

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2567 Volume 47 No.1 (January-March) 2024



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

เริ่มกึ่งศตวรรษใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มว. : สู่การเปลี่ยนรูปเล่มวารสารไปไม่ใช้กระดาษ

กราบสวัสดี/สวัสดีปีใหม่ พ.ศ. 2567 แต่ทุกท่าน ขอให้ทุกท่านมีความสุขและความเจริญก้าวหน้าในปีใหม่ ผ่านปีเก่าที่สุดเฉลาใจโลสำหรับหลายท่าน มีความหวังต่อความสำเร็จและส่งเสริมให้ร่วมกันทำสิ่งที่ตั้งใจไว้ให้บรรลุ ขอให้ปีที่น่าพาพวกเรา ทีมเรา ก้าวสู่โอกาส และความสำเร็จทั้งมวล

สำหรับวารสารฉบับนี้ วารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 47 พ.ศ. 2567 เป็นฉบับเริ่มต้นของการรักษาทรัพยากรสิ่งแวดล้อม เป็นการเริ่มกึ่งศตวรรษใหม่ของคณะพยาบาลศาสตร์ มว. ก้าวสู่การเปลี่ยนรูปเล่มวารสารไป ไม่ใช้กระดาษ จึงมีแต่วารสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์ เนื้อหายังคงคุณภาพตามภารกิจของเรา วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพที่เป็นสื่อกลางแห่งลานความรู้ ในฐานะโรงเรียนวิจัยทางการพยาบาลและสุขภาพซึ่งมีกำหนดการเผยแพร่เนื้อหาสู่ผู้อ่านได้ ไม่เกินสิ้นเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 นี้

ในโอกาสเริ่มประวัติศาสตร์การเปลี่ยนแปลงรูปแบบ การเผยแพร่ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ และเริ่มต้นปีใหม่ พ.ศ. 2567 เราขอขอบพระคุณทุกท่านที่ร่วมด้วยช่วยกันสนับสนุนภารกิจวารสาร ตั้งแต่ฉบับเริ่มต้น ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 จนถึงปีนี้ ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 ประกอบด้วย ท่านคณบดี และทีมบริหารทุกสมัย บรรณาธิการ กองบรรณาธิการ และบุคลากรผู้เป็นฟันเฟืองทุกรุ่น ผู้ทรงคุณวุฒิวารสารที่ช่วยขัดเกลาคุณภาพบทความทุกท่าน ผู้เขียนทุกทีม ผู้อ่านวารสารทุกท่าน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกวารสาร ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการผลิตวารสารนี้ ต่อไปนี้ไม่มีค่าสมาชิกที่ต้องจ่ายแล้ว จึงขอขอบพระคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ ก้าวมันไปในปีใหม่ที่ทำด้วยใจ ให้ด้วยรัก มีความหวัง เปี่ยมพลังแห่งศรัทธา

คือ ความหวัง คือ พลังดังศรัทธา

สร้างวิชาพยาบาลงานสืบสาน

สร้างเส้นทางหมิ่นลี้มีตำนาน

ร่วมเสริมสานวารสารพยาบาลฯ เพื่อสังคม

**ศาสตราจารย์ ดร.พว. ดารุณี จงอุดมการณ์
บรรณาธิการ**

The KKU Faculty of Nursing embarks on a new chapter spanning half a century: Contemplating a shift in the journal format from traditional paper-based into paperless

Happy New Year 2024. I wish you all a very happy and prosperous year ahead. As we bid farewell to another amazing year, I hope you continue to succeed and work together to accomplish great things. Happy new year everyone. May this year bring our readers all the opportunities and success.

The inaugural edition of volume 1 in the 47th year, 2024, marks the commencement of a dedicated effort to conserve environmental resources within this journal. It signifies the initiation of a fresh era for the Faculty of Nursing at Khon Kaen University, as we embark on a journey to transition the journal's format to a paperless mode. Consequently, the journal is exclusively available in electronic form. Despite this shift, the content upholds its high quality, aligning with our commitment to Nursing and Health Journal's role as a platform for disseminating knowledge in nursing and health research. The scheduled release of the content to readers is planned no later than the end of March 2024.

As we embark on the historic transition in the publishing format of the Journal of Nursing and Health at the onset of the new year 2024, we extend heartfelt gratitude to all who have steadfastly supported the journal's mission since its inception in year 1, issue 1, through to the current year 47, issue 1. Our appreciation encompasses the dedicated contributions of the deans, administrative teams, editors, editorial staff, and all individuals who have played integral roles across generations. Special recognition goes to the journal experts who have tirelessly enhanced the quality of every article. We express gratitude to the entire team of writers, the diligent readers of the journal, and particularly the journal members who have been instrumental in supporting the production of this journal. Notably, we announce that there will be no membership fee moving forward. We sincerely thank everyone for being part of this momentous occasion and for confidently stepping into the new year, marked by heartfelt dedication, love, hope, and the enduring power of faith.

**In essence, faith's strength lies within hope,
Building nursing knowledge bonds among those who tread the lengthy cope.
A fabled tale unfolds along this vast path,
Uniting soul and fortifying the nursing journal for social march...**

Professor Darunee Jongudomkarn, RN, Ph.D.

Editor

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2567

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความรับเชิญ

การวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทงานประจำวันของพยาบาล ดาร์ณี จงอุดมการณ์	1
---	---

บทความวิจัย

การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป้องกันโรคพร่องส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 บุญเทียน อสารินทร์ สุภาวรรณ วันประเสริฐ	15
ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางกายดำในการกีดกันกำหนดต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตการกีดกัน ประกาย โพธิ์งาม อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์	26
การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่การกีดกันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักการกีดกัน ดรุณลักษณ์ สายแหว อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์	40
ผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่น โรคมะเร็ง ปริญญ์ ศรีมะเร็ง จุฬารัตน์ ตั้งภักดี	55
ผลของการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล เพื่อป้องกันไตบาดเจ็บ เฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ วาสนา รวยสูงเนิน มะลิวรรณ ศิลรัตน์	68
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรทอง จังหวัดกำแพงเพชร สุจิตต์ วงเวียน อัญสุรีย์ ศิริโสภณ	82
ผลของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ต่อการรับรู้ความเชื่อสุขภาพพฤติกรรม ป้องกันโรค ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง กนกพรรณ พรหมทอง วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ ศุภนิชโยมล พิมพ์พิมล สุวรรณ	95
การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอวาปีปทุมจังหวัด มหาสารคาม จุฑามาศ จันทร์เกษ์ สุภาพร ชองศิริ	108
ผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี กรรณิกา ชารธรรม สุวรรณ วิษณุโยธิน พูลสุข ศิริพูล ทินัสชา เข็มหอม นุชรินทร์ หนูพร	125
การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลของพี่ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ประกายแก้ว ศิริพูล แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ เพ็ญแข จันทร์ราช	139

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 47 Number 1 January - March 2024

Editorial

The column: An invited article

- Qualitative research in the context of nurses' daily** **1**
Darunee Jongudomkarn

Research Articles

- Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma prevention and control of risk behavior group in the context of health promotion hospitals transfer missions to local administrative organization, health region 8, 2023** **15**
Boontian Arsarin Supawan Wanprasert
- The effects of providing information about the hypothermia prevention guideline in preterm infants on the knowledge, attitude, and practice of nurses in the intermediate care unit** **26**
Prakai Phongam Atchariya Wonginchan
- The development of the self-regulation knowledge instrument in relation to the functional and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit** **40**
Daruyaluk Saiwaew Atchariya Wonginchan
- Effects of a program to reduce loneliness via digital health platform on loneliness among adolescents with cancer** **55**
Priyaporn Srimarung Juraporn Tangpukdee
- Effects of promoting nurses' adherence to nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in septic shock patients** **68**
Chetthaporn Chanlertrit Wasana Ruaisungnoen Maliwan Silarat
- Factors predicting stroke prevention behaviors of hypertensive patients in Saingam District, Kamphaeng Phet Province** **82**
Sukhid Wongwian Ansuree Sirisophon
- Effects of web-based diabetes and hypertension screening on health belief perception, preventive behavior, blood pressure, and blood sugar among individuals who are at risk** **95**
Kanokpun Promtong Wararat Tiparat Sunee Chaimon Pimpimon Suwan
- Participatory care for dependent people of the center for elderly quality of life development at Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province** **108**
Jutamat Jantarak Suthaporn Songsiri
- The outcome of preventive care for peritonitis in pediatric patients undergoing peritoneal dialysis: A case management approach** **125**
Kannika Chatham Suwannee Wisanuyotin Pulsuk Siripul Theenutchar chunghom Nutcharin Nooporn
- The development of caring behaviors assessment questionnaires for caregivers of children and adolescents with epilepsy** **139**
Prakaikaew Siripoon Kaewkarn Sueram Penkha Chunrat

การวิจัยเชิงคุณภาพในบริบทงานประจำวันของพยาบาล*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

บทความนี้ขอทำหน้าที่เป็นสื่อออนไลน์คล้ายใบลาน กระดานชนวนของไทย เราเชิญเข้าเรียนรู้สู่การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้นำเสนอภาพรวม คำศัพท์สำคัญ แนวการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งมีความสอดคล้องกับธรรมชาติ ภารกิจ หน้าที่ การงาน ประจำวันที่พยาบาลขับเคลื่อน ได้นำเสนอแนวคิดทฤษฎี ขี่นำการวิจัย ระเบียบวิธี การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสนับสนุนผู้สนใจมือใหม่ ให้เริ่มทำวิจัยชนิดนี้ ให้สามารถเข้าใจในการทำและการใช้ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ นำผลที่ได้มาใช้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการพัฒนางานพยาบาล รวมถึงการเผยแพร่ผลงานวิจัย เพื่อต่อยอดองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงคุณภาพ งานพยาบาล

วันที่รับบทความ 1 มกราคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 25 มกราคม 2567

*เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย 10 มกราคม 2567 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนวิทยากรโดยมูลนิธิสายนนทิยนิยมิวิภาตฯ

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล darjon@kku.ac.th

Qualitative research in the context of nurses' daily duty*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Abstract

This invited article aims to convey its message using digital platforms, reminiscent of traditional Thai methods such as palm leaves and slates to share about qualitative research. It has provided an overview, key terms, and guidelines for carrying out qualitative research, aligning with the nature, missions, duties, and daily tasks undertaken by nurses. The presentation covered the principles; theories directing the research; methodologies; the collection, and analysis of qualitative data. This was done to assist individuals who are unfamiliar with this research approach. This was done to assist individuals who are unfamiliar with this research approach. Capable of comprehending the process of conducting and utilizing qualitative research findings, applying them to enhance the advancement of nursing practices. This involves leveraging the results for the betterment of nursing work and contributing to the dissemination of research outcomes to contribute to the broader expansion of nursing knowledge.

keywords: qualitative research; nursing work

Received 1 January 2024 Revised 15 January 2024 Accepted 25 January 2024

*Handout for the workshop on developing routine work into research, 10 January 2024, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. A speaker was supported by the Foundation of Saiyut Niyomviphat

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: darjon@kku.ac.th

บทนำ

การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ สำหรับการพัฒนาสังคมให้ก้าวหน้า เมื่อมองสิ่งต่างๆ รอบตัวแล้วย้อนรำลึกอดีต คงนึกได้ถึงความแตกต่างในเรื่องความสะดวก โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นผลจากการวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ทั้งสิ้น ซึ่งกระแสหลักของการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ค่าความคิด คือ การวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ ในที่นี้ ขอกล่าวถึงการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องต้องเคมีกับธรรมชาติการทำงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้การดูแลตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงหลังตาย ให้การดูแลบุคคล ครอบครัว ตลอดจนถึงชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งนี้ เพราะแนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาวิจัยที่ให้ความสำคัญกับปรากฏการณ์ทางสังคม ชีวิตและประสบการณ์ของผู้คนตามโจทย์การวิจัยที่สนใจ ตามคำจำกัดความของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ว่า หมายถึง การศึกษา การแสวงหาความรู้อย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาปรากฏการณ์ทางสังคม จากสิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ ทำความเข้าใจประสบการณ์ของบุคคล หาความสัมพันธ์ของบุคคลต่อปรากฏการณ์และสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลด้านความรู้สึก ความคิด การให้ความหมาย ค่านิยมอุดมการณ์ของบุคคล การที่จะได้มาซึ่งข้อมูลที่ลุ่มลึกเหล่านี้ ต้องอาศัยการศึกษาติดตามต่อเนื่องยาวนาน ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ตีความข้อมูล แล้วสร้างข้อสรุป หรือแก่นความคิดในเรื่องที่ศึกษาได้¹⁻³

อย่างไรก็ดี แม้ว่างานวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มมาจากนักวิชาการวิจัย ด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ แต่ในปัจจุบันด้วยวิธีการทำงานด้านสุขภาพของพยาบาล มีความเหมาะสมกับการศึกษาความรู้ความจริงจากการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยความหนาแน่นของข้อมูลพื้นฐานความเป็นจริง (well-grounded theory) ที่แสดงถึงปรากฏการณ์แบบมีความเข้มข้นของเนื้อหา (rich or thick description) ของบริบทที่ศึกษา ทำให้นักวิจัยพยาบาลประจักษ์ในจุดเด่นของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้ จึงมีผลงานตีพิมพ์ออกมาเป็นจำนวนมาก³⁻⁵ มีองค์ความรู้เกี่ยวกับวิจัยเชิงคุณภาพมีคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องกล่าวถึง เพื่อต่อยอดการไปทำความเข้าใจด้วยตนเอง หลายท่านอาจไม่คุ้นเคย ผู้เขียนจะพยายามนำเสนอให้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเรื่องง่าย สัมผัสได้ เข้าใจในคำศัพท์และกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับนักวิจัยมือใหม่ป้ายแดงอย่างเป็นรูปธรรมที่สุด^{3,6}

ทุกภาคส่วนคงยอมรับว่า การวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้และสมรรถนะ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ เพราะผลการวิจัยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์นำมาซึ่งการปรับปรุงการตัดสินใจทางคลินิกได้⁶ ดังนั้นความคาดหวังสำคัญประการหนึ่งของทุกหลักสูตรของสภาการพยาบาลสำหรับพยาบาลวิชาชีพ คือ สามารถนำผลวิจัยมาใช้ประโยชน์ได้ อ่านเข้าใจ นำใช้ได้ ในประเด็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการศึกษาทางคลินิก ปัญหาความต้องการ การให้คุณค่าของผู้ป่วยรับบริการ เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ การวิจัยช่วยในการคัดสรรเครื่องมือการประเมินผู้ป่วยที่ได้ความเที่ยงความตรง⁷

ธรรมชาติของการวิจัยเชิงคุณภาพ: เป็น อยู่ คือ ?

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ใช่ชุดเทคนิคหรือปรัชญาที่เป็นหนึ่งเดียว ที่จริงแล้วได้เติบโตมาจากจารีตทางปัญญาและวินัยที่หลากหลาย⁸ เป็นที่ชนะผ่านมุมมองพฤติกรรมของผู้คนจากมุมมอง แล้วเจาะลึกลงไปเรื่อยๆ ซึ่งการทำความเข้าใจนี้ ไม่สามารถวัดได้ด้วยเทคนิคการสำรวจเชิงปริมาณหรือสถิติใด ๆ ดังนั้น วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพจึงเป็นการศึกษา ตรวจสอบเชิงลึกในประเด็นที่วิจัยซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดของผู้ใช้บริการ หรือผู้ป่วยด้วยจำนวนที่มีจำกัดได้^{1,9-10}

กล่าวอีกนัยหนึ่ง การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิจัยในการศึกษา (examine) เชิงอัตวิสัยถึงประสบการณ์ของมนุษย์ ด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบไม่ใช่ตัวเลขสถิติ¹¹ โดยแสวงหาความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ จากการ

วิเคราะห์ประสบการณ์ที่ซับซ้อนของผู้คนที่ศึกษามาก่อน¹² ทั้งนี้ วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถแบ่งได้หลายแบบ คือ 1) แบ่งตามการขึ้นนำของมุมมอง ความเชื่อหรือทฤษฎีของแต่ละวิธีนั้น ๆ เช่น ทฤษฎีการตีความเชิงโครงสร้าง (constructivist-Interpretive theory) ทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (critical theory) ทฤษฎีโพสตีวิสต์ (post-positivist theory) ทฤษฎีโพสตรัคติวิสต์/โพสโมเดิร์น (post-structural/Postmodern theory) และ ทฤษฎีสตรีนิยม (feminist theory) เป็นต้น 2) แบ่งตามการออกแบบการวิจัย อาทิ การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology)ชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography) ทฤษฎีฐานราก¹³⁻¹⁴ (grounded theory) วิธีการทางประวัติศาสตร์ (historical method) และ กรณีศึกษา (case study)^{2,9} เป็นต้น

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเชิงอัตวิสัยแบบองค์รวม ที่สามารถพัฒนาผลวิจัยเป็นทฤษฎีได้¹⁴⁻¹⁵ สามารถสร้างรูปแบบการพยาบาลและช่วยการตัดสินใจทางคลินิกได้¹⁵ ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพ จึงเป็นทางเลือกที่ดีทางเลือกหนึ่ง สำหรับพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้รับบริการ จากการวิจัยประสบการณ์ด้านสุขภาพเป็นหน่วยวิเคราะห์ ทั้งในระดับบุคคล ระดับครอบครัว หรือระดับชุมชน หรือการพัฒนาการบริหารงานพยาบาลที่มีหน่วยวิเคราะห์เป็นระดับบุคลากร หรือระดับองค์กร เพื่อให้ได้ซึ่งคำตอบการวิจัยเพื่อพัฒนาคน พัฒนางาน พัฒนาองค์กรได้

การเริ่มต้นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ไม่ได้ใช้สมมติฐานการวิจัยดังเช่นที่การวิจัยเชิงปริมาณบางชนิดปฏิบัติ แต่ระบุเป็นปรากฏการณ์แล้วตั้งคำถามเชิงสังเกตที่จะศึกษา ทั้งนี้ คำถามวิจัยควรหมวดเป็นประโยคเดียว โดยใช้คำถามที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์ของมนุษย์ เช่น ตัวอย่างคำถามการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา “ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานในครอบครัวข้ามรุ่นเป็นอย่างไร?”¹⁶ “ครอบครัวในพื้นที่กึ่งเมืองภาคอีสานมีการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างไร?”¹⁷ “ท่านในฐานะพยาบาลที่ดูแลครอบครัว คิดว่าการปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้ผลดีต่อสุขภาพของครอบครัวมีอะไรบ้าง?”⁴ หรือ แรกเป็นคำถามย่อยเมื่อต้องการเจาะลึกจากคำถามหลัก “ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อลูกอยู่ในภาวะปวด?” แล้วแตกเป็นคำถามย่อยเมื่อต้องการเจาะลึก เช่น “เมื่อลูกมีอาการปวดเขาแสดงออกมาอย่างไรบ้าง? ที่ทำให้เราทราบว่าเขากำลังปวด” “แล้วคุณพ่อ หรือ คุณแม่ (หรือผู้ดูแล) ให้การช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการอย่างไรบ้าง? ได้ผลเป็นอย่างไร? ทำอะไร? ให้บ้างที่รู้สึกว่าได้ผลดี (ช่วยบรรเทาปวดได้ดี)”¹⁸⁻¹⁹ เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรม (Literature reviews)

เนื้อหาส่วนการทบทวนวรรณกรรมนี้ อยู่ในส่วนบทนำของบทความ²⁰ โดยทำความเข้าใจกับผู้อ่านถึงสิ่งที่วิจัย ชี้แจงเหตุผล ที่มาของการออกแบบการวิจัย เช่น การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (phenomenological study) ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของเรื่องที่ศึกษาก่อนหน้า¹⁶ ส่วนการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ (historical research) การทบทวนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมากโดยเฉพาะเนื้อหาตามกรอบเวลาและคำถามการวิจัย โดยเฉพาะการได้ข้อมูลเชิงลึกมีความสำคัญมาก^{5,21} อย่างไรก็ตาม สำหรับการศึกษาระบบวิจัยเชิงฐานราก¹³ (grounded theory) ควรหลีกเลี่ยงการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมก่อนเริ่มการวิจัยเพราะจะก่อให้เกิดการปนเปื้อน (contamination) และอคติต่อข้อมูลและผลการวิจัยได้ ส่วนการวิจัยเชิงสังคมวิพากษ์²²⁻²³ (critical theorist) เป็นการวิจัยเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ให้ความสำคัญต่อการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาว่ามีเหตุการณ์ทางสังคมอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพื่อกำหนดรูปแบบ รายละเอียดการวิจัย²³

วิธีวิทยา (Methodology)

กระบวนการนิรนัย หรือ อนุมาน และอุปนัย หรือ อุปมาน (Deductive and inductive methods)

เป็นวิถีธรรมชาติของการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ระหว่างสองค่ายความคิดนี้ คือ วิธีการวิจัยแบบนิรนัย หรือ อนุมาน (deductive) หรือ จากเบื้องบนสู่ด้านล่าง หรือ “top down” approach เป็นวิธีการวิจัยเชิงปริมาณที่วิจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว จากนั้นมุ่งหาคำตอบจากคำถามวิจัยเฉพาะส่วนจากปรากฏการณ์ โดยมีการตั้งสมมุติฐานแล้วทดสอบสมมุติฐานที่ตั้งไว้ แต่ในส่วนการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการวิจัยแบบอุปนัย หรือ อุปมาน (inductive) หรือแบบจากล่างสู่บน หรือ “bottom up” approach ซึ่งเป็นวิถีในทางตรงข้ามกับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยเริ่มจากการศึกษาปรากฏการณ์ในวงกว้าง ก่อนศึกษาเจาะลึกลงสู่การแสวงหาคำตอบที่เฉพาะเจาะจง และจบลงด้วยข้อสรุป หรือได้ทฤษฎีตั้งต้น²⁴⁻²⁵

มุมมองทางทฤษฎีซึ่งนำการวิจัย (Theoretical perspectives)

ก่อนทำวิจัยเชิงคุณภาพ สิ่งที่นักวิจัยจะต้องถามตนเองคือ ตัวผู้วิจัยมีความคิด ความเชื่อ มีมุมมองต่อปัญหาที่จะศึกษาอย่างไร? ซึ่งมุมมองทางทฤษฎีของการวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นจุดเริ่มต้นการวิจัย และเมื่อได้ข้อมูลมาสู่การวิเคราะห์และอภิปรายผลเชิงทฤษฎีที่ชี้นำ มุมมองทางทฤษฎีขึ้นอยู่กับความเชื่อที่ผู้วิจัยใช้ชี้นำการวิจัยนั้นๆ กล่าวคือ เป็นมุมมอง หรือ กระบวนทัศน์ ที่ชี้นำการวิจัยตามที่กล่าวมาแล้ว ดังนี้

ทฤษฎีตีความเชิงโครงสร้าง (Constructivist-Interpretive approaches): แนวคิดทฤษฎีนี้เน้นการทำความเข้าใจในโลกทัศน์ตามประสบการณ์ของมนุษย์โดยอาศัยมุมมองของผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังศึกษาโดยใช้ความเข้าใจเชิงตีความที่เรียกว่าอรรถศาสตร์ (hermeneutics)²⁵ แนวคิดนี้ทำความเข้าใจหรือตรวจสอบที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยศึกษาวิธีที่ผู้คนมีพัฒนาการตีความชีวิตของตนที่สัมพันธ์กับประสบการณ์ของพวกเขา ช่วยในการศึกษาถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน

ทฤษฎีแนวคิดเชิงวิพากษ์ (Critical theory): เป็นทฤษฎีที่นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลง หรือ change ประสบการณ์ หรือโครงสร้างทางสังคมในความไม่เท่าเทียม ความไม่เป็นธรรม นำมาซึ่งการพัฒนาความรู้สู่การช่วยสร้างสรรค์การเปลี่ยนแปลงทางบวก หรือ กล่าวได้ว่าใช้เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองสังคม^{11,23}

ทฤษฎีโพสต์โพสิติวิสต์ (The post-positivist perspective): มุมมองนี้เป็นกระแสแนวคิดที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกละเลยความคิดเชิงอัตวิสัยใจหุนยนต์อันเป็นผลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่มุ่งเน้นวัตถุวิสัยเป็นกระแสหลัก จึงเกิดการมุ่งศึกษาความเป็นคน การตีความ เพื่อทำความเข้าใจตนต่ออัตวิสัยตามประสบการณ์ชีวิตของผู้คนที่มีอยู่อย่างหลากหลาย¹¹

แนวคิดโพสตรัคติวิสต์/หรือหลังสมัยใหม่ (Post structural, or postmodern studies): การศึกษานี้เน้นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยแนวคิดต่าง ๆ เช่น วัฒนธรรม (culture) เพศภาวะ (gender) ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (power) และ การกดขี่ (oppression)¹¹ ส่วนแนวคิดสตรีนิยม (feminism) ให้ความสนใจต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ มุมมอง ความเชื่อ ทศณะการมองโลก วิถีกฎหมายของสตรี วิธีการดำรงอยู่และการสร้างการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนให้สตรีรับสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย ตลอดจนสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความไม่เท่าเทียมทางเพศและการกดขี่ทางเพศ^{23,25}

การออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 5 แบบหลัก ดังนี้

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาเพื่อค้นหาความหมายที่มีอยู่หลายประการภายใต้ปรากฏการณ์ที่ศึกษา และให้คำอธิบายอย่างครอบคลุมต่อปรากฏการณ์นั้นๆ มากกว่าคำอธิบายเพียงหนึ่งเดียวของปรากฏการณ์นั้นๆ²⁵ เป็นการอธิบายโลกแห่งประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของผู้ถูกศึกษา ดังตัวอย่างบทคัดย่อของการวิจัยชนิดนี้เรื่องหนึ่ง²⁶

“การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น โดยเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงเป็นผู้สูงอายุที่เลี้ยงหลานวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ตามเกณฑ์การคัดเลือก 21 คน ในพื้นที่ 3 อำเภอ ในจังหวัดเก็บข้อมูล เป็นเวลา 8 เดือน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกภาคสนาม และสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการของไดเคิลแมน และอัลเลน 7 ขั้นตอน ผลการศึกษา: ได้แก่นักคิดหลัก 6 แก่น ได้แก่ 1) มีหลานเป็นที่พึ่ง 2) เผชิญกับพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งร่างกาย และจิตใจ 3) ผิดหวังและอับอาย 4) เลี้ยงสามต่อ 5) ไม่เชื่อฟัง 6) ติดตามหลานลำบาก โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประสบกับปัญหาทั้งสุขภาพกายและจิตใจ ข้อเสนอแนะ พยาบาลครอบครัวควรให้การพยาบาลเชิงรุก ในการค้นหา ปัญหาในครอบครัวข้ามรุ่นที่ผู้สูงอายุเลี้ยงหลานในวัยรุ่น เพื่อป้องกันความรุนแรงในครอบครัว และการตั้งครุฑ ในวัยรุ่น”

การศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) มีต้นกำเนิดจากการศึกษาทางมานุษยวิทยา โดยเน้นการศึกษามนุษย์ตามมุมมองเชิงวิวัฒนาการและทางสังคม²³ ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาทางศาสตร์ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ของคนกลุ่มหนึ่ง²⁵ สำหรับพยาบาลมีการทำวิจัยแบบ ชาติพันธุ์วรรณาที่มุ่งเน้นประเด็นเฉพาะ²⁷ (focused ethnography) เผยแพร่จำนวนมาก การวิจัยชนิดนี้ ใช้ศึกษาการดำเนินการในชีวิตประจำวัน สำนวนปฏิบัติและความหมายที่ใช้ร่วมกันจากวัฒนธรรมซึ่งผู้วิจัยอาจมีหรือไม่มีความคุ้นเคยกับวัฒนธรรมย่อยที่กำลังศึกษาอยู่ การวิจัยนี้มุ่งทำความเข้าใจประเด็นทางการบริการสุขภาพ หรือ ทางสังคมเฉพาะที่ส่งผลต่อแง่มุมต่างๆ ที่สนใจของการปฏิบัติการพยาบาลได้ดังตัวอย่างบทคัดย่อของการวิจัยชนิด focused Ethnography เรื่องหนึ่ง²⁸ “การศึกษาเพื่ออธิบายทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทุกข์-สุขของผู้สูงวัยตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ด้วยวิธีวิจัยชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพาครอบครัวและมีประสบการณ์ในการดูแลสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว 27 คน ในพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกต การสนทนากลุ่ม การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม ความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้ตรวจสอบแบบสามเส้า ยืนยันความเที่ยงตรงของข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้ผลการศึกษา 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว และ 2) ปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับทุกข์-สุขของผู้สูงวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัว ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานต่อสหวิชาชีพในการออกแบบพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลผู้สูงวัย รวมทั้งการให้ข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยแบบองค์รวมต่อไป”

การศึกษาเชิงทฤษฎีฐานราก (Grounded theory) เป็นการศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎีจากข้อมูลฐานราก เป็นการศึกษาอย่างเป็นระบบทางสังคมที่มีอยู่ของปฏิสัมพันธ์ของคนกับคนจนได้ผลสรุป เป็นทฤษฎีทางสังคม กล่าวคือ เป็นวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพอีกชนิดหนึ่งที่พยายามไขความหมายของปฏิสัมพันธ์ของคน การกระทำทางสังคม และประสบการณ์ของผู้คน¹³⁻¹⁴ โดยคำอธิบายเหล่านี้มีพื้นฐานมาจากการตีความหรือคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูลเอง ดังตัวอย่างบทความการวิจัยแบบทฤษฎีฐานรากเรื่องหนึ่ง²⁹

“การวิจัยแบบการสร้างทฤษฎีฐานรากแบบสตราสส์ (Straussian grounded theory approach) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ อธิบายวิธีบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัวในระยะยาวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอของจังหวัดชายแดนใต้ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

เลือดสมอง อย่างน้อยวันละ 4 ชั่วโมง เป็นเวลาต่อเนื่องกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ ๆ ระบุ 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย การสัมภาษณ์เชิงลึกพร้อมบันทึกเทป ร่วมกับการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึก ภาคนาม ซึ่งเป็นวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วย เทคนิคการกำหนดรหัส ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการบริหารจัดการดูแลตนเอง และครอบครัว ควบคู่ไปกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยตามสภาพการเจ็บป่วย ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ทุ่มดูแลรักษา ซึ่งเป็นระยะที่เต็มไปด้วยความหวังในผลของการรักษา ระยะที่ 2 หาวิธีป้องกันอย่าให้ทรุด ระยะที่ 3 หยุดแสวงหาการรักษา เป็นระยะที่ผู้ดูแลปลงกับชีวิต และผลการรักษา หันมาลงทุนกับตนเอง พยายามดูแลสุขภาพตนให้แข็งแรง”

การศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ (Historical method) เป็นกระบวนการสร้างข้อเท็จจริงและหลักการตามลำดับเหตุการณ์และวิวัฒนาการหรือวิถีทางประวัติศาสตร์ของสิ่ง/ปรากฏการณ์ที่ศึกษา สารสำคัญของการวิจัยทางประวัติศาสตร์คือการวิเคราะห์ผลของเหตุการณ์ที่กำหนดแล้วทำความเข้าใจผลกระทบของเหตุการณ์นั้นๆ ต่อสภาพในปัจจุบัน^{5,21} ดังตัวอย่างบทความการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์เรื่องหนึ่ง⁵

“วิจัยเชิงคุณภาพเชิงประวัติศาสตร์ อธิบายถึงประสบการณ์การก่อตั้งคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกของประเทศไทย ตามประสบการณ์การรับรู้ของอาจารย์รุ่นแรกของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รวมถึงการศึกษาจากเอกสารทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการก่อตั้ง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องจำนวน 12 คนซึ่งเป็นผู้ก่อตั้ง เป็นอาจารย์รุ่นแรกของการดำเนินการจัดการเรียนการสอน อาจารย์ที่เป็นศิษย์เก่ารุ่นแรกของการจัดการเรียนการสอน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา สร้างแก่นความคิดจากข้อมูลเอกสารและการสัมภาษณ์ การบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบแก่นความคิด 3 กลุ่ม คือ 1) การก่อกำเนิดคณะพยาบาลศาสตร์แห่งแรกของประเทศ: ก้าวเข้าสู่ความอิสระทางวิชาชีพ 2) การเตรียมอาจารย์และนักศึกษาในหลักสูตรปริญญาตรีในระยะเริ่มต้น และ 3) แนวโน้มและข้อเสนอแนะทางเพื่อการจัดการรองรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มีข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ นำไปสู่การปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร และการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในอนาคต”

การศึกษาแบบกรณีศึกษา (The case study method) เป็นการวิจัยเพื่อ มุ่งหาคำตอบแบบ 1) บรรยาย (description) เป็นการมุ่งแสดงรายละเอียดพร้อมทั้งบริบทของปรากฏการณ์ที่เลือกศึกษาอย่างสมบูรณ์ 2) อธิบาย (explanation) เป็นการอธิบายถึงเหตุและผลของสิ่งที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน อาจเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยศึกษามาก่อน หรือ 3) แสวงหาคำตอบ (exploratory) ว่าเรื่องนั้นๆ เกิดได้อย่างไร เพื่อตอบคำถามว่า ทำไม (why) หรืออย่างไร (how) เป็นการวิจัยนาร์่อง² ได้ข้อค้นพบชั่วคราวหรือเพื่อสร้างสมมติฐานสำหรับการวิจัย แล้วพัฒนาวิธีวิจัยอื่นเพื่อช่วยให้นักวิจัยค้นหาประเด็นที่จะศึกษาพัฒนางานต่อไป

การวิจัยแบบกรณีศึกษานี้ เป็นได้ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ซึ่งมีจุดเน้นไปที่ปรากฏการณ์เฉพาะหรือประเด็นที่สนใจ อาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสถาบันใดๆ ซึ่งรวมทั้งข้อมูลในอดีตที่ได้รับการบันทึกไว้²³ ในการศึกษามุ่งเน้นที่มุมมองของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สำหรับการศึกษาที่มีกระบวนการที่อาจแตกต่างกัน อยู่ที่ทีมวิจัยร่วมกันออกแบบเพื่อตอบโจทย์วิจัย รวมถึงขึ้นอยู่กับปรัชญาความเชื่อของทีมวิจัยในการกำหนดวิธีการและการวิเคราะห์กรณีศึกษา ทั้งนี้ การวิจัยแบบกรณีศึกษาสามารถใช้ออกแบบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษาผลของการใช้โปรแกรม เหตุการณ์ กิจกรรม กระบวนการ หรือบุคคลตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไปในเชิงลึกกรณีต่าง ๆ มีความผูกพันตามเวลาและกิจกรรม และนักวิจัยรวบรวมข้อมูลโดยละเอียด โดยใช้ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลที่หลากหลายในช่วงเวลาที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ 1) กรณีศึกษาเดียว (single case study) มุ่งศึกษาเฉพาะปรากฏการณ์ใด ปรากฏการณ์หนึ่งหรือกรณีใดกรณีหนึ่งเพียงกรณีเดียว

(one phenomenon) โดยบูรณาการความรู้ที่ได้จากการศึกษาในกรณี/สถานการณ์เดียว ให้คำอธิบายการเกิดปรากฏการณ์นั้นๆ 2) การวิจัยแบบพหุกรณี (multiple case study) มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษารายกรณีที่ศึกษาข้อมูลของกรณีศึกษา ตั้งแต่ 2 กรณีขึ้นไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้รับความหลากหลาย (diversity) ครอบคลุม นำข้อมูลหาความสัมพันธ์เปรียบเทียบสู่การสร้างข้อสรุป³⁰ การปฏิบัติ (generalizability) หรือสรุปเป็นทฤษฎี ดังตัวอย่างงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาเรื่องหนึ่ง³¹

“งานวิจัยเชิงคุณภาพแบบ กรณีศึกษา หน่วยวิเคราะห์คือชุมชนชาวเวียงนาในประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสบการณ์หรือกลยุทธ์ ในการรับมือต่อภาวะวิกฤตทางชนชาติ ในสังคมที่เผชิญของครอบครัวเวียงนามอพยพในจังหวัดเก็บข้อมูลโดยการทบทวนเอกสาร การสังเกตในชุมชน สัมภาษณ์เชิงลึก และการบันทึกภาคสนาม พบข้อมูลที่สะท้อนวิถีการเผชิญปัญหาวิกฤต โดยยึดมั่นในจิตวิญญาณทางวัฒนธรรม ครอบครัวของชาวเวียงนาม ในการเผชิญภาวะวิกฤตถูกกดดันทางสังคมการเมืองต่อเนื่องยาวนาน สามารถรับมือฟันฝ่าปัญหาได้อย่างน่าสนใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นสมาชิกครอบครัวเวียงนามอพยพและผู้เกี่ยวข้อง 20 คน ในชุมชนชาวเวียงนามแห่งหนึ่งผลการวิเคราะห์เนื้อหาได้แก่ความคิด คือ “สร้างสิ่งยึดมั่น” ทั้งรูปธรรม และนามธรรม ดังนี้ 1) การสร้างศาลเจ้าบูชาในหมู่บ้าน 2) การตั้งหิ้งบูชาบรรพบุรุษและการเชิดชูวีรบุรุษโฮจิมินห์ ข้อค้นพบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลครอบครัวที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตและออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้รับบริการมีพลังจิตและการรับรู้ทางบวก อาจเป็นประโยชน์และเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมให้ครอบครัวบรรเทาและผ่านพ้นภาวะวิกฤตนั้นได้”

เครื่องมือวิจัย (Instruments) เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีหลากหลาย เช่น การเขียนบันทึกข้อมูลและบันทึกการสังเกตของนักวิจัย การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ชนิดต่างๆ สัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม (focus group interviews) การระดมสมอง (brainstorming interviews) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์^{20,32} ปัจจุบันเทคโนโลยีพัฒนาไป มีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มผ่านทางไลน์ (LINE) และการประชุมทางไลน์ (LINE Meeting) ได้

ทั้งนี้ ในการสัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีแนวทางสัมภาษณ์แบบเปิดกว้างก่อนเจาะลึกแบบไม่มีโครงสร้างคำถาม (unstructured) แบบมีโครงสร้าง (structured) หรือ แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured) ก็ได้ ร่วมกับการสังเกต (observation techniques) ซึ่งเทคนิคต่างๆ สามารถกลับไปกลับมาได้

การสังเกตในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบบเปิดเผยหรือปกปิด (Overt or covert observation) การสังเกตเป็นการมองเห็นแล้วคิดวิเคราะห์ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติของมนุษย์ นักวิจัยเชิงคุณภาพ ต้องมีศักยภาพด้านการสังเกตในการเก็บข้อมูล อาจสังเกตแบบปกปิดซึ่งนักวิจัยสวมบทบาทแบบ “คนใน” ปะปนอยู่ในพื้นที่วิจัย โดยไม่แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ นำตนเองเข้าไป กลมกลืนกับธรรมชาติของสนามและเข้าไปร่วมมีประสบการณ์ในสนามอย่างจริงจัง มีการสืบค้น พูดคุย เพื่อหาข้อมูลเป็นไปอย่างปกติ เสมือนเป็นการดำเนินชีวิตปกติ การสังเกตแบบ “แอบมอง” หรือ อีสานเรียก “ซอมเบ้ง” นี้ สามารถบันทึกพฤติกรรมตามธรรมชาติในชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย แต่อาจถูกกล่าวหาว่าผิดจรรยาบรรณเนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยถูกติดตามโดยไม่รู้ตัว และไม่ทราบว่ากำลังถูกบันทึกอะไรอยู่ซึ่งมีข้อดี คือได้ข้อมูลในสภาพธรรมชาติ แต่ต้องอธิบายประเด็นด้านจริยธรรมการวิจัยให้ชัดเจน มีข้อเสียคือหากปฏิบัติได้ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อความไว้วางใจของผู้ให้ข้อมูลและผลวิจัย ส่วนการสังเกตแบบเปิดเผย คือแจ้งให้ผู้ถูกสังเกตทราบ เป็นวิธีการสังเกตอย่างเปิดเผย ให้ผู้เข้าร่วมทราบว่าพวกเขากำลังถูกสังเกตเพื่อตอบโจทย์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างครบถ้วน²³ ข้อจำกัดของการสังเกตแบบเปิดเผยนี้ เรียกว่า “hawthorne effect” (หรือ บางที่เรียกว่า observer effect) ซึ่งเกิดความ

แปรปรวนคือผู้เข้าร่วมอาจมีการเปลี่ยนแปลง ไม่เป็นธรรมชาติ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเนื่องจากการถูกสังเกต¹¹ ดังนั้นสามารถแก้ไขข้อจำกัดและสร้างสมดุลในข้อโต้แย้งสองด้านนี้ได้โดยการแจ้งผู้ร่วมวิจัยเป้าหมายเรื่องการถูกสังเกตไว้ล่วงหน้า และเมื่อมีการบันทึกรายงานผลการสังเกต มีการสรุปให้ผู้ถูกสังเกตฟังเพื่อรับการอธิบายถึงความพฤติกรรมของกลุ่มได้อย่างตรงไปตรงมา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Trustworthiness)

การทำวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ให้ความสำคัญเรื่องความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวิจัย (reliability of the instruments) และความถูกต้อง (validity of the instruments) ของเครื่องมือถือเป็นสิ่งสำคัญ และเราถือว่าการทำวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่สำคัญคือ ผู้เก็บข้อมูลที่จะต้องได้รับการฝึกให้ทราบว่า จะเก็บข้อมูลอะไร อย่างไร เพราะเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย อย่างไรก็ตาม การวิจัยเชิงคุณภาพให้ความสำคัญเรื่องการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ ความถูกต้องและความครอบคลุมของข้อมูล โดยมีคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ คือ “การยืนยัน” (confirmability) เพื่อเพิ่มความมั่นใจ ว่าผลลัพธ์จะได้รับการยืนยันโดยบุคคลอื่น ๆ ที่มีความเป็นกลางของข้อมูล โดยมีการสะท้อนและผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เกี่ยวกับข้อสรุปที่ผู้วิจัย ตีความของข้อมูล มีการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลยอมรับผล การวิจัยว่าเป็นจริงตรงกับประสบการณ์ของพวกเขา มีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) เมื่อเก็บข้อมูล “ต่างสถานที่ ต่างวิธี ต่างเวลา ต่างคน” คือ ได้ผลสอดคล้องกันแม้ว่าเก็บข้อมูลในสถานที่ที่ต่างกัน หรือ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการที่ต่างกัน เก็บข้อมูลในวัน-เวลาที่ต่างกัน หรือ เก็บข้อมูลจากคนละคนกัน หรือ เก็บข้อมูลโดยคนละคนกัน สามารถนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกันแล้วไม่มีสาระสำคัญที่แตกต่างกัน จากนั้น มีการอธิบายและตรวจสอบข้อมูลกับผู้เชี่ยวชาญก่อน นำเสนอผลค้นพบ คำว่า confirmability นี้มีคุณลักษณะสามประการ ได้แก่ มีความน่าเชื่อถือ (credibility) ตรวจสอบได้ (auditability) และความสามารถในการถ่ายโอนผลวิจัยได้ (transferability)¹¹ เพราะข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถต่อยอดในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอื่น หรือในบริบทอื่นได้ สำหรับการสร้าง credibility เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยเป็นจริง และน่าเชื่อถือ โดยมีแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยผ่านการฝึกปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ กับทีมผู้วิจัยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการเก็บข้อมูลหลากหลาย วิธีควบคู่กันไป มีการตรวจสอบข้อมูลกับผู้ทรงคุณวุฒิ dependability เป็นวิธีการเพื่อให้แน่ใจว่า ข้อค้นพบนั้นๆ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้โดยให้แสดงรายละเอียดต่าง ๆ ตลอดกระบวนการวิจัยการ อ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล (direct quote) ระบุหลักฐานอ้างอิงที่มา^{9,11,20}

คำศัพท์เรียก “ตัวอย่างข้อมูลวิจัย” กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในงานวิจัยเชิงคุณภาพเราไม่เรียกว่าเป็น “กลุ่มตัวอย่าง” (subject) ดังเช่นที่การวิจัยเชิงทดลองในงานวิจัยเชิงปริมาณใช้เรียก แต่ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เรียก ผู้ร่วมวิจัย (participants) หรือ ผู้ให้ข้อมูล (informants/key informants) ประชากรตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพแปรเปลี่ยนไปตามโจทย์การวิจัยซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล สถาบัน แตกต่างกันไป และข้อมูลที่ศึกษาอาจเป็นข้อมูลในอดีตและปัจจุบัน สามารถใช้เอกสารต่างๆ ได้ในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ สมุดบันทึกประจำวัน หนังสือพิมพ์เก่า และจดหมาย เป็นต้น ส่วนการได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีวิธีหลากหลายในวิจัยเชิงคุณภาพ หรือที่การวิจัยเชิงปริมาณ เรียกว่า “การสุ่มตัวอย่าง” มีรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น การเชิญชวนผู้ให้ข้อมูลแบบตามความสะดวก (convenience) หรือแบบตามวัตถุประสงค์ (purposive sampling) การวิจัย การสุ่มตัวอย่างแบบป็น แปะ คือ ค่อย ๆ พอกพูน เป็นก้อนหิมะ (snowballing sampling) หรือการสุ่มตัวอย่างแบบเข้มข้น (intensity sampling to name a few) เป็นต้น^{2,20,23-24,27} เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ

มีจำนวนน้อย จึงมักใช้เทคนิคตามสะดวกหรือแบบเจาะจง โดยมุ่งเน้นคัดสรรตามคุณสมบัติว่าเป็นผู้มีประสบการณ์ตามวัตถุประสงค์วิจัย คือ 'อุดมข้อมูล' ("information-rich")¹¹

นอกจากนี้ การวิจัยเชิงคุณภาพมีเทคนิคเฉพาะในการได้มาซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในบางชนิดของการวิจัยตามปรัชญาความเชื่อเฉพาะ เช่น การวิจัยเชิงทฤษฎีฐานราก (grounded theory) ใช้เทคนิคที่เรียกว่า การสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) โดยเริ่มจากการที่นักวิจัยเก็บข้อมูลและวิเคราะห์เบื้องต้นไปพร้อม ๆ กัน จากนั้นเก็บข้อมูลเพิ่มเติมพร้อมกับการให้รหัสและจะเริ่มได้ผลการวิเคราะห์เบื้องต้น ซึ่งเน้นการอิงข้อมูลจากบุคคลเป็นสำคัญ สิ่งนี้แตกต่างจากการวิจัยเชิงประวัติศาสตร์ที่อิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลมากกว่าจากบุคคล¹³⁻¹⁴

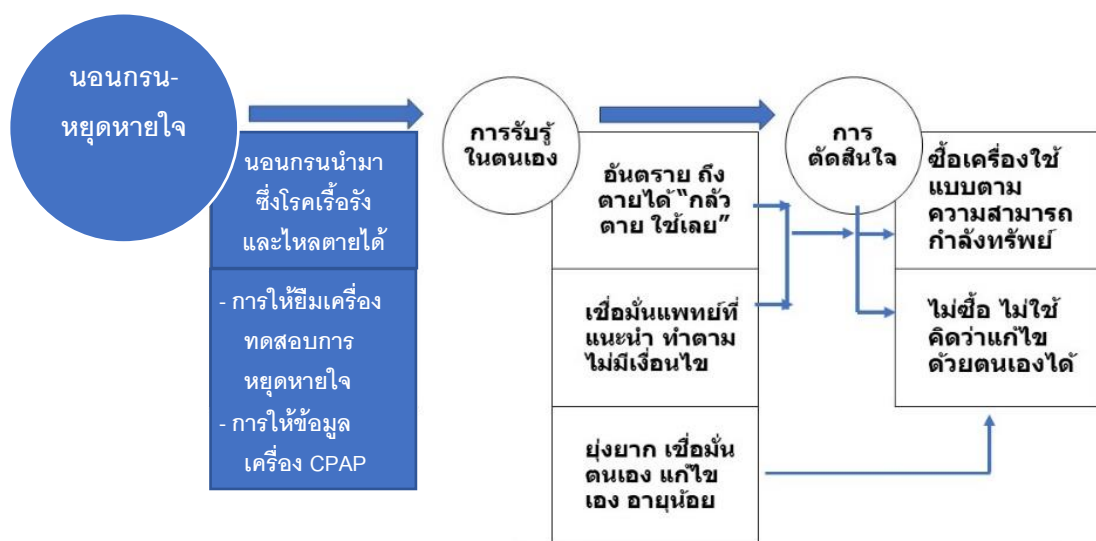
จริยธรรมการวิจัย (Ethics) การวิจัยเชิงคุณภาพต้องใช้ข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึก การสัมภาษณ์กลุ่ม การสนทนากลุ่ม การสังเกต การมีส่วนร่วมของผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ มากมาย ดังนั้นจึงมีประเด็นเชิงจริยธรรมที่ผู้วิจัยต้องให้ความสำคัญถึงข้อจำกัด ผลกระทบต่ออาสาสมัครจากงานวิจัย ทั้งต่อตัวผู้ให้ข้อมูลเอง ครอบครัวและสังคมเป็นสำคัญ ภายใต้คำแนะนำของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต้นสังกัดซึ่งต้องได้รับการพิจารณาอนุญาตก่อนดำเนินการศึกษาใด ๆ ซึ่งอาสาสมัคร ต้องได้รับการคุ้มครอง ให้ปลอดภัยจากภัยคุกคาม หรือความเสี่ยงใด ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น ต้องมีการลงนามยินยอม ในการร่วมวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร^{11,23} ซึ่งก่อนการลงนามต้องได้รับคำอธิบายจากนักวิจัยอย่างชัดเจน สามารถสอบถามนักวิจัยติดต่อได้เมื่อต้องการหรือสอบถาม เมื่อมีความสงสัย

การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล (Data collection and analysis) ในการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของงานวิจัยเชิงคุณภาพ มักดำเนินการไปควบคู่กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิต ซึ่งมุ่งเน้นประสบการณ์ส่วนบุคคล เมื่อได้รับการสัมภาษณ์ อาจจะมีภาวะทางอารมณ์ เข้ามาเกี่ยวข้อง ความบอบช้ำโดยธรรมชาติ ดังนั้นในงานวิจัยเชิงคุณภาพ นักวิจัยจึงมีบทบาทสำคัญ ในการเข้าใจช่วงเวลาเหมาะสม ออกแบบการถามพูดคุย รู้จังหวะที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูล หากมีการกระตุ้นอารมณ์โดยไม่เจตนา ต้องรู้จักที่จะ สร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ลดความกดดันให้สภาพอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลดีขึ้น ดังนั้นนักวิจัยเชิงคุณภาพที่มีประสบการณ์จึงมีความสำคัญในการช่วยฝึกหัดเป็นพี่เลี้ยง ให้กับนักวิจัยมือใหม่ในการเก็บข้อมูล ในกลุ่มที่เปราะบางต่าง ๆ เหล่านี้¹¹ มักมีคำถามว่าเราควรหยุดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเมื่อใด หรือ จำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพควรมีเท่าใด คำตอบ คือ เมื่อข้อมูลอิ่มตัว (data saturations) ศัพท์คำนี้ชวนให้คิดถึงน้ำเชื่อมหรือสารละลายที่อิ่มตัว ความอิ่มตัวของข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นจุดที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัยที่มีการรวบรวมข้อมูลเพียงพอที่ได้ เพราะเมื่อเก็บต่อไปก็เป็นข้อมูลซ้ำ ๆ กับที่ผ่านมาไม่ทำให้เกิดข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม³

การวิเคราะห์ข้อมูล (Result analysis of data) การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวข้องกับกระบวนการอุปนัย หรืออุปมาน (inductive) มีการตรวจสอบคำ คำอธิบาย และกระบวนการ ผู้วิจัยใช้เหตุผลเชิงอุปนัยเพื่อจัดเรียงและทำความเข้าใจข้อมูลของตน โดยพื้นฐานแล้ว ในการวิเคราะห์ต้องมุ่งหาความสัมพันธ์ (ทฤษฎีฐานราก/grounded theory) ความสำคัญ (การวิจัยทางประวัติศาสตร์/historical research) รูปแบบ/แบบแผน (กรณีศึกษา/case study) หรือทฤษฎีทั่วไป¹¹ จากนั้นอภิปรายผลการวิจัยร่วมกันในหมู่นักวิจัย ซึ่งขั้นตอนนี้ กระทำหลังการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้ง ที่มีการอ่านข้อมูลซ้ำแล้วซ้ำอีก การจัดระเบียบข้อมูล (organization of data) การเข้ารหัส (coding) ลบการระบุตัวตน (de-identifying) การเข้ารหัสใหม่ (re-coding) การจัดหมวดหมู่ (categorizing) การสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างหมวดหมู่ (exploration of relationships between categories) การปรับปรุงและพัฒนาทฤษฎี (refinement and development of theory) และบูรณาการเข้ากับความรู้ที่มีอยู่แล้ว (incorporation in to pre-existing knowledge)^{1-3,11}

การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในที่นี้ขอเสนอวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพิจารณาการมีอยู่ของคำ หรือแนวคิดบางอย่างที่ซ่อนอยู่ภายในข้อมูลที่สัมภาษณ์มา (เช่น ตัวอย่างการวิเคราะห์ข้อความในใบงานที่ดูวิธีตีความคำปราศรัยของคังคุไบครั้งนี้) เพื่อใช้วิเคราะห์เนื้อหา นักวิจัยสามารถระบุปริมาณและวิเคราะห์การมีอยู่ ความหมาย และความสัมพันธ์ของคำ แก่นความคิด หรือแนวคิด หรือ วัฒนธรรมบางอย่างได้ ทั้งนี้ การวิเคราะห์เนื้อหามีสองประเภท 1) การวิเคราะห์แนวคิด (conceptual analysis) และ 2) การวิเคราะห์เชิงสัมพันธ์ (relational analysis) โดย การวิเคราะห์แนวคิด เริ่มจากการกำหนดการมีอยู่และความถี่ของแนวคิดในข้อความที่วิเคราะห์ ส่วนการวิเคราะห์เชิงสัมพันธ์ เป็นการพัฒนาการวิเคราะห์แนวคิดเพิ่มเติมโดยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดในข้อความนั้น ๆ ผลการวิเคราะห์แต่ละประเภทนำไปสู่ผลลัพธ์ ข้อสรุป การตีความ และความหมายที่แตกต่างกันได้³

โดยทั่วไปแล้ว เราเริ่มต้นการวิเคราะห์แนวคิดก่อน ลองตรวจสอบคร่าวๆ ว่ามีปริมาณและการมีอยู่ของแนวคิดนั้นเพียงใด ตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความหมายโดยนัยและการตัดสินใจตามอัตวิสัยเราเอง (ในประเด็นด้านความน่าเชื่อถือและความถูกต้อง) จากนั้นตั้งรหัสคำศัพท์ที่เห็น อาจใช้พจนานุกรมหรือกฎการแปลตามบริบทช่วยในคำที่สื่อความหมายเดียวกัน แล้วเริ่มต้นการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงแนวคิด ตามคำถามการวิจัยและเลือกตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ แล้วเข้ารหัสข้อความ จัดหมวดหมู่เนื้อหาที่สามารถจัดได้ ซึ่งเป็นการลดทอนคำแบบเลือกสรร ลดข้อความเป็นหมวดหมู่ หาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ ตัดสินใจว่าเราจะแยกแยะแนวคิดต่างๆ อย่างไร แล้ววิเคราะห์ผลลัพธ์ จัดทำข้อสรุปและลักษณะทั่วไปที่เป็นไปได้ กำหนดว่าจะทำอย่างไรกับข้อความที่ไม่เกี่ยวข้อง ไม่พึงประสงค์ หรือไม่ได้ใช้ อาจตรวจสอบใหม่ เพิกเฉย หรือประเมินรูปแบบการเขียนโค้ดอีกครั้ง ความสำเร็จอย่างรอบคอบเนื่องจากการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงแนวคิดสามารถระบุปริมาณข้อมูลได้เท่านั้น เมื่อต้องการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแนวคิด ใส่โค้ดความสัมพันธ์ ทำการวิเคราะห์ความถี่ที่เกิดเหตุการณ์ตามใจทวิวิจัย พิจารณาความเหมือน ความต่าง หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามใจทวิวิจัย จัดทำแผนผังการนำเสนอ เช่น ตัวอย่างแผนผังการตัดสินใจซื้อ หรือไม่ซื้อเครื่องอุปกรณ์เพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วย³³ (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 แสดงผลตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหาเบื้องต้นและความสัมพันธ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การอภิปรายผลและข้อเสนอทางการวิจัยเชิงคุณภาพ (Discussions and recommendations)

การทำวิจัยเชิงคุณภาพ สิ่งที่น่าคาดหวัง คือ ได้ผลงาน ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์เฉพาะ เช่น ผู้หญิงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ทฤษฎีสตรีนิยม) หรือกลุ่มคนในหมู่บ้านชนเผ่าเล็ก ๆ (วิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา) การอภิปรายอาจให้ภาพชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง โดยการอภิปรายผลจะช่วยให้มองเห็นภาพชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงตามโจทย์วิจัย ทำให้นักวิจัยสามารถค้นพบข้อมูลบางอย่างที่ยังไม่มีใครเคยนำเสนอ ซึ่งต้องอธิบายให้ได้ว่าค้นพบอะไร ผลลัพธ์หมายถึงอะไร ดีความได้อย่างไร มีข้อจำกัดในการศึกษาหรือไม่ อย่างไร และมีผลกระทบที่เป็นไปได้ สำหรับการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความรู้หรือไม่ อะไร²⁰

การสรุปในงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Conclusion of the qualitative research paper)

ข้อสรุปอาจกว้างมากโดยเน้นประเด็นปัญหาโดยการสร้างความตระหนักรู้หรือความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์ของมนุษย์ ผู้อ่านและในฐานะผู้ใช้ผลงานวิจัย เช่น พยาบาล มีความต้องการความชัดเจนว่าผลการวิจัยเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ (credible) และเชื่อถือได้ (trustworthy) เพียงใด^{6,11,20} และมักพบเสมอว่า ข้อผลงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้ ให้ข้อมูลมากมาย กว้างขวาง จนนักวิจัยบางส่วน มีความยากลำบากในการสรุปตีพิมพ์เป็นบทความในพื้นที่จำกัด

บทส่งท้าย

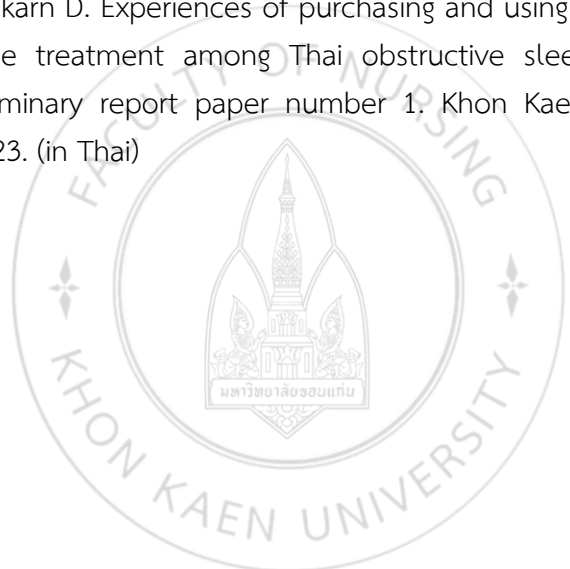
บทความนี้ ได้นำเสนอภาพรวม คำศัพท์ วิธีการทำวิจัยเชิงคุณภาพเบื้องต้น แนวคิดทฤษฎีซึ่งนำการวิจัยแนวทางระเบียบวิธี และสรุปความถึงการทำวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บข้อมูล ปรัชญาการณของผู้คนในธรรมชาติของการใช้ชีวิต เพื่อสนับสนุนผู้วิจัยมือใหม่ให้ก้าวไปสู่ระดับความสามารถด้วยประสบการณ์อย่างลึกซึ้ง มีความเข้าใจและการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ นำมาใช้เกิดประโยชน์ทั้งด้านการออกแบบ การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ทางการพยาบาลต่อไป

References

1. van Schothorst-van Roekel J, Weggelaar-Jansen AMJ, Hilders CC, De Bont AA, Wallenburg I. Nurses in the lead: A qualitative study on the development of distinct nursing roles in daily nursing practice. BMC Nurs 2021;20:97. doi.org/10.1186/s12912-021-00613-3.
2. Chowdhury A, Shil NC. Thinking 'qualitative' through a case study: Homework for a researcher. Am J Qualitative Res 2021;5(2):190-210. doi.org/10.29333/ajqr/11280.
3. Jongudomkarn D. Qualitative research: Reflections based on practice. Journal of Nursing Science & Health 2002;25(1):85-98. (in Thai)
4. Jongudomkarn D, Macduff C. Development of a family nursing model for prevention of cancer and other noncommunicable diseases through an appreciative inquiry. Asian Pac J Cancer Prev 2014;15(23):10367-74.
5. Jongudomkarn D, Lertrat P. The emergence of the first nursing faculty of nursing in Thailand: A step towards professional autonomy. Journal of Nursing Science and Health 2014;37(2):57-70. (in Thai)
6. Ingham-Broomfield B. A nurses' guide to qualitative research. AJAN 2014;32(3):34-40.

7. Announcement of Thailand Nursing and Midwifery Council on curriculum qualification standards of nursing and midwifery profession, Royal Gazette, B.E. 2017 [Internet]. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2017 [cited 2023 Dec 20]
8. Banks G, Stewart-Withers R, McGregor A, Meo-Sewabu L. Qualitative research 2014 [Internet]. 2020 [cited 2023 Dec 10] Available from: <https://10.4135/9781473921801.n4>
9. Denzin NK, Lincoln YS. In: Jongudomkarn D, editors. The Sage handbook of qualitative research. Thousands Oak: Sage; 2011;p.54.
10. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
11. Borbasi S, Jackson D. Navigating the maze of research. Chatswood, Sydney: Mosby Elsevier; 2012.
12. Moxham L. Nurse education, research, and evidence-based practice. In: Berman A, Snyder SJ, Levett-Jones T, Hales M, Harvey N, Luxford Y, Moxham L, Park T, Parker B, Reid-Searl K, Stanley D, editors, Kozier and Erb's fundamentals of nursing, 2nd ed. Frenchs Forest, Sydney: Pearson Australia; 2012.
13. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine; 1967.
14. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory, 3rd ed. Washington, DC: Sage Publications; 2008.
15. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research - building an evidence-based practice, 5th ed. Maryland Heights, Missouri: Elsevier Saunders; 2011.
16. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of a skipped-generation family: Day by day coping journey in Thai context. Int J Qual Stud Health Well-being 2021;(1):1967260. doi: 10.1080/17482631.2021.1967260.
17. Neelasmith S, Jongudomkarn D. Family practices for preventing adolescent pregnancy in Isan regional Thailand. IJMRA 2019;2(2):57-64.
18. Forgeron PA, Jongudomkarn D, Evans J, Finley GA, Thienthong S, Siripul P, et al. Children's pain assessment in northeastern Thailand: Perspectives of health professionals. QHR 2009;19(1):71-81.
19. Jongudomkarn D, Forgeron P, Siripul P, Finley A. My child you must have patience and Krong Jai: Thai parents and child pain. Journal of Nursing Scholarship 2012;44(4):323-31. doi: 10.1111/j.1547-5063.2012.01467.x.
20. Polit DF, Hungler BP. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. 8th ed. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
21. Boontoch K, Jongudomkarn D, Supapanyakul R, Poonthawe P, Ha DT, Arofiati F. Strategies for creating professional nursing instructors from newly graduated nurses by Associate

- Professor Saiyud Niyomviphat: An analysis of historic qualitative secondary data. *Journal of Nursing Science & Health* 2022;45(2):53-64 (in Thai)
22. Dechduang P, Rungreangkulkij S, Jongudomkarn D. Self-love: A strategy to unlock self towards recovery from depression in middle-aged women. *JRANThe* 2022;23(3):418-27. (in Thai)
 23. Jirojwong S, Johnson M, Welch A. *Research methods in nursing and midwifery*. 2nd ed. Sydney: Oxford University Press; 2014.
 24. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing*, 2nd ed. Oxford, UK.: Blackwell; 2002.
 25. Liamputtong P. *Research methods in health*. South Melbourne: Oxford University Press; 2013.
 26. Hongthai K, Jongudomkarn D. Grandchildren-raising burden of older people in skipped-generation families. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council* 2021;36(1):71-88. (in Thai)
 27. Cruz EV, Higginbottom G. The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Res* 2013 ;20(4):36-43. doi: 10.7748/nr2013.03.20.4.36.e305. PMID: 23520711.
 28. Padwang B, Jongudomkarn D, Saito A. The bonding-binding of grandchildren in long-term care for family elder: Family values in northern Thailand. *Glob J Health Sci* 2022;14(6):77-83.
 29. Ponguwan C. Qualitative study on how caregivers of stroke patients in southern Thailand manage their own self-care and the care for their family in the long-term. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;9(1):213-27. (in Thai)
 30. Yin RK. *Case study research design and methods*. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2014.
 31. Binh VTD, Padwand B, Sittikan S, Jongudomkarn D. The city was defeated, people still connected: A qualitative study on family crisis survival strategies through sharing cultural values among Vietnamese immigrants in Thailand. *Journal of Nursing Science and Health* 2022;45(3):112-23. (in Thai)
 32. Baker L, Observation. A complex research method. *Library Trends* 2006;55(1):171-89.
 33. Sawunyavisuth B, Sawunyavisuth K, Jongudomkarn D. Experiences of purchasing and using a continuous positive airway pressure machine treatment among Thai obstructive sleep apnea patients: A qualitative study. A preliminary report paper number 1. Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2023. (in Thai)



การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566

บุญเทียน อาสารินทร์ ส.ม (บริหารสาธารณสุข)* สุภาวรรณ วันประเสริฐ วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)**

บทคัดย่อ

การศึกษามีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV-CCA) ระหว่างพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนภารกิจไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ยังไม่ถ่ายโอนในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบไปข้างหน้า (prospective analytic study) ระหว่าง 1 มกราคม-30 กันยายน 2566 เลือกพื้นที่โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) พื้นที่ถ่ายโอน คือ ตำบลโคกใหญ่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู และพื้นที่ไม่ถ่ายโอน คือ ตำบลห้วยทราย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการรักษาพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ รวมทั้งความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แผนงานการดำเนินงาน ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาผู้ติดเชื้อ การตรวจติดตามการรักษา และการตรวจติดตามซ้ำ ดำเนินงานได้ ร้อยละ 100 ทั้ง 2 พื้นที่ ยกเว้นพื้นที่ไม่ถ่ายโอนตรวจการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5

โดยการตรวจคัดกรองก่อนดำเนินการพบพื้นที่ไม่ถ่ายโอนติดเชื้อสูงกว่าพื้นที่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังดำเนินการพบอัตราติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุปทั้ง 2 พื้นที่ สามารถดำเนินการตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามเป้าหมาย หากมีแผนงานชัดเจนและสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน แต่ควรประเมิน ติดตาม และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มติดเชื้อซ้ำโดยเฉพาะพื้นที่ถ่ายโอน

คำสำคัญ การถ่ายโอนภารกิจ มะเร็งท่อน้ำดี โรคพยาธิใบไม้ตับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วันที่รับบทความ 5 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2566

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ
อีเมล barsarin@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

Opisthorchiasis and cholangiocarcinoma prevention and control of risk behavior group in the context of health promotion hospitals transfer missions to local administrative organization, health region 8, 2023

Boontian Arsarin M.P.H. (Public Health Administration)* Supawan Wanprasert B.P.H. (Public Health)**

Abstract

The objective of this study was to compare the results of operations according to the control and prevention plan for opisthorchiasis and cholangiocarcinoma (OV-CCA) between the contexts of subdistrict health promoting hospitals, transferring missions to local administrative organization; and those have not yet been transferred; in health region 8, 2023. The prospective analytic study was conducted between 1 January and 30 September 2023. The area selected by using purposive sampling. The transferred area was Khok Yai Subdistrict, Non Sang District, Nong Bua Lamphu Province; whereas the non- transferred area was Huai Sai Subdistrict, Phibunrak District, Udon Thani Province.

The results found that personal characteristics of the sample from both areas were similar, including gender; age; education; occupation; history of opisthorchiasis infection; history of opisthorchiasis treatment; behavior of eating raw or undercooked white scale freshwater fishes; knowledge, beliefs, behaviors to prevent opisthorchiasis and cholangiocarcinoma. The operational plans included opisthorchiasis screening, behavior modification training, treating treatment for infected people, treatment monitoring, and testing for re-infection. Operations were 100% successful in both areas, except for the non-transferred area where 96.5% of re-infections were tested.

Screening before operation found that opisthorchiasis prevalence in non-transferred area was statistically significantly higher than that of transferred area ($p < 0.001$). After the operation, it was found that the reinfection rate in transferred area was significantly higher than that of non-transferred area ($p < 0.001$). In conclusion, both areas were able to carry out and achieve goals of the program of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma prevention and control if there was a clear plan and sufficient resources to support operations. However, behavior modification should be monitored and promoted to be suitable with the context of re-infected groups, especially for the transferred areas.

keywords: missions transfer; cholangiocarcinoma; opisthorchiasis; subdistrict health promotion hospital

Received 5 October 2023 Revised 9 December 2023 Accepted 22 December 2023

*Public health technical officer, Senior professional level, Office of Disease Prevention and Control Region 8, Udon Thani, Corresponding author, E-mail: barsarin@gmail.com

**Public health technical officer, Professional level, Provincial Public Health Office Udon Thani province

บทนำ

พยาธิใบไม้ตับ (opisthorchis viverrini) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย ประมาณการว่ามีผู้ติดเชื้อไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน¹ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ในประเทศไทย พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) ติดต่อกับการกินปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียน เช่น ปลาตะเพียน ปลาช่อน เป็นต้น ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อ (metacercaria) โดยปรุงไม่สุกหรือดิบ เช่น ก้อยปลา ปลาสาม ปลาจ่อม เป็นต้น หากมีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับบ่อยๆ จะทำให้เกิดการอักเสบบริเวณเยื่ออุท่อน้ำดีเกิดเป็นพังพืดและกลายเป็นมะเร็งขึ้นได้ โดยมีรายงานว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับเพิ่มความเสี่ยง 6-7 เท่าต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และยังพบว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุมาก (6 เท่า) การรับประทานปลาดิบ (3 เท่า) มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง (2 เท่า) การดื่มเหล้า (3 เท่า) และการรับประทานยาฆ่าพยาธิ praziquantel (2 เท่า) จะเพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เช่นเดียวกัน²

สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประเทศไทย ผลการดำเนินงานระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2565 พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.27, 11.71, 5.90, 4.75, 4.30, 3.23 และ 3.22 ตามลำดับ³ อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2563 พบอัตราตาย เท่ากับ 26.31, 25.12, 24.30, 24.85 และ 24.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และเขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 12.25, 10.91, 3.53, 3.07, 5.06, 2.40 และ 1.67 ตามลำดับ⁴ อัตราตายมะเร็งตับและท่อน้ำดี เท่ากับ 92.64, 95.88, 89.21, 85.64 และ 84.95 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559-2568⁵ กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “ภายในปี พ.ศ. 2568 ประชาชนคนไทยในทุกหมู่บ้านปลอดภัยจากโรคพยาธิใบไม้ตับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีจำนวนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น” ซึ่งตั้งเป้าหมายอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคนและในปลาไม่เกิน ร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2568 และอัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีลดลง 2 ใน 3 ในปี พ.ศ. 2578 ผลการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 8 ที่ผ่านมา ถึงแม้อัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อยังสูง รวมทั้งการคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จากการตรวจด้วยอุจจาระมีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น ต้องใช้ผู้มีความเชี่ยวชาญ การเก็บอุจจาระยุ่งยาก โอกาสตรวจไม่พบกรณีมีพยาธิน้อยๆ เป็นต้น ปัจจุบันมีนวัตกรรมการตรวจพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูป ชนิดเร็ว (Urine OV-Rapid diagnosis test: Urine OV-RDT) เป็นการตรวจหาแอนติเจนของพยาธิใบไม้ตับในปัสสาวะ ข้อดี คือ ง่าย สะดวก ความไวสูง ใช้เวลาน้อยตรวจได้มาก⁶ กอปรกับการถ่ายโอนภารกิจสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542⁷ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิ (primary care) โดยใน ปี พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 8 ได้ถ่ายโอน รพ.สต. ไปจำนวน 242 แห่ง จากทั้งหมด 877 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 27.59⁸ ซึ่ง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนจะรับนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน งบประมาณและทรัพยากรจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่ในช่วงรอยต่อ ยังคงต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลจากโรงพยาบาลแม่ข่ายเดิม (CUP) ทั้งด้านวิชาการ ยาและเวชภัณฑ์ การดูแลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทางการแพทย์ส่วนสารสนเทศยังขาดการเชื่อมโยงและการใช้ร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพ และขาดแคลนบุคลากร ทำให้การบริหารจัดการบริการสุขภาพมีข้อจำกัด รวมทั้งเกิดช่องว่างด้านการประสานงานระหว่างเครือข่ายด้านสุขภาพในพื้นที่ ในขณะที่ภารกิจยังต้องดำเนินการเหมือนเดิม ซึ่งที่ผ่านมาพบผลกระทบต่อการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่งพบว่า ผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานก่อนการถ่ายโอนปี พ.ศ. 2564-2565 ดำเนินการได้ ร้อยละ 86.79 และ 85.69 แต่ในปีถ่ายโอน พ.ศ. 2566 ดำเนินการได้ ร้อยละ 36.05⁹ เป็นต้น

แผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ มาตรการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีกิจกรรม ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้แก่ผู้ติดเชื้อ การรักษา การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำไอนการกิจไปองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ไม่ถ้ำไอนการกิจว่ามีผลกระทบเกิดขึ้นหรือไม่อย่างไร โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินการของ 2 พื้นที่ ในบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนงาน หรือใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ในแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่ถ้ำไอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์รปกครองส่วนท้องถิ่นกับพื้นที่ไม่ถ้ำไอนการกิจ

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study)¹⁰ เลือกพื้นที่แบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 ตำบล ดังนี้

ประชากรศึกษา ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ถ้ำไอน คือ ตำบลโคกใหญ่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู และพื้นที่ไม่ถ้ำไอน คือ ตำบลห้วยทราย อำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการคัดกรองจากแบบคัดกรองความเสี่ยง (verbal screening) พยาธิใบไม้ตับ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง : ใช้ประมาณค่าสัดส่วน¹¹

$$\begin{aligned} N &= Z^2 pq / d^2 \\ Z &= 1.96 \text{ (ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95)} \\ P &= 0.25 \text{ (ค่าประมาณจากการตรวจด้วยวิธี Urine OV-RDT ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8} \\ &\quad \text{ปี 2566 พบตำบลที่มีความชุกสูงสุดร้อยละ 25)} \\ q &= 0.75 \text{ (1-p)} \\ d &= 0.05 \text{ (ค่าความคาดเคลื่อนที่ยอมรับ)} \\ N &= \frac{(1.96)^2 \times 0.25 \times 0.75}{(0.05)^2} \\ &= 289 \text{ คน (เพิ่ม Drop out ร้อยละ 20 เป็น 347 คน)} \end{aligned}$$

ดังนั้น ควรมีขนาดตัวอย่าง อย่างน้อย 347 คน ในแต่ละตำบล

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี
3. กินปลาดิบหรือเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ
4. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่

1. ผู้ที่อยู่ในโครงการวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพยาธิใบไม้ตับ(ป้องกันการซ้ำซ้อน)
2. ผู้ที่กำลังรักษาหรือรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับหรือได้รับการวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ผู้ที่มีอาการป่วยหนักด้วยโรคประจำตัวส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษา

1. แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับด้วยวาจา (verbal screening)¹² ได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป และเคยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับหรือเคยกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับหรือรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ผู้วิจัยประยุกต์จากสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2. แบบสอบถามความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดองค์ความรู้ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของลอเนียลา (Launiala)¹³ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.8

3. ชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)¹⁴ พัฒนาโดยมหาวิทยาลัยขอนแก่น มีค่าความไวร้อยละ 94 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 92

ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 8 จากข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2559-2565⁴
2. ประสานแผนและคัดเลือกพื้นที่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยเลือกตำบลที่มีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับสูงใน 3 อันดับแรกของจังหวัดและมีความพร้อมโดยมีสถานที่รองรับการดำเนินการ บุคลากรเคยผ่านการอบรมด้านการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และการจัดทำแผนงาน
3. ประชุมทีมวิจัยเพื่อชี้แจงขั้นตอนดำเนินงานและพัฒนาเทคนิคการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT) แก่พื้นที่เป้าหมายเพื่อดำเนินการ
4. คัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงและประเมินความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
5. ตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับกลุ่มตัวอย่างด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)
6. อบรมให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยคณะผู้วิจัยใช้ระยะเวลา 1 วัน และรพ.สต.ให้การรักษา
7. ตรวจติดตามรักษาผู้ติดเชื้อใน 1 เดือน ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)
8. ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำใน 3 เดือน ด้วยชุดตรวจปัสสาวะสำเร็จรูปชนิดเร็ว (Urine OV-RDT)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรม SPSS for window ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละตัวแปร ได้แก่ อัตราการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ อัตราการติดเชื้อ อัตราการเข้าอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อัตราการรักษา อัตราตรวจติดตามผลการรักษา อัตราการรักษาหาย อัตราการตรวจติดเชื้อซ้ำ และอัตราการติดเชื้อซ้ำ ใช้สถิติเชิงอนุมานทดสอบด้วยไคสแควร์ (chi-square test) ของคาร์ล เพียร์สัน ค.ศ. 1900¹⁵ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะเวลาการศึกษา ระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2566-30 กันยายน พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

การควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ถ่ายโอนกับพื้นที่ไม่ถ่ายโอนภารกิจในเขตสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2566 สรุปผลดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

