการมีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวแปร ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกณฑ์ของบาร์เธล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามลักษณะภาวะพึ่งพิงส่งผลต่อการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันอออกไป เช่น กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ผู้สูงอายุปฏิบัติได้เอง โดยไม่ต้องการอุปกรณ์หรือความช่วยเหลือจากผู้อื่น และกิจกรรมพื้นฐานต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิงบางส่วน และกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้น้อย และการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองยังมีผลต่อตัวแปรระดับความเครียด โดยวัดผลจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน โดยมีสาเหตุทำให้เกิดความเครียดหลายอย่าง ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้ มีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ไม่ว่าทางด้านร่างกายและจิตใจด้วย ทั้ง 12 ด้าน เช่น 1) การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) มีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 3) มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม 4) มีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา 5) มีโอกาสการศึกษาและการเรียนรู้ 6) มีปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและ

มั่นคง 7) มีครอบครัวอบอุ่น 8) มีชุมชนเข้มแข็ง 9) มีสังคมสงบสุข ปลอดภัย 10) มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) มีสื่อเหมาะสม และ 12) มีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive design) ภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความเครียดในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดลำปาง โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยดังนี้

1) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ใน จังหวัดลำปาง 13 อำเภอ ซึ่งมีจำนวน 177,944 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง 13 อำเภอ โดย การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณอำนาจการทดสอบ (G-Power) โดยกำหนดค่ากำหลังทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ (α) .05 อำนาจการวิเคราะห์ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect size) เท่ากับ .30 อ้างอิงจากงานวิจัย Vivarakanon et al., 2024 จากการกำหนดตัวแปรในการทำนาย 2 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อการป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ได้เท่ากับ 420 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีคัดเลือกการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) จากภาพรวมกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดจังหวัดลำปาง ได้พื้นที่ คือ อำเภอเมืองลำปาง ทำการสุ่มอย่างง่ายในพื้นที่ตำบลในอำเภอเมืองลำปาง ได้พื้นที่ตัวอย่างตำบล 2 ตำบลที่มีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลจำนวนมากกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ ตำบลบ้านเป้า จำนวน 210 คนและ ตำบลพิชัย จำนวน 210 คน โดยมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1.ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปาง

2.สามารถสื่อสารได้ปกติ ฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1.ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการพักฟื้นที่บ้าน หรือผู้ที่มีปัญหาการรับรู้ การคิด การตัดสินใจ เป็นต้น

2.มีผลการประเมิน Thai Mini Mental State (TMSE) ทดสอบการทำงานสมองของไทยทั้ง 6 ด้าน คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน

3.ผู้วิจัยมีความคับข้องใจระหว่างการตอบคำถาม หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยต่อ

4.ไม่สามารถติดต่อได้ในระหว่างดำเนินการวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index) (Mohoney & Barthel, 1965) มีจำนวน 10 ข้อ

1.1 รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

1.2 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน

1.3 ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

1.4 ใช้ห้องน้ำ

1.5 การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

1.6 การสวมใส่เสื้อผ้า

1.7 การขึ้นลงบันได 1 ขั้น

1.8 การอาบน้ำ

1.9 การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

1.10 การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

5-8 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นส่วนใหญ่

9-11 คะแนนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง

12-30 คะแนน หมายถึง พึ่งพาผู้อื่นน้อย พึ่งพาตัวเองส่วนใหญ่

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ฉบับภาษาไทยซึ่งผ่านการวิจัยและการประยุกต์ใช้มาใช้ในการดำเนินการวิจัย และมีการหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) ภายในของแบบสอบถามนี้ จากการนำไปทดสอบกับกลุ่มใกล้เคียงกลับลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ใช้ค่าความสัมพันธ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach’s alpha)

ซึ่งได้รับค่าเท่ากับ 0.95 แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงภายในสูงและองค์ประกอบต่างๆ ของแบบสอบถามมีความสอดคล้องกัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2019) โดยสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา (นับถึงวันที่ตอบคำถาม) มีจำนวน 5 ข้อ

2.1 มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก
2.2 มีสมาธิน้อยลง
2.3 หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ
2.4 รู้สึกเบื่อ เซ็ง
2.5 ไม่อยากพบปะผู้คน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบเป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี เป็น 0 คะแนน
ตอบเป็นบางครั้ง เป็น 1 คะแนน
ตอบเป็นบ่อยครั้ง เป็น 2 คะแนน
ตอบเป็นประจำ เป็น 3 คะแนน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเฉลี่ย ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง เครียดน้อย
5-7 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง
8-9 คะแนน หมายถึง เครียดมาก
10-15 คะแนน หมายถึง เครียดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ (2558) มาใช้ในการประเมินภาวะความเครียดในผู้สูงอายุ มาใช้ในการดำเนินการวิจัย และมีการนำเครื่องมือแบบประเมินความเครียด (ST-5) ไปใช้ในการประเมินความเที่ยงตรงภายในของแบบสอบถามนี้ใช้ค่าความสัมพันธ์ครอบบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) ซึ่งได้รับค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามนี้มีความเที่ยงตรงภายในสูงและองค์ประกอบต่างๆ ของแบบสอบถามมีความสอดคล้องกัน

ชุดที่ 3 แบบประเมินสุขภาพด้วยตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (กรมการแพทย์, 2565) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีประเด็นหลัก 12 ข้อ ดังนี้

3.1 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง
3.2 มีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต
3.3 มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสม
3.4 มีความยึดมั่นในหลักคุณธรรมหรือศาสนา
3.5 มีโอกาสการศึกษาและการเรียนรู้
3.6 มีปัจจัยดำรงชีวิตเพียงพอและมั่นคง
3.7 มีครอบครัวอบอุ่น
3.8 มีชุมชนเข้มแข็ง
3.9 มีสังคมสงบสุข ปลอดภัย
3.10 มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3.11 มีสื่อที่เหมาะสม

3.12 มีบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม

วิธีที่ 1 ให้คะแนนในประเด็นย่อย และมีหลักเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1.แบ่งประเด็นย่อย และถามประเด็นย่อย ในแต่ละหัวข้อ

2.ให้ระดับคะแนนในแต่ละประเด็นย่อย และมีหลักเกณฑ์หรือคำอธิบายสำหรับแต่ละระดับคะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็นคะแนน 1, 2, 3 ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง มีภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนน 2 หมายถึง มีภาวะสุขภาพที่ป่วยแต่คุมอาการได้ และ คะแนน 3 หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี

3.นำคะแนนของประเด็นย่อย มารวมกัน เป็นคะแนนของหัวข้อหลัก

วิธีที่ 2 ให้คะแนนโดยรวมในแต่ละหัวข้อหลัก โดยแบ่งเป็นระดับ 1-10 แล้วให้ประมาณว่าภาวะสุขภาพอยู่ในช่วงใด โดยระดับที่ 1 หมายถึง มีภาวะสุขภาพแย่ที่สุด และคะแนน 10 หมายถึงมีภาวะสุขภาพแย่ที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง มีภาวะสุขภาพดีที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้หาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือนั้นไปผ่านให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และนักวิชาการทางด้านผู้สูงอายุ ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 อีกทั้งหาค่าความเที่ยงตริง (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ได้พัฒนามาแล้วไปทำสอบกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ (Interrater reliability) เท่ากับร้อยละ 86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในอำเภอ 3 อำเภอในช่วงเวลาเดียวกัน ผู้วิจัยต้อใช้ผู้ร่วมวิจัย 3 ท่านซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลกลุ่มงานผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามแต่ละข้อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดี เพื่อสามารถตอบคำถามในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจได้รวมทั้งต้องวางตัวเป็นกลาง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาติดขัดในการอ่านหรือการบันทึก ผู้ช่วยวิจัยจะต้องเป็นคนอ่านคำถามให้ฟัง ช่วยบันทึกตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และทดสอบความเชื่อมั่นในการจำแนกประเภทผู้สูงอายุ (Interrater reliability) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

การดำเนินการเก็บข้อมูล

1. เมื่อโครงร่างการวิจัยผ่านจริยธรรมการวิจัยคนจากกรรมการแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากกลุ่มตัวอย่างแจ้งประสงค์การเข้าร่วมวิจัย

2. หลังจากได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย ผู้วิจัยได้ลงชื่อเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หากกรณีอ่านไม่ออกหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยอ่านคำถามและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามในแต่ละข้อจนเสร็จ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index), แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

3. เครื่องที่ใช้ในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือทั้งหมด 3 ชุด คือ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL index), แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ

4. คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจัดทำแบบสอบถาม เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในพื้นที่ที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างที่อ่านออกเขียนได้ให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนผู้ที่อ่านไม่ออกคณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ตอบ

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน ตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่จริยธรรม E2567-009 ผู้สูงอายุด้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้สูงอายุมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับการบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา การวิจัยโดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีการบังคับและผู้วิจัยให้เวลาในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยอาสาสมัครวิจัยจะไม่เสียประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (Sociodemographic data) ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows

2) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทำนายการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับความเครียด ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 4) ใช้ห้องน้ำ 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได้ 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และความเครียด ได้แก่ 1) ปัญหาการนอนไม่หลับ/ นอนมาก 2) มีสมาธิน้อยลง 3) หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ 4) รู้สึกเบื่อ เซ็ง 5) ไม่อยากพบปะผู้คน ด้วยการหาช่วงคะแนนการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3) การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการประเมินสุขภาพด้วยตนเองและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ จำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมศาสนา 5) ด้านการประเมินมีการโอกาสศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต 6) ด้านการประเมินการมีปัจจัยดำรงชีวิต 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวที่มีความรักและอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการอยู่ในสังคมที่มีความสุข ปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการได้รับสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบนำเข้า (Enter methods multiple regression)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัยจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 ราย ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างได้เท่ากับ 412 คน ในเขตพื้นที่ตำบลแม่ก๋งจำนวน 208 คน และตำบลต้นต้อง อ.เมือง จ.ลำปาง จำนวน 204 คน โดยใช้การสัมภาษณ์จากแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยในการเข้าพื้นที่สำรวจด้วยตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มพื้นที่ตัวอย่างประชากรจากการสุ่มคัดเลือกในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-69 ปี (55.58 %) โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (73.30%) สำหรับสถานะภาพผู้สูงอายุอยู่กับคู่สามีภรรยา (64.08%) โดย เมื่อสอบถามประวัติการได้รับการศึกษาพบว่าในพื้นที่ตำบลแม่ก๋งและต้นต้อง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (42.7%) อาศัยอยู่ในบ้านตนเองและไม่ได้ประกอบอาชีพ (70.63%) และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (40.78%)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไป

	Group 1 (n=208) บ้านแม่ก๋ง		Group 2 (n= 204) บ้านต้นต้อง		N = 412	
	F	%	F	%	F	%
1. อายุ						
60-69 ปี	120	57.69	109	53.43	229	55.58
70-79 ปี	50	24.04	47	23.04	96	23.30
80-89 ปี	34	16.35	42	20.59	76	18.45
>90 ปี	4	1.92	6	2.94	10	2.43
(mean=76, S.D.=1.5)						
2. เพศ						
หญิง	139	66.83	163	79.90	302	73.30
ชาย	69	33.17	41	20.10	110	26.70
3. สถานภาพ						
โสด	36	17.31	76	37.25	112	27.18
สมรส	151	72.60	113	55.39	264	64.08
หย่า/หม้าย	21	10.10	37	18.14	58	14.08
4. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	56	26.92	66	32.35	122	29.61
อ่านออกเขียนได้	32	15.38	38	18.63	70	16.99
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	92	44.23	84	41.18	176	42.72
จบชั้นมัธยมปีที่ 3	27	12.98	14	6.86	41	9.95
ปริญญาตรี	1	0.48	2	0.98	3	0.73

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไป (ต่อ)

	Group 1 (n=208) บ้านแม่ก๋ง		Group 2 (n= 204) บ้านต้นต้อง		N = 412	
	F	%	F		F	%
5. ประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	156	75.00	135	66.18	291	70.63
ทำงาน	52	25.00	69	33.82	121	29.37
6. รายได้						
ไม่มีรายได้	73	35.10	69	33.82	142	34.47
น้อยกว่า 5000 บาท	81	38.94	87	42.65	168	40.78
5001-10,000 บาท	50	24.04	36	17.65	86	20.87
>15,000 บาท	4	1.92	12	5.88	16	3.88

2. ผลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยภาพรวมระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึ่งพิงผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรประจำวันปานกลางร้อยละ 35 (S.D. = 0.23) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดในการประกอบกิจวัตรประจำวันมีน้อยที่สุด ร้อยละ 10.12 (S.D. = 0.35) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงภาพรวมข้อมูลร้อยละและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐานระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ลำดับ	ระดับ ADL	ร้อยละ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D.)
1.	พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด	10.12	0.35
2.	พึ่งพาผู้อื่นส่วนใหญ่	29.13	0.45
3.	พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง	25.55	0.78
4.	พึ่งพาผู้อื่นน้อย	35.20	0.23

ผลการวิเคราะห์ในรายด้านของการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จากการใช้แบบประเมินการคัดกรองดัชนี Barthel Activity of Daily Living (ADL) ทั้งหมด 10 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการล้างหน้าหวีผล แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมง (mean = 97.12, S.D. = 0.29) ผู้สูงอายุที่สามารถอาบน้ำได้เอง (mean = 96.70, S.D. = 0.18) และสวมใส่เสื้อผ้าได้เองนั้น (mean = 93.30, S.D. = 0.25) มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 90 และสำหรับด้านระดับความสามารถในการกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่ามีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 60 (mean = 63.30, S.D. = 0.49) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านต่างๆ ของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ลำดับ	ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ยรายข้อ (mean) (n=412)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D.)
1	สามารถรับประทานอาหารได้เอง ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ	93.30	0.25
2	การล้างหน้าหวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง	97.12	0.29
3	การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ สามารถปฏิบัติได้เอง	80.00	0.41
4	ความสามารถในการใช้ห้องน้ำ ช่วยเหลือตนเอง	86.70	0.31
5	การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน โดยสามารถเดินได้เองไม่ใช้อุปกรณ์	80.00	0.41
6	การสวมใส่เสื้อผ้าได้เองนั้น ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เอง	93.30	0.25
7	ความสามารถในการเดินขึ้นลงบันได 1 ขั้น	83.30	0.38
8	การอาบน้ำ สามารถปฏิบัติได้เอง	96.70	0.18
9	การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	63.30	0.49
10	มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	83.30	0.38

2.การประเมินระดับความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่นั้นมีระดับความเครียด จากการใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) เป็นบางครั้ง โดยเฉลี่ยร้อยละ 69.12 (S.D. = 0.45) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 4.46 (S.D. = 0.76) ผู้สูงอายุมีความเครียดเป็นประจำ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงภาพรวมของร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายด้านต่างๆ ของระดับความเครียดในผู้สูงอายุ (ST-5)

ลำดับ	ระดับ Stress (ST-5)	ร้อยละ (ภาพรวม)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน (S.D.)
1	น้อยมากหรือแทบไม่มี	8.98	0.87
2	ตอบเป็นบางครั้ง	69.12	0.45
3	ตอบเป็นบ่อยครั้ง	17.44	0.98
4	ตอบเป็นประจำ	4.46	0.76

โดยเมื่อพิจารณาในรายด้านของความเครียด โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบอยู่บ้าน มีระดับความเครียดของการไม่อยากพบปะผู้คนสูงถึง mean = 76.70, S.D. = 0.43 ประกอบกับมีปัญหาสุขภาพทางกาย สำหรับระดับความเครียดของอาการหงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ้นใจ พบน้อยที่สุดเพียง mean = 53.50, S.D. = 0.64 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเครียด (ST-5)

ลำดับ	การประเมินความเครียด	ค่าเฉลี่ยรายข้อ (mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	73.30	0.75
2	มีสมาธิน้อยลง	56.70	0.63
3	หงุดหงิด/ กระวนกระวาย/ ว้าวุ้นใจ	53.30	0.64
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง	62.40	0.81
5	ไม่อยากพบปะผู้คน	76.70	0.43

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียด การประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุทั้ง 12 ด้าน ดังตารางที่ 6 ซึ่งได้แก่ 1) ด้านการประเมินการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง 2) ด้านการประเมินการมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิต 3) ด้านการประเมินการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 4) ด้านการประเมินการมีความยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมศาสนา 5) ด้านการประเมินมีการโอกาสศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอสำหรับการดำรงชีวิต 6) ด้านการประเมินการมีปัจจัยดำรงชีวิต 7) ด้านการประเมินการมีครอบครัวที่มีความรักและอบอุ่น 8) ด้านการประเมินการมีชุมชนเข้มแข็ง 9) ด้านการประเมินการอยู่ในสังคมที่มีความสุข ปลอดภัย 10) ด้านการประเมินการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม 11) ด้านการประเมินการได้รับสื่อที่เหมาะสม และ 12) ด้านการประเมินการได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอและเหมาะสม (ตามตารางที่ 4) พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL) นั้นมีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง 2 ด้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินตนเองทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ (r = .095, p< .05) และการประเมินตนเองด้านการมีครอบครัวที่อบอุ่น (r = .087, p< .05) ในขณะที่ความเครียดมีผลต่อการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง 2 ด้าน อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การประเมินตนเองในการมีโอกาสศึกษาและการเรียนรู้ (r = .484, p< .01) และ การประเมินตนเองทางด้านปัจจัยการดำรงชีวิตที่เพียงพอและมีความมั่นคง (r = 456, p< .01)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดกับภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อด้านการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
ADL	1.00						
ST-5	.122	1.00					
1. การประเมินด้านสุขภาพร่างกาย	.108	-.184	1.00				
2. การประเมินด้านสุขภาพจิต	-.141	-.155	.218	1.00			
3. การประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ	**-.095***	216	-.196	**-.257***	1.00		
4. การประเมินด้านการใช้หลักคุณธรรม	**.**259*	.147	.089	.117	-.105	100	
5. การประเมินด้านโอกาสการเรียนรู้	.101	**-.484****	.089	**.408****	-.105	-.071	1.00
6. การประเมินด้านความมั่นคงในชีวิต	-.125	**-.456****	**.259***	-.132	.161	.023	**.369***
7. การประเมินด้านครอบครัวอบอุ่น	**.087***	.035	.149	**.293***	-.175	.239	.239
8. การประเมินด้านชุมชนเข้มแข็ง	.180	.102	.062	-.122	-.073	**.695****	-.050
9. การประเมินด้านสังคมสงบสุข	-.129	-.169	.087	.177	.-105	-.071	**.464****
10. การประเมินด้านสภาพแวดล้อม	.091	.147	**-.356***	-.175	-.165	-.071	-.071
11. การประเมินด้านสื่อเทคโนโลยี	-.195	-.154	**.291***	-.132	-.145	.036	.036
12. การประเมินด้านบริการสุขภาพที่เพียงพอ	.068	.223	.146	-.154	**.347***	.094	-.189

** p-value < .05, ** p-value < .01*

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเครียดกับภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อด้านการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปร	8	9	10	11	12	13	14
ADL							
ST-5							
1. การประเมินด้านสุขภาพร่างกาย							
2. การประเมินด้านสุขภาพจิต							
3. การประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพ							
4. การประเมินด้านการใช้หลักคุณธรรม							
5. การประเมินด้านโอกาสการเรียนรู้							
6. การประเมินด้านความมั่นคงในชีวิต	1.00						
7. การประเมินด้านครอบครัวอบอุ่น	.039	1.00					
8. การประเมินด้านชุมชนเข้มแข็ง	**.257***	-.083	1.00				
9. การประเมินด้านสังคมสงบสุข	.196	.239	-.050	1.00			
10. การประเมินด้านสภาพแวดล้อม	**-.323***	-.120	-.050	-.071	1.00		
11. การประเมินด้านสื่อเทคโนโลยี	.076	.150	-.162	**.306***	.036	1.00	
12. การประเมินด้านบริการสุขภาพที่เพียงพอ	.153	.063	**.263***	.094	-.189	.095	1.00

** p-value < .05, ** p-value < .01*

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและระดับความเครียด สามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินภาวะสุขภาพ ($F_{(5, 89)}$ = 19.890, *p*-value < 0.05) โดยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและระดับความเครียดสามารถทำนายพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อปัจจัยการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = -.116, β = -.260, p < .05) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุแบบนำเข้าของตัวแปรภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพในการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ (n = 412)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Daily Living)	-.188	.298	-.116	-.629	.047
ระดับความเครียด (Stress)	-1.025	.728	-.260	-1.408	.031
Constant	36.326	5.741	-.102	6.327	.001

$R = .285^{a}$, $R^2 = 0.81$, Adjusted $R^2 = 0.13$, $F_{(5, 89)} = 19.890$, p-value < 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลได้ว่า ภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ ระดับความเครียด (ST-5) ในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองทั้ง 12 ด้านจากการวิเคราะห์ผลพบว่า ด้านที่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมการประเมินสุขภาพร่างกายตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงร้อยละ 90 (S.D. = 0.30) ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้โดยใช้กำลังปานกลาง ซึ่งหากออกแรงมากจะเหนื่อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ผู้สูงอายุยังพบความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดเป็นต้น ด้านที่ 2) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการมีสุขภาพจิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีร้อยละ 70 (S.D. = 0.46) ผู้สูงอายุมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตมาก ไม่ต้องการสิ่งใดที่มากไปกว่าที่เป็นอยู่ มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความเสื่อมโทรมของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น มีความรู้สึกพึงพอใจจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Molina- Luque, Stonechikaite, Torres-Gonzalez, & Sanvicen, 2022) อีกทั้งสอดคล้องกับระดับความเครียด โดยผู้สูงอายุที่มีความเครียดน้อย หากมีก็สามารถจัดการกับความเครียดและปัญหาชีวิตได้ มีการคุมพฤติกรรมในการจัดการความเครียดได้ดี เช่น การทำกิจกรรมบำบัด การผ่อนคลายอารมณ์ และการปรับสมดุลของกิจกรรมที่บ้านของตน (Alberti & Hyman, 2021; Drigas & Mitsea, 2021) ด้านที่ 3) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมการมีสุขภาพที่เหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 86.70 (S.D. = 0.34) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีประวัติการสูบบุหรี่ปัจจุบันเลิกอย่างเด็ดขาด มีความตระหนักในการป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บอยู่ตลอดเวลา เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และขับขี่รถโดยไม่ประมาท อีกทั้งยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานผักเป็นประจำ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความตระหนักรู้ในตนเอง ช่วยในการลดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมได้ อีกทั้งสามารถป้องกันโรคและส่งเสริมภาวะสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น (Ramires, et al., 2023; Rocha, Nogueira, Nunes, & Medeiros, 2024) ด้านที่ 4) การ

ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการยึดมั่นและปฏิบัติตามหลักคุณธรรมหรือหลักศาสนาร้อยละ 88.00 (S.D. = 0.25) ในการยึดมั่นหลักธรรมและหลักศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน มีอิสรภาพในการดำรงชีวิต ไม่ยึดติดกับสิ่งของภายนอก ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยมุมมองของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒพลังโดยมีการนำคำสอนของหลักศาสนามาใช้ในการเผชิญปัญหาและประสบการณ์ในการบริหารจัดการชีวิตประจำวันทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Wongsala, Anbacken, & Rosendahl, 2021) ด้านที่ 5) การประเมินภาวะสุขภาพด้านการเข้าถึงโอกาสทางการศึกษาและเรียนรู้อย่างเพียงพอร้อยละ 93.3 (S.D. = 0.25) ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงมีโอกาสในการเรียนรู้สิ่งใหม่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุบางรายมีความเครียดมากในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ถ้าสิ่งนั้นปฏิบัติยากและมีความซับซ้อนของข้อมูล เช่นเดียวกับMlambo, Silen, and McGrath (2021) พบว่า อุปสรรคที่สำคัญในการจำกัดการเข้าถึง หรือต่อยอดการเรียนรู้ ก็คือ การขาดเงินทุนสนับสนุนค่าใช้จ่าย การขาดกลยุทธ์ หรือข้อมูลมีความซับซ้อน หรือวิธีการในการสร้างแรงจูงใจ ด้านที่ 6) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมการประเมินภาวะสุขภาพในด้านการดำรงชีวิตที่เพียงพอและมีความมั่นคงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 (S.D. = 0.78) การดำเนินกิจวัตรประจำวันในด้านการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยในบ้านของตน มีรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย ซึ่งผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติงานและไม่มีอาชีพ อาศัยเงินจากภาครัฐและลูกหลาน อย่างไรก็ตามมีระดับความเครียดในเรื่องดังกล่าวบางครั้งถึงบ่อยมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปที่จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากลูกหลานส่วนใหญ่หรือทั้งหมดในการเตรียมอาหารในแต่ละมื้อ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีความมั่นคง มีการรักษาความเป็นบุคคล ให้ดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขซึ่งผู้สูงอายุ เช่น การดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆ (Leung & Wolfson, 2021) ด้านที่ 7) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านครอบครัวอบอุ่นร้อยละ 83.3 (S.D. = 0.37) แต่อย่างไรก็ตามในรายข้อพบว่า ครอบครัวมีเวลาให้ผู้สูงอายุลดลงจากเดิมแต่ยังปฏิบัติร่วมกันสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่อาศัยอยู่ในบ้านลำพังโดยเฉพาะในช่วงเวลากลางวัน ตรงกับผลการศึกษาวิจัยก่อน ซึ่งไม่สอดคล้องจากการที่ครอบครัวมีเวลาลดลงสำหรับดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัวจึงจ้างผู้ดูแลที่มาทำหน้าที่ดูแล จึงพบว่า ผู้ดูแลที่มาทำหน้าที่ตามคำสั่งนั้นมีความสัมพันธ์ลดลงจากผู้ดูแลและผู้ป่วย Schulz, Beanch, Czaja, Nartire, & Monin, 2020) ด้านที่ 8) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านพฤติกรรมทางด้านบทบาทของชุมชน โดยภาพรวมแล้วอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.7 (S.D. = 0.18) ถึงแม้ว่าบทบาททางชุมชนจะเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่มีการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นสูง (IADL) ผู้สูงอายุจะสามารถช่วยเหลือชุมชนได้เมื่อชุมชนร้องขอโดยไม่มีผลต่อระดับความเครียดหรือความวิตกกังวล อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุชุมชนลดลง พบว่า การเข้าร่วมเมื่อชุมชนขอความร่วมมือ ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งบทบาทตนที่เหมาะสม การมีวัฒนธรรมภายในชุมชน หรือธรรมเนียมปฏิบัติในครอบครัวช่วยให้เข้าใจในบริบทของการร่วมมือสร้างสัมพันธภาพในระดับครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะผู้ สูงอายุ (Wu & Yuan, 2023) ด้านที่ 9) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านความสงบสุขในชุมชนที่อาศัยอยู่ในระดับดี มีความรู้สึกปลอดภัยในทรัพย์สินดี และช่วยสร้างความสมานฉันท์ระหว่างคนในท้องถิ่น ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันให้ผู้สูงอายุรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการใช้ชีวิตในชุมชนและความเครียดหากผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ด้านที่ 10) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการมีสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในระดับดีมากร้อยละ 93.3 (S.D. = 0.04) เช่น ในชุมชนมีการกำจัดขยะสิ่งปฏิกูลยังดำเนินการตามมาตราฐานอย่างต่อเนื่อง มีการดูแลรักษาทรัพยากรธรรมชาติ โดยสามารถเจอได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูง ไม่สอดคล้องกับระดับความเครียดของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักองค์กรอนามัยโลก คือ เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ โดยในทุกๆด้านจะต้องปลอดภัยทั้งอาคารและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการพักอาศัยและการดำรงชีวิต (Rudnicka, Napierala, Podfigurna, Meczekalski, Smolarczyk, & Grymowicz, 2020) ด้านที่ 11) การประเมินภาวะสุขภาพด้วย

ตนเองด้านการมีพฤติกรรมการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพในระดับดีเกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 56.7 (S.D. = 0.50) ในการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การใช้สื่อและอุปกรณ์ถือเป็นพฤติกรรมการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นสูง และสัมพันธ์กับความเครียด หากต้องมีการเรียนรู้ใช้งานโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุ ซึ่งมีความไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารโดยใช้สื่อจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ยังคงปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังและแยกตัวให้เข้าสังคมมากยิ่งขึ้น (Zhang, Kim, Silverstein, Song, & Burr, 2021) ด้านที่ 12) การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองด้านการได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอ ในระดับดีร้อยละ 66.7 (S.D. = 0.47) ถึงแม้ว่าการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน การได้รับการบริการทางด้านสุขภาพจะเป็นการดำเนินกิจวัตรประจำวันขั้นสูงในการออกไปยังสถานที่ต่างๆ เช่น การได้รับการบริการจากภาครัฐ โดยไม่มีผลต่อระดับความเครียด เนื่องจากผู้สูงอายุมีสิทธิประกันสังคมและเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลงานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุจะได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (Sansuk, Namwong, Phonmeesak, & Arrirak, 2023) ดังนั้น ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและความเครียดสามารถทำนายการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.ด้านการพยาบาล ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปต่อยอดในการพัฒนาคุณภาพในการประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาล โดยเฉพาะทางด้านการประเมินภาวะสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

2.ด้านการศึกษาวิจัย สามารถนำความรู้ที่ได้รับจาก ผลของปัจจัยทำนายไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยโดยเฉพาะทางด้านการวางแผนการให้การดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ การประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

ข้อเสนอแนะการศึกษาขั้นต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน และความเครียดที่มีผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพควรนำผลการประเมินไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมการสร้างเสริมหรือส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันขั้นพื้นฐาน และวิธีการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความตระหนักในการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้

เอกสารอ้างอิง

Alberti, S., & Hyman, A. A. (2021). Biomolecular condensates at the nexus of cellular stress, protein aggregation disease and aging. *Nature Reviews Molecular Cell Biology, 22*(3), 196-213.

Chen, Y., & Gao, Q. (2023). Effects of social media self-efficacy on informational use, loneliness, and self-esteem of older adults. *International Journal of Human-Computer Interaction, 39*(5), 1121-1133.

Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL index: A reliability study. *International Disability Studies, 10*(2), 61-63.

Drigas, A., & Mitsea, E. (2021). Metacognition, stress-relation balance related hormones. *Int J. Recent Contributions, 9*(1), 4-16.

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2021). Economic and social survey of asia and the pacific 2021: Towards post-Covid-19 resilient economic. Retrieved from https://www.unescap.org/kp/2021/economic-and-social-survey-asia-and-pacific-2021-towards-post-covid-19-resilient-economies

Gonzalez, R., & Hernandez, M. (2023). Self-assessment and health behaviors among older adults in Latin America: A systemic review. *Journal of Gerontology & Geriatric Medicine, 39*(1), 57-68. doi.org/10.1093/geront/gna092

Katz, E. (1959). Mass communications research and the study of popular culture: An editorial note on a possible future for this journal. *Studies in Public Communication, 2*(1), 1-6.

Kim, S., & Park, M. (2021). Self-rated health and its impact on life satisfaction and depression among older adults in Korea: A cross – sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(3), 1294. https://doi.org/10/3390/ijperh18031294

Leung, C. W., & Wolfson, J. A. (2021). Food Insecurity among older adults: 10-year national trends and associations with diet quality. *Journal of the American Geriatrics Society*, *69*(4), 964-971.

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC nursing*, *20*, 1-13.

Molina-Luque, F., Stoncikaite, I., Torres-Gonzalez, T., & Sanvicen-Tome, P. (2022). Prefiguration, active aging, and creativity: Keys for quality of life and overcoming agism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1564.

Martinez, J., & Smith, L. (2023). Impact of self-assessment on mental health outcomes in older adults: A longitudinal study. *Journal of Aging and Health, 35*(2), 239-256. https://doi.org/10.1177/08982643221109783

National Statistical Office of Thailand. (2021). The Elderly Population in Thailand 2021. http://web.nso.go.th/en/home/ (in thai)

Panyawatthano, P., Treetrapetch, N., & Photong, P. (2022). Guidelines of activity development for community participation suitable for elder's health enhancement in Chachoengsao Province. *Journal of Buddhistic Sociology, 7*(3), 34-48. (in thai)

Prateepmanowong, J. (2019). The relationships between activities of daliy living, exercise behavior and quality of life in older persons with coronary artery disease. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27(4), 66-76. (in thai)

Ramirez Luque, D. B., Rocha Huaman, N. L., Calizaya-Milla, Y. E., Calizaya-Milla, S. E., RamosVera, C., & Saintila, J. (2023). Body Self-Perception, Dietary Self-Efficacy, and Body

Mass Index in Young Adults: A Cross-Sectional Survey. *International Journal of General Medicine*, 193-202.

Rocha, M. C., Nogueira, B. D. F. M., Nunes, F. B., & Medeiros, A. M. D. (2024, January). Self-perception of voice, hearing, and general health in screening for voice changes in older women. In *CoDAS* (Vol. 36, p. e20220063). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Rudnicka, E., Napierala, P., Podfigurna, A., Meczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The world health organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas, 139*, 6-11.

Sansuk, B., Namwong, T., Phonmeesak, J., Arrirak, N. (2023). The policy evaluation of the development of community health system to seamless health care service system for elderly, Yasothon Province. *Academic Journal of Community Public Health, 9*(3), 179-189. (in thai)

Suchulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family caregiving for older adults. *Annual Review of Psychology, 71*, 635-659.

Tajai, P., Limsuwan, J., Sriruk, P., Thanomsat, C., & Makawan, P. (2020). Results of participatory action research on physical and mental health development to elderly in Tanpao Municipality, Chiang Mai. *Journal of Health Sciences Scholarship, 7*(2), 1-12. (in thai)

Tepawattanasuk, W. (2022). Prevalence of risk factors and effects of rehabilitation of daily living level of stroke patients in Somdejprasangkharach XVII hospital. Academic *Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 6*(11), 95-104. (in thai)

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2021). *World Population Ageing 2021 Highlights.* https://www.un.org/development/desa/pd/

Vivarakanon, P., Poorananon, P., Chatmontree, J., Intharacha, W., & Meesiri, P. (2024). Mixed-method research on influential factors impacting the health safety and security among older adults in Lampang province. *Thai Journal of Public Health and Health Education, 3*(3), 107-127. (in thai)

Wongsala, M., Anbäcken, E. M., & Rosendahl, S. (2021). Active ageing–perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand–a qualitative study. *BMC geriatrics*, *21*, 1-10.

World Health Organization. (2021). Global Health and Aging.

https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf (in thai)

Wu, X., & Yuan, Z. (2023). Understanding the socio-cultural resilience of rural areas through the intergenerational relationship in transitional China: Case studies from Guangdong. *Journal of Rural Studies*, *97*, 303-313.

Zhang, K., Kim, K., Silverstein, N. M., Song, Q., & Burr, J. A. (2021). Social media communication and loneliness among older adults: The mediating roles of social support and social contact. *The Gerontologist*, *61*(6), 888-896.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง

จรวยพร ทะแกล้วพันธุ์[*] ,วิภา เอี่ยมสำอางค์ จารามิลโล[1],วาสนา มั่งคั่ง[*],ดวงรักษ์ สวัสดิภาพ[***]**

(วันรับบทความ : 11 มีนาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 11 มิถุนายน 2567, วันตอบรับบทความ : 18 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของชูศัพ (2000) ซึ่งมี 4 ระยะคือ 1) การค้นหาประเด็นปัญหา 2) การทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ และ4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน ในการศึกษาครั้งนี้จัดทำถึงระยะที่ 3 ผลการสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมดผ่านการประเมินคุณภาพ ระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ แล้วนำมาสังเคราะห์สร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา มีค่าเท่ากับ 0.90 ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติด้วย The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II โดยผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 และประเมินผลการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปทดลองใช้โดยพยาบาล 20 คน ด้วยแบบสอบถามความเป็นไปได้และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า 1)ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหัก จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 23 เรื่อง มีสาระสำคัญ 3 หมวด 2) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ได้จริง โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.65, S.D. = 0.47) และ 3) ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.48, S.D. = 0.51) สรุปได้แนวปฏิบัติที่มีคุณภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติทางคลินิก; ภาวะสับสนเฉียบพลัน; ผู้สูงอายุ; กระดูกสะโพกหัก

[*] *อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น*

[**]อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

[***]พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำปาง

[1] *ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: towipa79@mail.bcnlp.ac.th*

Development of a Clinical Practice Guideline for Preventing Delirium in the Elderly with Hip Fractures at Lampang Hospital

Jarouyporn thagleawpun[*], Wipa Iamsumang Jaramillo[1]**
Wasana Mangkhang[*], Duangrak Suksarak[***]

Received: March 11, 2024, Revised: June 11, 2024, Accepted: June 18, 2024)

Abstract

This research and development study aimed to develop and pilot a clinical practice guideline for preventing delirium in the elderly with hip fractures at Lampang Hospital using Soukup's evidence-based nursing model (2000), including four stages: 1) identifying the problem, 2) reviewing and searching for evidence, 3) piloting the guidelines, and 4) implementing the refined guidelines in the institution. This study progressed through the third stage. The gathered evidence was assessed for quality, reliability, and feasibility, and then synthesized to create clinical practice guidelines for preventing delirium in elderly patients with hip fractures. The content validity of the tool was evaluated by three experts, and the quality of the guideline was appraised using the Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) by another three experts with passing the overall evaluation criteria for 86.65 percent Additionally, 20 nurses assessed the feasibility and satisfaction with the guideline using questionnaires, and the data were analyzed using descriptive statistics.

The research findings are as follows: 1) clinical practice guidelines and a manual were developed from 23 pieces of evidence, comprising three key sections. 2) The professional nurses who used the clinical practice guideline rated their feasibility at the highest level (mean = 4.65, S.D. = 0.47). 3) Overall satisfaction with the clinical practice guidelines was high (mean = 4.48, S.D. = 0.51). In conclusion, the developed guidelines are of high quality, feasible for implementation, and well-received by professional nurses.