พบว่าทั้ง 2 พื้นที่มีคุณลักษณะส่วนบุคคลทั้ง เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความคล้ายคลึงกันโดยมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ้ำยโอน (358)		พื้นที่ไม่ถ้ำยโอน (355)		χ²
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	164	45.8	127	35.8	0.441
	หญิง	194	54.2	228	64.2	
อายุ (ปี)	15-24	11	3.1	3	0.8	0.526
	25-34	7	2.0	3	0.8	
	35-44	26	7.3	7	10.4	
	45-54	79	21.1	126	35.2	
	55-64	150	41.9	126	35.2	
	65 ปีขึ้นไป	85	23.7	63	17.6	
	(mean=57.0 SD=11.9 min=17 max=86)		(mean=54.9 SD=9.9 min=15 max=83)			
	การศึกษา	ไม่ได้เรียน	11	3.1	5	
ประถมศึกษา		253	70.7	199	56.1	
มัธยมศึกษา		78	21.8	141	39.7	
อนุปริญญาขึ้นไป		16	4.5	10	2.8	
อาชีพ	เกษตรกรกรรม	276	77.1	324	91.3	0.305
	ค้าขาย	25	7.0	5	1.4	
	รับจ้าง	20	5.6	12	3.4	
	ว่างงาน/อื่นๆ	37	10.3	14	3.9	
ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ						0.368
	เคยติด	28	7.8	42	11.8	
	ไม่เคยติด	330	92.2	313	88.2	
ประวัติการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ						0.902
	เคยกิน	117	32.7	104	29.3	
	ไม่เคยกิน	241	67.3	251	70.7	
กินปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุกๆ ดิบๆ						0.351
	กิน	315	88.0	261	73.5	
	ไม่กิน	43	22.0	94	26.5	

2. ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

พบว่าทั้ง 2 พื้นที่ มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อในระดับสูง แต่พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	พื้นที่ถ่ายโอน (358)	พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (355)	χ^2 p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.529
ระดับต่ำ (<60%)	14(3.9)	9(2.5)	
ระดับปานกลาง (60-79%)	42(11.7)	28(7.9)	
ระดับสูง (>=80%)	302(84.4)	318(89.6)	
2. ความเชื่อเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.793
ระดับต่ำ (<60%)	14(3.9)	14(3.9)	
ระดับปานกลาง (60-79%)	40(11.2)	11(3.1)	
ระดับสูง (>=80%)	304(84.9)	330(93.0)	
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับฯ			0.193
ระดับต่ำ (< 60%)	91(25.4)	170(47.9)	
ระดับปานกลาง (60-79%)	235(65.6)	167(47.0)	
ระดับสูง (>=80%)	32(8.9)	18(5.1)	

3. ผลเปรียบเทียบตามแผนงาน: ข้อมูลพื้นฐานก่อนการให้ยารักษา

การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 347 คนต่อพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยพื้นที่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 358 คน พบติดเชื้อ 32 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 8.9 และพื้นที่ไม่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 355 คน พบติดเชื้อ 58 คน คิดเป็นอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 16.3 แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อทั้ง 2 พื้นที่ ในด้านเพศ อายุ การศึกษาและอาชีพมีความคล้ายคลึงกัน โดยมีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับก่อนการให้ยารักษา

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ่ายโอน (n=32)		พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=58)		χ^2 p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	17	53.1	27	46.6	1.000
	หญิง	15	46.9	31	53.4	
อายุ (ปี)	15-24	2	6.3	27	0.8	0.702
	25-34	0	0	31	0.8	
	35-44	1	3.1	0	0	
	45-54	9	28.1	0	0	
	55-64	15	46.9	5	8.6	
	65 ปีขึ้นไป	5	15.6	19	32.8	
การศึกษา	ไม่ได้เรียน	3	9.4	0	0	0.212
	ประถมศึกษา	17	53.1	49	84.5	
	มัธยมศึกษา	10	31.2	9	15.5	
	อนุปริญญาขึ้นไป	2	6.3	0	0	
อาชีพ	เกษตรกร	28	87.5	52	89.7	0.721
	ค้าขาย	0	0	1	1.4	
	รับจ้าง	1	3.1	5	8.6	
	ว่างงาน/อื่น ๆ	3	9.4	0	0	

การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ การรักษา การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำทั้ง 2 พื้นที่ ดำเนินการได้ครบตามเป้าหมาย ยกเว้นพื้นที่ถ่ายโอนตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5 โดยทั้ง 2 พื้นที่ พบผู้ติดเชื้อบางคนรักษาไม่หายแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.250$) และพบมีการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษา ตรวจติดตามการรักษาและรักษาหาย

กิจกรรมดำเนินงาน	พื้นที่ถ่ายโอน (n=32)	พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=58)	χ^2 p-value
	คน (ร้อยละ)	คน (ร้อยละ)	
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	32(100)	58(100)	
การรักษา	32(100)	58(100)	
ตรวจติดตามการรักษา	32(100)	58(100)	
รักษาหาย	31(96.9)	55(94.8)	
ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ	32(100)	56(96.5)	
ติดเชื้อซ้ำ	7(21.9)	8(14.3)	0.000

คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อซ้ำทั้ง 2 พื้นที่ พบว่า เพศ อายุ การศึกษาและอาชีพ แตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อซ้ำ

คุณลักษณะส่วนบุคคล		พื้นที่ถ่ายโอน (n=7)		พื้นที่ไม่ถ่ายโอน (n=8)		χ^2 p-value
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	4	57.1	5	62.5	1.000
	หญิง	3	42.9	3	37.5	
อายุ (ปี)	35-44	0	0	1	12.5	0.175
	45-54	4	57.1	2	25	
	55-64	0	0	3	37.5	
	65 ปีขึ้นไป	3	42.9	2	25	
การศึกษา	ประถมศึกษา	4	57.1	8	100	0.831
	มัธยมศึกษา	2	28.6	0	0	
	อนุปริญญาขึ้นไป	1	14.3	0	0	
อาชีพ	เกษตรกร	5	71.4	7	87.5	0.060
	รับจ้าง	1	14.3	1	12.5	
	ว่างงาน/อื่น ๆ	1	14.3	0	0	

สรุปได้ว่าการวิจัยนี้ มีกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 347 คนต่อพื้นที่ พื้นที่ถ่ายโอนคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงได้ 358 คน ตรวจคัดกรองพบติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอนคัดเลือกได้ 355 คน พบติดเชื้อ ร้อยละ 16.3 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประวัติการกินยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับ และการรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ รวมถึงความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และแผนงานดำเนินการ ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อ การรักษาผู้ติดเชื้อ

การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่ ดำเนินการได้ครบตามเป้าหมาย ทุกแผนงาน โดยพบว่า การตรวจคัดกรองก่อนดำเนินการพื้นที่ไม่ถ่ายโอนติดเชื้อสูงกว่าพื้นที่ถ่ายโอนแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังดำเนินการพบการติดเชื้อซ้ำในพื้นที่ถ่ายโอนสูงกว่าพื้นที่ไม่ถ่ายโอน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสรุปทั้ง 2 พื้นที่ สามารถดำเนินการตามแผนงานควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีได้ตามเป้าหมายไม่ต่างกัน หากมีแผนงานที่ชัดเจนและสนับสนุน ทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดำเนินงานแก่พื้นที่

อภิปรายผลการวิจัย

การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นตัวอย่างในการศึกษา ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่ คัดเลือกได้เกินเป้าหมาย เนื่องจาก ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความสนใจ จึงขอเข้าร่วมโครงการเกินเป้าหมายโดยคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 พื้นที่ มีความคล้ายคลึงกันรวมทั้งบริบทของพื้นที่และชนบทชนนิยมประเพณีไม่แตกต่างกัน ผลการประเมิน ความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีระดับคะแนนคล้ายคลึงและไป ทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่มีความรู้และความเชื่อในระดับสูงเหมือนกัน เพราะที่ผ่านมามีการจัดกิจกรรม และรณรงค์ประชาสัมพันธ์การกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับมาโดยตลอด ตามแผนงานโครงการของจังหวัด¹⁶⁻¹⁷ ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ต้องอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ เนื่องจากวิถีชีวิตของ กลุ่มตัวอย่างยังนิยมบริโภคอาหารดิบหรือสุกๆ ดิบๆ จะต้องใช้ระยะเวลาในการสร้างความรู้ความตระหนัก เพื่อนำสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้อง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอายุระดับการศึกษาและอาชีพที่คล้ายกัน จึงทำให้มี พื้นฐานและประสบการณ์ดังกล่าวอยู่ระดับเดียวกัน ผลการดำเนินงานตามแผนงานควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ การอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ติดเชื้อ การรักษา ผู้ติดเชื้อ การตรวจติดตามผลการรักษาและการตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำ ทั้ง 2 พื้นที่ ดำเนินการได้ ร้อยละ 100 ในทุกกิจกรรม ยกเว้นในพื้นที่ไม่ถ่ายโอนที่ตรวจติดตามการติดเชื้อซ้ำได้ ร้อยละ 96.5 เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อบางคนไป ทำงานต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ ด้านการรักษาพื้นที่ถ่ายโอนรักษาหาย ร้อยละ 96.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน รักษาหาย ร้อยละ 94.8 ซึ่งแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.250$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิภา วรสิษฐ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าแอนติเจนของ *opisthorchis viverrini* ในปัสสาวะลดลงภายใน 4 สัปดาห์ หลังได้ รับการรักษาด้วยยา praziquantel

ในการศึกษารั้งนี้ จะมีจำนวนประชากรติดเชื้อซ้ำค่อนข้างน้อย แต่อัตราการติดเชื้อซ้ำพบในพื้นที่ถ่ายโอน ร้อยละ 21.9 พื้นที่ไม่ถ่ายโอน ร้อยละ 14.3 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่สัมพันธ์กับ อัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพื้นฐานก่อนการให้การรักษา อย่างไรก็ตามอัตราการติดเชื้อซ้ำจากการ ตรวจด้วยวิธี OV-RDT ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของชนิกา วรสิษฐ์และคณะ¹⁸ ที่ใช้วิธีอีไลซ่าทดสอบ แอนติเจนในปัสสาวะกับกลุ่มผู้เข้ารับการรักษา 137 คน พบกลับมาติดเชื้อซ้ำ ร้อยละ 27.7 และการศึกษา ของวรวิมล นามวงศ์ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำคิดเป็น ร้อยละ 16.18 แสดงว่ากลุ่ม ติดเชื้อยังมีพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้น ควรประเมินพัฒนาและส่งเสริมการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มติดเชื้อ โดยเฉพาะพื้นที่ถ่ายโอนภารกิจที่มีผลกระทบต่อการ ติดตามสนับสนุนการป้องกันการกลับมาติดเชื้อซ้ำ จากข้อจำกัดช่วงรอยต่อของการถ่ายโอน ได้แก่ บุคลากรมี สัดส่วนยังไม่เพียงพอกับภารกิจ สารสนเทศยังขาดการเชื่อมโยงและการใช้ร่วมกันในเครือข่ายสุขภาพ การบริหาร จัดการงบประมาณและการประสานงาน ซึ่งที่ผ่านมาพบผลกระทบต่อการดำเนินงานในระบบบริการปฐมภูมิ เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ทุกแห่ง มีข้อสังเกตว่าผลการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัย ป่วยโรคเบาหวานก่อนการถ่ายโอน ปี พ.ศ. 2564-2565 ดำเนินการได้ ร้อยละ 86.79 และ 85.69 แต่ในปีถ่ายโอน ปี พ.ศ. 2566 ดำเนินการได้ ร้อยละ 36.05⁹

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีการประเมินแผนงาน กิจกรรมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ถ่ายโอนภารกิจ ในประเด็นการติดเชื้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเนื่องจากพบอัตราการติดเชื้อสูง
2. ควรมีการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 2 พื้นที่ เนื่องจากยังพบพฤติกรรม การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอยู่ในระดับต่ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิง ดร. ศศิธร ตั้งสวัสดิ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนที่ศึกษาในพื้นที่ทั้ง 2 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Bureau of Communicable Diseases, Department of Disease Control. Helminth diagnosis test, In: Helminth control project in Royal initiative projects of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. Nonthaburi: Bureau of Communicable Diseases, Department of Disease Control; 2020.
2. Kamsa-Ard S, Luvira V, Suwanrungruang K, Vatanasapt P, Wiangnon S. Risk factors for cholangiocarcinoma in Thailand: A systematic review and meta-analysis. Asian Pacific J Cancer Prev 2018;19:605–14.
3. Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control. Detection for diagnosis of opisthorchiasis, In: The decade of opisthorchiasis and cholangiocarcinoma elimination program 2016-2025. Nonthaburi: Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control; 2023:p.2016-25.
4. Division of Communicable Diseases, Department of Disease Control. A preliminar report detection for diagnosis of opisthorchiasis under the program of the decade of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma elimination of the year 2016-2025. Udon Thani: The administrative office; 2023. (in Thai)
5. Department of Disease Control. The decade strategic plan of opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma elimination program. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2016. (in Thai)
6. Worasith C, Kamamia C, Yakovleva A, Duengngai K, Wangboon C, Sithithaworn J, et al. Advances in the diagnosis of human opisthochiasis; Development of opisthorchis viverrini antigen detection in urine. PLoS Negl Trop Dis 2015;9(10):e0004157. doi:10.1371/journal.pntd. 0004157.
7. Office of the Council of State. Announce of decentralization for local administrative organization. Bangkok: Royal Gazette; 2021:138,254: p.14-5.
8. Hfocus. Deep insight in health system. Health promotion hospitals transfer missions to local administrative organizations [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 22]. Available form: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26111> (in Thai)

9. Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province. Age group health status; Second round inspection & supervision document of public health. Nong Bua Lamphu: Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province; 2023.
10. Nirunsittirat A. Format and design research [Internet]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015 [cited 2023 Dec 9]. Available form: <https://www.zroldev.com/lpnhresearch/images/newsflash/1ResearchDesign.pdf>
11. Chirawatkul A. Sample size determination of interval estimation for population. In: Statistic of Health science for Research; 2015.
12. Cholangiocarcinoma screening and care program (CASCAP). Project consent form and CCA01 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available form: <https://cloud.cascap.in.th/>
13. Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people knowledge, attitude, and practice. Some observations from medical anthropology research on Malaria in pregnancy in Malawi. *Anthropology Maternal J* 2009;11:1-13.
14. Cholangiocarcinoma Research Institute Khon Kaen University. OV-rapid diagnosis test: OV-RDT [Internet]. Khon Kaen: Cholangiocarcinoma Research Institute Khon Kaen University; 2023 [cited 2023 Nov 10]. Available form: <https://cascap.kku.ac.th/ov-rdt/>
15. Wikipedia. Chi-squared test of Karl Pearson [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 10]. Available form: https://hmgong.in.th/wiki/Pearson%27s_chi-squared_test
16. Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province. Elimination project of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma. In: Action plan for public health, 2016-2022. Nong Bua Lamphu: Provincial Public Health Office Nong Bua Lamphu province; 2022. (in Thai)
17. Provincial Public Health Office Udon Thani province. Elimination project of Opisthorchiasis and Cholangiocarcinoma. In: Action plan for public health, 2016-2022. Udon Thani: Provincial Public Health Office Udon Thani province; 2022. (in Thai)
18. Worasitha C, Wangboonc C, Kopolratb Y C, Homwongb C, Sithithaworn J, Techasenb A, et al. Application of urine antigen assay to evaluate outcomes of praziquantel treatment and Re-infection in opisthorchiasis in northeast Thailand. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2020;114:751-61.
19. Namwong W, Songserm N, Bureelerd O. Prevalence and risk behaviors of opisthorchis viverrini re-infection of people in Sisaket province. *UBRU Journal for Public Health Research* 2019;8(2):13-20. (in Thai)



ผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด

ประกาย โพธิ์งาม พย.บ* อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: อุบัติการณ์ทารกคลอดก่อนกำหนดยังคงเพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยจากสาเหตุภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ ทักษะที่ดี และปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ในการดูแลและป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดต่อความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด

วิธีการดำเนินวิจัย: การวิจัยแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด จำนวน 15 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบสอบถามการปฏิบัติ ซึ่งผ่านการทดสอบและได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ 0.89, 0.93, 0.92, และ 0.99 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือเหล่านี้ เท่ากับ 0.82, 0.81, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูล: วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง คือ repeated measures ANOVA

ผลการศึกษา: คะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางก่อนให้ข้อมูลเป็นระดับสูงหลังให้ข้อมูล โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น จาก 9.7 (± 3.0) เป็น 15.5 (± 2.2) ค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก 71.8 (± 3.6) เป็น 89.1 (± 9.4) และค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้น จาก 25.9 (± 5.9) เป็น 32.1 (± 6.5) แต่อย่างไรก็ตาม คะแนนทั้งสามด้านนี้ ลดลงเป็นระดับปานกลางเช่นเดิม หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์

สรุป: ควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกคลอดก่อนกำหนดแก่พยาบาล ก่อนให้การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ดีขึ้น จะส่งผลให้อัตราการเจ็บป่วยของทารกเกิดก่อนกำหนดจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำลดลงต่อไป ทั้งนี้ ควรมีการให้ข้อมูลซ้ำ ทุก 4 สัปดาห์ เพื่อความคงผลลัพธ์ทั้งสามด้านให้อยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: ความรู้ ทักษะ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ทารกคลอดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด

วันที่รับบทความ 26 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 กันยายน 2566 วันที่ตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2566

*นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล watcha@kku.ac.th

Effects of providing information about a guideline for preventing hypothermia in premature infants on the knowledge, attitudes, and practices of nurses in the neonatal intermediate care unit

Prakai Phongam B.N.S.* Atchariya Wonginchan Ph.D.**

Abstract

Background: The incidence of premature infants continues to increase. Premature infants were at risk of illness caused by hypothermia. It is essential for nurses providing care of them to have knowledge, good attitude, as well as appropriate practice in caring for and preventing hypothermia.

Objective: To study the effect of providing information about a guideline for preventing hypothermia in premature infants on the knowledge, attitudes, and practices of nurses in the neonatal intermediate care unit.

Methods: A quasi-experimental study with a sample of 15 registered nurses working in the neonatal intensive care unit. Data were collected using a general information questionnaire, a knowledge test, an attitude test, and a practice questionnaire. These research tools were verified and obtained content validity index (S-CVI) of 0.89, 0.93, 0.92, and 0.99, respectively. In addition, Cronbach's alpha coefficients of these instruments were 0.82, 0.81, 0.80 and 0.86, respectively.

Analysis: Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation; and inferential statistics, which was repeated measures ANOVA.

Results: Knowledge, attitude, and practice scores increased from a moderate level before providing information to a high level after providing information. The average knowledge score increased from 9.7 (± 3.0) to 15.5 (± 2.2), the average attitude score increased from 71.8 (± 3.6) to 89.1 (± 9.4), and the average practice score increased from 25.9 (± 5.9) to 32.1 (± 6.5). However, scores in all three areas decreased to the same moderate level after four weeks of providing the information.

Conclusion: Information on the prevention of hypothermia in premature infants should be promoted to nurses before they perform their duties. Better knowledge, attitudes, and practices; will help reduce the morbidity rate of premature infants from hypothermia. The information should be repeated every four weeks to maintain high levels of the three results.

keywords: knowledge; attitude; hypothermia; premature infants; neonatal intermediate care unit

Received 26 July 2023 Revised 28 September 2023 Accepted 2 October 2023

*A student of the Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,
Email: watcha@kku.ac.th

บทนำ

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) หมายถึง อุณหภูมิต่ำกว่า 36.8 องศาเซลเซียส โดยวัดทางทวารหนักหรือรักแร้¹⁻² พบได้บ่อยในทารกเกิดก่อนกำหนดเนื่องจากทารกมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อให้อุณหภูมิคงที่ ส่งผลให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงตามอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม หากไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิร่างกายทารกให้อยู่ในเกณฑ์ปกติจะทำให้อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนและอัตราการตายในทารกเพิ่มขึ้น³ สาเหตุของอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การวัดอุณหภูมิไม่ถูกต้อง อุณหภูมิในหอผู้ป่วยไม่คงที่ มีลมพัดผ่านตู้บ การห่อตัวหรือสวมเครื่องนุ่งห่มไม่เหมาะสมกับอุณหภูมิภายในหอผู้ป่วยการติดตั้งและการปรับเครื่องทำความเย็นไม่ถูกต้อง เป็นต้น⁴ ซึ่งทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่า 34 สัปดาห์ จะมีผิวหนังที่บางมากทำให้การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายได้ง่าย การสูญเสียความร้อนที่สำคัญ มีอยู่ 4 ทาง ได้แก่ การนำ (conduction) การพา (convection) การแผ่รังสี (radiation) และการระเหย (evaporative)^{3,5} องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่าทารกแรกเกิดมีอุณหภูมิร่างกายปกติ ระหว่าง 36.5 ถึง 37.0 องศาเซลเซียส และเพื่อง่ายต่อการวินิจฉัยและรักษา จึงได้แบ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำออกเป็น 3 ระดับ คือ mild hypothermia คือ มีอุณหภูมิร่างกายระหว่าง 36.0 ถึง 36.4 องศาเซลเซียส moderate hypothermia คือ มีอุณหภูมิร่างกายระหว่าง 32.0 ถึง 35.9 องศาเซลเซียส และ severe hypothermia คือ มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 32.0 องศาเซลเซียส^{1,6}

ผลกระทบจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกับทารกเกิดก่อนกำหนด จะทำให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายมากกว่าสร้างความร้อน ทั้งนี้ เกิดจากปัจจัยที่ทารกเองมีพื้นที่ผิวมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมที่เย็นกว่าจะทำให้ทารกสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย⁶ ซึ่งภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด มีผลต่อการทำงานของร่างกายในหลายระบบ ได้แก่ ระบบหัวใจและการหายใจ ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า หายใจเร็วหรือหยุดหายใจ ระบบประสาท ทำให้มีอาการซึม ดูนอนไม่ตื่น ระบบการย่อย การดูดซึมไม่ทำงานทำให้เกิดภาวะท้องอืดโตตึง อาจเกิดภาวะลำไส้อักเสบเพราะเมื่อร่างกายเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว ปลายมือ ปลายเท้าเขียว ทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ ทำให้อวัยวะนั้นไม่สามารถทำหน้าที่ได้เป็นปกติ⁷⁻⁸ นอกจากนั้น ยังส่งผลต่อระบบเมตาบอลิซึม ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำขาดออกซิเจนในเลือดทำให้เลือดเป็นกรด ระบบทางเดินหายใจบกพร่อง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน เกิดภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขให้กลับมาเป็นปกติโดยเร็วอาจทำให้ทารกเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้⁶ และยังทำให้การรักษาพยาบาลล่าช้า เนื่องจากต้องดูแลแก้ไขให้อุณหภูมิกลับสู่ปกติก่อนหรือถ้ามีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำบ่อยๆ อาจทำให้ทารกมีภาวะน้ำหนักลดผิดปกติ หรือมีการเจริญเติบโตล่าช้า และทำให้ทารกมีอัตราการเกิดโรค (morbidity) และอัตราการตาย (mortality) เพิ่มขึ้น⁸⁻⁹ นอกจากส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายแล้ว ทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีระยะเวลาครองเตียงเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายของครอบครัวสูงขึ้น มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัว และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกในระยะแรกคลอดขาดหายไป⁴

การควบคุมและการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จำเป็นต้องดูแลรักษาควบคู่ไปกับการพยาบาลในด้านอื่นไปพร้อม ๆ กัน พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การให้การเป็นพยาบาลการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ปัญหาและการปฏิบัติงาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน โดยแนวปฏิบัติการพยาบาลต้องมีความชัดเจนเพื่อนำไปสู่การพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ที่ผ่านมามีการศึกษาการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารกเกิดก่อนกำหนด ได้แก่ การศึกษาความรู้ ทักษะและการ

ปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้โปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ การพยาบาล พบว่าหลังใช้มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)¹⁰ และการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตาม การรับรู้ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เรื่องการรายงานอุบัติการณ์ในระดับมาก ทักษะต่อการรายงานอุบัติการณ์ในระดับสูง และการปฏิบัติตามการ รับรู้ต่อการรายงานอุบัติการณ์ในระดับมาก และพบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามการรับรู้ ของพยาบาลต่อการรายงานอุบัติการณ์¹¹

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565 พบว่าทารกเกิดก่อนกำหนดมีมากถึง ร้อยละ 17.6¹² และเป็น กลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายจากปัญหาภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ กรณีโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระดับตติยภูมิขั้นสูงแห่งแรกในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ให้บริการประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีประชากรมากที่สุดของ ประเทศไทย ให้ได้รับบริการจากสถานพยาบาลในระดับมหาวิทยาลัยและเพิ่มศักยภาพในการผลิตแพทย์และ บุคลากรด้านสาธารณสุขทุกประเภทให้มีความรู้ ความชำนาญ¹³ ข้อมูลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 จำนวน 260, 268, และ 213 คน ตามลำดับ และพบว่า มีปัญหาจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จำนวน 45, 71 และ 24 คน คิดเป็นร้อยละ 17.30, 26.49 และ 11.26 ตามลำดับ¹⁴ จากสถิติดังกล่าว พบว่าร้อยละของผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในบางปีมี แนวโน้มสูงกว่าจำนวนของทั้งประเทศ แสดงให้เห็นว่าหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิดดังกล่าว ยังมีปัญหาในการ จัดการหรือแก้ปัญหาสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของทารกเกิดก่อน กำหนดยังไม่ดี ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำอาจเนื่องมาจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิไม่ถูกต้อง อุณหภูมิในหอผู้ป่วยไม่คงที่ มีลมพัดผ่านตู้อบหรือทารก การห่อตัวทารกหรือสวม เครื่องนุ่งห่มที่ไม่เหมาะสม การติดตั้งและปรับเครื่องทำความเย็นไม่ถูกต้อง¹⁵ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้ การดูแลของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด ที่ควรมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ มีทัศนคติที่ดีต่อการ ปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างชัดเจนต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด ดังนั้น การให้ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และให้แนวทางปฏิบัติแก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จึงมี ความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด

พยาบาลที่กำลังปฏิบัติหน้าที่อาจมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ ทัศนคติจะเป็นตัวเชื่อมความรู กับการปฏิบัติให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอน รวมทั้งมีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน หากมี ทัศนคติที่ดี จะช่วยให้พยาบาลคนนั้นตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับสิ่งนั้นได้ดีและมีประสิทธิภาพมากขึ้น¹⁶ เพราะ กระบวนการพยาบาลถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลวิชาชีพรับรู้ทั่วกันว่า เป็นแนวทางที่ดีในการตอบสนอง ความต้องการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสำหรับการดูแลและแก้ปัญหาสุขภาพ¹⁶ จากผลการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลของพยาบาล สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวพบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปฏิบัติตามกระบวนการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁷ และการศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติต่อการจำแนกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานีพบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการ ฝึกจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการพิจารณาตัดสินใจการจัดอัตราค่าจ้างคนสำหรับการให้บริการ ผู้ป่วยได้อย่างมีความเหมาะสม ในระดับดีมาก¹⁸ และในการประเมินผลการให้ข้อมูลเป็นกระบวนการที่ควร ดำเนินการต่อเนื่อง เพราะหากมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ใดเกณฑ์หนึ่งเพื่อสรุปผล ถือเป็นกระบวนการ ประเมินผลที่มีความถูกต้องน่าเชื่อถือและตรงกับความเป็นจริง ซึ่งความวิตกกังวล เจตคติ ความเชื่อ และความรู

เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อระยะเวลาการตัดสินใจค่อนข้างสูง¹⁹ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาหอผู้ป่วยได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดเป็นอย่างสูง มีนโยบายของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระดับตติยภูมิให้ส่งเสริมพยาบาลเข้าร่วมอบรมประจำปี เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เฉพาะ สำหรับการพยาบาลทารกแรกเกิดเพื่อให้มีสมรรถนะที่ดีมีผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย อีกทั้ง หอผู้ป่วยมีการส่งเสริมให้พยาบาล มีกิจกรรมการจัดการความรู้ (knowledge management: KM) เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำของทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้มีการร่วมถ่ายทอดความรู้ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ ได้ทันเวลาและทันเหตุการณ์จะส่งผลให้การปฏิบัติงานของคนในองค์กรมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ อย่างไรก็ตามพบว่า การดูแลยังพบปัญหาการควบคุมอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดที่เกิดจากความเข้าใจที่อาจจะยังไม่ชัดเจน หอผู้ป่วยจึงตระหนักถึงความสำคัญและมีความต้องการตามแนวปฏิบัติในการดูแล เพื่อให้มีความชัดเจน และเป็นมาตรฐานเดียวกัน หากพยาบาลในหอผู้ป่วยถึงวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างถูกต้องและครบถ้วน ผลของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติหน้าที่น่าจะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาภายหลังจากการให้ข้อมูล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างก่อนกับหลัง การให้ข้อมูลแบบทันที 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ ตามลำดับ

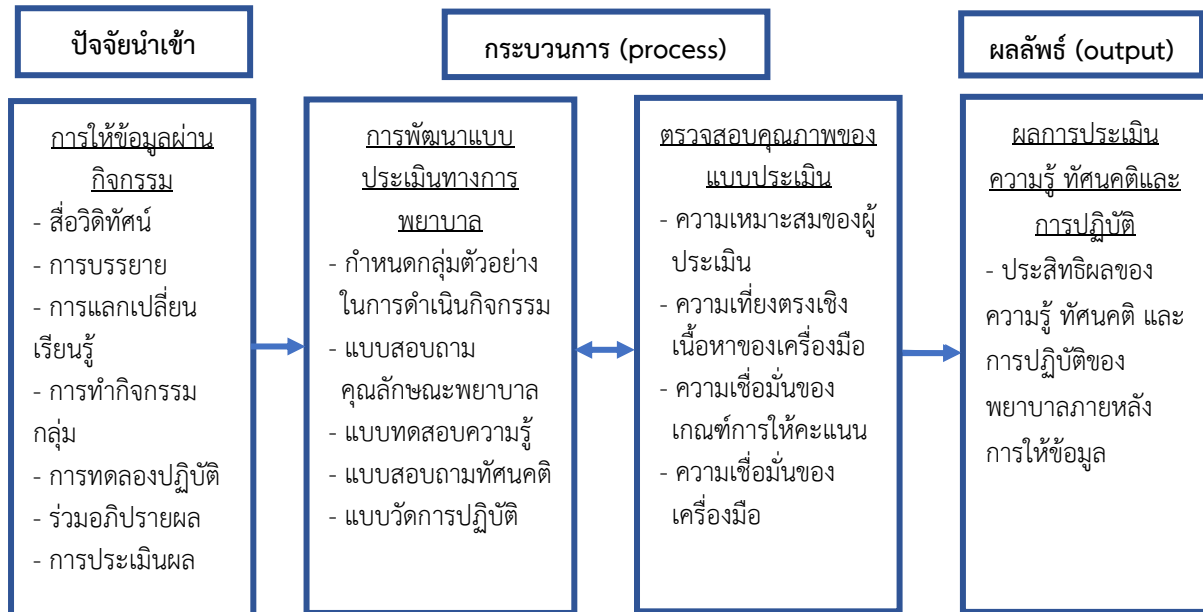
สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล
2. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล
3. หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดของบลูม ได้จำแนกเรื่องการเรียนรู้ของบุคคลไว้ 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรู้ (cognitive domain) ด้านทัศนคติ (affective domain) และด้านการปฏิบัติ (psychomotor domain) อธิบายได้ว่าการมีความรู้ไม่ได้ยืนยันว่าบุคคลจะสามารถปฏิบัติสิ่งที่ตนเองรู้ได้เสมอไป ทัศนคติจะเป็นตัวเชื่อมความรู้กับการปฏิบัติให้เกิดกระบวนการเชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนผ่านการสังเกตหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยมีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน หากทัศนคติที่เกิดขึ้นเป็นทัศนคติที่ดีจะทำให้บุคคลนั้นตั้งใจปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งนั้นได้ดีขึ้น²⁰ 2) แนวคิดการให้ข้อมูลป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด¹⁵ และ 3) แนวคิดเชิงระบบทางการพยาบาล²¹ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าพิจารณาคือกิจกรรมการส่งเสริมให้ความรู้ กระบวนการคือขั้นตอนดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาแบบประเมิน ตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินเพื่อ

ใช้ในการศึกษา และผลลัพธ์ที่ได้ คือ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของพยาบาลภายหลังการให้ข้อมูลมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต่อการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางกายดำในทารกเกิดก่อนกำหนด โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ หลัง ให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 กลุ่ม (time series design) ดำเนินการวัดซ้ำหรือทดสอบติดต่อกันจำนวน 4 ครั้ง เริ่มจากก่อนให้ข้อมูล และหลังให้ข้อมูลทันที เว้นระยะห่างในการวัดซ้ำ คือ ภายหลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ เพื่อให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งเป็นค่าที่มีความเหมาะสม ระดับปานกลาง 22 สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ เท่ากับ 14 คน พร้อมชดเชยเพื่อความสมบูรณ์ของตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

กิจกรรมสำหรับดำเนินการให้ข้อมูล ประกอบด้วย สื่อวิดีโอทัศน์ การบรรยาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรมกลุ่ม การนำไปทดลองปฏิบัติ ร่วมอภิปรายผล และการร่วมประเมินผล ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทัศนคติ และแบบวัด

การปฏิบัติ ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน จำนวน 3 คน ประกอบด้วยบุคคลที่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและทารกแรกเกิดวิกฤต บุคคลที่ 2 อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก การดูแลเด็กและทารกแรกเกิด และภาวะโภชนาการในเด็ก และบุคคลที่ 3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก (ทารกคลอดก่อนกำหนด) และได้ดำเนินการหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา scale-validity index (S-CVI) ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ แบบวัดทัศนคติค่า และแบบวัดการปฏิบัติ มีค่าเท่ากับ 0.89, 0.93, 0.92 และ 0.99 ตามลำดับ ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82, 0.81, 0.80 และ 0.86 ตามลำดับ ซึ่งมีความเหมาะสม เป็นไป ตามเกณฑ์ของเครื่องมือวิจัย²³

การเก็บข้อมูล

ภายหลังจากที่ได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัย ขอนแก่น ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลมีขั้นตอนดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการส่งหนังสือที่ได้รับการอนุมัติจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าศึกษาและรวบรวมข้อมูลวิจัยที่หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานบริการพยาบาล หัวหน้างานกุมารเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย รวมถึงประโยชน์ที่จะได้รับ จากการวิจัยครั้งนี้

3. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการดำเนินกิจกรรม ดังนี้ 1) ทำแบบทดสอบก่อนการเข้าร่วมโครงการ 2) ชมสื่อวีดิทัศน์เนื้อหาเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด 3) รับฟังการบรรยายสรุปจากผู้วิจัย 4) ทำกิจกรรมกลุ่มและฝึกปฏิบัติจริง 5) ร่วมแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ อภิปรายผลและประเมินผล และ 6) ทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมโครงการทันที

4. ติดตามและดำเนินการทำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโครงการรับข้อมูล 2 สัปดาห์ โดยวิธีการประเมินเหมือนกับช่วงเวลาภายหลังการให้ข้อมูลทันที ดำเนินการ จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

5. ติดตามและดำเนินการทำแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโครงการรับข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยวิธีการประเมินเหมือนกับช่วงเวลาภายหลังการให้ข้อมูลทันที ดำเนินการ จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการโดยผู้วิจัยเอง

6. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามจำนวนที่ต้องการภายในระยะเวลาที่กำหนด ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในส่วนของข้อมูลคุณลักษณะบุคคล ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติ และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด 4 ครั้ง ได้แก่ ก่อนให้ข้อมูล หลังให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และหลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA เป็นการเปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลในแต่ละช่วงเวลาก่อนและหลัง และต่อเนื่องตามช่วงเวลาที่กำหนดเพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรมหมายเลข HE 641534 ลงวันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลด้วยการชี้แจงรายละเอียดตามหนังสือแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ในการวิจัยบอกถึงประโยชน์ที่ได้รับ รวมถึงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30-40 นาที ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

คุณลักษณะทั่วไปของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค จำนวน 15 คน พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ประมาณเกือบครึ่ง หรือร้อยละ 46.7 มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (อายุเฉลี่ย 34.5 ปี) ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 93.3 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 86.7 มีระดับตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 33.3 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค อยู่ที่ 6-10 ปี (เฉลี่ย 8.32 ปี) ร้อยละ 60.0 เคยผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด ร้อยละ 60.0 เคยผ่านการอบรมเรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด และร้อยละ 53.3 มีส่วนร่วมระดับปานกลาง ในการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกคลอดก่อนกำหนด รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล (N=15 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	15	100.0
ชาย	0	0
อายุ (ปี)		
20 – 30	7	46.7
31 – 40	5	33.3
41 ปีขึ้นไป	3	20.0
สถานภาพสมรส		
โสด	9	60.0
สมรส	6	40.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	14	93.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	6.7
ระดับตำแหน่งการปฏิบัติงาน		
ระดับปฏิบัติการ	13	86.7
ระดับชำนาญการ ขึ้นไป	2	13.3
ประสบการณ์การปฏิบัติงาน		
ไม่เกิน 5 ปี	4	26.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล (N=15 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6 – 10	5	33.3
11 – 15	4	26.7
16 ปี ขึ้นไป	2	13.3
การอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยทารกเกิดก่อนกำหนด		
เคยผ่านการอบรม	9	60.0
ยังไม่เคยอบรม	6	40.0
การอบรมเรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ		
เคยผ่านการอบรม	9	60.0
ยังไม่เคยอบรม	6	40.0
ประวัติการมีส่วนร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำ		
มีส่วนร่วมน้อยมาก	1	6.7
มีส่วนร่วมปานกลาง	8	53.3
มีส่วนร่วมค่อนข้างมาก	4	26.7
มีส่วนร่วมมากที่สุด	2	13.3

ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาล รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของพยาบาล (N=15 คน)

การให้ข้อมูล	M	SD	การแปลผล
ความรู้			
ก่อนการให้ข้อมูล	9.7	3.0	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	15.5	2.2	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	15.3	1.8	สูง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	13.2	1.6	ปานกลาง
ทักษะ			
ก่อนการให้ข้อมูล	71.8	3.6	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	89.1	9.4	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	72.0	3.2	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	69.2	5.5	ปานกลาง
การปฏิบัติ			
ก่อนการให้ข้อมูล	25.9	5.9	ปานกลาง
หลังให้ข้อมูลทันที	32.1	6.5	สูง
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	30.2	3.5	สูง
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	25.9	2.9	ปานกลาง

การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดของพยาบาลในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค ก่อนการให้ข้อมูล หลังให้ข้อมูลทันที หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ และหลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาเพื่อตอบสนองสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA รายละเอียดตามตารางที่ 3 ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 หลังการให้ข้อมูลทันที หลัง 2 สัปดาห์ และหลัง 4 สัปดาห์ พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

สมมติฐานที่ 2 หลังการให้ข้อมูลทันที พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

สมมติฐานที่ 3 หลังการให้ข้อมูลทันที พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด สูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบก่อนและหลังให้ข้อมูลความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของพยาบาล (N=15 คน)

การให้ข้อมูล ช่วงเวลา	ก่อนให้ข้อมูล	หลังให้ข้อมูล ทันที	หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์
ความรู้				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.00**	.01**
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.75	.04*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.00**	.75	-	.03*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	.01**	.04*	.03*	-
ทัศนคติ				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.88	.10
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.00*	.00*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.88	.00**	-	.05*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	.10	.00**	.05*	-
การปฏิบัติ				
ก่อนให้ข้อมูล	-	.00**	.24	1.00
หลังให้ข้อมูลทันที	.00**	-	.00**	.04*
หลังให้ข้อมูล 2 สัปดาห์	.24	.00**	-	.00*
หลังให้ข้อมูล 4 สัปดาห์	1.00	.04*	.00**	-

$p<.05^*$, $p<.01^{**}$

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพภายหลังการให้ข้อมูลทันที เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับสูงขึ้น เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สติปัญญา การใช้ความคิด ได้แก่ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า และหากมีการวัดผลในช่วงเวลาที่มีระยะห่างจากการให้ทันที เช่น ภายหลัง 4 สัปดาห์ ข้อจำกัดความจำของบุคคลเริ่มลดลง ผลการวัดความรู้อาจต่ำลงได้ อยู่ในระดับปานกลางเท่ากับก่อนการให้ข้อมูล ในส่วนทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงภายหลังการให้ข้อมูลทันทีเปรียบเทียบกับก่อนให้ข้อมูล แล้วก็ลดระดับ

ภายใน 2 สัปดาห์ มาอยู่ระดับปานกลางเท่าเดิมก่อนให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นพฤติกรรมด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ ยอมรับ การตอบสนองมีส่วนร่วม การสนับสนุน การตระหนัก และการสร้างนิสัยมีคุณธรรมจริยธรรม และส่วน การปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงภายหลังการให้ข้อมูลทันทีเปรียบเทียบกับก่อนให้ข้อมูล แล้วก็ลด ระดับภายใน 4 สัปดาห์ มาอยู่ระดับปานกลางเท่าเดิมก่อนให้ข้อมูล เนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่บ่งชี้ความสามารถ การปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนาญ เช่น การเลียนแบบ ปฏิบัติตามคำสั่ง ทำเพื่อความถูกต้อง และทำอย่าง สร้างสรรค์ต่อเนื่อง ซึ่งตัวชี้วัดระดับของการปฏิบัติคือเวลา อธิบายได้ว่าผลการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง และเริ่มลด ระดับลงหลังระยะเวลาผ่านไปนานขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดพบว่า ระดับของความรู้ ทักษะคิดของพยาบาล ในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง²⁴ และสอดคล้องกับผลการศึกษาทบทวนของ พยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ พบว่าพยาบาลมีความรู้ที่เพียงพอในการ เพิ่มอุณหภูมิร่างกายอย่างช้าหรือเร็วเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิดก่อน กำหนดได้เป็นอย่างดี¹⁵ และผลการศึกษาการให้ความรู้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ เมื่อระยะเวลาผ่านไปนานมาก ขึ้นแนวโน้มจะมีความรู้ลดลง พิจารณาได้จากผลการให้ข้อมูลภายหลัง 2 สัปดาห์ มีความรู้ อยู่ในระดับสูง ($M=15.3$, $SD=1.8$) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการให้ข้อมูลภายหลัง 4 สัปดาห์ พบว่ามีความรู้ลดลง อยู่ในระดับ ปานกลาง ($M=13.2$, $SD=1.6$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการความปวดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) หลังอบรมทันที มีระดับสูงกว่าหลังอบรมภายหลัง 3 เดือน²⁵ และในส่วนของทักษะคิด เมื่อดูจากผลการศึกษการให้ความรู้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ ก่อนให้ข้อมูลพยาบาลมีทักษะคิดเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำใน ทารกเกิดก่อนกำหนด อยู่ในระดับปานกลาง ($M=71.8$, $SD=3.6$) เปรียบเทียบกับภายหลังให้ข้อมูลทันทีมีทักษะคิด อยู่ในระดับสูง ($M=89.1$, $SD=9.4$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการใช้หลักฐาน เชิงประจักษ์ พบว่าพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะคิด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)¹⁰ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบของการเข้าร่วมโครงการ ในการให้ข้อมูลที่เน้นให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ จากการได้ปฏิบัติจริงในทุกขั้นตอน ผ่านการใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายทอดทัศนคติที่ดี ประกอบกับกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดการยอมรับ ในความแตกต่างของแต่ละบุคคลจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

ระดับการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ หลังการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิ ภายต่ำในทารกเกิดก่อนกำหนด มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับการปฏิบัติการ พยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในการจัดการความปวดในเด็กที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าอยู่ในระดับสูง²⁴ และ ผลการศึกษาการให้ข้อมูลพยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารกเกิด ก่อนกำหนดมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ($M=25.9$, $SD=5.9$) เปรียบเทียบกับภายหลังให้ข้อมูลทันที พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ($M=32.1$, $SD=6.5$) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภายหลัง การเข้าร่วมโครงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า พยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)²⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโครงการ พยาบาลกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 59.9 เป็นร้อยละ 68.9 และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการปฏิบัติอย่างถูกต้องเพียง ร้อยละ 46.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)²⁷

จากผลการศึกษา การให้ข้อมูลแก่พยาบาลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในทารก เกิดก่อนกำหนดผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการบรรยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การทำกิจกรรม กลุ่ม และการร่วมอภิปรายกลุ่มในหลายขั้นตอน ช่วยเพิ่มความรู้ให้มากขึ้น ช่วยส่งเสริมให้มีทัศนคติที่ดีและมีการ ปฏิบัติที่ดีมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งพิจารณาได้จากผลของ

2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ พยาบาลมีแนวโน้มที่มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติลดลง ดังนั้น การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้วยวิธีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสม ครอบคลุมและน่าสนใจ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการดูแลทารกแรกเกิดเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำของพยาบาล ในการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายอย่างช้าหรือเร็ว ควรต้องมีการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ¹⁵ และในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเร็วของเทคโนโลยีและนวัตกรรม ในส่วนของพยาบาลควรต้องมีความจำเป็นในการสร้างหรือนำนวัตกรรมทางด้านสุขภาพมาใช้ในการส่งเสริมให้สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติให้มีความสะดวกและรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ให้มากขึ้น²⁸

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการศึกษา

1. ควรมีนวัตกรรมที่ทันสมัยและน่าสนใจ สำหรับการใช่วิธีการที่หลากหลายและดำเนินการอย่างต่อเนื่องกับการให้ข้อมูลแก่พยาบาลเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เพิ่มสูงขึ้น
2. ควรให้ข้อมูลด้วยการผ่านสื่อออนไลน์ เช่น LINE Official account, facebook เป็นต้น เพื่อให้เหมาะกับยุคดิจิทัล และการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยมีการส่งเสริมที่หลากหลายวิธี เช่น การจัดอบรม การสนับสนุนอุปกรณ์ คู่มือผ่านออนไลน์ เป็นต้น รวมถึงควรมีการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องและเพิ่มประสิทธิภาพในงานการพยาบาล
4. ควรขยายพื้นที่วิจัยเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดข้อจำกัดของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเป็นการดำเนินการศึกษาขยายผลการเปรียบเทียบที่หลากหลายเพิ่มมากขึ้น
5. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรปรับปรุงหรือเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือเพิ่มเป็น 5 คนขึ้นไป เพื่อเพิ่มคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ส่งผลต่อผลการศึกษาให้เกิดประโยชน์มากที่สุด
6. เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองที่ไม่มีการควบคุมตัวแปร และวัดผลหลายครั้งใช้ระยะเวลาในการศึกษาอาจทำให้มีปัจจัยอื่นที่ไม่ต้องการศึกษาเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อผลการศึกษาให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตทารกแรกเกิด 2 ค โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สำหรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิสำหรับการตรวจเครื่องมือวิจัยทุกท่าน ขอบขอบคุณที่ปรึกษาหลักและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะ จนสามารถดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์

References

1. World Health Organization [WHO]. Preterm birth [Internet]. Geneva: R&D Blueprint; 2018 [cited 2023 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ruangnapa K, Wongchanchailert M. Basic pediatric procedure. Songkla: Department of Pediatrics Faculty of Medicine Prince of Songkla University; 2017. (in Thai)
3. Wonnachot J. The control of newborn body temperature. JPNC 2012;23(1):81–93. (in Thai)
4. Kaenkasikran N. Prevention of hypothermia in newborns. 4th service plan sharing 2017. Exchange of knowledge and development of the health service system: Road to service plan 4.0. Public Health Administration Division. Office of the permanent secretary, Ministry of Public Health; 2017. p.1–29. (in Thai)

5. Carolyn J. Physical examination and health assessment–canadian. 3rd ed. Saunders: Canada; 2019. p.960.
6. Thaithumyanon P. Caring for low-birth-weight babies, premature babies in the Royal College of Thai Pediatrics, newborn. Bangkok: The Royal College of Thai Pediatrics; 2018. p.37–48. (in Thai)
7. Cinar ND, Filiz TM. Neonatal thermoregulation. J Neonatal Nurs 2016;12(2):69–74.
8. Pengsa K, Siriwichayakul S, Junthavanit P. Pediatric infectious diseases. Bangkok: Department of Tropical Pediatrics Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University; 2015. (in Thai)
9. Knobel RB, Levy J, Katz L, Guenther B, Holditch-Davis D. A pilot study to examine maturation of body temperature control in preterm infants. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2013;42(5): 562-74. doi:10.1111/1552-6909.12240.
10. Kongsriparn M, Osotsatien S, Rongmuang D. Effects of an evidence-based nursing practice program on knowledge, attitudes and practices of nurses: Case study at the cardiac intensive care unit Surat-Thani hospital. Documents for the meeting presenting research results for graduate studies 3rd. Thammasat University. Seminar building 1–2. Sukhothai Thammathirat University; 2013. p.1–13. (in Thai)
11. Sangmanee W, Watanasit Y, Kaewvichit N. Knowledge, attitude and practice perceived by nurses toward incident reporting in Songklanagarind hospital. pnujr 2018;10(3):94–102. (in Thai)
12. Ministry of Public Health. Premature baby statistics in 2022 [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 Jul 15]. Available from: <https://moph.go.th/> (in Thai)
13. Srinagarind hospital. History [Internet]. Khon Kaen: Srinagarind hospital; 2023 [cite 2023 Jul 15]. Available from: <https://srinagarind.md.kku.ac.th/post/1> (in Thai)
14. Intermediate Care and Special Care Nursery. Patient statistics in 2018-2020. Khon Kaen: Srinagarind hospital Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2020. (in Thai)
15. Chaonarin P, Deawprasert T, Ariyaprana P, Keeratavanithsathian S. Prevention of hypothermia in the newborn. TJN 2021;70(4):52-9. (in Thai)
16. Thanomlikhit C, Kheawwan P. Nurse residency coordinator: An important role for professional nursing development. TJNMP 2018;5(2):96-110. (in Thai)
17. Sibounheuang S, Supamanee T, Thungjaroenkul P. Knowledge, attitude, and practice in nursing process among nurses, Lao people's democratic republic. Nursing J 2016; 43 Suppl December:141-50. (in Thai)
18. Sriampaiwaraporn A, Kunawat P, Kunpaibutr T. Knowledge, attitude, and practice on classification of patients among nurses in UdonThani cancer hospital. Nursing Health and Education Journal 2019;2(4):29-39. (in Thai)
19. Tomon S, Sanaha C, Sriprasong S, Dumavibhat C. The influences of anxiety, attitudes, beliefs, and knowledge about symptoms on decision-making time in seeking treatment in patients with acute coronary syndrome. Nurs Sci J Thai 2019;37(2):60-77. (in Thai)

20. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study [Internet]. Saudi Arabia: Jazan University; 2004 [cited 2022 Aug 20]. Available from: <http://www.researchgate.net/publication>
21. Wonginchan A, Tangpukdee J, Phongam P, Suwannarach S, Sawatdikun N. System concept: How to prevent choosy eating (picky eating) in early childhood children. *Journal of Nursing Science & Health* 2021;44(3):84-97. (in Thai)
22. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods* 2009;41(1):149-60.
23. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: IMHP-SaC. *Journal of Nursing Science & Health* 2022;45(1):99-101. (in Thai)
24. Prasanwon K, Patoomwan A, Pookboonmee R. Nurses' knowledge, attitude, and nursing practices for pain management for postoperative children. *Rama Nurs J* 2018;24(1):37-50. (in Thai)
25. Pothamuang W. Effects of the evidence-based practice promotion for acute pain management in neonates on knowledge, practices among nurses and effectiveness of pain management at Thammasat University Hospital. Unit pediatric ward, Thammasat University Hospital; 2012. (in Thai)
26. Khangrang M, Soekphukhiao P. The results of promoting a program of evidence-based practice in nursing practice for knowledge and the practice of nurses in acute pain management for the newborn. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences* 2017;1(3):31-51. (in Thai)
27. Kongtan A. Effect of information provision using video media on professional nurses' knowledge and practice in prevention of intravenous infusion related infections [Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2010.
28. Hormniam N. Health care innovative leadership in the nursing profession. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2020;28(2):244-53. (in Thai)



การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด*

ศรุลักษณ์ สายแวว พย.บ.** อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: การส่งเสริมความรู้ในการกำกับตนเองของมารดา ในการทำหน้าที่และเตรียมพร้อมก่อนเข้าเยี่ยมหรือรับรู้กับสถานการณ์ทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดากับเครื่องมือที่มีคุณภาพน่าเชื่อถือได้

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ระเบียบวิธีวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่วิจัย คือ แบบสอบถามวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การดำเนินการสร้างเครื่องมือ และ 2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลทารกแรกเกิด จำนวน 3 คน และพยาบาลชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 2 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson 20: KR-20)

ผลการศึกษา: ภายหลังจากการเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาบางประเด็นจากการทบทวนวรรณกรรม สร้างเครื่องมือและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะตามผู้เชี่ยวชาญ และตรวจสอบคุณภาพ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับ (scale-level CVI: S-CVI) และค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความสอดคล้อง (average congruency percentage: ACP) เท่ากับ .83, .91 และ .91 ตามลำดับ และการตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .79

สรุปผล: เนื้อหาเครื่องมือครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองของมารดาทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ คุณภาพเครื่องมือมีค่าความตรง และความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้งานตามหัวข้อวิจัยต่อไป

คำสำคัญ: การกำกับตนเอง การพัฒนาเครื่องมือ ความรู้ ทารกคลอดก่อนกำหนด หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 10 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2566

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรกต่อความรู้และความเครียดของมารดาที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และรับทุนสนับสนุนมูลฐานมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล watcha@kku.ac.th

Development of the self-regulation knowledge instrument regarding performance and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit*

Daruyaluk Saiwaew B.N.S.** Atchariya Wonginchan Ph.D.***

Abstract

Background: Effective promoting maternal self-regulation knowledge, in performing duties and preparing before visiting or acknowledging the situation of preterm infants requiring treatment in the neonatal intensive care unit (NICU), require measurement of maternal self-regulation knowledge with reliable quality instruments.