Keywords: Clinical Practice Guidelines; Delirium; Elderly; Hip Fractures

[*]*Faculty of Nursing, Nation University*
[**]Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
[***]Registered nurse, Lampang hospital
[1]*Corresponding author: towipa79@mail.bcnlp.ac.th*

บทนำ

ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นกลุ่มอาการทางจิตประสาทซึ่งปรากฏในลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญา (consciousness) และการรับรู้การเข้าใจ (cognitive) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความตั้งใจ กระบวนการคิด ความจำ สติปัญญา และกระบวนการเชาว์ปัญญา โดยความผิดปกตินี้เกิดขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงแบบขึ้นๆ ลงๆในแต่ละช่วงของวันในระยะเวลาสั้นๆ (Inouye et al.,2014) ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบได้ร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (Inouye et al.,2014) อุบัติการณ์สูงมากขึ้นในผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดเป็นร้อยละ 50 (Akechi et al., 2010) อุบัติการณ์เกิดในหน่วยศัลยกรรมพบได้ร้อยละ 15-25 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่แบบไม่ฉุกเฉินสามารถพบภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึงร้อยละ 50 (Marcantonio,2017) ความชุกของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหน่วยอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ 18-35 (Johansson et al., 2018) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนักและได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ พบอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันสูงถึงร้อยละ 75 และผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายมีอุบัติการณ์เกิดสูงถึงร้อยละ 85 (Inouye et al, 2014; Marcantonio,2017) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง คิดเป็น ร้อยละ 48.90 (Srinonprasert et al., 2011) โดยมีการศึกษาอุบัติการณ์ตามลักษณะการเจ็บป่วยและการรักษาต่างๆ เช่นอัตราการเกิดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดร้อยละ 9.33 หลังเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ร้อยละ 14.81 ในแผนกอายุรกรรมร้อยละ 29.28 และพบอุบัติการณ์สูงขึ้นในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี ประมาณ 5.2 เท่าของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก/วิกฤติ(ICU) มีโอกาสเกิดภาวะสับสนฉับพลันได้มากขึ้น โดยพบอุบัติการณ์ได้ถึงร้อยละ 70- 87 (Wichian & Phanphanit, 2017) ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักอัตราการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันสูงอยู่ระหว่างร้อยละ 28 ถึง 50 (Virsøe-Frandsen et al.,2022; Inouye et al., 2014) และถ้าผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักอุบัติการณ์ของภาวะสับสนเฉียบพลันระหว่างร้อยละ 40 ถึง 56 (Galanakis et al.,2001; Santana Santos et al., 2005)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้บ่อย คือปัจจัยเสี่ยงตั้งต้น (predisposing risk factors) ได้แก่อายุที่เพิ่มมากขึ้นตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป การมองเห็นและการได้ยินบกพร่อง โรคประจำตัวหรือโรคทางกายที่รุนแรงมากขึ้น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น และปัจจัยกระตุ้น (precipitating risk factors) ได้แก่ ภาวะปวดหรือไม่สุขสบาย โรคที่เป็นผลจากการรักษา ความผิดปกติของกรด-ด่าง และอิเลคโทรลัยท์ ภาวะหลอดเลือดสมองอุดตัน ภาวะเลือดออกในสมอง เยื่อหุ้ม สมองอักเสบ การติดเชื้อ ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะช็อค การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดกระดูก กระดูกหัก การบาดเจ็บ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง การได้รับยาบรรเทาปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว (การผูกยึดผู้ป่วย) หรือ การต้องใช้อุปกรณ์บางประเภท (การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่ท่อช่วยหายใจ) ทำให้มีการเคลื่อนไหวได้น้อย การใช้ยา anticholinergic drugs การได้รับยาซึ่งออกฤทธิ์ต่อสมอง การได้รับยานอนหลับ การได้รับยากลุ่มจิตเภทที่ใช้ต่อเนื่องเป็นประจำ ได้รับยาหลายชนิด ได้รับยาในขนาดสูง และระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น (Inouye et al., 2014; Chanthabut & Khiachanaj, 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าการเสียเลือดมากกว่า 900 มิลลิลิตร การได้รับเลือด/สารน้ำมากกว่า 300 มล. การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายใช้ ระยะเวลาการผ่าตัดมากกว่า 300 นาที และผู้ป่วยที่มีอาการปวดระดับรุนแรงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เป็นปัจจัยร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้ (Kongpitee,et al., 2020)

ภาวะสับสนเฉียบพลันที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบระยะสั้น ได้แก่ ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต้องได้รับการดูแลพิเศษที่หออภิบาลผู้ป่วยหนักนานขึ้น (Harris et al., 2019) ความสามารถของการทำงานทางร่างกายและการเข้าสังคมลดลง อัตราการตายและค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกลุ่มที่ไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Fick et al., 2013; Nguyen et al., 2018) และพบว่าร้อยละ 22.30 ของผู้สูงอายุที่เคยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำภายใน 1 เดือน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น (Nguyen et al., 2018) ภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยและมีความรุนแรงตั้งแต่ทุพพลภาพจนถึงเสียชีวิต มีอุบัติการณ์ตั้งแต่ร้อยละ 5.7 ถึงร้อยละ 65 พบในผู้สูงอายุผ่าตัดข้อสะโพกและข้อเข่ามากที่สุด (Rizk et al.,2016) ส่วนผลกระทบระยะยาว ได้แก่ ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ของสมองเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีอาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม (dementia) เพิ่มขึ้น (Mitchell et al., 2017) อัตราทุพพลภาพเพิ่มขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีโอกาสเกิดความพิการทุพพลภาพจากการพลัดตกหกล้ม และกระดูกหัก (De Jong, et al., 2019) ซึ่งต้องได้รับการทำกายภาพบำบัดหรือเข้ารับการรักษาในสถานพักฟื้นเพื่อการดูแลพิเศษหรือต้องได้รับการดูแลพิเศษต่อเนื่องที่บ้านภายหลังจำหน่าย จึงเพิ่มความเครียดให้กับผู้ดูแลและครอบครัว นอกจากนี้การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยลงของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆในระบบร่างกาย (Sala et al.,2022) ในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและมีโอกาสพัฒนาอาการสับสนขณะอยู่ในโรงพยาบาลร่วมกับมีความสามารถของการทำงานทางร่างกายที่เสื่อมลงอย่างน้อย 30 วันหลังจากการจำหน่ายจากแผนกผ่าตัด (Sala et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Rizk และคณะ (2016) พบว่า ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักและมีอาการสับสนมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากการนอนโรงพยาบาลในระยะเริ่มต้น (Rizk et al.,2016) และภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่มีอาการสับสนเฉียบพลันมีความเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเป็นโรคร้ายแรงสูงกว่าในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการสับสน (Arshi et al.,2018)

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ (Tabet et al., 2005) หรือลดระยะเวลาความรุนแรงของอาการลงได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Lundström et al.,2005; Naughton et al., 2005) การประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการจัดการควบคุมปัจจัยเสี่ยงก่อนการผ่าตัด สามารถลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันหลังการผ่าตัด (Lee et al., 2011; McDaniel & Brudney,2012) การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุด้วยยาที่ได้ผลดีมีข้อมูลรายงานอย่างไม่มากนัก (Inouye et al., 2014) ต้องใช้การจัดการแบบผสมผสานเนื่องจากสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมักจะเกิดจากปัจจัยมากกว่าหนึ่ง ส่วนใหญ่จะเน้นการป้องกันการเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน (Chanthabut & Khiachanaj, 2020) โดยการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน การค้นหาและจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (Virsøe-Frandsen et al.,2022) นอกจากนี้ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุเจ็บป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลบางครั้งไม่ได้รับการวินิจฉัย การดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและถูกต้อง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พยาบาลไม่สามารถวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันได้ร้อยละ 75 เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมและมีภาวะสับสนเฉียบพลันชนิดง่วงซึม จึงมีความยากในการวินิจฉัย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันเพียงร้อยละ 2.9 ในขณะที่ตรวจพบความผิดปกติของการตั้งใจร้อยละ 35.4 การรับรู้วันเวลาสถานที่ ร้อยละ 29.7 และความจำร้อยละ 77.5 (Bellelli et al., 2015) เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันพยาบาลส่วนใหญ่รับรู้ว่า ผู้สูงอายุดื้อเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล ดึงอุปกรณ์การรักษาต่างๆ จึงได้รับการดูแลโดยการผูกยึดเพื่อป้องกันการหกล้มมากกว่าจะได้รับการรักษา สำหรับการวินิจฉัยและการรักษา

อาการสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นการใช้ประสบการณ์และไม่มีข้อแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการวินิจฉัยที่ขาดหายไปหรือมีการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่จำเป็นในบางกรณี (McDaniel & Brudney,2012)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและการจัดการกับกาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการป้องกันการเกิดภาวะนี้ทำได้โดยการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับ หรือค้นหาปัจจัยเสี่ยงและการจัดการให้ได้เร็วที่สุด ซึ่งจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะนี้และลดอุบัติการณ์ได้สูงถึงร้อยละ 40 และ 16 ตามลำดับ รวมทั้งสามารถลดระยะเวลาของความรุนแรงของอาการและผลของภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ (Johansson et al.,2018; Marcantonio,2017) อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีการประเมินอาการและอาการแสดงเนื่องจากขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกทักษะในการประเมินและการใช้เครื่องมือในการประเมินอาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน (Guthrie et al., 2018;Johansson et al.,2018; Marcantonio,2017) รวมถึงขาดแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการจัดการที่เป็นรูปธรรม (Ngamkala et al., 2018) การศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนฉับพลันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการดูแลในหอผู้ป่วยต่างๆ และพบว่าผลจากการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวทำให้การเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุลดลง (Sanguanwongwan et al., 2023; Sinthusuwan, 2010; Sogprasert et al., 2015).)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปางรับผิดชอบให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกระดูกและข้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และเส้นประสาท ทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุและเกิดจากโรคทั่วไป จากการศึกษานำร่องก่อนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่เข้ารับการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก ภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงาน อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ที่มีสาเหตุมาจากผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ดึงสายสวนปัสสาวะ ดึงสายระบายเลือดหลังผ่าตัด หรือดึงอุปกรณ์ถ่วงดึงน้ำหนักที่ขา เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียงและทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ เป็นต้น ส่วนใหญ่การบันทึกคำวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันมีไม่มาก เนื่องจากเป็นความรับผิดชอบของกลุ่มจิตเวชที่ให้คำปรึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีอาการแบบ Hypoactive ที่ไม่แสดงอาการเอะอะโวยวายจะไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ทำให้การรายงานสถิติต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้มีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลายในการประเมินอาการและอาการแสดง แนวทางหรือมาตรฐานการเฝ้าระวัง และดูแลที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันกาวะสับสนเฉียบพลันอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลส่วนใหญ่ยังเป็นการดูแลตามอาการ บุคลากรยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมากนัก จึงดูเหมือนปัญหานี้ถูกละเลย ถ้าพิจารณาถึงภาวะนี้เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ ถ้าประเมินอาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันตั้งแต่แรก จะสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ดังนั้นทีมวิจัยจึงเห็นความสำคัญของการที่บุคลากรทางการพยาบาลควรที่จะมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินจัดลำดับความรุนแรง และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสนฉับพลันในผู้สูงอายุ สามารถในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงตามบทบาทของวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม ทีมวิจัยจึงต้องการให้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีความชัดเจน จะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก มีทัศคติที่ดีต่อการรับรู้ภาวะสับสนฉับพลัน พยาบาลมีแนวทางในการดูแล ได้พัฒนาความรู้ในการดูแลอันจะมีผลต่อ

การประเมิน การวินิจฉัย และการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะสับสนฉับพลันอย่างมีประสิทธิภาพ ลดผลกระทบจากภาวะนี้ และทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

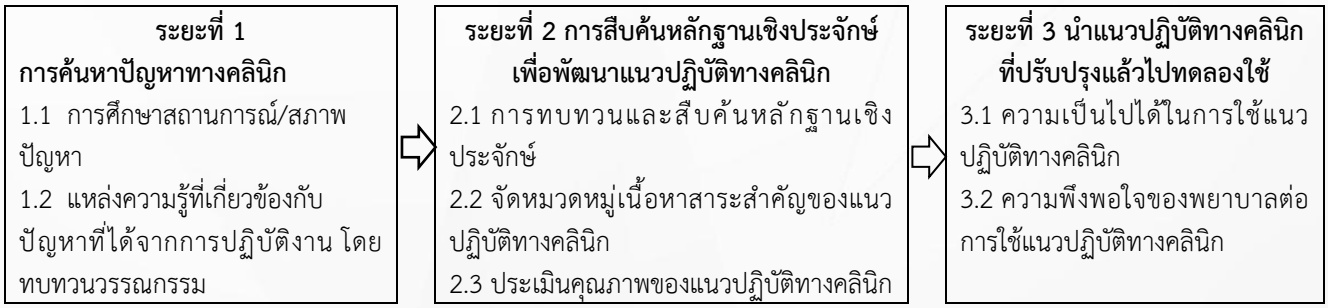
1.เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

2.ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

3.ศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา คณะผู้วิจัยประยุกต์ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก(Evidence triggered phase) จากการศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา นำมาวิเคราะห์ประเด็นปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ประกอบด้วย ค้นหาและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการปัญหาทางคลินิกที่เหมาะสมกับบริบทของปัญหาทางคลินิก มาจัดทำเป็นชุดกิจกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การยกร่างแนวปฏิบัติ ประเมินคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ระยะที่ 3 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 ระยะการนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงไปใช้จริงในหน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาระยะที่ 1-3 โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เป็นการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันที่เข้ารักษาตัวในตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง กระบวนการศึกษาเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก การศึกษาครั้งนี้โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence trigger phase) โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการจัดการแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง ซึ่งได้จากหลักฐาน 2 แหล่ง คือ

1.1 การศึกษาสถานการณ์/สภาพปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาทางคลินิกจากการปฏิบัติงาน (practice triggered) โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 โรงพยาบาลลำปาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยคัดเลือก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก 2 2) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุ > 60 ปี ที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง มากกว่า 2 ปี 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด 2) ไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้

แบบบันทึกสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีอาการ Delirium ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) ภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักกับภาวะสับสนเฉียบพลัน 3) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน 4) กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในการสนทนากลุ่มผู้วิจัยดำเนินการจัดการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ (Moderator) และจดบันทึกด้วย และให้ผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้จดบันทึก (Note taker) เพื่อได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด และมีผู้ช่วยเหลือ (Assistant) บันทึกเสียงช่วยในการบันทึกตลอดการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน แนวคำถามที่ใช้ในการการสนทนากลุ่มๆละ 5-6 คนครั้งละ 45-60 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผู้วิจัยมาจัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์สอดคล้องกัน

1.2 แหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงาน (knowledge triggered) โดยทบทวนจากตำรา บทความเชิงวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยครอบคลุมอุบัติการณ์ ลักษณะอาการ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ การประเมินและการจัดการ

ระยะที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence supported phase) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นแนวทางในการสร้าง และการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โดย

1. การตั้งประเด็นคำถามที่ชัดเจน ค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประเด็นของงานวิจัยตามกรอบ PICO

P: Population = ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก
I: Intervention = แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน
C: Compare = มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน
O: Outcome = ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก

2. กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูล ดังนี้ ดัชนีในวารสารสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในห้องสมุด มหาวิทยาลัยต่างๆในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ของศูนย์บริการสารสนเทศทางเทคโนโลยี และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health science electronic database) ผ่านทาง ระบบข้อมูลที่มีบริการในห้องสมุด ได้แก่ CINAHL, ProQuest, Medical library, Cochrane library, MEDLINE, ScienceDirect, Academic Search Elite และ JBI library

3. เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์สอดคล้องและตรงประเด็นปัญหาที่ต้องการพัฒนา ผู้วิจัยได้กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นคือ คือ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหัก การป้องกัน การจัดการ ปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล delirium, the elderly, hip fracture, prevention, nursing, intervention, management, risk factors และ development of clinical guidelines

4. กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์

4.1 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ 1) Clinical practice guideline, Evidence-based practice, Nursing practice guideline และ Policy เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2001-2023 2) งานวิจัยทุกระดับ ทั้งงานวิจัยที่เป็น Meta-analysis, Systematic review, Experimental study, Analytical study และ Expert's opinions เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

4.2 กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกออกของหลักฐานเชิงประจักษ์ คือ ค้นหาไม่พบฉบับเต็ม

5. คณะผู้วิจัยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกเป็นผู้ตัดสิน และตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้เพื่อนำมาใช้ในการยกร่างแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

6. การประเมินระดับความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น โดยใช้เกณฑ์ของ JBI-Levels-of-evidence (2014) ประกอบด้วย ระดับ 1 วิจัยเชิงทดลอง (Experimental Design) ระดับ 2 วิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Designs) ระดับ 3 Observational-Analytic Designs ระดับ 4 Observational-Descriptive Studies และ ระดับ 5 ฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion & Bench Research) และการจัดระดับความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ระดับ A สามารถนำไปใช้ได้เลย ระดับ B สามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์อีกเล็กน้อยและระดับ C ข้อเสนอแนะสามารถนำไปใช้ได้ แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์อีกมาก

7.นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อยกร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน

8.นำร่างแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมาปรับแก้ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพทางการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) ด้านการนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013)

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ (Evidence- observed phase) โดยดำเนินการ ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ

1. พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยกระดูก กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ และลักษณะเกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

2. ผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในศัลยกรรมกระดูก จำนวน 2 หอผู้ป่วย ระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2565 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาในศัลยกรรมกระดูก 3) เข้าใจภาษาไทย 4) ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้าและเป็นโรคทางจิตเวชตั้งแต่ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เครื่องมือวิจัย

1.แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ มีจำนวน 6 ข้อ 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

2. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 5 หมายถึงมากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด จำนวน 6 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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เท่ากับ 0.90 หลังจากนั้นนำมาปรับแก้ก่อนให้ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 3 ท่าน ได้แก่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล 1 ท่าน พยาบาลผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับคุณภาพทางการพยาบาล 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติโดยใช้ The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2013) ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ได้คะแนนร้อยละ 93.33 2) ด้านการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนร้อยละ 82.33 3) ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนร้อยละ 87.63 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ ได้คะแนน ร้อยละ 93.33. 5) ด้านการนำไปใช้ได้คะแนนร้อยละ 77.25 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้คะแนน ร้อยละ 86.00

2.แบบสอบถามความคิดเห็นความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติฯ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า CVI เท่ากับ 0.90 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.84

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ค่า IOC เท่ากับ 0.93 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมโรงพยาบาลลำปาง รหัสหนังสือรับรองเลข EC 13/63 ลงวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และต่ออายุรหัสหนังสือรับรองเลข EC 89/64 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของอาสาสมัคร อาสาสมัครมีความเป็นอิสระใน การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย หลังจากได้รับข้อมูลครบถ้วน ผู้วิจัยไม่เปิดเผย ความลับของอาสาสมัคร ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมไม่สามารถโยงไปถึงอาสาสมัครได้ ข้อมูลการวิจัยจะเก็บไว้เป็นเวลา 1 ปี ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากนั้นจะขออนุญาตทำลาย ด้านหลักความยุติธรรม การคัดเลือกอาสาสมัครใช้การสุ่ม ด้านหลักการได้ประโยชน์ อาสาสมัครแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระ และจะถูกนำไปใช้ปรับปรุงระบบบริการซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ

ผลการวิจัย

1.พัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง

1.1 การค้นหาประเด็นปัญหา (Evidence trigger phase) โดยศึกษาสถานการณ์ปัญหา สิ่งที่คาดหวังกับสถานการณ์ที่เป็นจริง เงื่อนไขที่ส่งผลต่อการปฏิบัติของพยาบาล เป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการจัดการแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลลำปาง จากการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน เพศหญิงทั้งหมด อายุเฉลี่ย 44.65 ปี (S.D. =1.78) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 70 และ ปริญญาโทร้อยละ 30 การพยาบาลผู้สูงอายุ ร้อยละ 10 และระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักเฉลี่ย 23.42 ปี (S.D. =2.23) สถานการณ์ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอาการและอาการแสดงส่วนใหญ่ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะมีการรับรู้เปลี่ยนแปลงไป เช่น มีความผิดปกติด้านแบบแผนความคิด ความจำ การแสดงออกของพฤติกรรมและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป สนใจต่อตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง เริ่มมีอาการการแปลกๆ เช่นนั่งพูดคนเดียว กระวนกระวายหรือก้าวร้าว บางรายซึมหลับ บางรายรู้สึกตัวดีแต่ไม่สามารถปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราวได้ เป็นต้น อาการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมง/วัน จะมีอาการขึ้นๆ