Objective: To develop the self-regulation knowledge instrument in relation to both performance and emotional responses of preterm mothers with infants hospitalized in the NICU.

Method: The sample group was 10 premature mothers who were selected by purposive sampling. The research tool was the self-regulation knowledge instrument of preterm mothers. The process was divided into two steps: 1) creating instruments, and 2) checking the quality of the instrument. The quality of the instruments was evaluated by five experts, including three neonatal nurse instructors and two neonatal intensive care nurses. The data were analyzed for the Content Validity Index (CVI), and the reliability test was carried out using the Kuder-Richardson 20 (KR-20).

Result: After adding details to some content points from the literature review, creating the instrument, and adjusting the instrument according to experts' suggestion; validity test obtained content validity index (CVI), Scale-level CVI (S-CVI), and average congruency percentage (ACP) were .83, .91, and .91, respectively. In addition, reliability test revealed KR-20 of .79.

Conclusion: The contents of the instrument cover knowledge about mothers' self-regulation both in terms of performance and emotional response. Finally, the instrument's quality has validity and reliability that meets standard criteria. It is suitable for further use according to the research topic.

keywords: self-regulation; instrument development; knowledge; preterm infants; neonatal intensive care unit

Received 31 July 2023 Revised 10 October 2023 Accepted 27 December 2023

*This article is part of a thesis: The effect of providing concrete objective information in the first visit on knowledge and stress of mothers whose premature infants admitted in neonatal intensive care unit. This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF)

**A student of the Master of Nursing Science Program in Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; Corresponding author, E-mail: watcha@kku.ac.th

บทนำ

การคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ เป็นปัญหาภาวะฉุกเฉินด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อมารดาและทารก ปัจจุบันสถิติสูงเพิ่มขึ้นทั่วโลก ข้อมูลในประเทศไทย พ.ศ. 2561-2565 พบว่าทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อย (low birth weight) เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10.92, 9.92, 9.52, 9.87, และ 10.14 ตามลำดับ¹⁻² ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ย่อมส่งผลให้ทารกมีแนวโน้มเจ็บป่วยในระยะวิกฤตได้ เนื่องจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายไม่สมบูรณ์ ปอดเจริญไม่สมบูรณ์ มีภาวะหายใจลำบาก มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท³ ดังนั้นทารกวิกฤตจึงต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทันที (neonatal intensive care unit: NICU) ซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและซับซ้อน การพยาบาลต้องดูแลใกล้ชิดเฉพาะทาง การช่วยเหลือมีอุปกรณ์มากมาย เพื่อช่วยให้ทารกมีชีวิตรอดและปลอดภัย⁴⁻⁵ การช่วยเหลือมีอุปกรณ์มากมาย ส่งผลให้มารดากับทารกจำเป็นต้องแยกจากกัน⁶ อีกทั้ง ภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลทารก ประกอบกับมีบุคลากรผู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นจำนวนมาก หากมารดาคลอดก่อนกำหนดครั้งแรกไม่ได้รับข้อมูลหรือเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ก่อนอนุญาตให้เข้าเยี่ยมบุตรตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย ได้แก่ กฎระเบียบการเยี่ยม ช่วงเวลาหรือระยะเวลาการเข้าเยี่ยมบุตร การแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วยของทารก ความจำเป็นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยให้ทารกพ้นภาวะวิกฤต และการแจ้งข้อห้ามต่างๆ เมื่อเข้ามาภายในหอผู้ป่วย เป็นต้น นโยบาย เหล่านี้ ย่อมจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดาเป็นอย่างมาก ในการทำหน้าที่ดูแลทารก⁷

จากทบทวนวรรณกรรมมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนเข้าเยี่ยมทารกใน NICU ครั้งแรก จะส่งผลให้ลดความวิตกกังวลลงมากกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁸ และมีผลการศึกษาความสามารถการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรกได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า ซึ่งส่งผลลดความวิตกกังวลของมารดาอยู่ในระดับต่ำได้ถึง ร้อยละ 75.50⁹ ดังนั้น การส่งเสริมการให้ข้อมูลความรู้แก่มารดาในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งการประเมินความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดก่อนเข้าเยี่ยมหรือรับรู้กับสถานการณ์จึงมีความจำเป็นเช่นกัน เพื่อความเหมาะสมกับประโยชน์ในการให้ความรู้แก่มารดาในแต่ละคนให้ตรงกับความสามารถหรือความต้องการที่แท้จริง เพราะมารดาบางคนหากได้รับข้อมูลข่าวสารที่มีเนื้อหามากเกินไปหรือเนื้อหาที่ไม่ครอบคลุม มีการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์มากเกินไป ข้อคำถามของแบบประเมินอาจมีความหมายกำกวม อาจทำให้มารดาแต่ละคนเข้าใจความหมายของข้อความไม่เหมือนกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระดับความรู้และพฤติกรรมของมารดาจนทำให้มีผลกระทบต่อการกำกับตนเอง ควบคุมอารมณ์ ความรู้สึกในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้¹⁰

การประเมินความรู้ในการกำกับตนเองให้สามารถปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการบำบัดบาทหน้าที่ (regulation of functional responses) และการสนองตอบทางอารมณ์ตนเอง (regulation of emotional responses) จากการถูกคุกคามจากสถานการณ์ดังกล่าว เพื่อให้ตนเองสามารถดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด⁷ หากเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้รับการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาในการวัดความรู้การกำกับตนเอง จะเพิ่มประสิทธิภาพในการวัดความรู้สูงขึ้น ได้แก่ ด้านการปฏิบัติหน้าที่ 1) มีความเข้าใจในการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกขั้นตอนอย่างละเอียดมากขึ้น 2) เกิดความต้องการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น มีหลักการ มีจุดมุ่งหมาย เนื้อหาชัดเจน มีกระบวนการปฏิบัติ และสามารถวัดและประเมินผลได้ 3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเองได้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹¹ และด้านการสนองตอบทางอารมณ์จะส่งผลให้กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนใน

การประเมินมีระดับความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้น ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน่าจะมีแนวโน้มดีขึ้น¹² ที่ผ่านมามีการศึกษาเครื่องมือวัดความรู้ ได้แก่ แบบประเมินการสังเกตบทบาทการเป็นมารดาและพฤติกรรม การดูแลบุตร^{3,13} แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด¹⁴ แบบวัดความรู้ เรื่องโรคจอตาผิดปกติในทารกคลอดก่อนกำหนด¹⁵ แบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อออกจากโรงพยาบาล¹⁶ เป็นต้น

การพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความรู้ในการกำกับตนเองจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความตรงของการวัดการกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการ ซึ่งมีหลักการ 3 องค์ประกอบ คือ 1) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การท่องจำ การเชื่อมโยงความรู้ การจัดระบบความรู้ และการกำกับความรู้ตนเอง 2) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านแรงจูงใจ ได้แก่ การพูดกับตนเองเชิงเชิงวิชาชีพ การเพิ่มพูนความรู้ด้วยการเชื่อมโยง การเพิ่มความน่าสนใจของเหตุการณ์ การพูดกับตนเองเชิงเปรียบเทียบ การพูดกับตนเองเพื่อสร้างแรงจูงใจภายนอก และการให้รางวัลตอบแทนตนเอง 3) การกำกับตนเองในการเรียนรู้เชิงวิชาการด้านพฤติกรรม ได้แก่ กำกับพฤติกรรมด้วยความพยายาม กำกับเวลาและสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ และขอความช่วยเหลือ¹⁷ ส่วนการพัฒนาเครื่องมือวัดและกำหนดคุณสมบัติในการวัดทางจิตวิทยา โดยทั่วไปมี 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทบทวนวรรณกรรมและกำหนดนิยาม ซึ่งเป็นการค้นหาความหมายและองค์ประกอบความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จากการทบทวนวรรณกรรมหรือจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) กับกลุ่มตัวอย่าง กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกันและลดความซ้ำซ้อน 2) การพัฒนาข้อคำถามและวิเคราะห์ความตรง 3) การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ 4) จัดโครงสร้างของข้อคำถามโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และ 5) ศึกษาคุณสมบัติในการวัดด้านความน่าเชื่อถือ ซึ่งคุณสมบัติที่ใช้พิจารณา ได้แก่ ค่าความเที่ยง (reliability) ความตรง (validity) ความยากง่ายและอำนาจการจำแนก (difficulty and discrimination) ความเป็นปรนัย (objective) ความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ความไว (sensitivity) ความเป็นมิติเดียว (unidimensionality) และความง่ายต่อการนำไปใช้ (simplicity)¹⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทางการพยาบาลสามารถตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถาม (content validity index: CVI) ได้ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในหลายประเด็น ได้แก่ ความครอบคลุมสอดคล้องกับนิยาม ความชัดเจนไม่กำกวม และมีรูปแบบที่เหมาะสมไม่ซ้ำซ้อน¹⁹ เพื่อกำหนดขอบเขตให้เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาข้อ (item content validity index: I-CVI) จะช่วยเพิ่มความชัดเจนในการแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญได้ง่ายและตรงประเด็นมากขึ้น²⁰ และการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งฉบับหรือแบบเห็นพ้อง (scale content validity index/universal agreement: S-CVI/UA) ประโยชน์เพื่อใช้สำหรับพิจารณาให้ครอบคลุมในทุกองค์ประกอบตามแนวคิดทฤษฎีหรือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ²¹ นอกจากนี้ สามารถใช้คะแนนค่าเฉลี่ยความสอดคล้องจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (average congruency percentage: APC) ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัด²² และในส่วนของการวัดความเชื่อมั่นเพื่อตรวจสอบระดับความสัมพันธ์ของเครื่องมือหรือแบบสอบถามโดยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20)²³

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น การให้ข้อมูลแก่มารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรก ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง เพื่อให้มารดามีความรู้สำหรับเตรียมความพร้อมในการกำกับตนเองในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง และตอบสนองทางอารมณ์ของมารดาช่วยลดความวิตกกังวลกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้น ในการให้ข้อมูลความรู้แก่มารดาแต่ละคนให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาควรต้องมีการตรวจสอบคุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างถูกต้อง ด้วยการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ค่า CVI, I-CVI, S-CVI, APC และค่าความเชื่อมั่นคือ KR-20²⁰⁻²³

เพื่อประโยชน์ สำหรับทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จะได้รับการดูแลที่ดี และถูกต้องจากมารดาภายหลังการเข้าเยี่ยม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วย 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดด้านความรู้ของมารดาที่ต้องเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด²⁴ เนื้อหาประกอบด้วย ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสภาพและพฤติกรรมของบุตร ด้านกิจกรรมรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ด้านการสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ด้านจิตใจและการแสดงบทบาทการเป็นมารดา เพื่อใช้เป็นข้อมูลการออกแบบข้อคำถาม 2) แนวคิดทฤษฎีการกำกับตนเอง (self regulation)⁷ อธิบายกระบวนการกำกับตนเอง ด้านการตอบสนองการปฏิบัติหน้าที่ (functional responses) และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responses) ขอบเขตเนื้อหาประกอบด้วย การลำดับเหตุการณ์เมื่อการเข้าเยี่ยมบุตร การรับรู้สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การจัดการความรู้สึกวิตกกังวล และการทำความเข้าใจเหตุและผลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และ 3) แนวคิดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง โดยใช้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และค่าความเชื่อมั่น วิเคราะห์โดยใช้ค่า KR-20

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยผู้วิจัยสร้างและตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์และสรุปประเด็นข้อเสนอแนะ แก้ไขปรับปรุง และทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงและแม่นยำในการนำไปใช้จริงต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 5 คน และมารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 37 สัปดาห์ ซึ่งบุตรต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 10 คน²⁵ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์การเลือก ประกอบด้วย 1) มารดาอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดครั้งแรกและบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด 3) มารดายังไม่เคยเข้าเยี่ยมบุตรมาก่อน 4) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังคลอด และ 5) มารดาไม่มีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินสำหรับผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีลักษณะดังนี้

1) แบบประเมินสำหรับหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) กำหนดการให้คะแนนจากผู้เชี่ยวชาญอยู่ในช่วงระหว่าง 1-4 คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 2 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เล็กน้อย ควรปรับปรุงอย่างมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความเหมาะสมหรือ

สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ การหาค่า CVI โดยนับจำนวนข้อคำถามที่ได้ระดับคะแนน 3 และ 4 คะแนน จากผู้เชี่ยวชาญทุกคน หาค่าด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) จะต้องคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหารายข้อ (I-CVI) คือ ค่าสัดส่วนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าข้อคำถามนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยนำจำนวนผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คะแนน 3 และ 4 ในข้อนั้น ๆ หาค่าด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ซึ่งควรมีค่าไม่น้อยกว่า .70 หากมีข้อที่น้อยกว่าต้องได้รับการปรับปรุง จากนั้นนำค่า I-CVI ที่ได้มาคิดค่าเฉลี่ย และมีเกณฑ์คุณภาพที่ S-CVI ต้องไม่น้อยกว่า .90²¹

การหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) ทำได้โดยการหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นว่าสอดคล้อง ให้คะแนนระหว่าง 1-4 เช่นเดิม แล้วนำผลรวมของสัดส่วนข้อคำถาม ที่เห็นว่าสอดคล้องหารด้วยจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด เกณฑ์คุณภาพที่ ACP ต้องไม่น้อยกว่า .90²²

2) การหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้สูตร KR-20 ซึ่งใช้เฉพาะกับแบบสอบถามที่เป็นแบบให้คะแนน 2 ค่า (dichotomous) เท่านั้น โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน จากนั้นรวบรวมข้อมูลและนำคะแนนมาแจกแจงและคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น พบว่าเครื่องมือนี้ ได้ค่า KR-20 ได้เท่ากับ .70 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์²³

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือการกำกับตนเอง

1) กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างและตรวจสอบคุณสมบัติการวัด ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ ปัจจัยการให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนด แนวคิดการกำกับตนเอง และการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

2) สร้างข้อคำถามโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษากรอบแนวคิดการกำกับตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การให้ความรู้แก่มารดาคลอดก่อนกำหนด รวมทั้ง 36 ข้อ จัดแบ่งเป็นหมวดหมู่ ข้อคำถามรายด้าน 4 ด้านหลัก และข้อคำถามย่อย ด้านละ 9 ข้อ คือ 1) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร 2) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 3) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และ 4) ด้านความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 3 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ ด้านทารกแรกเกิดวิกฤต 2 คน โดยพิจารณาและประเมินข้อคำถามแต่ละข้อมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการและ เมื่อนำข้อคำถามทุกข้อมารวมกันแล้ว ให้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบของแนวคิด ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เน้นพิจารณาจาก 2 คุณลักษณะ คือ ความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เป็นการพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาหรือคำถาม (item content) กับแนวคิดหรือทฤษฎีของตัวแปร (domain content) ซึ่งคุณภาพของเครื่องมือวิจัยควรต้องมีค่า CVI มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) คุณภาพของเครื่องมือวิจัยควรต้องมีค่า S-CVI ไม่น้อยกว่า .90 และค่าเฉลี่ยของสัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) ซึ่งคำนวณได้จาก การหาค่าเฉลี่ยของสัดส่วนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนให้ความเห็นว่าสอดคล้องกัน มีสูตรคำนวณ ดังนี้ $ACP = \frac{\sum P}{N}$ เมื่อ $\sum P$ คือ ผลรวมของสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าสอดคล้องกัน และ N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่พิจารณา เกณฑ์ในการวัดคุณภาพของเครื่องมือวิจัย สำหรับค่า ACP ต้องมีค่ามากกว่า .90 ขึ้นไป²²

2) การหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นการหาความเชื่อมั่น โดยจะพิจารณาความสอดคล้องภายในของ

เครื่องมือด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นจึงนำมาหาค่าความสอดคล้องภายใน โดยใช้วิธี Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20 ซึ่งมักใช้เฉพาะกับแบบสอบถามหรือแบบวัดความรู้ที่เป็นแบบให้คะแนน 2 ค่า (dichotomous) เท่านั้น และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะต้องได้ ตั้งแต่ .07 ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์²³

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และมีประสบการณ์การวิจัย โดยใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง (self regulation) ของ Johnson จำนวน 1 คน 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิด 2 คน และ 3) พยาบาลชำนาญการมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 2 คน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) ความตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) ความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) สัดส่วนความสอดคล้อง (ACP) และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหลักให้ได้ค่าเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยการวิเคราะห์ผลหาค่าความสอดคล้องภายใน KR-20 ภายหลังจากไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน

จริยธรรมการวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดครั้งแรก ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642229 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 และผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รหัสโครงการ 100/64 C ได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 18 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม ผลการพัฒนาเครื่องมือ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และผลการทดสอบเครื่องมือ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับเครื่องมือที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนด ซึ่งผลที่ปรากฏของเครื่องมือจำเป็นต้องเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนสภาพแวดล้อม ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งผลทบทวนวรรณกรรม รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษา	เครื่องมือ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นนำสู่การพัฒนาเครื่องมือ
Kelly MM, 2006	แบบประเมินการสังเกตบทบาทการเป็นมารดาและพฤติกรรม การดูแลบุตร	ความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีสุขภาพแข็งแรง	วัดน้ำหนักเพิ่มขึ้น การกินอาหารทางปาก และรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในสภาวะสมดุล	- คุณลักษณะทั่วไปของทารกคลอดก่อนกำหนด
เดือนเพ็ญ บุญมาชู และคณะ, 2015	โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล	- แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง - แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลทารก	- คุณลักษณะของมารดาและทารก - การเจริญเติบโตของทารก - ระดับภาวะสุขภาพของทารกภายหลังจำหน่าย	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - การรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารก

ตารางที่ 1 สรุปผลเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ผู้ศึกษา	เครื่องมือ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	ประเด็นนำสู่การพัฒนาเครื่องมือ
	ทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา	- แบบประเมินภาวะสุขภาพของทารกคลอดก่อนกำหนด	- ระดับพฤติกรรมการดูแลทารก - ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของมารดาในการดูแลทารก	- พฤติกรรมการดูแลทารก
Aldirawi A, et al., 2019	เครื่องมือวัดความรู้ของมารดาในการดูแลสุขภาพทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจากออกจากโรงพยาบาลทารกแรกเกิด	แบบสอบถามความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเมื่อออกจากโรงพยาบาล	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - การศึกษาและความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด	- คุณลักษณะทั่วไปของมารดา - ความรู้ของมารดาในการดูแลทารกในบางหัวข้อ เช่น คุณลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนด
ภากร ชูพินิจ ครอบคอบ, 2022	โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	แบบประเมินความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	เปรียบเทียบความรู้พฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลอง

2. ผลการพัฒนาเครื่องมือ

ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา ทบทวนปัจจัยด้านความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดและทารกต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พัฒนาข้อคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การตรวจสอบเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด ทั้ง 2 ด้านหลัก คือ การปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ และแบ่งเป็น 4 ด้านย่อย มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านการปฏิบัติหน้าที่

1) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับลำดับการเข้าเยี่ยมทารก จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมทารก การล้างมือก่อนสัมผัสทารก ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมทารก พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 7 ข้อ จึงปรับแก้ไขและสังตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 ทั้งหมด หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

2) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย แสง สี เสียง ที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 8 ข้อ จึงปรับแก้ไขและสังตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 ทั้งหมด ยกเว้นผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2 ไม่ให้ผ่านเกิน 1 ข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

1.2 ด้านการสนองตอบทางอารมณ์

1) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด การทำงานของเจ้าหน้าที่ แสง สี เสียง ที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ระดับ 1 และ 2 จำนวน 6 ข้อ

จึงปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 4 ทุกข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

2) ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 ข้อ ประเด็นแก้ไข คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุหรือเหตุผลของการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ ที่เฉพาะกับทารก สาเหตุของการเกิดเสียง แสงที่เป็นสัญญาณแจ้งเตือน เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับทารก พบว่ามีผู้เชี่ยวชาญให้คะแนน ในระดับ 1 และ 2 จำนวน 9 ข้อ จึงได้ปรับแก้ไขและส่งตรวจ ครั้งที่ 2 พบว่าผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2 ให้ไม่ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 2 จำนวน 5 ข้อ ทั้งนี้ มีผู้เชี่ยวชาญให้ผ่านเกณฑ์ ในระดับ 3 และ 4 จำนวน 5 ข้อ หลังปรับแก้ไขได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 9 ข้อ

เครื่องมือวัดความรู้ แบ่งเป็นทั้งหมด 4 ด้าน ด้านละ 9 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 36 ข้อคำถาม โดยมีประเด็นในการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ รายละเอียดดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สรุปผลการปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญรายบุคคล

หัวข้อการประเมิน	ประเด็นเสนอแนะ	ประเด็นข้อคำถามที่ปรับปรุงแก้ไข
ด้านการปฏิบัติหน้าที่ ความรู้เกี่ยวกับลำดับการเข้า เยี่ยมทารก	- กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมทารก - การล้างมือก่อนสัมผัสทารก - ข้อห้ามและข้อควรปฏิบัติเมื่อเข้าเยี่ยมทารก	- การได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมทารก - ความจำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย - การไม่ได้รับอนุญาตให้สัมผัสทารกได้ - การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยทารก - การถ่ายภาพหรือบันทึกวิดีโอทารก - การกอดกอดที่อยู่ด้านหน้าหอผู้ป่วยฯ - การงดส่งเสียงรบกวนทารก
ความรู้เกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมภายในหอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	- อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ - การปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ - แสง สี เสียงที่จะได้พบเห็น	- ช่วงเวลางดเยี่ยม - ตู้บทารกมีลักษณะใส - การรบกวนจากเสียงสัญญาณแจ้งเตือน - ข้อควรระวังเกี่ยวกับอุปกรณ์ - การใช้แอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ - เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแต่งกายด้วยชุดฟอร์ม - มีทารกคลอดก่อนกำหนดคนอื่นอยู่ร่วมด้วยในหอผู้ป่วย - ทารกตัวเล็กจะได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ
ด้านการสนองตอบทาง อารมณ์ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส	- ทารกเกิดก่อนกำหนด - การทำงานของเจ้าหน้าที่ - แสง สี เสียงที่จะได้พบเห็นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด	- อุณหภูมิที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วย - การสวมเสื้อผ้าของทารก - ความกังวลที่เห็นทารกตัวเล็ก - ความกังวลที่เห็นการใส่สายยางทางปากทารก - การได้เห็นทารกได้รับน้ำเกลือผ่านทางเส้นเลือด - การเห็นแสงไฟจากอุปกรณ์ทางการแพทย์
สาเหตุของการรับรู้ทาง ประสาทสัมผัส	- การให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ - สาเหตุของการเกิดเสียง แสงที่เป็นสัญญาณแจ้งเตือนเมื่อมีความผิดปกติทารก	- มีความรู้สึกเย็นเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วย - ทารกเกิดก่อนกำหนดจะนอนอยู่ในตู้อบ - ทารกเกิดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ต้องได้รับนมทางสายยาง - แสงไฟสีฟ้ามาจากเครื่องส่องไฟรักษา - แสงไฟมืดสลัวในบางจุดของหอผู้ป่วย

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) และเป็นรายด้านหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ (ACP) และค่าสัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน พบว่าด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตรและด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าเท่ากับ 1.00 และด้าน

สาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ .91 ส่วนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของรายด้าน (S-CVI/UA) พบว่าด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตรและด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าเท่ากับ 1.00 และด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีค่าน้อยที่สุด เท่ากับ 0.55 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สรุปผลวิเคราะห์ค่า I-CVI, ACP ค่าสัดส่วนผลรวมและ S-CVI/UA เป็นรายด้านของเครื่องมือ

ประเด็นคำถามรายด้าน	I-CVI เฉลี่ย	ACP	สัดส่วนผลรวม	S-CVI/UA
ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารก	1.00	1.00	1.00	1.00
ด้านสภาพแวดล้อม	.98	.98	.98	.89
ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	1.00	1.00	1.00	1.00
ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	.91	.91	.91	.55