ลงๆเกิด มักเป็นในช่วงเวรบ่าย-ดึก ทั้งที่เมื่อแรกรับเข้ารักษาผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พยาบาลมักจะรับรู้ เพราะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/พยาบาล ดึงสายสวนปัสสาวะ/สายให้น้ำเกลือหรืออุปกรณ์การรักษาอื่นๆ เสี่ยงต่อการพลัดตกจากเตียง และบางครั้งทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ เป็นต้น มักจะเริ่มมีภาวะสับสนเฉียบพลันในวันที่ 2-3 ของการอยู่ในโรงพยาบาลและจะค่อยๆดีขึ้น และยังพบปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันคือ ปัจจัยเดิมที่ทำให้พบอาการได้บ่อย ได้แก่ อายุยิ่งมากขึ้น เพศชายเกิดบ่อยกว่าเพศหญิง บกพร่องการมองเห็น-ได้ยิน การจำกัดความเคลื่อนไหว มีโรคร่วมหลายโรค กระดูกหัก การบาดเจ็บและการได้รับยากลุ่มจิตเภทที่ใช้ต่อเนื่อง และปัจจัยกระตุ้นที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้แก่ การติดเชื้อ การผ่าตัด การจำกัดการเคลื่อนไหว (การใส่ Traction, การคาสายสวน) การเปลี่ยนที่อยู่หรืออยู่ในที่ที่ไม่คุ้นเคย การนอนไม่หลับ เครียดและอาการปวด

1.2 ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักกับภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันถึงมากกว่าร้อยละ 50 พบในผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหัก และถ้าได้รับการผ่าตัดจะมีโอกาสเกิดมากขึ้น เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะส่งผลให้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การวินิจฉัยและการรักษาอาการสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นการใช้ประสบการณ์และไม่มีข้อแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาที่ชัดเจน เป็นผลให้เกิดการวินิจฉัยที่ขาดหายไปหรือมีการรักษาที่ล่าช้าหรือไม่จำเป็นในบางกรณี

1.3 กระบวนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ถูกรับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะสับสนฉับพลัน หรือมีการตรวจวินิจฉัยล่าช้า ถึงแม้จะพบอาการที่เข้าได้กับภาวะสับสนฉับพลัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลรักษาและการให้การพยาบาลที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพได้ โดยบ่อยครั้งที่พบผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันต่อการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ทำให้การฟื้นหายช้าลงและระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

1.4) ปัญหาที่พบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการภาวะสับสนเฉียบพลัน พบว่า

1.4.1 บุคลากรทางการพยาบาลต้องใช้เวลาในการให้การพยาบาลมากขึ้น มีภาระงานเพิ่มขึ้นในขณะที่อัตรากำลังมีอยู่จำกัดในการดูแลผู้ป่วย

1.4.2 พยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ไม่มีการประเมินอาการเนื่องจากขาดความรู้และไม่ได้รับการฝึกในการใช้เครื่องมือ รวมถึงขาดแนวทางในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและการจัดการ การพยาบาลที่ให้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการให้การพยาบาล

1.4.3 ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุเป็นปัญหาจริงในหน่วยงานแต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วๆไป และบุคลากรสุขภาพยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยสูงอายุมากนั้น

1.4.4 พยาบาลต้องการเครื่องมือสำหรับการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันและแนวทางการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่สามารถใช้ทางคลินิกได้สะดวกแต่มีความไวต่อการบ่งชี้อาการ ให้การพยาบาลเพื่อจัดการและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้

2. ผลการทบทวนแหล่งความรู้ที่เกี่ยวข้องปัญหาที่ได้จากการปฏิบัติงานในข้อ 1 ทำให้ผู้วิจัยได้ประเด็นที่เชื่อมโยงเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องที่มีความชัดเจนในการสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักรับการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลได้ สามารถสรุปเป็นประเด็นสกัดองค์ความรู้โดยจำแนกตามกรอบแนวคิดได้ 3 ประเด็น ได้แก่ คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การ

ดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา จึงดำเนินการต่อไปในระยะที่ 2 เพื่อสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามที่ต้องการ

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

1.ผลการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเมื่อรวบรวมข้อมูลจากการหลักฐานที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์และสกัดเป็นวิธีปฏิบัติทางคลินิกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 23 เรื่องนำไปผ่านการประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เกณฑ์ของ JBI-Levels-of-evidence (2014) ประกอบด้วย วิจัย 9 เรื่องโดย มีระดับ 1d จำนวน 3 เรื่อง, ระดับ 2 จำนวน 6 เรื่อง (ระดับ2a จำนวน 1 เรื่อง,ระดับ 2c จำนวน 2 เรื่อง และระดับ 2d จำนวน 3 เรื่อง) แนวปฏิบัติทางคลินิก 6 เรื่อง (ระดับ 3a) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (4a) ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 1 เรื่อง (ระดับ 5c) และบทความวิชาการ 5 เรื่อง และการจัดระดับความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้ง 23 เรื่องไปใช้ส่วนใหญ่อยู่ระดับ A (นำไปใช้ได้เลย) คิดเป็นร้อยละ 78.26 และระดับ B (นำไปใช้ได้แต่ต้องมีการเตรียมบุคลากรและอุปกรณ์) ร้อยละ 21.74 จากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมทั้งหมด คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์พบประเด็นความรู้ที่สามารถนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก สามารถสรุปเป็นประเด็นสกัดองค์ความรู้โดยจำแนกตามกรอบแนวคิดได้ 3 ประเด็น ได้แก่ คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา

แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงในเนื้อหา เท่ากับ 0.90 และความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการนำไปใช้ในการปฏิบัติด้วย AGREE II ผ่านเกณฑ์ประเมินโดยภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 86.65 ภายหลังจากการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอาการ และปัจจัยเสี่ยง (assessment) 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง (prevention) และ 3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน (therapeutic) ด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินอาการ อาการแสดงและปัจจัยเสี่ยง (Assessment) ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ 1) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Cognitive impairment) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุทุกรายตั้งแต่แรกรับ (ภายใน 24 ชั่วโมง) และตลอดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย (Milisen,2001;Guthrie et al.,2018; Jing et al., 2022) โดยใช้แบบประเมิน Thai Mental State (TMSE) (Chutchawan et al.,2018) เป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อประเมินการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วยคำถาม 6 ส่วน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language and Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน สามารถแปลผลได้ ดังนี้ คือ คะแนน > 23 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.1), คะแนน ≤ 23 คะแนน หมายถึง มีภาวะ Cognitive impairment (A1.2) และ 2) การประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ

การจัดการปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.1)

ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (คะแนน TMSE > 23 คะแนน) ดำเนินการในขั้นตอนย่อยที่ 2 คือ การประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ โดยขั้นตอนย่อยที่ 2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการ การประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและจัดการแก้ไขตลอดจนป้องการ โดยประเมิน 10 ปัจจัยเสี่ยง (HCOASC,2006;

Sogprasert et al., 2015; Chutchawan et al.,2018; Chanthabut & Khiachanaj.2020; Kaveenuntachai et al., 2020; Sala et al., 2022) ในผู้สูงอายุทุกราย ตั้งแต่แรกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ภายใน 24 ชั่วโมง) เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและ วางแผนจัดการกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 1 การพร่องการรู้คิดและการรับรู้ มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004; Chutchawan et al.,2018; Guthrie et al.,2018; Chanthabut & Khiachanaj,2020; Jing et al., 2022; Lundström et al.,2005) ดังนี้

1.1 ประเมินการรู้คิด การรับรู้ และระดับความรู้สึกตัวในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับและต่อเนื่อง โดยใช้ TMSE

1.2 เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและญาติที่เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ และบุคคล

1.3 สื่อสารโดยใช้ภาษาที่นุ่มนวล เข้าใจง่าย ชัดเจน มีการสบตาและเรียกชื่อผู้สูงอายุทุกครั้ง

1.4 จัดบุคลากรคนเดิมในการให้พยาบาลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความคุ้นเคยกับผู้ให้การดูแล

1.5 ลดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยอย่างฉับพลัน เช่น การย้ายห้องหรือ การเปลี่ยนเตียงผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

1.6 จัดให้มีสิ่งของที่ผู้ป่วยคุ้นเคยอยู่ในห้อง (Martinez et al.,2012) เช่นหมอนที่ผู้ป่วยเคยใช้อยู่ที่บ้าน วิทยุที่ผู้ป่วยเคยฟัง การจัดให้มีรูปของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ 2 การพร่องการมองเห็นและการได้ยิน ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันพบมีปัญหาเรื่องสายตาและการได้ยินกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุที่รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉพาะในช่วง 1-5 วันแรก มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Ngamkala et al.,2018; Chutchawa et al.,2018) ดังนี้

2.1 ตรวจคัดกรองและประเมินสายตาและการได้ยินในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับทุกรายโดยการตรวจวัด สายตา การตรวจลานสายตา

2.2 การตรวจการได้ยินโดยการซักประวัติปัญหาการได้ยิน ประวัติการใช้ยาบางชนิดที่มีพิษต่อประสาทหู เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่ม aminoglycosides หรือยาขับปัสสาวะ เป็นต้น และการตรวจหูชั้นนอกและแก้วหู

2.3 หากพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมองเห็นหรือการได้ยิน ควรจัดวางแว่นตา เครื่องช่วยฟัง หรือสิ่งของที่ช่วยสำหรับการมองเห็นและการได้ยินให้พร้อมใช้เสมอ และวางไว้ใกล้ตัวผู้สูงอายุ

2.4 สนทนากับผู้สูงอายุควรใช้คำพูดที่ชัดเจน โดยเป็นคำง่าย ๆ ด้วยน้ำเสียงทุ้ม และให้เวลาผู้สูงอายุได้มีเวลาโต้ตอบกลับ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 3 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำ/เกลือแร่/ภาวะทุพโภชนาการ /ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คือ ภาวะขาดสารน้ำหรือเกลือแร่ ที่พบบ่อยคือโซเดียมในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ และแคลเซียมในเลือดสูง มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Guthrie et al., 2018) ดังนี้

3.1 ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากการซักประวัติ ผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร อาการท้องผูก โรคประจำตัว เช่น โรคไต เบาหวาน ประวัติการได้รับยา เช่น ยาขับปัสสาวะ หรือยาลดความดัน และประเมินการดื่มน้ำของผู้สูงอายุ

3.2 หากไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารน้ำหรือแผนการรักษา ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ จิบน้ำบ่อย ๆ หรืออาจจะจัดเป็นตารางเวลาสำหรับดื่มน้ำ (Kaveenuntachai et al.,2020) หรือพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำร่วมด้วย

3.3 ส่งเสริมภาวะโภชนาการและการจัดการให้ผู้สูงอายุได้รับสารน้ำ เกลือแร่ให้อยู่ในภาวะสมดุล

ปัจจัยเสี่ยงที่ 4 การภาวะขาดออกซิเจน ภาวะพร่องออกซิเจนมักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันได้ถึง ร้อยละ 17 และเป็นอาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาลมากที่สุด มีแนวทางป้องกันและจัดการ (Ngamkala et al.,2018) ดังนี้

4.1 ควรค้นหาปัจจัยและประเมินการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

4.2 ควรตรวจสอบสัญญาณชีพและตรวจวัดความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง

4.3 ดูแลจัดท่าที่ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนออกซิเจนอย่างเพียงพอ

4.4 ให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้สูงอายุตามแผนการรักษา ติดตามผล ถ่ายภาพรังสีทรวงอกและอาการเป็นระยะๆ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 5 การภาวะติดเชื้อ ร้อยละ 65 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมักจะพบว่ามีภาวะติดเชื้อในร่างกาย และมาโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อย มีไข้ ถ่ายอุจจาระเหลว และติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ (Guthrie et al., 2018)แนวทางป้องกันและจัดการ ได้แก่ ประเมินภาวะติดเชื้อในผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ปัจจัยเสี่ยงที่ 6 การเคลื่อนไหว/การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุหรือการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะ สับสนเฉียบพลันได้ แนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004;Guthrie et al., 2018; Kaveenuntachai et al.,2020) ดังนี้

6.1 ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เทล ร่วมกับประเมินประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี

6.2 ถ้าผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพา ควรป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วยการติดสัญลักษณ์ที่แฟ้มประวัติ เพื่อให้บุคลากรในทีมได้ทราบและเฝ้าระวัง

6.3 ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา จัดให้ผู้ดูแลหรือญาติดูแล อย่างใกล้ชิด หากมีอาการสับสนเฉียบพลันให้รีบแจ้ง พยาบาลทันที

6.4 หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้สูงอายุ และผูกยึดเมื่อจำเป็น

6.5 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง

6.6 กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตะแคงตัว (Laohatanakom & Jaramillo, 2023)

6.7 ควรมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารข้อต่อต่าง ๆ ด้วย ตัวเอง หรือในรายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เองควรช่วยเหลือการบริหารข้อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ปัจจัยเสี่ยงที่ 7 ความเจ็บปวดผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดจากข้อสะโพกหักหรือการทำหัตถการต่าง ๆ พบว่าระดับความปวดมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Milisen et al.,2001; Guthrie et al., 2018) แนวทางป้องกันและจัดการ (Laohatanakom & Jaramillo, 2023). ดังนี้

7.1 ประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมินความปวด ตั้งแต่แรกรับและทุก 4 ชั่วโมง

7.2 ค้นหาสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของความปวด และสังเกตอาการที่อาจจะแสดงออกถึงความเจ็บปวดโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถบอกอาการได้เอง หรือมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

7.3 การจัดการความปวดมีทั้งแบบใช้ยาและแบบไม่ใช้ยา หากประเมินคะแนนความปวดได้น้อยกว่า 4 คะแนน ให้การพยาบาลโดยวิธีการผ่อนคลาย หากคะแนนความปวดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น ยากลุ่ม opioids รวมถึงติดตามผลข้างเคียงของ ยาแก้ปวด หากอาการปวดไม่ดีขึ้นควรพิจารณารายงานแพทย์

ปัจจัยเสี่ยงที่ 8 การใช้ยาร่วมกันหลายตัว/ยาที่มีความเสี่ยง ผู้สูงอายุที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลและมีภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่มีการใช้ยารวมกันมากกว่า 5 ชนิด หรือยาที่มีความเสี่ยง ได้แก่ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ยาต้านเกร็ดเลือด และยากลุ่ม Benzodiazepines แนวทางป้องกันและจัดการ (Guthrie et al., 2018; Kaveenuntachai et al.,2020; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ ประเมินและบันทึกการใช้ยารวมกันหลายชนิดหรือยาที่มีความเสี่ยง และปรึกษาเภสัชกรหรือ ทีมสุขภาพเพื่อพิจารณาการใช้ยาในผู้สูงอายุเท่าที่จำเป็นหรือใช้ยาตัวอื่นแทน

ปัจจัยเสี่ยงที่ 9 การนอนไม่หลับและพักผ่อนไม่เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ไม่สามารถนอนหลับอย่างมีคุณภาพและพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Hshieh et al.,2015) แนวทางป้องกันและจัดการ (Inouye, 2004; Hshieh et al.,2015; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ ประเมินและซักถามประวัติเกี่ยวกับปัญหาการนอนและการใช้ยานอนหลับในผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการนอนกลางวันมากเกินไป กระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมและจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอน

ปัจจัยเสี่ยงที่ 10 ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันส่วนใหญ่พบเป็นประเภทตื่นตัว มีพฤติกรรมวุ่นวาย สับสน ส่งเสียงดัง ก้าวร้าว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน ผู้สูงอายุบางรายอาจจะดึงสายต่าง ๆ ที่สอดใส่ไว้ในตัวผู้ป่วยเพื่อการ รักษาพยาบาลโดยไม่ได้ตั้งใจ หรือพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น มีแนวทางป้องกันและจัดการ ดังนี้

10.1 ประเมินพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ

10.2 ค้นหาปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดและจัดการลดสิ่งกระตุ้น

10.3 การจัดการในขณะที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่ควรโต้ตอบหรือโต้แย้งใด ๆ หรือไม่ควรแสดงอาการหงุดหงิดไม่พอใจออกมา เพราะ จะยิ่งทำให้ไปกระตุ้นผู้ป่วยมีปฏิกิริยาที่ฉุนเฉียวมากขึ้นและควรอธิบายให้ผู้ดูแลหรือญาติได้เข้าใจเกี่ยวกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และให้ญาติ ดูแลเป็นเพื่อนอยู่ ใกล้ ๆ

การจัดการปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Cognitive impairment (A1.2)

ผู้ป่วยที่มีภาวะ Cognitive impairment (คะแนน TMSE ≤ 23 คะแนน) ต้องแยกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ไม่ใช่เกิดอาการเป็นครั้งแรก ต้องวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่ม Dementia Depression Other neurological หรือ psychiatric และกลุ่มที่ 2 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกิดอาการเป็นครั้งแรก พยาบาลปฏิบัติโดยการประเมินและจัดการ10 ปัจจัยเสี่ยงภาวะสับสนเฉียบพลัน และประเมินเพื่อคัดกรองและประเมินหาภาวะสับสนเฉียบพลันให้ได้เร็วที่สุดด้วยวิธี 2 ขั้นตอน (Tabet et al., 2005; Methavasin, 2018; Chanthabut & Khiachanaj, 2020; Malasri & Thurapra, 2020) ดังนี้

<u>ขั้นตอนที่ 1</u> : การประเมินภาวะง่วงซึมและกระวนกระวาย ด้วย The Richmond Agitation and Sedation Scale : The RASS แบบประเมินภาวะง่วงซึม กระวนกระวาย (The Richmond Agitation and Sedation Scale: RASS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับความกระวนกระวายและ การง่วงซึม มี 10 ระดับคะแนนตั้งแต่ - 5 ถึง +4

ถ้า RASS เป็น – 4 หรือ – 5 ให้หยุดประเมิน และประเมินผู้ป่วยซ้ำในเวลาต่อไป

ถ้า RASS มากกว่า – 4 (- 3 ถึง + 4) ให้ดำเนินงานต่อในขั้นตอนที่2

<u>ขั้นตอนที่ 2</u> : การประเมินภาวะสับสน ด้วยแบบประเมินภาวะสับสนฉบับภาษาไทยแบบสั้น (The Confusion Assessment Method Thai: CAM-T) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนามาจากเกณฑ์การ วินิจฉัย DSM-IIIR criteria CAM-Tสามารถคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันได้เครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย และใช้เวลาในการประเมินไม่นานมาก ประมาณ 1-2 นาที มีความไวร้อยละ 91.9

และมีความเฉพาะเจาะจงร้อยละ 100 (Wongpakaran et al.,2011; Chutchawan et al., 2018).) ไม่จำเป็นต้องใช้จิตแพทย์ในการ ประเมิน และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน (Yuwapattanawong & Leungratanamart, 2016)

ลักษณะที่ 1 : การเริ่มต้น เกิดขึ้นอย่างฉับพลันหรือมีทิศทางขึ้นๆ ลงๆ

ลักษณะที่ 2 : การไม่ตั้งใจ

ลักษณะที่ 3 : การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกสติ

ลักษณะที่ 4 : ความคิดไม่เป็นระบบ

มีลักษณะ 1และ2 ร่วมกับ ลักษณะ 3 หรือ 4 = Delirium

รายงานแพทย์หรือทีมสุขภาพเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุทุกกรณี (proactive geriatrics consultation) (Marcantonio et al., 2001, Jing et al., 2022)

การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันด้วยแนวทางรักษาทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุต้องใช้วิธีการแบบผสมผสาน เนื่องจากสาเหตุการเกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันนั้นส่วนใหญ่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายของการจัดการนั้นต้องขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้วยการไม่ใช้ยา และการจัดการด้วยใช้ยา (Chanthabut & Khiachanaj,2020; Kaveenuntachai et al.,2020; Methavasin, 2020)

1. การจัดการโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอันดับแรกที่ควรเลือกใช้และได้ผลทั้ง ในด้านการป้องกันและการรักษา (Rivosecchi et al.,2015; Hshieh et al.,2015; Laohatanakom & Jaramillo, 2023) ได้แก่ 1) ค้นหาและจัดการปัจจัยทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น 2) การจัดการเรื่องการรับรู้ ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อกระตุ้นการรับรู้กาล เวลา สถานที่และบุคคล 3) ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น การลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด การ พลิกตะแคงตัว ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง 4) หลีกเลี่ยงการผูกยึด 5) พยาบาลสร้างทัศนคติที่ดีต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ยอมรับความรู้สึก กลัวและความรู้สึก ต่างๆ ของผู้สูงอายุ อนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนา เพื่อลดความวิตกกังวล พยาบาลต้องสร้างความ มั่นคงทางอารมณ์ของตนเอง ความมีเหตุผลไม่โต้แย้ง ตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเนื้อหา ของความหลงผิดหรือประสาทหลอน ตระหนักและยอมรับในการรับรู้ของผู้สูงอายุ 6) การสื่อสารให้ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นและสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต 7) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอาการสับสน การจัดการดูแลได้แก่ ให้ผู้สูงอายุตัดสินใจน้อยที่สุด ติดตั้งสัญญาณสำหรับติดต่อเจ้าหน้าที่ การเข้าหาผู้สูงอายุต้องเข้าด้านหน้าอย่างช้าๆ และนิ่มนวล ไม่คุกคาม สื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยภาษาง่ายๆ ตรงไปตรงมาเป็นขั้นตอน และให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลันทั้งอาการ และอาการแสดง การรักษาและการป้องกัน 8)ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและญาติ (Laohatanakom & Jaramillo, 2023; Martinez et al.,2012)

2. การจัดการด้วยการใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ชนิด Hyperactive delirium คือกลุ่ม Antipsychotics เช่น Haloperidol, Risperidone เพราะออกฤทธิ์ต้าน Anticholinergic ต่ำ ส่วนการใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine มีผลให้ผู้สูงอายุสงบลงแต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไปและกระตุ้นให้เกิด ภาวะสับสน เฉียบพลันมากขึ้น การจัดการโดยการใช้ยาและยาที่ควรเลือกใช้ได้แก่ (Jing et al., 2022; Laohatanakom & Jaramillo, 2023)

2.1 ยาที่ต้องหลีกเลี่ยง เพราะจะให้delirium รุนแรงขึ้นได้แก่ – Benzodiazepines โดย เฉพาะ

diazepamทั้งยาฉีดและยารับประทาน ซึ่งมักนำมาใช้โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยหลับหรือสงบระงับอย่าง รวดเร็ว แต่ไม่ทำให้อาการสับสนหายไป และกระตุ้นให้เกิด ภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น นอกจากนี้ยาที่ควร หลีกเลี่ยง ได้แก่ opioid และยาระงับประสาท (sedative) เช่น dexmedetomidine, midazolam, lorazepam

2.2 ยารักษาทางจิตประสาทรุ่นที่1 (first generation antipsychotic) ได้แก่ haloperidol เป็นยาที่สมาคมแพทย์วิกฤต (Society of Critical Care Medicine; SCCM) แนะนำให้ใช้ในรายที่กระสับกระส่าย กระวนกระวายมากใช้ได้ทั้งชนิดกินและฉีด ขนาดที่ใช้ในผู้ใหญ่ 2-10 มก./วัน และในผู้สูงอายุให้ 0.5-5 มก./วัน หลังจากภาวะสับสนเฉียบพลันหายไป ควรให้ยาต่ออีกประมาณ 3-5 วัน โดยค่อยๆลดขนาดยาลง

2.3 ยารักษาจิตประสาทรุ่นที่2 (second-generation; Atypical antipsychotic drug)

2.3.1 Risperidone 0.5-1 มก.ชนิดกิน ทุก12 ชั่วโมง

2.3.2 Olanzapine 2.5 มก. ชนิดกินก่อนนอน Olanzapine เป็นยาที่ใช้รักษาทางเลือกที่ใช้ แทน haloperidol ได้

2.3.3 Quetiapine 25 มก. ชนิดกิน ทุก12 ชั่วโมงและเพิ่มขนาดอีก25 มก. ทุก24ชั่วโมง (ไม่ เกิน 800 มก./วัน) ในกลุ่ม second generation psychotic agents เป็นยาทางเลือกที่ใช้แทน haloperidol ในการรักษาภาวะสับสนเฉียบพลันได

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริง การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักไปทดลองใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุมีกระดูกสะโพกหักในหอผู้ป่วย จำนวน 19 คน เพศหญิง 15 คนคิดเป็นร้อยละ 78.95 เพศชาย 4 คน คิดเป็นร้อยละ 21.05 อายุเฉลี่ย 78.11 (SD=7.26) โดยพยาบาลวิชาชีพประจำการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกออร์โธปิดิกส์ จำนวน 20 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี มีอายุเฉลี่ย 38.4 ปี (S.D. = 8.96) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกออร์โธปิดิกส์เฉลี่ย 16.25 ปี (S.D. = 9.35) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงวัยเฉลี่ย 15.15 (S.D. = 8.42) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 1 และความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากที่สุดรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของพยาบาล (n = 20)

ความคิดเห็น	mean	S.D.	การแปลผล
1.ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ	4.40	0.50	มาก
2.ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติทางคลินิกทำให้เข้าใจตรงกัน	4.25	0.64	มาก
3.ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.80	0.41	มากที่สุด
4.การนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้จะช่วยให้หน่วยงานสามารถประหยัดและลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	4.70	0.57	มากที่สุด
5.แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	4.85	0.37	มากที่สุด
6.ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.90	0.31	มากที่สุด
รวม	**4.65**	**0.47**	**มากที่สุด**

จากตารางที่ 1 พบว่า ความคิดเห็นความเป็นไปได้ของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.65, S.D. = 0.47) โดยข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน (mean = 4.90, S.D. = 0.31) รองลงมา แนวปฏิบัติทางคลินิกสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ (mean = 4.85, S.D.=0.37) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลลำปาง (n = 20 คน)

ความคิดเห็น	mean	S.D.	ความพึงพอใจ
1.ท่านเข้าใจและรู้เรื่องเกี่ยวกับแนวปฏิบัติทางคลินิก	4.15	0.37	มาก
2.ความพึงพอใจของท่านต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในสถานพยาบาลของท่าน	4.00	0.56	มาก
3.ท่านรู้สึกว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกได้สร้างความปลอดภัยและเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ท่าน	4.50	0.69	มาก
4.ท่านพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้การดูแลของท่านมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.60	0.68	มากที่สุด
5.ท่านรู้สึกว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยของท่านให้ดีขึ้น	4.80	0.41	มากที่สุด
6.ระดับความพึงพอใจของท่านต่อการเข้าถึงและการใช้งานแนวปฏิบัติทางคลินิก	4.85	0.37	มากที่สุด
รวม	**4.48**	**0.51**	**มาก**

จากตารางที่ 2 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.48, S.D. = 0.51) โดยข้อที่มีความคิดเห็นตรงกันมากที่สุด ได้แก่ ระดับความพึงพอใจของท่านต่อการเข้าถึงและการใช้งานแนวปฏิบัติทางคลินิกในระดับดีมาก (mean = 4.85, S.D. = 0.37) รองลงมา คือท่านรู้สึกว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยของท่านให้ดีขึ้น (mean = 4.80, S.D.=0.41) ตามลำดับ

อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปาง ในครั้งนี้มีการ อภิปรายผลการวิจัย เป็น 3 ประเด็นคือ 1) การพัฒนาของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก 2) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ดังนี้

1.การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางฉบับนี้มีลักษณะเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เน้นการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มี

กระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอาการ อาการแสดง และปัจจัยเสี่ยง 2) การจัดการปัจจัยเสี่ยง และ3) การดูแลภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยแนวทางการดูแลทั้งที่ไม่ใช้ยากับใช้ยา จุดเด่นแนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ คือ เน้นการการตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (early detection) เพื่อวินิจฉัยอาการและอาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Cognitive impairment) การประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของผู้สูงอายุทุกรายตั้งแต่แรกรับ จำแนกกลุ่มเพื่อจัดชุดกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันและการจัดการชุดกิจกรรมเป็นการใช้เฉพาะกิจกรรมทางการพยาบาลหลายรูปแบบในการดูแล ป้องกัน แนวปฏิบัตินี้ใช้หลักการในการค้นหาปัจจัยเสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มความระวังในการหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)

แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้มีคุณภาพสูง จากคะแนน AGREE II โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 86.65 โดยทั่วไปคะแนนที่มากกว่าร้อยละ 70 ถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูง (AGREE-HS Research Team, 2018) แนวปฏิบัตินี้สามารถนำมาใช้ได้จริงและน่าจะได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น เนื่องจากถูกพัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของชูคัพ ที่เชื่อว่าแนวปฏิบัติที่ดีต้องสร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในช่วงเวลานั้น มีความน่าเชื่อถือ ทันสมัย การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โดยมีคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ประสบการณ์ในหน่วยงานเป็นผู้นำประชุม ให้ผู้ร่วมประชุมทั้ง 10 ท่านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โดยเฉลี่ย 23.42 ปีและ 1 ท่านสำเร็จการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ช่วยกันวิเคราะห์ ซักถามปัญหาและนำเสนอสรุปปัญหาที่พบ และข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้การพยาบาลที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นการกระตุ้น ให้ผู้ปฏิบัติเห็นความสำคัญในการพัฒนางานที่ทำอยู่เป็นประจำในสภาพการณ์จริงที่ ได้จากการระดมสมองและการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้องค์ประกอบที่สำคัญของแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก (Soukup, 2000) หลักการและขั้นตอนสำคัญของกระบวนการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) ไปปฏิบัตินั้นมีความเป็นสากลและใช้ได้กับทุกสาขาวิชาด้านสุขภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอแนะการพัฒนาแนวปฏิบัติของ Saunders et al. (2019) จะช่วยแนะนำการบูรณาการหลักฐานที่ดีที่สุดเข้ากับการตัดสินใจทางคลินิกของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพสูงขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีขึ้น มีแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนาขึ้นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเมื่อนำใช้กับผู้ป่วยจริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เช่น แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำแนกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะฟื้นฟูสภาพหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมผู้ป่วย 16 รายที่มีอายุเฉลี่ย 72.75 ปี พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปใช้ในคลินิกได้ โดยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งกลับบ้านลดลงจากก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 17.4 วันเป็น 13.6 วัน และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่หลังผ่าตัดจนกระทั่งกลับบ้านเฉลี่ยเท่ากับ 7.75 วัน (Rodsup & Suwintharakorn, 2013) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในโรงพยาบาลพุทธโสธร จังหวัดฉะเชิงเทราและนำไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีการรับรู้ความพร้อมต่อการออกจากโรงพยาบาลและพฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบเดิม (0 < .05) ตามลำดับ มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า (P < 05) และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามรูปแบบเดิม 4.33 เท่า (OR - 4.33; 95% CI =1.04-1.99) พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนว

ปฏิบัติการพยาบาลมีความคิดเห็นว่าสามารถนำแนวปฏิบัติ นี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลพุทธโสธรได้ในระดับมากและมากที่สุด ผลการวิจัยนี้สหวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพและมีการฟื้นหายอย่างสมบูรณ์ กลับไปดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Chalanuwat et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์สับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุ และทดสอบประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ที่พัฒนา พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการผ่าตัดมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดลดลงจากร้อยละ 15.20 เหลือร้อยละ 7.60 และไม่พบภาวะแทรกซ้อน (Sanguanwongwan, et al., 2023) เป็นต้น

2.ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลลำปางโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความคิดเห็นว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความน่าจะเป็นในการนำไปใช้ได้อยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจาก แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมเหมาะสมและตรงกับลักษณะผู้ป่วย สามารถแก้ปัญหาผู้ป่วยและปัญหาของพยาบาลได้จริง น่าจะเกิดผลดีกับผู้ป่วย มีลำดับขั้นตอนการปฏิบัติชัดเจน ในการจัดการแต่ละประเด็น ถึงแม้ว่าแนวปฏิบัติที่มีเนื้อหาสาระจำนวนมาก หลายเรื่องและมีแบบประเมินจำนวนมาก แต่มีการสรุปแนวปฏิบัติเป็นแผนผังสั้นๆ/เส้นทางเดินร่วมกับคู่มือได้อย่างชัดเจนง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ

3.ผลประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลลำปาง พบว่าผู้ใช้แนวปฏิบัตินี้มีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีความคิดเห็นว่าการเข้าถึงและการใช้งานแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากมีแผนผังสั้นๆที่สรุปแนวปฏิบัติทั้งหมดร่วมกับคู่มือได้อย่างชัดเจนง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ นอกจากนี้การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้การติดตามความคืบหน้าและการจัดการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ชุดกิจกรรมแต่ละชุดสามารถปฏิบัติได้จริงหรือเคยปฏิบัติมาแล้ว แต่แนวปฏิบัตินี้จัดเป็นระบบโดยมีคู่มือและแผนผังสั้นๆที่สรุปแนวปฏิบัติ ทำให้การให้การดูแลและติดตามอาการและอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักมีลำดับขั้นตอนดีขึ้น เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล จึงเกิดความพึงพอใจในแนวปฏิบัตินี้ สอดคล้องกับศิริทิพย์ สงวนวงค์วานและคณะที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใช้มากขึ้นกว่าการใช้วิธีเดิมเนื่องจากมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนไปในแนวทางกัน (Sanguanwongwan et al. , 2023)

ข้อเสนอแนะและการนำผลวิจัยไปใช้

1.ควรมีการทำการศึกษาวิจัยเชิงผลลัพธ์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ในผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว คือ อุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน อุบัติการณ์ความเสื่อมในการทำหน้าที่ของสมอง ภาวะสมองเสื่อม (dementia) อัตราทุพพลภาพ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การกลับมารักษาซ้ำและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.ควรมีการนำแนวปฏิบัตินี้ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอื่นๆที่มีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและประเมินผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ตลอดจนปรับแนวปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงานก่อนนำไปใช้จริง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน แต่งานวิจัยนี้กระทำเพียง 3 ขั้นตอน เพื่อให้มีความครอบคลุมและสมบูรณ์แบบของงานวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครบทั้ง 4 ขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

Akechi, T., Okuyama, T., Sagawa, R. & Furukawa, A.T.(2010). Delirium Training Program for Nurses. *Psychosomatics, 51*(2), 106-111.

AGREE-HS Research Team. (2018). *The Appraisal of Guidelines Research & Evaluation-Health Systems (AGREE-HS).* https://www.agreetrust.org.

Arshi, A., Lai, W. C., Chen, C., Chen, J. B., Bukata, S. V., Stavrakis, A. I., & Zeegen, E. N. (2018). Predictors and sequelae of postoperative delirium in geriatric hip fracture patients. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 9, 1-8.

Bellelli, G., Nobili, A., Annoni, G., Morandi, A., Djade, C. D., Meagher, D. I., Maclullich, A. M. J., Davis, D., Mazzone, A., Tettamanti, M., & Mannucci, P. M. (2015). Under-detection of delirium and impact of neurocognitive deficits on in-hospital mortality among acute geriatric and medical wards. *European Journal of Internal Medicine*, 26(9), 696-704.

Chalanuwat, C., Samrit, K., & Thongtanunam, Y., Samartkit, N.(2021). Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Hip Fracture Patients Undergoing Internal Fixation Surgery at Buddhasothorn Hospital, Chachoengsao. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University,29*(4) 2021. (in thai)

Chanthabut,N., & Khiachanaj, K. (2020). Delirium in Elders: Challenges of Nursing Care. *Journal of Health Sciences Boromarajonani College of Nursing Sappasitthiprasong,4*(2) ,21-39. (in thai)

Chutchawan, N., Untaja, P., & Yuroong, A. (2018). The nurses' role in delirium management in older persons. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(2), 103-110. (in thai)

De Jong, L., van Rijckevorsel, V. A. J. M., Raats, W. J., Klem, T. M. A. L., Kuijper, T. M., & Roukema, G. R. (2019). Delirium after hip hemiarthroplasty for proximal femoral fractures in elderly patients: Risk factors and clinical outcomes. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 427-435.

Fick, D. M., Steis, M. R., Waller, J. L., & Inouye, S. K. (2013). Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. *Journal of Hospital Medicine, 8*(12), 500-505.

Galanakis, P., Bickel, H., Gradinger, R., Von Gumppenberg, S., & Förstl, H. (2001). Acute confusional state in the elderly following hip surgery: Incidence, risk factors and complications. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(4), 349-355.

Gamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and risk factors of acute confusional state in hospitalized older patients. Rama Nursing Journal, 24, 138-149. (in thai)

Guthrie, P. F., Rayborn, S., & Butcher, H. K. (2018). Evidence-based practice guideline: Delirium. *The Journal of Gerontological Nursing, 44*(2), 14-24.

Harris, J. M., Brovman, Y. E., & Urman, D. R. (2019). Clinical predictors of postoperative delirium, functional status, and mortality in geriatric patients undergoing non-elective surgery for hip fracture. *Journal of Clinical Anesthesia, 58*, 61-71.

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Travison, T., & Inouye, S. K. (2015). Effectiveness of multicomponent non-pharmacological delirium interventions: A meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 175(4), 512-520. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3286-4.

Inouye, S. K. (2004). A practical program for preventing delirium in hospitalized elderly patients. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 71(11), 890-896.

Inouye, S. K., Foreman, M. D., Mion, L. C., Katz, K. H., & Cooney, J. L. M. (2001). Nurses' recognition of delirium and its symptoms: Comparison of nurse and researcher ratings. Archives of Internal Medicine, 161(20), 2467-2473.

Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. The Lancet, 383(9920), 911-922.

Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2013). Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II. [document on the Internet] 2013. Available from https://www.agree trust.org /wp content/uploads/2017/12/ AGREE - II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009- Update-2017.pdf.

Jing,G.W. , Xie, Q., Tong,J., Liu,L.Z.,Jiang,X.,&Si,L.(2022). Early Intervention of Perioperative Delirium in Older Patients (>60 years) with Hip Fracture: A Randomized Controlled Study. *Orthopaedic Surgery*, 14,(5),885-891.

Johansson, Y. A., Bergh, I., Ericsson, I., & Sarenmalm, E. K. (2018). Delirium in older hospitalized patients-signs and actions: A retrospective patient record review. *BMC Geriatrics, 18*(1), 43.

Kaveenuntachai, D., Akkarawongvisit, J., & Jaiboon, S. (2020). The prevention and management of delirium in hospitalized older adults. Kuakarun Journal of Nursing, 27(1), 162-174.

Kongpitee,K., Augsornwan, D., Setwong, W., Boonrue,N., & Surakulprapa,P. (2020).Incidence and Predictive Factors for Post-operative Delirium among Older People. *Srinagarind Med J, 35*(2),193-198. (in thai)

Laohatanakom, S., & Jaramillo, W. I. (2023). Development and evaluation of clinical practice guidelines for prevention of delirium among critically ill patients, Medicine Ward 3, Lampang Hospital. Journal of Health Sciences and Pedagogy, 3(2), 16-33. (in thai)

Lee, H. J., Hwang, D. S., Wang, S. K., Chee, I. S., Baeg, S., & Kim, J. L. (2011). Early assessment of delirium in elderly patients after hip surgery. *Psychiatry Investigation, 8*(4), 340-347.

Lundström, M., Edlund, A., Karlsson, S., Brännström, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(4), 622-628.

Marcantonio, E. R., Flacker, J. M., Wright, R. J., & Resnick, N. M. (2001). Reducing delirium after hip fracture: A randomized trial. Journal of the American Geriatrics Society, 49(5), 516-522.

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in hospitalized older adults. *The New England Journal of Medicine, 377*(15), 1456-1466.

Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G., & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. Age and Ageing, 41(5), 629-634.

McDaniel, M., & Brudney, C. (2012). Postoperative delirium: Etiology and management. *Current Opinion in Critical Care, 18*(4), 372-376.

Methavasin, K. (2020). Acute confusion, diagnosis, assessment and treatment guidelines. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience, 13*(3), 21-29. (in thai)

Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T., & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: Systematic review. Journal of Advanced Nursing, 52(1), 79-90.

Milisen, K., Foreman, M.D., Abraham, I.L., De Geest, S.,Godderis, J., Vandermeulen, E., et al. (2001). A nurse-led interdisciplinary intervention program for delirium in elderly hip-fracture patients. J Am Geriatr Soc,49(5):523-32.