3.2 รายละเอียดการวิเคราะห์ค่า เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือหลังปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ (I-CVI) ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็นตรงกันของผู้เชี่ยวชาญ (ACP) และค่าสัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน เพื่อความเข้าใจในรายละเอียดให้มากขึ้น โดยการยกตัวอย่างด้านที่มีข้อเสนอแนะและผลของการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกันมากที่สุด คือ ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับของด้านนี้ (S-CVI/UA) มีค่าเท่ากับ 0.55 น้อยที่สุด รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 รายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	จำนวนคนที่เห็นตรงกัน	ค่า I-CVI
1	/	/	/	/	/	5	1.00
2	/	x	/	/	/	4	.80
3	/	x	/	/	/	4	.80
4	/	/	/	/	/	5	1.00
5	/	/	/	/	/	5	1.00
6	/	/	/	/	/	5	1.00
7	/	x	/	/	/	4	.80
8	/	x	/	/	/	4	.80
9	/	/	/	/	/	5	1.00
สัดส่วนความเห็นแต่ละคน	1.00	.56	1.00	1.00	1.00	1): ค่าเฉลี่ย (I-CVI) = $(1.00+.80+.80+1.00+1.00+1.00+.80+.80+1.00)/9 = .91$ 2): ค่าเฉลี่ยสัดส่วนความเห็น (ACP) = $(1.00+.56+1.00+1.00+1.00)/5 = .91$ 3): สัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน (CVI) = $41/45 = .91$ 4): ค่า S-CVI/UA $5/9 = .55$	

หมายเหตุ เครื่องหมาย/คือผู้เชี่ยวชาญเห็นตรงกัน และ X คือเห็นไม่ตรงกัน

3.3 การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวม (CVI) ของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าเท่ากับ .83 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่า CVI ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร เท่ากับ 1.00 ด้านสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ .89 ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ 1.00 และด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์เมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เท่ากับ .55 และเมื่อนำทุกข้อคำถามของแต่ละด้านมารวมกัน มีจำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 30 ข้อ จากทั้งหมด 36 ข้อ นำไปคำนวณหาค่า CVI ของเครื่องมือวัดชุดนี้ ได้เท่ากับ .83

4. ผลการทดสอบเครื่องมือ

ภายหลังเครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ขั้นตอนสุดท้ายนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน มีอายุระหว่าง 21-36 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 70 ระดับการศึกษาสูงสุด คือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 80 และมีสถานภาพครอบครัวอยู่ร่วมกัน ผลการทดสอบ ประเด็นคำถามความรู้ของมารดาที่มีความเข้าใจถูกต้องน้อยที่สุด คือ ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารกถูกต้อง ร้อยละ 73.33 และมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัสถูกต้อง ร้อยละ 90.00 รายละเอียดตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปผลการใช้เครื่องมือกับกลุ่มทดลอง (n=10)

ประเด็นคำถามรายด้าน	% ความถูกต้อง	การปรับปรุงแก้ไข
ด้านลำดับการเข้าเยี่ยมทารก	73.33	ตัดข้อคำถามบางประเด็นที่มีความหมายคลุมเครือทิ้ง เพิ่มข้อคำถามเพื่อขยายความเข้าใจให้มีความชัดเจนมากขึ้น จัดเรียงลำดับข้อคำถามจากความเข้าใจง่ายไปหายาก
ด้านสภาพแวดล้อม	85.00	จัดเรียงความซับซ้อนจากความเข้าใจง่ายไปหายาก เช่น ความรู้ กฎกติกา ข้อเท็จจริง ข้อควรระวัง และตามด้วยข้อปฏิบัติ เป็น ต้น
ด้านการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	90.00	ปรับลดและเพิ่มเนื้อหาในบางข้อให้มีความชัดเจนและเป็นไปใน ทิศทางที่เข้าใจได้ง่ายมากขึ้น
ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส	75.00	ปรับลดข้อความให้สั้นกระชับและชัดเจนมากขึ้น จัดเรียงความซับซ้อนจากความเข้าใจง่ายไปหายาก

ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือที่พิสูจน์ได้ คือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ซึ่งในครั้งนี้นำค่าความสอดคล้องภายในด้วยการวิเคราะห์ค่า KR-20 จากข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม กำหนดให้มารดาที่มีความเข้าใจในการตอบ หากตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แล้วนำไปคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาคลอดก่อนกำหนด พบว่าได้ค่า KR-20 เท่ากับ .79 ถือว่าผ่านเกณฑ์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเอง ทั้งในด้านการปฏิบัติหน้าที่และการสนองตอบทางอารมณ์ของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ถูกสร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการกำกับตนเอง ครอบคลุมการวัดความรู้ 4 ด้าน ได้แก่ ลำดับการเข้าเยี่ยมบุตร สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การรับรู้ความรู้สึกตนเองเมื่อเข้าเยี่ยมทารก และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส โดยการพิจารณาการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับรายละเอียดเนื้อหาของข้อคำถามจากเครื่องมือวัดความรู้ของมารดาในการดูแลสุขภาพ

ทารกคลอดก่อนกำหนดทั้งก่อนและหลังจำหน่ายออกจากหน่วยดูแลทารกแรกเกิด^{3,13-16} สำหรับประกอบการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ และเพิ่มเติมเนื้อหาส่วนของการรับรู้และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสเพื่อเตรียมความพร้อมในการลดความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด เพราะเชื่อว่าการเตรียมตัวในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการที่มารดาได้รับรู้ความรู้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหลังคลอดล่วงหน้าเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลทารกเป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น²⁶ และสอดคล้องกับการศึกษา หากผลการประเมินความรู้ของมารดามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับสูง จะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น^{6,14}

เครื่องมือวัดความรู้การกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนดที่มีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาควรเป็นไปตามกรอบแนวคิดการกำกับตนเอง⁷ แนวคิดการให้ความรู้มารดาคลอดก่อนกำหนด^{24,27} และได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ก่อนทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าเท่ากับ .83 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการสร้างเครื่องมือใหม่ที่ควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้เป็นเครื่องมือวิจัยได้^{18,28} แต่เครื่องมือโดยทั่วไปในบางงานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 คน ค่า CVI ที่ยอมรับได้ มีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3-5 คน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 จำนวน 6-9 คน ค่า CVI ควรมีค่าตั้งแต่ .83 ขึ้นไป และจำนวนมากกว่า 9 คน ค่า CVI ควรมีค่าตั้งแต่ .78 ขึ้นไป²⁹ ทั้งนี้ หากปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญแล้วได้ค่า CVI ไม่เหมาะสมเป็นไปตามเกณฑ์ สามารถปรับลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญได้ เช่น ลดจาก จำนวน 5 คน เหลือ 4 คน โดยการตัดบุคคลที่ 2 ออก และเมื่อวิเคราะห์ผลค่า CVI ใหม่ มีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดตามแนวคิดของการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดดังกล่าว¹⁸

ผลการตรวจสอบคุณภาพด้วยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI/UA) ซึ่งเป็นการอธิบายสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าข้อคำถามนั้นมีความเกี่ยวข้องมากหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการวัด (universal agreement) พิจารณาตารางที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส จากข้อคำถามเฉพาะด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีจำนวน 9 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องกัน จำนวน 4 ข้อ คำนวณค่า S-CVI/UA ได้เท่ากับ .55 ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือ หากพิจารณาทั้งฉบับรวมทุกด้าน มีจำนวน 36 ข้อ มีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าเกี่ยวข้องกัน จำนวน 30 ข้อ คำนวณค่า S-CVI/UA ได้เท่ากับ .83 ถือว่าผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือ และหากดำเนินการลดจำนวนผู้เชี่ยวชาญจาก 5 คน เหลือ 4 คน หรือ 3 คน เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลค่า S-CVI/UA อีกครั้งจะได้ค่าเพิ่มสูงขึ้น แต่ถ้าเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 5 คนขึ้นไป ค่า S-CVI/UA จะมีแนวโน้มลดลง³⁰ ดังนั้น ในการพิจารณาจำนวนผู้เชี่ยวชาญสำหรับตรวจสอบคุณสมบัติเครื่องมือควรต้องคำนึงถึงทั้งค่า S-CVI/UA และความน่าเชื่อถือของความแตกต่างที่หลากหลายในความเชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ และในการคำนวณค่าเฉลี่ยสัดส่วน (average proportion) หรือที่เรียกว่าค่าดัชนี S-CVI/Ave คือ ค่าที่หาจาก 3 วิธี ได้แก่ ค่าเฉลี่ย I-CVI ค่า ACP และค่าสัดส่วนผลรวมคำตอบทุกคน ซึ่งทั้ง 3 ค่านี้ จะเท่ากันเสมอ และเมื่อพิจารณาตามตารางที่ 4 ได้ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .91 และค่า S-CVI/Ave ควรต้องมีค่าตั้ง .90 ขึ้นไป ประโยชน์เพื่อใช้พิจารณาคุณสมบัติแทนค่า S-CVI/UA กรณีที่วิเคราะห์ผลได้ต่ำกว่าเกณฑ์³¹ เช่น ตามตารางที่ 3 ด้านสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ได้ค่า S-CVI/UA เท่ากับ .55 ซึ่งเป็นค่าที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณสมบัติของเครื่องมือวัดการกำกับตนเองของมารดาคลอดก่อนกำหนด

ผลการทดสอบเครื่องมือโดยการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างคือมารดาคลอดก่อนกำหนด จำนวน 10 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่ตอบคำถามแตกต่างจากกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซึ่งในแต่ละด้านมีความคลาดเคลื่อนแตกต่างกันไป มีความถูกต้องประมาณ ร้อยละ 73.33-90.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ประโยชน์ของความคลาดเคลื่อนใช้ในการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามเป็นไปตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ ให้มีความกระชับชัดเจน

และเข้าใจได้ง่ายมากขึ้น³² และข้อมูลที่ได้จากการทดสอบสามารถนำไปตรวจสอบคุณภาพหาโดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยทดสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) เนื่องจากเป็นวิธีที่ลดข้อจำกัดของข้อคำถามที่มีลำดับความเข้าใจยากง่ายแตกต่างกัน ซึ่งได้ค่าเท่ากับ .79 ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือใหม่ที่กำหนดไว้ว่า ควรมีค่าตั้งแต่ .70 ขึ้นไป³³ ถือเป็นการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือวัดที่มีความเหมาะสมและผ่านเกณฑ์ตามกำหนดก่อนนำไปใช้งานจริง

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการศึกษา

1. การส่งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเป็นจำนวน 2 ครั้ง ต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เป็นการใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ควรปรับวิธีการให้สั้นกระชับมากขึ้นเพื่อความสะดวกในการศึกษา
2. ข้อจำกัดในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบความสอดคล้องภายใน ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ข้อคำถามต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 20 ข้อ และเป็นแบบเลือกตอบแบบถูกหรือผิดเท่านั้น
3. ควรใช้เครื่องมือวัดความรู้ของมารดาตลอดก่อนกำหนดที่ทารกเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อศึกษามารดาที่มีความรู้และมีประสบการณ์เปรียบเทียบกับกลุ่มมารดาที่ขาดความรู้และขาดประสบการณ์ เช่น ระหว่างกลุ่มมารดาที่คลอดครั้งแรกกับคลอดครั้งที่ 2 ขึ้นไป เป็นต้น
4. ควรปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ของมารดา เพื่อใช้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มมารดาตลอดก่อนกำหนดกับกลุ่มมารดาคลอดครบกำหนด

References

1. World Health Organization. Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Ministry of Public Health. Service plan low birth weight rate [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbwr/index?year=2022>. (in Thai)
3. Kelly MM. Primary care issues for the healthy premature infant. J Pediatr Health Care 2006;20(5):293-9.
4. Unsiam P. Maternal participation in caring for critically ill newborns, Phatthalung hospital. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;40(1):61-74. (in Thai)
5. Varma JR, Nimbalkar SM, Patel D, Phatak AG. The level and sources of stress in mothers of infants admitted in neonatal intensive care unit. Indian Journal of Psychological Medicine 2019;41(4):338-42.
6. Karuna P. Stress and coping mechanisms of mothers separated from their sick babies during postpartum period in Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2018;1(2):67-77. (in Thai)
7. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. Research In Nursing & Health 1999;22(6):435-48.
8. Watthanasereewetch T, Chaiyawat W. The effect of providing concrete-objective information before the first visit to pediatric patients in intensive care unit on maternal anxiety. JRTAN 2017;18(3):91-9. (in Thai)

9. Sittipa K, Baosoung C, Sansiriphun N. Anxiety, social support, and postpartum functional status among first-time mothers. *Nursing J* 2017;44(3):30-40. (in Thai)
10. Kongroad S, Chirit C. Effectiveness of an education program on knowledge, attitude and practice of pregnant women with premature labour. *JHS* 2020;29(6):1055-61. (in Thai)
11. Norasan A, Gumjudpai S, Chamnankit P. A development of a knowledge management model through the integration of self-efficacy and self-regulation concepts to develop instructional ability of teachers in Nawa College, Nakhon Phanom University. *Nakhon Phanom University Journal* 2016;6(1):106-14. (in Thai)
12. Tanwattnasere P, Boonyalongkorn T, Tingsabhat S. Effects of physical education learning management using self-regulation learning achievement and emotional quotient of secondary school students. *Academic Journal of Thailand National Sports University* 2022;14(3):224-40. (in Thai)
13. Bunmachu D, Theunnadee SK. Effects of promotion program on perceived self-efficacy preterm caring behaviors of mothers and health status. *Journal of Nursing and Health Care* 2015;33(4):150-8. (in Thai)
14. Chupinijrobkob P. Effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and caring behaviors among mothers of premature infants. *Thammasat University Hospital Journal Online* 2022;7(1):18-32. (in Thai)
15. Chetchotsak Y, Sitiwongsa P, Wongwi P. Effects of information giving on anxiety, knowledge and practice among mothers of infants with retinopathy of prematurity. *Srinagarind Med J* 2013;28(2):155-62. (in Thai)
16. Aldirawi A, El-Khateeb A, Mustafa AA, Abuzerr S. Mothers' knowledge of health caring for premature infants after discharge from neonatal intensive care units in the Gaza strip, Palestine. *Open Journal of Pediatrics* 2019;9:239-52.
17. Wattananonsakul S. Validation of the measurement model of academic self-regulation Learning strategies among university students. *JBSD* 2017;23(2):43-60. (in Thai)
18. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Development of an instrument for measuring health problem levels of school-aged children who have access to online media in the Thailand 4.0: MHP-SaC. *Journal of Nursing Science & Health* 2022;45(1): 99-111. (in Thai)
19. DeVellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications; 2012.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
22. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(2):105-11. (in Thai)
23. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 4th ed. Bangkok: U & I intermedia; 2007. (in Thai)

24. Miles MS, Carter MC, Riddl J, Hennessey J, Eberly TW. The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. *Maternal Child Nursing Journal* 1989;18(3):199-206.
25. Vanichbuncha K. Using SPSS for windows to analyze data. 27th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2015. (in Thai)
26. Zavala QOM. Effect of nursing interventions for stress management. *Hospice & Palliative Medicine International Journal* 2018;2(2):99-105.
27. Somboon S, Rungamornrat S, Sangperm P. Factors associated with coping difficulty of mothers in transition period from neonatal intensive care unit to home. *JFONUBUU* 2019;27(4):32-41. (in Thai)
28. Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ Med J* 2019;11(2):49-54. doi:10.21315/eimj2019.11.2.6.
29. Yusoff MSB. A systematic review on validity evidence of medical student stressor questionnaire. *Educ Med J* 2017;9(1):1-16. doi.org/10.21315/eimj2017.9.1.1.
30. Polit DF, Beck CT. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations [Electronic version]. *Research in Nursing & Health* 2006;29:489-97.
31. Waltz C, Strickland O, Lenz E. Measurement in nursing and health research. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.
32. Semho O, Wonginchan A. The development of maternal perceived self-efficacy in promoting preterm infant development assessment tool. *Journal of Nursing Science & Health* 2023; 46(3):14-26. (in Thai)
33. Hair JF, Hult GTM, Ringer CM. Primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). California, CA: Sage Publications; 2014.



ผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง*

ปรียาภรณ์ ศรีมะเร็ง พย.บ.** จุฬารัตน์ ตั้งภักดี ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งและเข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในช่วงเดือนเมษายน ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2566 คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 32 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แชนบอทเป็นแอปพลิเคชันสนทนาอัตโนมัติ ชื่อว่า “Feel My Feeling” 2) เว็บไซต์ <https://www.lonelinessthesis.com/> เกี่ยวกับบทเรียนและกิจกรรมโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว 3) แบบประเมินความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล สามารถนำไปใช้ในการให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความโดดเดี่ยวในวัยรุ่นโรคมะเร็งตามพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วย รวมถึงเป็นแนวทางในการพัฒนาแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคอื่น ๆ

คำสำคัญ: วัยรุ่นโรคมะเร็ง โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล

วันที่รับบทความ 27 สิงหาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 มกราคม 2567

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจาก ทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ทางการแพทย์
จากเงินกองทุนวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล jurtan@kku.ac.th

Effects of a loneliness reduction via digital health platform program on loneliness among adolescents with cancer*

Priyaporn Srimarueng B.N.S.** Juraporn Tangpukdee Ph.D.***

Abstract

This study aimed to determine the effects of a loneliness reduction via digital health platform program on loneliness in adolescents with cancer. The sample consisted of adolescents aged 10-19 years old, who had been diagnosed with cancer and received medical care at outpatient department of a university hospital in the northeast of Thailand from April to June 2023. Thirty-two adolescents were recruited by using purposive sampling according to the inclusion criteria. The research instruments were: 1) a chatbot, an automatic conversation application named ‘*Feel My Feeling*’, 2) a website (<https://www.Lonelinesssthesi.com/>), and 3) a loneliness in adolescents with cancer questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test.

The results showed that the adolescents with cancer had a statistically significant difference in mean loneliness scores before and after receiving the program ($p < .05$). The loneliness reduction via digital health platform program can be used to provide nursing activities to reduce loneliness in adolescents with cancer according to their developmental age, as well as being a guideline for developing a digital health platform to educate adolescents with other diseases.

keywords: adolescents with cancer; loneliness reduction program; digital health platform

Received 27 August 2023 Revised 13 January 2024 Accepted 13 January 2024

*This research was funded by the Nursing Innovations/Inventions Development Support; Research, Innovation and Academic Service Fund; Faculty of Nursing Khon Kean University

**A student to the master degree program in nursing science (pediatric nursing), Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University, Corresponding author,
E-mail: jurtan@kku.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเกิดขึ้นได้ในคนทุกวัย โดยการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมในเซลล์เติบโต เป็น ก้อนหรือเนื้องอกลุกลามส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดอันตรายและเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษา สำหรับ โรคมะเร็งในวัยเด็กส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด¹ สถิติในประเทศไทยโรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก คือ มะเร็ง เม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง ตามลำดับ² กระบวนการรักษาโรคมะเร็ง ในเด็กปัจจุบัน ประกอบด้วย ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด รังสีรักษา การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิต การรักษา ทางอิมมูโนวิทยาหรือสารชีวภาพ และการรักษาแบบมุ่งเป้า³ ซึ่งวิธีที่นิยมนำมาใช้รักษาโรคมะเร็งในเด็ก ได้แก่ ยา เคมีบำบัด²⁻³ เนื่องจากในเด็กมะเร็งจะพัฒนามาจาก เซลล์ตัวอ่อน (embryonal cell) เซลล์พาเรงคิมา (parenchymal cell) เซลล์ต้นกำเนิดจากไขกระดูก (bone marrow cell) อวัยวะส่วนใหญ่ในร่างกายของเด็กอยู่ใน ช่วงที่กำลังมีการเจริญเติบโต จึงมีเซลล์ที่อยู่ในระหว่างการแบ่งตัวมากกว่าในวัยผู้ใหญ่⁴ และเซลล์ที่อยู่ในระยะ การแบ่งตัวจะตอบสนองดีต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพสูง^{2,4} อย่างไรก็ตามการ รักษาด้วยวิธีนี้ใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต่อเนื่องนำไปสู่ผลข้างเคียงจากการรักษาได้ทั้งในระยะสั้นและ ระยะยาว เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย⁵

ผลกระทบของการเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาโรคมะเร็งต่อร่างกาย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของ รูปร่างหน้าตา รูปร่างผอม ผิวดำคล้ำ ผมร่วง³ ด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ไม่มั่นคง กังวล^{3,6-7} รู้สึกอายที่ภาพลักษณ์ เปลี่ยนแปลง^{3,7} กลัวเพื่อนไม่ยอมรับ กลัวเรียนไม่ทันเพื่อน⁸⁻⁹ รู้สึกขาดปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ในการอยู่ร่วม กับเพื่อน สูญเสียมิตรภาพระหว่างเพื่อน เพราะขาดเรียนบ่อย⁹ รู้สึกเบื่อและเหงา เมื่อเข้ารับการรักษา⁶⁻⁷ ความก้าวหน้าในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง ทำให้มีจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งมากขึ้น เกิดความ โดดเดี่ยวหลังการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แสดงให้เห็นว่าความโดดเดี่ยวเป็นปัญหาที่ สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็ง การทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า ช่วงหลังการรักษาในระยะแรกผู้ป่วยจะเกิด ความโดดเดี่ยว โดยผู้ป่วยมักกล่าวว่าความโดดเดี่ยวเป็นสาเหตุสำคัญของความทุกข์¹⁰ ซึ่งในช่วงวัยรุ่นเป็นวัยของ การค้นหาตัวเอง ชอบอยู่กับเพื่อนที่มีลักษณะเหมือนกัน หรือชอบอะไรที่เหมือน ๆ กัน เพื่อสร้างอัตลักษณ์ และบุคลิกภาพผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ประสบการณ์และข้อมูลใหม่ ๆ จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น¹¹ การ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงให้ความสนใจกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบที่ตามมามากขึ้น โดยเฉพาะด้านคุณภาพชีวิต ด้านจิตสังคม และความโดดเดี่ยว

ความโดดเดี่ยว คือ ความรู้สึกของการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ครอบครัว รู้สึกไม่พึงพอใจมี ความสัมพันธ์ที่ไม่ตรงตามความต้องการของตนเอง¹² หากวัยรุ่นไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับความโดดเดี่ยวได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ร่างกายจะกระตุ้นกลไกทางระบบประสาทและพฤติกรรมส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึง ประสงค์ สำหรับระบบประสาท ส่งผลต่อระบบความคิด ความจำลดลง สมาธิสั้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนลดลง ทำให้ ร่างกายหยุดชะงักและชีวิตแออัดเรื่อย ๆ และมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือคิดฆ่าตัวตายได้¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแนวคิดการจัดการความโดดเดี่ยวโดยมาซี (Masi)¹⁴ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม 2) เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม 3) การเพิ่มโอกาสในการติดต่อทาง สังคม และ 4) การจัดการกับความเข้าใจที่ไม่เหมาะสม สอนการเผชิญ การปรับตัว การเผชิญความโดดเดี่ยว เป็นแนวทางการให้กิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยวสามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวได้ มีการกระตุ้นเสริมแรงบวกเป็น ของรางวัลในเกม มีประโยชน์สนุกสนานและยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคม การอยู่ร่วมกับผู้อื่น และรู้สึก ผูกพันกับผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวลดลง¹⁵ การสร้างสภาพแวดล้อมเสมือนจริงบนโลกออนไลน์ออกแบบให้

โปรแกรมติดต่อกับเด็กป่วย ให้เด็กสามารถเล่นเกม เรียนรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตัวเอง หรือให้มีการพูดคุย สามารถลดความรู้สึกเหงา ความโดดเดี่ยว และช่วยให้เด็กป่วยถูกแยกออกจากสังคมน้อยลง¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาอย่างไม่เพียงพอเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว โดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยรุนแรงโรคมะเร็ง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดการจัดการความโดดเดี่ยว¹⁴ มาพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล โดยเน้นการให้กิจกรรมทางออนไลน์มากขึ้นเพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเด็ก¹⁵ ส่งเสริมการทำกิจกรรมความเป็นอยู่ที่ดี สนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่มีความหมายของวัยรุ่น ผ่านการพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน รวมถึงในปัจจุบันรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนมาอยู่ในแพลตฟอร์มดิจิทัล (digital health) มากขึ้น ซึ่งเป็นการยกระดับการให้บริการทางด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสมตามการรับรู้และพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วยวัยรุนแรงโรคมะเร็งและสอดคล้องกับสถานการณ์ในยุคปัจจุบัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมลดความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุนแรงโรคมะเร็งตามแนวคิดการจัดกิจกรรมลดความโดดเดี่ยว¹⁴ การจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ เพิ่มทักษะทางสังคม และเพิ่มทักษะด้านอารมณ์¹⁷ แนวทางของการจัดกิจกรรม เพื่อลดความโดดเดี่ยว 4 ด้าน โดยมาซี (Masi)¹⁴ ประกอบด้วย

1) การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยให้เกิดการสนทนาหรือการสื่อสารกับผู้อื่น เพื่อให้รู้สึกใกล้ชิด กล้าพูดคุย ทำความรู้จักกับบุคคลอื่น⁸ ผู้วิจัยพัฒนาช่องทางการสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์แชทบอท ออบแบบให้แชทบอทเป็นเพื่อนใหม่สนทนากับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกเหมือนมีเพื่อนพูดคุย สามารถตอบกลับเป็น ข้อความ รูปภาพ วิดีโอ หรือลิงก์เชื่อมโยงไปโปรแกรมอื่นได้

2) เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม⁸ เพิ่มการรับรู้ทักษะทางสังคมและทักษะด้านอารมณ์¹⁷ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยมีบทเรียนเกี่ยวกับวิธีสร้างสัมพันธภาพที่ดี บทเรียนแนะนำกิจกรรมลดความโดดเดี่ยวโดยการทำกิจกรรมเพื่อสัมพันธภาพที่ดีและรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับครอบครัวคนรอบข้าง วางแผนทำกิจกรรมในกิจกรรมท้ายบทเรียน เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ทำให้วัยรุ่นรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งกับเพื่อนและครอบครัว รู้สึกได้รับการความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากคนรอบข้าง เมื่อทำกิจกรรมสำเร็จนำมาสะสมคะแนนในต้นไม้กิจกรรม

3) การเพิ่มโอกาสในการติดต่อกับผู้อื่น โดยสร้างช่องทางสำหรับติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น เสริมสร้างสัมพันธภาพ ออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับปรุงและพัฒนาปฏิสัมพันธ์ทางสังคม⁸ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยมี บทเรียนสอนเกี่ยวกับอารมณ์และการเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น บทเรียนเรื่องแนะนำกิจกรรมคลายความโดดเดี่ยว บทเรียนเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อออกไปทำกิจกรรม จากนั้นทำกิจกรรมท้ายบทเรียนในแต่ละบท เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง สามารถบันทึกรูปหน้าจอไดอารี่ในโปรแกรมโพสต์ในออนไลน์ เพื่อเพิ่มโอกาสในการติดต่อกับเพื่อน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการผู้ป่วย