Mitchell, R., Harvey, L., Brodaty, H., Draper, B., & Close, J. (2017). One-year mortality after hip fracture in older individuals: The effects of delirium and dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 72,* 135-141.

Naughton, B. J., Saltzman, S., Ramadan, F., Chadha, N., Priore, R., & Mylotte, J. M. (2005). A multifactorial intervention to reduce prevalence of delirium and shorten hospital length of stay. *Journal of the American Geriatrics Society, 53*(1), 18-23.

Ngamkala, T., Malathum, P., & Krairit, O. (2018). Incidence and risk factors of acute confusional state in hospitalized older patients. *Rama Nursing Journal, 24*(2), 137-149.

Nguyen, P. V., Pelletier, L., Payot, I., & Latour, J. (2018). The delirium drug scale is associated with delirium incidence in the emergency department. *International Psychogeriatrics, 30*(4), 503-510.

Rivosecchi, R. M., Smithburger, P. L., Svec, S., Campbell, S., & Kane-Gill, S. L. (2015). Non-pharmacological interventions to prevent delirium: An evidence-based systematic review. *Critical Care Nurse, 35*(1), 39-50.

Rizk, P., Morris, W., Oladeji, P., & Huo, M. (2016). Review of postoperative delirium in geriatric patients undergoing hip surgery. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation, 7*(2), 100-105.

Rodsup, L., & Suwintharakorn,O. (2013). Development of the Clinical Nursing Practice Guideline for elderly patients with hip fracture undergoing Total hip Arthroplasty.. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health,21*(1),22-34. (in thai)

Sala, A., Vitali, A., Remelli, F., Zurlo, A., & Volpato, S. (2022). Delirium in hip fractured patients. *Journal of Gerontology and Geriatrics, 70*(4), 1-7.

Sanguanwongwan,S., Prakobsang,K.,Thongmee,S.,Unrattana.K., & Rachiwong,K. (2023). Development of Clinical Nursing Practice Guidelines for Anesthesia to Prevent Postoperative Delirium in Elderly Patients in Sunpasitthiprasong Hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care , 41* (4), 1-18.

Saunders,H., Gallagher-Ford,L., Kvist,T., & Vehvilainen-Julkunee,K. (2019). Practicing healthcare professinals'evidence-based practice competencies: an overview of systematics reviews. *Worldviews Ev Based Nurs, 16*(3),176-185.

Santana Santos, F., Wahlund, L. O., Varli, F., Tadeu Velasco, I., & Eriksdotter Jonhagen, M. (2005). Incidence, clinical features, and subtypes of delirium in elderly patients treated for hip fractures. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 20*(4), 231-237. (in thai)

Sinthusuwan, J. (2010). Factors predicting sudden confusion in the elderly admitted to the ward [Thesis, Master of Nursing Science degree, Department of Nursing for the Elderly, Graduate School, Chulalongkorn University].

Sogprasert, S., Somboontanont, W., Visavajarn, P., & Siritipalorn, N. (2015). The effect of a clinical nursing practice guideline on prevention of delirium among hospitalized elderly patients at a university hospital. *Journal of Nursing Science, 33*(1), 61-68.

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), 301-309.

Srinonprasert, V., Pakdeewongse, S., Assanasen, J., Eiamjinnasuwat, W.,Sirisuwat, A., Limmathuroskul, D., et al.(2011). Risk factors for developing delirium in older patients admitted to general medical wards. *J. Med. Assoc. Thai, 94*,99-104.

Tabet, N., Hudson, S., Sweeney, V., Sauer, J., Bryant, C., Macdonald, A., & Howard, R. (2005). An education intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and Ageing, 34*(2), 152-156.

Virsøe-Frandsen, C. D., Skjold, C., Wildgaard, K., & Møller, A. M. (2022). Preoperative intervention to prevent delirium in patients with hip fracture: A systematic review. *Danish Medical Journal, 69*(7), A09210679.

Wichian, K., & Phanphanit, L. (2017, March 10). Development of nursing practice guidelines to prevent delirium in the elderly admitted to the cardiac intensive care unit at Khon Kaen

Hospital [Presentation]. Academic Conference on Graduate Research Presentations National and International Level.

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T., Bookamana, P., Pinyopornpanish, M., Maneeton, B., Lerttrakarnnon, P., et al. (2011). Diagnosing delirium in elderly Thai patients: Utilization of the CAM algorithm. *BMC Family Practice, 12*(5), 1-5.

Yuwapattanawong, N., & Leungratanamart, L. (2016). Assessment and nursing care of delirium in elderly patients who have undergone surgery. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University, 3*(6), 101-112.

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP

Nursing Care for Patients with Mild Traumatic Brain Injuries: The Role of Emergency Nurses

Phoomin Doungsuriya[1*], Suchart Kreuangchai[**], Piripat Techakanta[*]

(Received: December 14, 2023, Revised: December 17., 2023, Accepted:May 12, 2024)

Abstract

This article aims to: 1) know the importance of assessing mild traumatic brain injury. 2)Guidelines for caring for patients with mild brain injuries who received treatment in the emergency room. The concept of standard care for mild traumatic brain injury care is introduced. Become a guideline for caring for patients with mild brain injuries. That needs to be cared for in the emergency room to prevent secondary traumatic brain injury

Essential care for patients with mild traumatic brain injury who receive treatment in the emergency room includes the pathophysiology of after traumatic brain injury, severity classification, competencies and roles of nurses in caring of patients with mild brain injuries include: initial assessment, monitoring, and discharge from the emergency room to appropriately prevent and reduce the risk of complications from secondary traumatic braininjury.

Keywords: Mild traumatic brain injury, Care, Emergency nurse

[*]*Nurse Instructor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*
[***]*Assistant Professor, Boromarajjonani College of Nursing, Nakhon lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute*
[1]*Corresponding Phoomin.d@mail.bcnlp.ac.th*

การดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง กับบทบาทพยาบาลฉุกเฉิน

ภูมินทร์ ดวงสุริยะ[1*], สุชาติ เครื่องชัย[**], พิริพัฒน์ เตชะกันทา[*]

(วันรับบทความ : 14 ธันวาคม 2566, วันแก้ไขบทความ : 17 ธันวาคม 2566, วันตอบรับบทความ : 12 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ทราบถึงความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง 2) แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โดยมีการนำแนวคิดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงที่ต้องได้รับการดูแลในห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการเกิดสมองบาดเจ็บ ในระยะทุติยภูมิ

การดูแลที่เป็นสาระสำคัญของการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ประกอบด้วย พยาธิสรีรวิทยาภายหลังเกิดการสมองบาดเจ็บ การจำแนกระดับความรุนแรง สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังและการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การจัดการอาการทรุดลง การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: สมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง, การดูแล, พยาบาลฉุกเฉิน

[*]อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[**]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Phoomin.d@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

สมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบทำให้เกิดความพิการ และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต จากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยสมองบาดเจ็บทั่วโลกพบว่า มีอัตราผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ เฉลี่ย 939 รายต่อแสนประชากร ซึ่งในจำนวนนี้ยังพบอัตราผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง 740 รายต่อแสนประชากร หรือประมาณ 55.9 ล้านคนต่อปี สำหรับในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูงมีข้อมูลสถิติแสดงถึงกลุ่มผู้ป่วยที่สมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเกือบทุกราย จะต้องมีการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง คิดเป็นร้อยละ 98 ตามแนวทางการรักษาเพื่อเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมอง (Pavlov et al., 2019) ซึ่งแตกต่างจากในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้น้อย ที่พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่จะมีการเข้าถึงการรักษาที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังพบถึงระบบการรักษาที่ยังไม่ครอบคลุมตามแนวทางมาตรฐาน (Naik et al., 2023)

สถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นยังพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ปัจจัยด้านระบบที่พบว่าการกำหนดแนวทางการจัดการมีความแตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่จำกัด (Naik et al., 2023) และปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น การได้รับการบาดเจ็บ การจัดการอาการหลังได้รับบาดเจ็บ การไม่มีผู้ดูแล รวมถึงการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำไม่เหมาะสม โดยเฉพาะ 24-72 ชั่วโมงแรก (Laptavee & Mamom, 2015) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิสูงขึ้น หรืออาจส่งผลต่อสาเหตุการเสียชีวิต (Jiamsakul & Prachusilpa, 2017)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ขึ้นเป็นมาตรฐานและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และความเสี่ยงสูง โดยกำหนดแนวทางการดูแลรักษาสำหรับกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ในกลุ่มความเสี่ยงปานกลางและความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะเน้นกระบวนการรักษาในการสังเกตอาการในโรงพยาบาล และพิจารณาตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทุกรายเพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะ 24-72 ชั่วโมงแรก แต่สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำจะเน้นการให้คำแนะนำและติดตามอาการ (American College of Surgeons, 2018) สำหรับประเทศไทย ได้มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง มาประยุกต์ใช้ในการดูแลรักษา และติดตามอาการผู้ป่วย โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced traumatic life support) ทั้งนี้แนวทางดังกล่าวยังขึ้นอยู่กับการประยุกต์ใช้ตามทรัพยากรของโรงพยาบาล ทำให้ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงต่ำ หรือความเสี่ยงปานกลาง มีแนวทางในการรักษาเบื้องต้น เช่น การดูแลบาดแผล การสังเกตอาการ และการให้คำแนะนำสังเกตอาการที่บ้าน (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

สำหรับสถานการณ์การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2561 - 2563 พบว่า มีร้อยละ 36.0 ในปี 2561 และร้อยละ 37.63 ในปี 2563 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น (Department of diseases control, 2021) นอกจากนั้นยังพบว่า การรอตรวจที่ล่าช้าในห้องฉุกเฉินอาจเป็นเพราะอาการไม่ชัดเจน จนนำไปสู่การวินิจฉัยที่ล่าช้า ปัจจัยดังกล่าวจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ซึ่งเป็นอันตรายในขณะรอตรวจที่ห้องฉุกเฉิน หรือห้องสังเกตอาการ (Maneeon & Promwang, 2022) นอกจากนั้น การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม การรับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน รวมถึงการไม่มีผู้ดูแล ปัจจัยกลุ่มนี้จะเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายกลับบ้าน กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Laptavee & Mamom, 2015; Panyangam, Sukonthasarn, Wangsrikhun, 2017)

ปัญหาของการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจที่เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาภายหลังเกิดสมองบาดเจ็บ การจำแนกระดับความรุนแรง สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง เช่น การประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังและการติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การจัดการอาการทรุดลง การจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน ทั้งให้สังเกตอาการต่อในหอผู้ป่วยใน และ การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิได้อย่างเหมาะสม โดยความรู้พื้นฐานของสมองบาดเจ็บ ประกอบด้วย ความหมายของสมองบาดเจ็บ พยาธิสภาพจากการเปลี่ยนแปลงของสมองบาดเจ็บ การจำแนกระดับความรุนแรง และลักษณะอาการและอาการแสดงที่พบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ความหมายของสมองบาดเจ็บ

สมองบาดเจ็บ (Traumatic Brain Injury) หมายถึง ผลจากแรงกระทำภายนอกที่ส่งผลทำให้เกิดสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมอง จนนำไปสู่การเกิดอาการเปลี่ยนแปลง นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง และหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิในการสนับสนุน คือ การเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง เช่น ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงหรือลดลง สูญเสียความทรงจำ ผลตรวจทางรังสีวิทยา สาเหตุจากแรงภายนอกมากระทำ รวมถึงการได้รับการบาดเจ็บจากแรงระเบิด (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

พยาธิสภาพจากการเปลี่ยนแปลงของสมองบาดเจ็บ

การเปลี่ยนแปลงของสมองบาดเจ็บในระยะปฐมภูมิ เป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บที่มีสาเหตุกลไกการบาดเจ็บ จากแรงดึง แรงเหวี่ยง แรงหมุน การกระแทก การระเบิดร่วมถึงการทิ่มแทง ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงหลังได้รับบาดเจ็บจากบริเวณภายนอกศีรษะ เช่น บาดแผลบริเวณศีรษะ กะโหลกแตกยุบ มีผลทำให้เนื้อสมองได้รับแรงกระทบกระเทือนจนเกิดภาวะเลือดออก หรือสมองบวมช้ำ จนนำไปสู่อาการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาท เช่น สูญเสียความทรงจำชั่วขณะ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น (American College of Surgeons, 2018)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมองที่ได้รับการบาดเจ็บโดยตรงจากระยะปฐมภูมิยังส่งผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มักจะมีอาการและอาการแสดงในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรกหลังได้รับบาดเจ็บ จำแนกการเปลี่ยนแปลงแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเปลี่ยนแปลงภายในกะโหลกศีรษะ (Intracranial secondary injury) และการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกกะโหลกศีรษะ (Extracranial secondary injury) (Potaya, 2019)

การเปลี่ยนแปลงภายในกะโหลกศีรษะในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ จะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งในทางเคมี และปริมาณภายในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น โดยในการเปลี่ยนแปลงเชิงเคมี จะเป็นกระบวนการตอบสนองของการทำงานของสมองอัตโนมัติในการลดการไหลเวียนโลหิตภายในสมอง ส่งผลทำให้การขนส่งออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ ภายในสมองลดลง มีผลกระทบทำให้กระบวนการเผาผลาญที่จำเป็นต้องใช้ออกซิเจนไม่สามารถผลิตพลังงานได้เพียงพอ และยังได้ผลลัพธ์เป็นกรดแลกติก นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงกระบวนการโซเดียมโพแทสเซียมปั๊ม (Sodium - Potassium pump) ในเซลล์ผิดปกติจากการเคลื่อนที่ออกของโปแทสเซียมจากภายนอกเซลล์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงแคลเซียมที่เข้าสู่เซลล์ซึ่งมีผลทำให้สูญเสียการควบคุม รวมถึงยังพบการหลั่งสาร กลูตาเมท และอนุมูลอิสระซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของกรดอะมิโนเพิ่มขึ้น กระบวนการทั้งหมดดังกล่าวจะส่งผลทำให้เซลล์ภายในสมองทำงานผิดปกติ หรือเกิดเซลล์ตายเพิ่มมากขึ้น (Lump, 2014; Potaya, 2019) ผลลัพธ์คือการเกิดภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงของปริมาตร

ภายในกะโหลกศีรษะที่เพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางเคมี หรือการเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดในสมองทำให้เกิดก้อนเลือดอยู่ภายในสมอง กดเบียดส่วนต่าง ๆ ซึ่งโดยปกติโครงสร้างภายในกะโหลกศีรษะจะมีส่วนเนื้อสมอง ร้อยละ 80 และปริมาณน้ำไขสันหลังสำหรับหล่อเลี้ยงประมาณ ร้อยละ 10 และส่วนประกอบอื่นๆ ร้อยละ 10 มีผลต่อการควบคุมระดับความดันในกะโหลกศีรษะ 10-20 เซนติเมตรน้ำ หรือ 5-15 มิลลิเมตรปรอท แต่เมื่อส่วนประกอบใดเกิดการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลทำให้ระดับความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นกดเบียดเนื้อสมองให้มีการเคลื่อนที่ โดยจุดที่มีสามารถเคลื่อนที่จะอยู่บริเวณรูฐานของสมอง (Foramen magnum) (Potaya, 2019)

การเปลี่ยนแปลงภายนอกกะโหลกศีรษะในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ส่วนใหญ่จะมีผลมาจากระบบไหลเวียนโลหิต และระบบการหายใจ โดยในช่วงแรกสมองจะมีกระบวนการปรับชดเชย ทำให้หลอดเลือดภายในสมองขยายตัวและส่งผลต่อการไหลเวียนโลหิตภายในสมองสูงขึ้น แต่กลับมีปริมาณออกซิเจนหรือการส่งออกซิเจนไปสู่สมองภายในสมองลดลงจนทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ส่งผลทำให้สมองเกิดการขยายตัว และเกิดแรงดันภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นในขณะที่ร่างกายมีการไหลเวียนโลหิตที่ลดลงจะเป็นผลทำให้การส่งการไหลเวียนโลหิตภายในสมองลดลง และเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดในที่สุด นอกจากนั้นเมื่อร่างกายขาดออกซิเจนเป็นเวลานานจะทำให้ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้น มีผลทำให้หลอดเลือดขยายตัวและเกิดภาวะสมองบวมมากขึ้น แต่ในทางกลับกันในกรณีที่มีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ จะทำให้หลอดเลือดหดตัวและเป็นปัจจัยสนับสนุนในสมองเกิดการขาดเลือดเพิ่มมากขึ้น สาเหตุปัจจัยที่สำคัญอีกคือ ภาวะโลหิตจาง เนื่องจากตัวนำออกซิเจนโดยเฉพาะฮีโมโกลบินที่ลดลงก็จะเป็นอุปสรรคต่อการขนส่งออกซิเจนไปยังสมองที่ลดลงได้เช่นกัน จึงเป็นสาเหตุที่สนับสนุนกระบวนการดังกล่าวข้างต้น (Potaya, 2019)

การจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะสมองบาดเจ็บ

สมองบาดเจ็บ ยังแบ่งระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยพิจารณาจากการประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score: GCS) ที่ประกอบด้วย การตอบสนองการลืมตา (Eye response) ซึ่งมีคะแนนรวมการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนสูงสุด 4 คะแนน การตอบสนองการสื่อสาร (Verbal response) มีคะแนนรวมการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนสูงสุด 5 คะแนน และ การตอบสนองต่อการทำตามคำสั่ง (Motor response) มีคะแนนรวมการเปลี่ยนแปลงจากคะแนนสูงสุด 6 คะแนน ซึ่งในแต่ละการเปลี่ยนแปลงจะมีคะแนนต่ำสุดคือ 1 คะแนน และมีผลรวมทั้งหมด 15 คะแนน จึงนำมาพิจารณาความสอดคล้องต่อการเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของสมองบาดเจ็บ แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย สมองบาดเจ็บชนิดไม่รุนแรง (Mild traumatic brain injury) ที่มีค่าคะแนน 13-15 คะแนน สมองบาดเจ็บชนิดรุนแรงระดับปานกลาง (Moderate traumatic brain injury) ที่มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 9-12 คะแนน และสมองบาดเจ็บชนิดรุนแรง (Severe traumatic brain injury) ที่มีค่าคะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (American College of Surgeons, 2018)

สำหรับในกลุ่มสมองบาดเจ็บในระดับเล็กน้อย ยังแบ่งจากคะแนนการประเมินระดับความรู้สึกตัว ร่วมกับอาการและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของภาวะเลือดออกในสมอง มาเป็นข้อมูลร่วมในการพิจารณา แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

กลุ่มที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงต่ำ (Low risk) เป็นกลุ่มที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่ประเมินจาก GCS และไม่มีอาการแทรกซ้อนอย่างอื่นร่วมด้วย

กลุ่มที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่ประเมินจาก GCS 13-14 คะแนน หรือมี GCS 15 คะแนน ร่วมกับอาการดังต่อไปนี้ คือ อาเจียน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง หมดสติ ปวดศีรษะ อาการหลงลืมหลังการบาดเจ็บ การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือยาที่มีผลต่อการเกิดเลือดออกในสมอง มีกลไกการบาดเจ็บที่รุนแรง

กลุ่มที่ 3 ปัจจัยเสี่ยงสูง (High risk) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทที่ประเมินจาก GCS น้อยกว่า 15 คะแนนหลังการบาดเจ็บ 2 ชั่วโมง โดยมีอาการร่วมที่ตรวจพบ ได้แก่ การแตกของกะโหลกศีรษะหรือฐานกะโหลกศีรษะ อาเจียนมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนลดลง มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ทั้งนี้ต้องไม่มีสาเหตุมาจากการชัก ยา การเผาผลาญผิดปกติ หรือภาวะช็อก มีอาการชักหลังจากการได้รับบาดเจ็บ อายุ 65 ปีขึ้นไป ร่วมกับมีอาการหมดสติ หรือจำเหตุการณ์ไม่ได้หลังจากได้รับบาดเจ็บ และมีประวัติการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

ลักษณะอาการและอาการแสดงที่พบกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ลักษณะอาการที่พบ	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา
ปวดศีรษะ	เป็นผลมาจากการได้รับบาดเจ็บของเนื้อสมอง (diffuse axonal injury) และส่งกระแสสัญญาณความปวดไปบริเวณสมองส่วนนีโอคอร์เทกซ์ (neocortex) เกิดเป็นการรับรู้อาการปวดเกิดขึ้น (Prasertsri, Leaungsomnapa, Katekham, 2023)
อาเจียนพุ่ง	ยังไม่มีข้ออธิบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับกลไกการเกิดอย่างแน่ชัด แต่จากการศึกษาส่วนใหญ่ อธิบายว่า เป็นผลมาจากก้อนเลือดหรือเลือดออกที่กดเบียดบริเวณก้านสมอง (Brain stem) ส่งผลทำให้รบกวนการทำงานศูนย์การควบคุมการอาเจียนบริเวณ medulla oblongata และเป็นข้อบ่งชี้ที่แสดงถึงการบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะแตก (Skull fracture) และจำนวนครั้งของการอาเจียนมากกว่า 2 ครั้งยังบ่งบอกถึงความเสี่ยงสูงที่จะนำมาสู่ภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ (Ouellet, de Guise, Bussières, & Lamontagne, 2023)
ฐานกะโหลกศีรษะแตกร้าว	เป็นผลมาจากการได้รับแรงกระทบกระเทือนส่งผลต่อการแตกร้าวบริเวณ Anterior cranial fossa มักมีอาการแสดงให้เห็น คือ การมีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกบริเวณหู หรือบริเวณจมูก (CSF Rhinorrhea-Otorrhea) และการเห็นรอยฟกช้ำบริเวณกกหู (Battle's sign) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บบริเวณ middle cranial fossa โดยบริเวณ mastoid process ได้รับบาดเจ็บจนทำให้เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือด posterior auricular artery เป็นผลทำให้เกิดเลือดออกบริเวณเนื้อเยื่อกกหู (Oh, Kim & Whang, 2017)
อาการชัก	เป็นผลมาจากสมองส่วนหน้า (frontal lobes) ได้รับการบาดเจ็บจนทำให้เกิดการขาดเลือด มีผลทำให้การส่งกระแสประสาทผิดปกติเกิดขึ้น (Fordington & Manford, 2020)
ระดับความรู้สึกตัวลดลง	เกิดจากสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จากแรงเร่งกับแรงเฉื่อยที่กระทำต่อเนื้อสมองที่มีผลต่อการกระแทกที่เกิดขึ้นกับเนื้อสมองที่สวนทางกับร่างกาย กลับไปกลับมา ส่งผลทำให้มีการดึงรั้งหรือฉีกขาดของเส้นประสาท Diffuse axonal injury (Mckee & Daneshvar, 2015)
จำเหตุการณ์ไม่ได้ ก่อน หรือหลังเมื่อได้รับบาดเจ็บ	เป็นภาวะที่แสดงถึงอาการหมดสติแล้วฟื้นกลับมารู้สติอีกครั้ง เกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณภายในสมองอย่างรุนแรง จนทำให้เกิดเลือดออก

ลักษณะอาการที่พบ	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา
	โดยเฉพาะหลอดเลือด Middle Meningeal Artery ซึ่งจะมีอาการไม่เด่นชัด เมื่อเลือดออกปริมาณเพิ่มมากขึ้น อาจกดเบียดเนื้อสมองและทำให้ผู้ป่วยมีอาการหมดสติ ส่วนใหญ่จะมีเลือดออกบริเวณนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา (Epidural hematoma) และเสี่ยงต่อสาเหตุการเสียชีวิต เรียกภาวะนี้ว่า Lucid interval (Ganz, 2013)
อาการปวดศีรษะรุนแรง มีแขนขาอ่อนแรง พูดจาสับสน การมองเห็นไม่ชัดเจน และหมดสติ	เป็นภาวะที่ได้รับการบาดเจ็บที่รุนแรงบริเวณหลอดเลือดแดงบริเวณศีรษะส่วนใหญ่จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดเลือดออกบริเวณนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นดูรา หรือบริเวณ temporal lobe กลุ่มอาการเหล่านี้เรียกว่าปรากฏการณ์ talk and die (talk and die phenomena) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้อาจพิจารณาปัจจัยจาก อายุ ความรุนแรงจากการบาดเจ็บ หรือจำเหตุการณ์ไม่ได้ ก่อน หรือหลัง เมื่อได้รับบาดเจ็บ (Al-Salihi, Ayyad, Al-Jebur & Rahman, 2022)

บทบาทพยาบาลฉุกเฉินกับการจัดการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง

การดูแลรักษาผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉินจะต้องมีการพิจารณาตามแนวทางการดูแลรักษาและการพยาบาลตั้งแต่การประเมินแรกรับ จนถึงการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินรวมถึงการติดตามอาการในระยะ 24-72 ชั่วโมง โดยมีกระบวนการในระยะต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. การประเมินเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ในระยะปฐมภูมิ (Primary surveys and resuscitation) ตามแนวทางการประเมิน โดยใช้หลัก ABCDE ดังนี้

การประเมินระบบทางเดินหายใจ (A: airway) เช่น การประเมินทางเดินหายใจอุดกั้น โดยส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณศีรษะเพียงอย่างเดียว มักจะไม่พบสาเหตุที่ทำให้ทางเดินหายใจอุดกั้น อาจจะมีสาเหตุร่วมจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว จนทำให้กล้ามเนื้อที่ควบคุมการทำงานของลิ้นไม่สามารถควบคุมได้และส่งผลทำให้เกิดลิ้นตกอุดทางเดินหายใจ วิธีการแก้ไข คือ การเปิดทางเดินหายใจแบบ Jaw thrust maneuver หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยเปิดทางเดินหายใจขั้นพื้นฐาน Oral pharyngeal airway หรือในกรณีที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัว และไม่มีข้อบ่งชี้อาการที่แสดงถึงการบาดเจ็บบริเวณฐานกะโหลก สามารถใช้ Nasal pharyngeal airway อีกสาเหตุที่พบคือ ฟันหัก หรือเศษวัตุอย่างอื่นอุดกั้น อาจจำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องมีการประเมินการบาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นคอ (c: cervical spine motion) เนื่องจากเป็นอวัยวะที่มีส่วนเชื่อมซึ่งกัน การดูแลเบื้องต้นควรมีการใช้อุปกรณ์การดามกระดูกต้นคอให้อยู่ในแนวตรง (Cervical collar) ร่วมกับมีการประเมินอาการที่บ่งบอกถึงการขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดดำกลับเข้าสู่หัวใจลดลง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ (Núñez-Patiño, Rubiano, & Godoy, 2020) และควรมีการประเมินร่วมกับทีมการรักษาในข้อบ่งชี้ที่อาจไม่จำเป็นต่อการใส่อุปกรณ์ดามคอ เช่น การประเมิน The Nation Emergency X-radiography Utilization Study Criteria (Nexus Criteria) ซึ่งเป็นที่นิยมใช้สำหรับประเทศไทย ประกอบด้วย การกดแนวทางกระดูสันหลังบริเวณต้นคอ การตรวจทางระบบประสาทพบความผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ ได้รับสารที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท เช่น การดื่มสุรา หรือมีประวัติใช้ยากล่อมประสาท มีอาการเจ็บปวดในบริเวณอื่นที่บดบังการประเมินการบาดเจ็บบริเวณต้นคอ

(Chanplakorn, Angsanuntsukh, Kulachote, Sa-ngasoongsong & Kanchanathepsak, 2019) หรือหากส่งตรวจเอกซเรย์แล้วไม่พบการบาดเจ็บของกระดูกต้นคอ อาจพิจารณาร่วมกับทีมการรักษาเพื่อถอดอุปกรณ์ดังกล่าว

การประเมินระบบทางเดินหายใจ (B: breathing) เพื่อเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินจากลักษณะการหายใจ รูปแบบการหายใจแบบ Chenye-Stroke breathing ซึ่งเป็นภาวะผิดปกติที่บ่งบอกถึงการสูญเสียหน้าที่ของสมองส่วน Diencephalon มีลักษณะการหายใจตื่นและมีความเร็วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากนั้นจะมีการหยุดหายใจ และวนกลับมาหายใจในลักษณะเดิม (McGee, 2018) อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ต้องไม่น้อยกว่า 90% ในกรณีที่ระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 90% ต้องดูแลให้ได้รับออกซิเจน Mask with bag reservoir bag 10-15 ลิตร ((Sinthu et al., 2022) ทั้งนี้หากมีระดับความรู้สึกตัวลดลงร่วมด้วย อาจจำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อที่จะต้องเตรียมการใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็ว

การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต (C: circulation) เช่น การเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ ได้แก่ ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure < 100 mmHg ในผู้ป่วยที่มีอายุ 50-69 ปี หรืออายุ 15-49 ปีและมากกว่า 70 ปี มีค่า Systolic blood pressure ≤ 110 mmHg เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด นอกจากนั้นยังต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ระดับความดันโลหิต Systolic blood pressure > 160 mmHg หรือ Mean arterial pressure > 110 mmHg เพื่อป้องกันระดับความดันในกะโหลกศีรษะที่สูง และอาจส่งผลให้สมองบวมและทำให้การไหลเวียนเลือดสู่สมองลดลงเกิดภาวะสมองขาดเลือดได้ (Potaya, 2019; Dixon et al., 2020) นอกจากนั้นการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของการเปลี่ยนแปลงของ Capillary refill time ที่มากกว่า 2 วินาที ค่า Pulse pressure > 60 mmHg, Pulse rate > 100/min หรือชีพจรที่ผิดปกติที่จำเป็นต้องรายงานแพทย์เพื่อร่วมพิจารณาในการรักษา (Sinthu et al., 2022)

การประเมินทางระบบประสาท (D: disability) เช่น อาการกระสับกระส่าย ปวดศีรษะเพิ่มขึ้น มีอาการเจียนเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่า 2 คะแนนจากคะแนนเดิม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติเดิมสุรามาก่อนให้ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัวตามจริง (Reith, Synnot, van den Brande, Gruen, & Maas, 2017) และการเปลี่ยนแปลงของรูม่านตาต่อการตอบสนองต่อแสดงที่ขนาดไม่เท่ากันหรือมีขนาดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจบ่งบอกถึงอาการของการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บระยะทุติยภูมิจำเป็นต้องมีการรายงายแพทย์เพื่อร่วมพิจารณาวางแผนการรักษา (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019; Dixon et al., 2020) นอกจากนั้นควรที่จะมีการประเมินอาการปวด และจัดการบรรเทาอาการเนื่องจากอาการปวดมีความสัมพันธ์ต่อการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติค ซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บระยะทุติยภูมิ (Potaya, 2019; Dixon et al., 2020)

การประเมินสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการบาดเจ็บ (E: Exposure and Environment) เป็นการประเมินเพื่อค้นหาการบาดเจ็บร่วม เช่น การบาดเจ็บบริเวณหลัง หรือการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกายที่ต่ำ ที่มักเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง (American College of Surgeons, 2018; Dixon et al., 2020)

2. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย ในระยะทุติยภูมิ (Secondary surveys) หลังจากการประเมินเพื่อค้นหาภาวะคุกคามหรือผู้ป่วยมีอาการคงที่จากนั้นจะเป็นการซักประวัติตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาร่วมวางแผนการรักษา โดยมีหลักการดังนี้

การซักประวัติตามแนวทาง AMPLE ประกอบด้วย การซักประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร (A: Allergies) การซักประวัติการใช้ยา (M: medication currently used) เช่น ยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ประวัติการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือโดยเฉพาะยาที่มีผลต่อสนับสนุนต่อปัจจัยการเกิดเลือดออกได้ง่าย เช่น กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น การซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตหรือประวัติการตั้งครรภ์ (Past

illnesses/Pregnancy) ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการบาดเจ็บได้ หรืออาจส่งผลต่อการได้รับการบาดเจ็บของทารกในครรภ์ร่วมด้วย การซักประวัติเวลาในการรับประทานอาหารครั้งสุดท้ายก่อนการบาดเจ็บ (Last meal) เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการสำลักหรือการเตรียมความพร้อมหากมีอาการเปลี่ยนแปลงและต้องเข้ารับการผ่าตัด การซักประวัติเหตุการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับการได้รับบาดเจ็บในครั้งนี้ (Event/Environment related to the injury) โดยเฉพาะกลไกกลการบาดเจ็บซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องในการทำนายโอกาสต่อการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บระยะทุติยภูมิได้ เช่น ตกจากที่สูงมากกว่า 0.9 เมตร หรือประมาณ 3 ฟุต อุบัติเหตุทางจราจรที่กระเด็นออกจากภายนอกรถ และมีผู้โดยสารผู้อื่นเสียชีวิต ยานพาหนะพลิกคว่ำ ศีรษะได้รับการกระแทกอย่างรุนแรง เป็นต้น (American College of Surgeons, 2018; The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

การตรวจร่างกายอย่างละเอียดเพื่อหาสาเหตุร่วมตั้งแต่ศีรษะจนถึงปลายเท้า (Head to toe) ทั้งนี้อาจพิจารณาจากกลไกการบาดเจ็บที่มีผล โดยเฉพาะทางการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท เช่น การตรวจดูรูม่านตา การตรวจการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว การตรวจหาสาเหตุของการบาดเจ็บบริเวณกระโหลกศีรษะหลังซึ่งอาจจะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของการบาดเจ็บบริเวณโหลกศีรษะหลัง เป็นต้น ระบบการไหลเวียน เช่น การตรวจอวัยวะอื่นร่วมด้วยที่มีผลต่อการเกิดสาเหตุของภาวะเสียเลือด เช่น บริเวณทรวงอก ช่องท้อง รวมถึงรยางค์ขนาดใหญ่ เป็นต้น และระบบทางเดินหายใจ เช่น การบาดเจ็บบริเวณทรวงอก หรือทรวงอกได้รับการกระทบกระแทก เป็นต้น (American College of Surgeons, 2018) อีกสาเหตุที่พบบ่อยคือ อาการปวด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย หรือเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิได้ ดังนั้นการประเมินอาการปวด และการจัดการปัญหาอาการปวดจึงเป็นกิจกรรมที่พยาบาลควรให้ความสนใจถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวดที่เกิดจากอวัยวะอื่นได้รับบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก ควรจำเป็นต้องมีการดาม เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวและลดอาการปวด นอกจากนั้นการบรรเทาปวดยังแบ่งเป็นการใช้ยา และไม่ใช่ยา สำหรับการดูแลเบื้องต้นแบบไม่ใช้ยาถือเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที เช่น การประคบเย็น เป็นต้น (Songwathana & Nurhayati, 2021) เพื่อเป็นการจัดการปัญหาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

บทบาทพยาบาลฉุกเฉินกับกระบวนการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง

โดยพิจารณาความเสี่ยงจากการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว GCS 13-15 คะแนน และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อโอกาสในการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ โดยแบ่งแนวทางการรักษา ดังนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงต่ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการแทรกซ้อนอย่างอื่นเกิดขึ้น และไม่มีปัจจัยเสี่ยง ส่วนใหญ่จะดูแลรักษาอาการทั่วไป เช่น หากมีบาดแผลบริเวณศีรษะอาจพิจารณาเย็บแผล หรือทำแผล และให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักตามแผนการรักษา พร้อมให้คำแนะนำในการจำหน่ายกลับบ้าน โดยไม่จำเป็นต้องสังเกตอาการหรือการตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT Scan) แต่ต้องได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองที่บ้าน (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

2. กลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงปานกลาง สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจจะไม่มีระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง แต่มีปัจจัยเสี่ยง หรืออาจจะมีระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ดังนั้นกระบวนการดูแลอาจจำเป็นได้รับการรับไว้สังเกตอาการจนครบ 24 ชั่วโมง หรือพิจารณาส่งผู้ป่วยตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทความพร้อม ทั้งบุคลากรและทรัพยากรของโรงพยาบาล ในกรณีที่ต้องสังเกตอาการพยาบาลจำเป็นต้องมีการอธิบายถึงเหตุผลการดูแลและเฝ้าระวังอาการผิดปกติให้กับผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูล (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019)

3. กลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อสาเหตุการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยที่สมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงปานกลาง และต้องได้รับการตรวจสมองด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019; Dixon et al., 2020)

บทบาทพยาบาลฉุกเฉินกับกระบวนการให้คำแนะนำหลังจำหน่าย

เมื่อร่างกายที่ได้บาดเจ็บบริเวณศีรษะจะส่งผลต่ออาการการเปลี่ยนแปลงหลังได้รับบาดเจ็บ (Post concussive symptoms) ซึ่งประกอบด้วย ทางด้านร่างกาย (Somatic symptoms) เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อาเจียน ร่างกายอ่อนเพลีย เป็นต้น พฤติกรรมหรืออารมณ์ (Affective symptoms) เช่น หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย เป็นต้น รวมถึงการรู้คิด (Cognitive symptoms) เช่น หลงลืม คิดช้า หรือมีอาการสมาธิสั้น เป็นต้น อาการเหล่านี้อาจเกิดขึ้นในช่วง 24-72 ชั่วโมงแรก หรือมากกว่า 1 เดือน หรือเป็นปี ทั้งนี้อยู่ที่การปฏิบัติตัวดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (Dixon et al., 2020)

กระบวนการให้คำแนะนำหลังจำหน่ายถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่จะต้องเน้นย้ำต่อการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ จากการศึกษาที่ผ่านมาการให้คำแนะนำผู้ดูแลถือเป็นสิ่งสำคัญในการประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาจไม่มีความพร้อมต่อการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลจากการได้รับบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ดังนั้นการให้ความสำคัญต่อการให้คำแนะนำผู้ดูแลจะสามารถทำให้ผู้ดูแลประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม (Panyangam, Sukonthasarn & Wangsrikhun, 2017; Rooplor, Leethong-in, Piyawattanapong, 2021; Binsa, Khupantavee, & Naka, 2022)

อาการที่ควรเฝ้าระวังหลังจำหน่าย ประกอบด้วย อาการกระสับกระส่าย แขนขาอ่อนแรง หรือชักเกร็งกระตุก มีไข้โดยไม่ทราบสาเหตุ อาการอาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะมากเมื่อได้รับยาลดอาการปวดยังคงมีอาการ ปวดต้นคอ มีน้ำใสๆออกจากหูหรือจมูก เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว และอาการซึมลง ปลุกอยากกว่าเดิม หรือหมดสติ ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย หากมีอาการดังกล่าวเพียงอย่างเดียวจำเป็นต้องให้คำแนะนำในการกลับเข้ามารักษาซ้ำ นอกจากนั้นคำแนะสำหรับการปฏิบัติหลังจำหน่ายที่ควรเน้น เช่น การขับรถในช่วง 24 ชั่วโมงแรก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเล่นกีฬา รวมถึงการใช้สายตาในการอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ เป็นต้น เพื่อเป็นการลดการทำงานของสมองไม่ให้ทำงานหนักเกินไปซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำจนนำไปสู่สาเหตุของภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิได้ (The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand, 2019; Dixon et al., 2020)

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องในการให้ความรู้ และการสังเกตอาการผิดปกติโดยเฉพาะการพัฒนาเป็นแอพพลิเคชั่น ซึ่งจะเน้นให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถประเมินอาการผิดปกติเบื้องต้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ องค์ประกอบส่วนใหญ่มักจะเป็นรูปภาพที่สามารถสื่อสารได้ชัดเจนโดยเน้นข้อความเป็นส่วนน้อย ซึ่งแตกต่างจากแนวทางการจำหน่ายในช่วงก่อนที่จะเน้นให้เอกสารประกอบคำแนะนำหลังจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้นำไปสังเกตอาการ นอกจากนั้นการนำสื่อวิดีโอสั้น ๆ ก็เป็นส่วนหนึ่งที่จะเพิ่มความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม บางแอพพลิเคชั่นยังมีการเพิ่มช่องทางการขอความช่วยเหลือ 1669 ผ่านระบบ ซึ่งก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยเมื่อเกิดอาการทรุดลงอย่างรุนแรง โดยเฉพาะอาการหมดสติไม่รู้สึกตัว ก็จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น (Panyangam, Sukonthasarn & Wangsrikhun, 2017; Thaweekhoon & Pearkao, 2019; Rooplor, Leethong-in, Piyawattanapong, 2021; Binsa, Khupantavee, & Naka, 2022)

บทสรุป

สมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรงแรง ถือเป็นภาวะเงียบที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมองที่รุนแรงจนหากได้รับการดูแลและปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิได้ พยาบาลห้องฉุกเฉินจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยา ร่วมกับค้นหาปัญหาอย่างเหมาะสมเพื่อที่จะนำข้อมูลดังกล่าวมาวางแผนทางการพยาบาลร่วมกับพิจารณาแนวทางการดูแลกับทีมสุขภาพ นอกจากนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องฉุกเฉินที่ควรให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่มีความเสี่ยงต่ำ หรือความเสี่ยงปานกลาง ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสที่จะกลับมาด้วยภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิที่รุนแรงขึ้น คือการให้ความรู้และความเข้าใจต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง และอาการสำคัญที่ควรเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน ดังนั้นการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายที่เหมาะสม จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด อีกทั้งยังเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือป้องกันสาเหตุที่จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้

บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ชนิดไม่รุนแรง ที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน โดยเน้นบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ให้มีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย รวมถึงกระบวนการรักษาตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันหรือเฝ้าระวังอาการเกิดภาวะสมองบาดเจ็บในระยะทุติยภูมิ โดยอ้างอิงตามหลังฐานเชิงประจักษ์ อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบตั้งแต่การดูแลในระยะแรกรับ จนถึงการติดตามอาการหลังจำหน่าย 72 ชั่วโมง รวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องในการวางแผนจำหน่าย ซึ่งจะเป็นแนวทางและมาตรฐานที่ชัดเจนเพิ่มขึ้นในบทบาทพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Al-Salihi, M. M., Ayyad, A., Al-Jebur, M. S., & Rahman, M. M. (2022). The "Talk and Die" phenomenon in traumatic brain injury: A meta-analysis. *Clinical neurology and neurosurgery, 218*, 107262.

American College of Surgeons. (2018). *Advance Trauma Life Support: The tenth edition*. (2018). Chicago: American College of Surgeons.

Binsa, F., Khupantavee, N & Naka, K. (2022). Effectiveness of discharge instruction on mobile application toward knowledge and care practice of caregivers of patients with low risk mild traumatic brain injury before discharge from emergency department. *Princess of Naradhiwas University Journal, 15*(1), 157-172. (in Thai)

Chanplakorn, P., Angsanuntsukh, C., Kulachote, N., Sa-ngasoongsong, P. & Kanchanathepsak, T. (2019). *Orthopaedic trauma*. (2019). Bangkok: Trust us company limited. (in Thai)

Department of dieases control. (2021). Annual report 2021. Retrieved 4 December, 2023, from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1244420220310035829.pdf (in Thai)

Déry, J., Ouellet, B., de Guise, É., Bussières, È.-L., & Lamontagne, M.-E. (2023). Prognostic factors for persistent symptoms in adults with mild traumatic brain injury: An overview of systematic reviews. *Systematic Reviews, 12*(1), 127-142.

Dewan, M. C., Rattani, A., Gupta, S., Baticulon, R. E., Hung, Y. C., Punchak, M., Agrawal, A., Adeleye, A. O., Shrime, 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.

Dixon, J., Comstock, G., Whitfield, J., Richards, D., Burkholder, T. W., Leifer, N., . . . Calvello Hynes, E. J. (2020). Emergency department management of traumatic brain injuries: A resource tiered review. *African journal of emergency medicine, 10*(3), 159-166.

Fordington, S., & Manford, M. (2020). A review of seizures and epilepsy following traumatic brain injury. *Journal of neurology, 267*(10), 3105–3111.

Ganz J. C. (2013). The lucid interval associated with epidural bleeding: evolving understanding. *Journal of neurosurgery, 118*(4), 739–745.

Jiamsakul, S & Prachusilpa, G. (2017). A study of nursing outcomes quality indicators for patients with neurosurgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(Supplement), 147-154. (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)

Lump D. (2014). Managing patients with severe traumatic brain injury. *Nursing*, *44*(3), 30–38.

Maneeon, P. & Promwang, N. (2022). Risk factors predicting intracerebral hemorrhage and prognosis of old age patients with mild traumatic brain injury in Hatyai hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences, 29*(1). 97-109. (in Thai)

McGee, S. (2018). Chapter 19 - respiratory rate and abnormal breathing patterns. In S. McGee (Ed.), *Evidence-Based Physical Diagnosis (Fourth Edition)* (pp. 145-156.e144). Philadelphia: Elsevier.

Mckee, A. C., & Daneshvar, D. H. (2015). The neuropathology of traumatic brain injury. *Handbook of clinical neurology, 127*, 45–66.

Naik, A., Bederson, M. M., Detchou, D., Dharnipragada, R., Hassaneen, W., Arnold, P. M., & Germano, I. M. (2023). Traumatic Brain Injury Mortality and Correlates in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Epidemiological Study. *Neurosurgery, 93*(4).

Nee, P. A., Hadfield, J. M., Yates, D. W., & Faragher, E. B. (1999). Significance of vomiting after head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 66*(4), 470-473.

Núñez-Patiño, R. A., Rubiano, A. M., & Godoy, D. A. (2020). Impact of cervical collars on intracranial pressure values in traumatic brain injury: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Neurocrit Care, 32*(2), 469-477.

Oh, J. W., Kim, S. H., & Whang, K. (2017). Traumatic Cerebrospinal Fluid Leak: Diagnosis and Management. *Korean journal of neurotrauma*, *13*(2), 63–67.

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)

Pavlov, V., Thompson-Leduc, P., Zimmer, L., Wen, J., Shea, J., Beyhaghi, H., ... Miller, M. (2019). Mild traumatic brain injury in the United States: demographics, brain imaging procedures, health-care utilization and costs. *Brain Injury, 33*(9), 1151–1157.

Potaya, S. (2019). Prevention and risk reduction of secondary brain injury. *EAU Heritage Journal Science and Technology, 13*(3), 22-31.

Prasertsri, N., Leaungsomnapa, Y., Katekham S. (2023). Pain assessment of patients with traumatic brain injury in the intensive care unit. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 33*(1), 14-22. (in Thai)

Reith, F. C., Synnot, A., van den Brande, R., Gruen, R. L., & Maas, A. I. (2017). Factors influencing the reliability of the Glasgow Coma Scale: A systematic review. *Neurosurgery. 80*(6), 829-839.

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)

Sinthu, S., Katsomboon, K., Wandee , C., Dakhunthod , T., Thongpo, P., Bunyaphatkun, P., & Kommarg, U. (2022). Fast track emergency care. Bangkok, Watana Printing & Packaging.

Songwathana, P., & Nurhayati, N. (2021). Discharge education for mild traumatic brain injury patients at emergency department. *Journal of Nursing and Health, 1*(2), 65-74. (in Thai)

Thaweekhoon, 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 Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. (2019). *Clinical Practice Guidelines for Traumatic Brain Injury, 2019*. Samut Prakan: Prosperous plus company limited. (in Thai)

คำแนะนำการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ

วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ หรือ Journal of Health Science Scholarship (JOHSS) เป็นวารสารที่เป็นสื่อกลางในการนำเสนอผลงานทางวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนและยกระดับขีดความสามารถในการผลิตและสร้างองค์ความรู้ด้าน**การพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านการสาธารณสุข** เป็นวารสาร**รายหกเดือน**หรือครึ่งปี กำหนดการออกวารสาร ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) และฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)

เรื่องที่ส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ต้องเป็นงานวิชาการด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และด้านสาธารณสุข รับบทความประเภท 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

บทความต้องไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ใดมาก่อนและต้องไม่อยู่ระหว่างการเสนอเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

ประเภทของบทความที่รับพิจารณาเพื่อเผยแพร่

1. บทความวิจัย (Research article) คือ รายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย หรือ การพัฒนาอย่างเป็นระบบ ควรประกอบด้วย

1.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (correspond-ing author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

1.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงแบบแผนการวิจัย วัตถุประสงค์ ประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัย

1.4 คำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

1.5 บทนำ (ที่แสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาหรือภูมิหลังของงานที่ศึกษา)

1.6 วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1.7 ขอบเขตงานวิจัย 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 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

1.10 ผลการศึกษา แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

1.11 อภิปรายผล 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) การเรียงลำาดับรายการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร A------->Z

2. บทความวิชาการ (Academic articles) คือ งานเขียนซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นความรู้ใหม่ กล่าวถึง ความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ แนวทางการแก้ปัญหา มีการใช้แนวคิดทฤษฎี ผลงานวิจัยจากแหล่งข้อมูล เช่น หนังสือวารสารวิชาการ อินเทอร์เน็ต ประกอบการวิเคราะห์ วิจารณ์ เสนอแนวทางการแก้ไข ควรประกอบด้วย

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อหน่วยงานที่สังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีมีผู้ร่วมวิจัยหลายคนให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (correspond-ing author) และ email address พร้อมทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษของผู้ร่วมวิจัยทุกคนในบทความ

2.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องระบุถึงวัตถุประสงค์ หัวสำคัญที่นำเสนอ สรุปและข้อเสนอแนะ 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 เพื่อประมวล

เป็นข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยวัตถุประสงค์ของการเขียนบทความปริทัศน์ คือ เป็นการสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัยจากผลงานวิจัยอื่นๆ และ/หรือผลงานวิชาการอื่นๆจนถึงปัจจุบัน เพื่อเป็นการทบทวนการก้าวหน้าทางวิชาการของเรื่องนั้นๆ โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป ควรประกอบด้วย

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้เขียนพร้อมชื่อสังกัด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และขอให้ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (corresponding author) และ email address

3.3 บทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.4 คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.5 บทนำเพื่อกล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่นำเสนอก่อนเข้าสู่เนื้อหาในแต่ละประเด็น

3.6เนื้อหาของบทความจะนำเสนอในแต่ละประเด็นและต้องมีบทสรุปเรื่องที่เสนอ พร้อมข้อเสนอแนะจากผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสำหรับให้ผู้อ่านได้พิจารณาประเด็นที่น่าสนใจต่อไป ผู้เขียนควรตรวจสอบเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับบทความที่นำเสนออย่างละเอียด 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

ต้นฉบับหลัก: ต้นฉบับจะต้องมีเนื้อเรื่องสมบูรณ์ พิมพ์ต้นฉบับ ด้วยกระดาษ A4 หน้าเดียว เขียนเป็นภาษาไทยมีความยาวไม่เกิน 15-20 หน้า และ**เว้นระยะขอบอย่างน้อย 2.5 ซม. ทางด้านซ้ายและด้านบนของหน้ากระดาษ และเว้นระยะของ 2 ซม. ทางด้านขวาและด้านล่างของหน้ากระดาษ ให้ผู้นิพนธ์ใช้ TH SarabunPSK ขนาดตัวอักษร 16 ตลอดทั้งต้นฉบับ ยกเว้น Title ที่มีขนาดตัวอักษร 18**

ต้นฉบับหลักควรประกอบด้วย:

1. ชื่อเรื่อง/บทความ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องกะทัดรัดและสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช้คำย่อ โดยแยกหน้าภาษาอังกฤษ 1 หน้า และภาษาไทย 1 หน้า (โดยให้หน้าภาษาอังกฤษขึ้นก่อน) ชื่อเรื่องควรกะทัดรัดไม่ยาวจนเกินไป ภาษาไทย TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา และภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK ขนาด 18 ตัวหนา

2. ชื่อผู้นิพนธ์ โดยให้ระบุชื่อ-นามสกุลเต็มของผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษของแต่ละคนที่มีส่วนในงานวิจัยนั้นโดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ขนาดตัวอักษร TH SarabunPSK 16 ระบุสถานที่ทำงาน (Affiliation) หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันและจังหวัด ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ ทั้งนี้ในกรณีมีมากกว่าหนึ่งสังกัด ขอให้ระบุมาเพียงสังกัดเดียว เมื่อมีผู้เขียนหลายคนและอยู่คนละสังกัดให้ใช้สัญลักษณ์ต่อไปนี้ตามลำดับเพื่อแยกสังกัด *, ** โดยให้ระบุเป็นเชิงอรรถในหน้านั้นๆ

2.1 ชื่อผู้นิพนธ์ ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ยศ ตำแหน่งทหาร สถานภาพทางการศึกษา หรือ คำนำหน้าชื่อ หรือท้ายชื่อ เช่น นาย นาง นางสาว ผศ.ดร., Ph.D.., ร.ต.ต., พ.ต.ท. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.., ผู้อำนวยการ..., คณบดีคณะ...,

2.2 ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*,**,***,****) เป็นตัวยกกำกับท้ายนามสกุลของผู้แต่งทุกคน และ ตัวเลขกำกับตัวยก (1) เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ (Corresponding author), อีเมล (E-mail Address) : ให้ใส่เฉพาะผู้ประพันธ์บรรณกิจ

3. บทคัดย่อ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ ความเป็นมาและเหตุผล วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีศึกษา กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ บทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ และภาษาอังกฤษ ไม่ควรเกิน 1 หน้ากระดาษ เช่นเดียวกัน ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง โดยไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อในภาษาอังกฤษและต้องเป็นประโยคอดีต

4.คำสำคัญ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษวางไว้ท้ายบทคัดย่อ และ Abstract

5. บทนำ เป็นการแสดงถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ภูมิหลังและเหตุผล (background and rationale) เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านทราบถึงปัญหา ลักษณะและขนาดของปัญหาที่นำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นที่ต้องใช้ในการศึกษาอาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้

6. วัตถุประสงค์ คำถามการวิจัย หรือ สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

7. ขอบเขตงานวิจัย ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านเนื้อหา คือ ตัวแปร หรือจะเป็นวัตถุประสงค์ 2) ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คร่าว ๆ 3) ด้านพื้นที่ที่ศึกษา....4) ด้านระยะเวลาทีศึกษา

8. กรอบแนวคิด โดยกรอบแนวคิด ควรมีแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

9. วิธีดำเนินการวิจัย ให้บอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (study design) เช่น descriptive หรือ quasi-experiment

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หรือแบบหลายขั้นตอน รวมถึงวิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (interventions)

เครื่องมือที่ใช้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การทดสอบความน่าเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นวิธีการเชิงคุณภาพหรือวิธีการเชิงปริมาณขึ้นอยู่กับประเภทของการวิจัย

10.การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ (Ethical committee approval) โปรดระบุว่าผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการชุดใดบ้างและเมื่อไร และให้ระบุเลขที่ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยดังกล่าว

11 ผลการวิจัย แสดงผลของการวิจัย และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาวิจัยนั้นๆ อาจมีภาพ ตาราง และแผนภูมิประกอบให้ชัดเจน เข้าใจได้ง่าย ไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

12 อภิปรายผล เป็นการให้ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับผลการศึกษาที่เกิดขึ้น รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะบนพื้นฐานของผลงานวิจัย รวมทั้งควรให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไปด้วย

13. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

14. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

15 เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นการแสดงถึงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ถูกนำมาอ้างอิงขึ้นมาใช้ในการวิจัย เพื่อเป็นการแสดงว่าไม่ได้นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนเอง รายการเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากเอกสารอ้างอิงมีต้นฉบับเป็นภาษาไทย ผู้เขียนต้องเปลี่ยนรายการเอกสารอ้างอิงให้เป็นอังกฤษที่ตรงตามต้นฉบับและเพิ่ม “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้นๆ ด้วย การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้การอ้างอิงระบบ APA (7th) edition style ให้เรียงลำดับตามตัวอักษร ตัวอย่างการเขียนรูปแบบอ้างอิงมีรายละเอียด ดังนี้

หนังสือ

ผู้เขียน. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ. ชื่อเมือง: สำนักพิมพ์.

ผู้แต่ง 1 คน

-Smith, J. D. (2019). Understanding Health: A Comprehensive Guide. New York, NY: Academic Press.

ผู้แต่ง 2 คน

-Smith, J. D., & Johnson, A. B. (2019). Understanding Health: A Comprehensive Guide. New York, NY: Academic Press.

ผู้แต่งมากกว่าสามคน

-Smith, J. D., Johnson, A. B., & Williams, C. D. (2019). Understanding Health: A Comprehensive Guide. New York, NY: Academic Press.

ไม่ปรากฏผู้แต่ง:

-National Institute of Health. (2020). Healthy Living: A Guide to Wellness. Washington, DC: Author.

ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

-Smith, J. D. (n.d.). Understanding Health: A Comprehensive Guide. New York, NY: Academic Press.

อ้างอิงตามรูปแบบ APA 7 จะต้องคั่นระหว่างข้อมูลแต่ละส่วนด้วยจุลภาค และระหว่างชื่อผู้แต่งกับปีจะใช้วงเล็บ หากมี DOI ควรใส่ URL ของ DOI ตามด้วย "https://doi.org/" และตัวเลข DOI โดยไม่ต้องใส่วงเล็บ.

บทความวารสาร

ผู้เขียน. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, เล่ม(หมายเลขฉบับ), หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย. DOI/URL

-Smith, J. D., & Johnson, K. L. (2022). Understanding the effects of social media on adolescent mental health. Journal of Adolescent Health, 40(3), 102-115. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.02.015

-Munsrakeat, K., Rawiworrakul, T., & Lagampan, S. (2019). Effects of Self-Management Program for Glycemic Control Among Insulin Depen-dent Type 2 Diabetes Patients. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, 25*(2), 87-103. http://journal.knc.ac.th/pdf/25-2-2562-6.pdf. (in Thai)

-Kaewnete, T. (2023). The Effectiveness of Health Promotion Programs among Patients with Uncontrolled Diabetes Mellitus. *Science and Technology Journal of Sisaket Rajabhat University, 3*(1), 54-67. https://li01.tci-thaijo.org/index.php/STJS/article/view/259412/176457. (in Thai)

Williams, G. C., Freedman, Z. R., Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care, 21,* 1644-1651. doi: 10.2337/diacare.21.10.1644.

เว็บไซต์

ผู้เขียน/ชื่อผู้รับผิดชอบ. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อเรื่อง [รหัส]. ชื่อเว็บไซต์. URL

-Smith, J. (2020). How to Bake the Perfect Chocolate Cake [Video]. Baking Tips. https://www.bakingtips.com/perfect-chocolate-cake

-Ryan, R. M., Williams, G. C., Patrick, M. H., & Deci, E. L. (2009). Self-determination theory and physical activity: The dynamic of motivation in development and wellness. Hellenic *Journal of Psychology, 6,* 107-124. http://www.pseve.org/journal/Articlesview.asp?key=107

-The Royal College of Physicians of Thailand. (2023). *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023.* https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/naewthang-wech-ptibati-sahrab-rokh-bea-hwan-2567. (in Thai)

หากไม่มีผู้เขียนที่ระบุในเว็บไซต์ สามารถใช้ชื่อของเว็บไซต์แทนได้ และหากไม่มีปีที่เผยแพร่ ให้ใช้ "n.d." (ไม่มีปี) แทน ตัวอย่างเช่น:

-Baking Tips. (n.d.). How to Bake the Perfect Chocolate Cake [Video]. Retrieved from https://www.bakingtips.com/perfect-chocolate-cake

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 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
268 ถนนป่าขาม ตำบลหัวเวียง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 52000
โทรศัพท์ 054-226254 ต่อ 141
โทรสาร 054-225-020
email: journalbcnlp@gmaill.com
http://www.tci-thaijo.org/index.php/johss



2024
2567
JOHSS
วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES SCHOLARSHIP