4) การจัดการกับความทุกข์ความเข้าใจทางสังคมที่ไม่เหมาะสม มุ่งเน้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความโดดเดี่ยวและการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาด้านจิตใจโดยผู้เชี่ยวชาญ⁸ ผู้วิจัยจัดทำบทเรียนสอนการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและความโดดเดี่ยว ความเข้าใจการเผชิญกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเจ็บป่วย เช่น ผมร่วง ผิวคล้ำ รูปร่างผอม รวมถึงการจัดการอาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและมั่นใจในการจัดการอาการและการดูแลตนเองทำให้มีความพร้อมในการออกไปพบเพื่อนหรือมีปฏิสัมพันธ์

กับผู้อื่น สามารถวางแผนเป้าหมายในชีวิตกับการเผชิญอาการเจ็บป่วยเรียนรู้ที่จะอยู่กับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมตามพัฒนาการตามวัยของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงทั้งจากการเจ็บป่วยและสถานการณ์ในยุคปัจจุบันได้ด้วยตนเองตามการรับรู้และพัฒนาการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง

สมมุติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวมีความแตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำ (one group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นทุกเพศ มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เกิน 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด เข้ารับการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งคัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) ผู้ป่วยทุกเพศ มีอายุตั้งแต่ 10 ปี ไม่เกิน 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคมะเร็งทุกชนิด อย่างน้อย 6 เดือน 2) อยู่ระหว่างการรักษาหรือติดตามการรักษาที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม 3) รู้สึกตัวดี ไม่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ ไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง ไม่มีภาวะช็อก หรือมีไข้ร่วมกับเม็ดเลือดขาวต่ำ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของการรักษาแบบประคับประคอง 4) สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้เข้าใจ 5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้งานโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ทั้งอยู่ในระบบ android หรือระบบ ios โดยผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทได้ และ 6) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมและในกลุ่มที่บรรลุนิติภาวะแล้ว ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ มีแนวโน้มเกิดผลกระทบด้านจิตใจ โดยใช้แบบคัดกรองโรคมึนเศร้า (2Q) เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคมึนเศร้า เกณฑ์การยุติการให้กิจกรรม (withdrawal criteria) ได้แก่ 1) ขณะที่เข้าร่วมการวิจัยแล้วเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการของโรคเปลี่ยนแปลงระหว่างอยู่ในโปรแกรม 2) ขณะที่เข้าร่วมการวิจัย มีแนวโน้มเกิดผลกระทบด้านจิตใจ รู้สึกแย่ลงโดยใช้แบบคัดกรองโรคมึนเศร้า 2Q ถ้ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้ม ที่จะเป็นโรคมึนเศร้า 3) ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนครบเวลา 4 สัปดาห์

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณกรณีเป็นตัวอย่างหนึ่งกลุ่ม สำหรับการหาค่าเฉลี่ยสองค่าเปรียบเทียบกัน ตัวแปรไม่เป็นอิสระต่อกัน เป็นการทดสอบทางเดียว (one tailed) โดยการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง¹⁸ กำหนดค่า $Z_{\alpha}=1.65$ ค่าความคาดเคลื่อน $Z_{\beta}=0.84$ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามและผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวอย่างจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยในครั้งนี้¹⁹ มีความแปรปรวนของตัวแปรตาม เท่ากับ 11.61 และผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม เท่ากับ 5.48 ได้ขนาดกลุ่ม

ตัวอย่าง 28 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมวิจัย ได้เท่ากับ 34 คน แต่เนื่องจากการสูญหายระหว่างทำการวิจัย 2 คน โดยใช้งานโปรแกรมลดความโดดเดี่ยวไม่ต่อเนื่องจนครบ 4 สัปดาห์ และไม่ตอบกลับแบบประเมิน (post-test) อยู่ในเกณฑ์การยุติการให้กิจกรรม ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ผลการวิจัยในครั้งนี้ มีจำนวน 32 คน ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างมากกว่าจำนวนที่คำนวณได้จริงตามสูตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แชทบอท ชื่อ “Feel My Feeling” ผู้วิจัยพัฒนาผ่านทางโปรแกรมบอทน้อยแชทบอท โดยเตรียมเนื้อหา เขียนแนวทางในการสร้างสื่อ (storyboard) ตัดต่อวิดีโอ จัดทำทั้งหมด 6 เมนู ได้แก่ 1) เมนูสนทนากับแชทบอท ออกแบบบทสนทนาให้สามารถพูดคุยกับผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องทั้งแบบข้อความ รูปภาพ วิดีโอ หรือลิงก์เชื่อมโยงไปโปรแกรมอื่น 2) เมนูเข้าโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ซึ่งเมนูลิงก์ไปที่หน้าเว็บไซต์โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว หน้าจอแสดงให้ผู้ป่วยกรอกรหัสผ่าน 3 ตัวที่ได้รับจากผู้วิจัย จากนั้นกดลงชื่อเข้าใช้เพื่อเข้าในเว็บไซต์โปรแกรม 3) เมนูวิธีใช้งานโปรแกรม 4) เมนูแนะนำกิจกรรม 5) เมนูติดต่อสอบถาม และ 6) เมนูแบบประเมินความโดดเดี่ยว 2) เว็บไซต์โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว ใช้แนวคิดเพิ่มการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการกับความทุกข์ทางสังคมที่ไม่เหมาะสม¹⁴ ผู้วิจัยออกแบบเนื้อหาบทเรียน กิจกรรมในโปรแกรม กำหนดแนวทางในการสร้างสื่อมัลติมีเดีย (storyboard) ตัดต่อวิดีโอบทเรียน วิดีโอแนะนำโปรแกรม เลือกใช้รูปภาพการ์ตูน เลือกตัวอักษรคล้ายกับลายมือ เลือกใช้สีหลากหลายในโทนสีพาสเทล พัฒนาเป็นเมนูในเว็บไซต์ 6 แถบรายการ ได้แก่ 1) แนะนำโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว 2) บทเรียน 3) กิจกรรมท้ายบทเรียน 4) เขียนสมุดบันทึก (diary) 5) สะสมคะแนนการทำกิจกรรม และ 6) ติดต่อสอบถาม ชื่อเว็บไซต์ คือ <https://www.lonelinesssthesi.com/>

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา 3) แบบประเมินความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง จำนวน 50 ข้อ ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน 12 ข้อ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว 12 ข้อ ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ 10 ข้อ และด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว 16 ข้อ โดยผู้ป่วยอ่านและตอบแบบสอบถาม (self-report) ตามการรับรู้ของตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (index of item objective congruence: IOC) แบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่าน พยาบาลชำนาญการ 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิกเด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตัดข้อที่มีค่าต่ำกว่า 0.50 ซึ่งมีทั้งหมด 2 ข้อ รวมถึงผู้วิจัยแก้ไขส่วนอื่น ๆ เพิ่มข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ²⁰ แบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีค่าความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา เท่ากับ 0.9 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่มีคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.9 โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้งานโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์แชทบอทและเว็บไซต์ พบว่าค่าเฉลี่ยความพึงพอใจทุกหัวข้อการประเมินอยู่ที่ระดับ

มากซึ่งเป็นระดับสูงสุด และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับการตอบกลับของเซทบอท การเพิ่มรูปภาพในโปรแกรม ผู้วิจัยปรับแก้ไขโปรแกรมก่อนนำเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ในการขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ขอเข้าพบหัวหน้าห้องตรวจกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอม อาสาสมัครที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมร่วมกับผู้ปกครอง

สัปดาห์ที่ 1 วันแรกผู้วิจัยให้ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ทำแบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ก่อนได้รับโปรแกรม ใช้เวลา 25-50 นาที ผู้วิจัยแนะนำและสาธิตวิธีการใช้โปรแกรมลดความโดดเดี่ยว โดยให้ผู้ป่วยสแกนคิวอาร์โค้ดเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยแนะนำทั้ง 6 เมนู ให้ทดลองใช้งาน จากนั้นสอนเข้าโปรแกรมในเว็บไซต์ กรอกรหัสผ่าน 3 หลัก ที่ได้รับจากผู้วิจัย ผู้วิจัยแนะนำแต่ละเมนูและสอนวิธีทำกิจกรรม ให้ผู้ป่วยทดลองใช้งาน เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยมอบการรหัสผ่านเข้าเว็บไซต์และวันที่เข้าใช้งานครบ 4 สัปดาห์ให้กับผู้ป่วย

สัปดาห์ที่ 1-4 ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์เข้าใช้งานโปรแกรมต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ ในการเข้าแต่ละครั้งสามารถเลือกทำกิจกรรมตามความสนใจได้ เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใช้งานโปรแกรม ผู้วิจัยทำหน้าที่แอดมินดูแลระบบจะส่งแจ้งเตือนทางเซทบอทเป็นอินโฟกราฟิกรูปหุ่นยนต์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าใช้งาน ส่งแจ้งเตือน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 4 เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ทำแบบประเมินความโดดเดี่ยว สำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ หลังได้รับโปรแกรม โดยส่งให้ทางแอปพลิเคชันไลน์เซทบอท เมื่อตอบแบบประเมินเสร็จ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุด การวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือตลอดการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยปิดรหัสการเข้าโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบ ค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ shapiro-wilk test ผลการวิเคราะห์ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ จึงเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคเมรังค์ ก่อนและหลังจากการได้รับโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน ใช้สถิติ paired t-test²¹ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามหนังสือรับรอง HE651547 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 ผู้วิจัยได้รับความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามหนังสือที่ อว. 660301.5.1.3.2/918 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองรับทราบเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ปกครองมีอิสระ ในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 15.06 ปี (SD=2.41) มีอายุต่ำสุด 11 ปี และอายุสูงสุด 19 ปี เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.1) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 46.9) ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 (ร้อยละ 34.4) ระดับชั้นที่กำลังศึกษาในปัจจุบันอยู่ชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 65.6) ส่วนใหญ่มีเพื่อนสนิท 1-2 คน (ร้อยละ 43.8) และติดต่อสื่อสารกับเพื่อนทางไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 100)

2. ข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 34.4) รองลงมา คือ มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 28.1) และมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ร้อยละ 21.9) ตามลำดับ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย 1 ปี-2 ปี (ร้อยละ 40.6) รองลงมา น้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 3 ปี มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 21.9) การรักษาที่ได้รับ ได้แก่ ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ ฉายแสง/รังสีรักษา และผ่าตัด มีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 31.3) อาการผิดปกติใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 42.9) อาการที่พบรองลงมา ได้แก่ เหนื่อยล้า (ร้อยละ 31.3) และความปวด (ร้อยละ 21.9) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=32)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. การวินิจฉัยโรค		
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	11	34.4
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	7	21.9
มะเร็งต่อมไทรอยด์	1	3.1
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	9	28.1
มะเร็งเซลล์สืบพันธุ์	4	12.5
2. ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	7	21.9
1- 2 ปี	13	40.6
2 ปีขึ้นไป - 3 ปี	5	15.6
มากกว่า 3 ปี	7	21.9
3. การรักษาที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยาเคมีบำบัด	32	100.0
ฉายแสง/รังสีรักษา	10	31.3
ผ่าตัด	10	31.3
4. จำนวนครั้งที่หนูมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (รวมการนอนรักษาและมาตรวจตามนัด)		
จำไม่ได้/ไม่แน่ใจ	10	31.3
≤2 ครั้ง	5	15.5
3-5 ครั้ง	2	6.3
6-10 ครั้ง	3	9.4
มากกว่า 10 ครั้ง	12	37.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=32) (ต่อ)

ข้อมูลการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
5. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ท่านมีอาการผิดปกติใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีอาการผิดปกติ	21	65.6
อาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร แผลในปาก ท้องเสีย ท้องผูก	6	18.8
ไข้	2	6.3
ซีด	3	9.4
ปวด	7	21.9
เหนื่อยล้า	10	31.3

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยว ผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (n=32)

ความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	$\bar{X}$	SD	t	P - value
ก่อนการทดลอง	121.94	15.74	12.06	< .001*
หลังการทดลอง	100.75	16.94		

* $p<0.05$

4. ค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้าน ของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p\text{-value}<.001$) 2) ด้านการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p\text{-value}=.011$) 3) ด้านความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p\text{-value}<.001$) 4) ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (n=32)

ความโดดเดี่ยวรายด้าน ของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง	$\bar{X}$	SD	t	P-value
1. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน				
ก่อนการทดลอง	29.06	6.53	4.55	<.001*
หลังการทดลอง	24.41	4.79		
2. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว				
ก่อนการทดลอง	29.84	4.54	2.70	.011*
หลังการทดลอง	27.66	5.68		
3. ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์				
ก่อนการทดลอง	24.22	4.35	4.15	<.001*
หลังการทดลอง	20.00	5.68		
4. ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว				
ก่อนการทดลอง	38.81	6.57	6.42	<.001*
หลังการทดลอง	29.72	7.82		

*=p<0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวผ่านแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล ต่อความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยความโดดเดี่ยวในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินความโดดเดี่ยวของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความโดดเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 2) ด้านการขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value=.011) 3) ด้านความไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) 4) ด้านการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 (p-value<.001) อธิบายได้ว่า

โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวสำหรับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีการจัดรูปแบบกิจกรรมในโปรแกรมให้ ความรู้เรื่องวิธีการรับมือและการปรับตัวต่อความโดดเดี่ยว ตามแนวคิดการให้กิจกรรมเพื่อลดความโดดเดี่ยว¹⁴ ซึ่งในช่วงนี้เป็นวัยของการเรียนรู้บทบาทของตนเองในสังคม ค้นหาคุณค่าของตนเองพัฒนากระบวนการสร้างอัตลักษณ์จากประสบการณ์ ความเชื่อ ความทรงจำและความสัมพันธ์ หากไม่มีกลุ่มเพื่อน ไม่ชอบเข้าสังคม ซึ่งอาจจะ มาจากความรู้สึกด้อยต่าง ๆ จะทำให้ยากที่จะค้นหาอัตลักษณ์ของตนเอง เกิดความสับสนในบทบาท รู้สึกว่าตนเอง ไม่มีความสำคัญ¹¹ เนื้อหาในบทเรียนจึงครอบคลุมตั้งแต่การเข้าใจธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของวัยรุ่น อารมณ์ความ

โดดเดี่ยว วิธีจัดการความโดดเดี่ยว การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บทเรียนมีเนื้อหากระชับ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ความหมายชัดเจน ผ่านการใช้สื่อการ์ตูน รูปภาพอินโฟกราฟิก 6 บท และวิดีโอ 3 บท จัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มการเรียนรู้ เพิ่มทักษะทางสังคม เพิ่มทักษะด้านอารมณ์ ปรับเปลี่ยนมุมมองต่อภาพลักษณ์ และวางแผนกิจกรรมอย่างสร้างสรรค์¹⁷ โดยเรียนรู้ผ่านการทำกิจกรรมท้ายบท ทั้ง 7 กิจกรรมในโปรแกรม ได้แก่ การบันทึกความรู้สึก การวางแผนการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น มุมมองต่อการเปลี่ยนแปลงรูปร่างหน้าตา และการให้กำลังใจผู้อื่น รวมถึงกิจกรรมการเขียนสมุดบันทึก (diary) บันทึกเรื่องราวความรู้สึก และมีการกระตุ้นเสริมแรงบวกเป็นของรางวัลในโปรแกรม¹⁵ เพื่อให้ได้รู้จักวางแผนทำกิจกรรมเมื่ออยู่คนเดียว หรือออกไปทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น เพื่อนำมาสะสมคะแนนการทำกิจกรรมในแต่ละวันบนต้นไม้กิจกรรมของตนเอง เมื่อทำกิจกรรมครบตามจำนวนที่กำหนดผู้วิจัยให้ใบประกาศแสดงความชื่นชมยินดี นอกจากนี้ เมนูการสนทนาในแอปพลิเคชันไลน์เซทบอท เป็นการสร้างสภาพแวดล้อมบนโลกออนไลน์เพื่อให้ติดต่อกับผู้อื่น¹⁶ เซทบอทสามารถเป็นเพื่อนพูดคุยในการสนทนาทั่วไป การให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็ง รวมทั้งการให้กำลังใจผู้ป่วย โดยมีรูปแบบการตอบกลับทั้งแบบข้อความ รูปภาพ และการ์ตูน

กิจกรรมในโปรแกรมลดความโดดเดี่ยว ส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าใจความหมาย ปัจจัยที่ทำให้เกิดความโดดเดี่ยวในแต่ละด้าน เข้าใจการเผชิญกับอาการเจ็บป่วย การจัดการกับความโดดเดี่ยวตามการรับรู้พัฒนาการตามวัยของวัยรุ่น ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัว ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ที่มีอยู่รอบข้าง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งเผชิญกับความโดดเดี่ยวจึงสามารถจัดการและปรับตัวต่อความโดดเดี่ยวได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Battles และคณะ¹⁶ พัฒนาโปรแกรมสนทนาบนโลกออนไลน์ โดยให้เรียนรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตัวเอง ให้มีการพูดคุยกับเด็กป่วยเรื้อรังคนอื่น ๆ ทำให้ความโดดเดี่ยวลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Lim และคณะ¹⁹ พัฒนาโปรแกรมการเพิ่มความมั่นใจในการเข้าสังคมและอยู่ร่วมกับผู้อื่นของวัยรุ่น ในรูปแบบแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ทำให้ความโดดเดี่ยวหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลให้ตระหนักถึงแนวคิดและการจัดการความโดดเดี่ยว เพื่อส่งเสริมการดูแลด้านจิตใจในผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง และแนวทางการพัฒนาการให้กิจกรรมการพยาบาลผ่านทางออนไลน์

2. ด้านการบริการทางสาธารณสุข โปรแกรมการลดความโดดเดี่ยวสามารถนำไปใช้ในห้องตรวจกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หากพยาบาลประเมินและไม่มีข้อจำกัดในการใช้โปรแกรม และมีผู้รับผิดชอบทำหน้าที่แอดมินดูแลระบบ พยาบาลสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยการประเมินความโดดเดี่ยว และการลดความโดดเดี่ยว สอนวิธีใช้งานและให้ผู้ป่วยกลับไปใช้งานต่อที่บ้าน หรือกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่นอนรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการใช้โปรแกรมนี้นี้ สำหรับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความโดดเดี่ยว

References

1. World Health Organization. Cure all framework: WHO global initiative for childhood cancer: Increasing access, advancing quality saving lives [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2022 Aug 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347370>

2. Anurathapan U. Children's cancer is dangerous but it can be cured if you recognize it early and treat it early [Internet]. Bangkok: Rama channel; 2020 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://kku.world/h7615> (in Thai)
3. Niyomkar S. Basic knowledge and nursing care for pediatric with cancer. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2021. (in Thai)
4. Vasudevan V, Cheung MC, Yang R, Zhuge Y, Fischer AC, Koniaris LG, et al. Pediatric solid tumors and second malignancies: Characteristics and survival outcomes. J Surg Res 2010; 160:184-9.
5. American Cancer Society. The American cancer society medical and editorial content team. Treating children with cancer childhood cancer treatment [Internet]. Atlanta (GA): The Society; 2019 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-inchildren/how-are-childhood-cancers-treated.html>
6. Attharos T, Chaiyaratana C. Experiences of school-age children with cancer receiving chemotherapy. Journal of Nursing Science & Health 2017;40(4):12-8. (in Thai)
7. Samphan R, Treenai S. Experiences of returning to school during chemotherapy of adolescents with cancer. Nursing Journal CMU 2022;40(4):330-4. (in Thai)
8. Winterling J, Jervaeus A, Af Sandeberg M, Johansson E, Wettergren L. Perceptions of school among childhood cancer survivors: A comparison with peers. J Pediatr Oncol Nurs 2015;32(4): 201-8.
9. Chien CH, Chang YY, Huang XY. The lived experiences of adolescents with cancer: A phenomenological study. Clin Nurs Res 2020;29(4):217-25.
10. Deckx L, Van den akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: A systematic literature review and meta-analysis. Eur J Oncol Nurs 2014;18(5):466-77.
11. Kendra C. Identity vs. Role confusion in psychosocial development [Internet]. New York: Verywell; 2022 [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://www.verywellmind.com /identity-versus-confusion-2795735>
12. Perlman D, Peplau LA. Loneliness. Encyclopedia of mental health 1998;2:571-81.
13. Department of Mental Health. Decode loneliness! When Thai society is full of people feeling lonely [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020 [cited 2022 Sep 21]. Available from: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29723> (in Thai)
14. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. Pers Soc Psychol Rev 2011;15(3):219-66.
15. Canter KS, Christofferson J, Scialla MA, Kazak AE. Technology-focused family interventions in pediatric chronic illness: A systematic review. J Clin Psychol Med Settings 2019;26(1):68-87.
16. Battles HB, Wiener LS. Starbright world: Effects of an electronic network on the social environment of children with life-threatening illnesses. Children's Health Care 202;31(1):47-68.

17. Hickin N, Kall A, Shafran R, Sutcliffe S, Manzotti G, Langan D. The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2021;88:102066.
18. Chirawatkul A. Statistics for health science. 4th ed. Bangkok: Wittayaphat; 2016. (in Thai)
19. Lim MH, Rodebaugh TL, Eres R, Long KM, Penn DL, Gleeson JFM. A pilot digital intervention targeting loneliness in youth mental health. Front Psychiatry 2019;10:604.
20. Ongiem A, Vichitvejpaia p. Validation of the tests. Thai J Anesthesiol 2018;44(1):36-42. (in Thai)
21. Johnson RB, Christensen L. Educational research: Quantitative, qualitative, and mixed approaches. 7th ed. California: SAGE Publications; 2020.



ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันไอบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

เชษฐาภรณ์ จันทร์เลิศฤทธิ์ พย.บ.*

วาสนา รวยสูงเนิน ปร.ด.** มะลิวรรณ ศิลารัตน์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบประยุคนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันไอบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเป็นกรอบแนวคิด โดยศึกษากับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 20 ราย เป็นสัดส่วนเท่ากับจำนวนพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการส่งเสริมความยึดมั่นการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.0, 0.97 และ 1.0 ตามลำดับ ค่าความเที่ยงระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการสังเกตการณ์ ปฏิบัติ เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการก่อนและหลังการส่งเสริมความยึดมั่น โดยใช้สถิติ McNemar's test

ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความยึดมั่นทำให้พยาบาลมีความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล เพิ่มขึ้น 9 ข้อจาก 14 ข้อ เป็นผลจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาล คะแนนระดับความยึดมั่นโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางคลินิกภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงและปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0143$ และ $p < .0253$ ตามลำดับ)

ในขณะเดียวกัน สำหรับประสิทธิภาพการทำงานของไต พบว่าค่าเฉลี่ยครีเอตินินในเลือด สัดส่วนการเกิดภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงและสัดส่วนการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$, $p < .0082$ และ $p < .0455$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล สามารถลดการเกิดไอบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อได้ โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยที่มี ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่เกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลัน

คำสำคัญ: ความยึดมั่นของพยาบาล ช็อกจากการติดเชื้อ ไอบาดเจ็บเฉียบพลัน นโยบายปฏิบัติการพยาบาล

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 28 ตุลาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 31 ตุลาคม 2566

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล waskir@kku.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effects of promoting nurses' adherence to nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in septic shock patients

Chetthaporn Chanlertrit B.N.S.*

Wasana Ruaisungnoen Ph.D.** Maliwan Silarat Ph.D.***

Abstract

The purpose of this applied action research was to study the effect of promoting nurses' adherence to the use of nursing practice guideline to prevent acute kidney injury in patients with septic shock. The theory of change was employed as a conceptual framework for this study. The study participants were 20 registered nurses working in medical intensive care units 1 and 2 at Khon Kaen Hospital; and 20 patients diagnosed with septic shock, who were admitted at Khon Kaen Hospital between August and November 2022, which was an equal proportion to number of nurses participating in the study.

The research instruments consisted of the nurse's adherence to the use of nursing practice guideline assessment form, clinical outcomes of acute kidney injury in patients with septic shock evaluation form, and the nurse satisfaction on nursing practice guideline adherence promotion questionnaire. These instruments yielded the content validity index of 1.0, 0.97, and 1.0, respectively. The interrater reliability between the researcher and the research assistants was 0.90. The comparison between guideline adherence scores before and after adherence promotion was analyzed using McNemar's test.

The findings of this study showed that the intervention improved nurses' adherence to 9 out of a total of 14 nursing practice guideline items. This could be the outcome of the theory of change application that altered nurses' behavior regarding adherence to recommendations. After the intervention, the overall nurse adherence score significantly improved ($p < .001$). In addition, number of patients with improved mean arterial pressure and urine output were significantly ($p < .0143$ and $p < .0253$, respectively) increased, demonstrating the better clinical outcomes of acute kidney injury.

Regarding renal function, the mean serum creatinine, the proportion of hyperkalemia, and the proportion of acidosis significantly decreased ($p < .0001$, $p < .0082$, and $p < .0455$, respectively). According to the study's findings, it can be concluded that promoting nurses' adherence to nursing practice guideline can reduce acute kidney injury in patients with septic shock, by modifying the nurses' behavior according to the guideline. This contributed to improve outcomes in patients with septic shock, particularly the absence of acute kidney injury.

keywords: nurses' adherence; septic shock; acute kidney injury; nursing practice guideline

Received 31 July 2023 Revised 28 October 2023 Accepted 31 October 2023

*A student of the Master of Nursing Science in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University

**Associate professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University, Corresponding author,

E-mail: waskir@kku.ac.th

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kean University

บทนำ

ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) ระบบไหลเวียนเลือดสูญเสียหน้าที่ ปริมาณเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจลดลงทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจต่อนาทีลดลงระดับความดันโลหิตลดต่ำผิดปกติ เนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และอวัยวะสำคัญต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ปอด และไตทำงานล้มเหลว¹ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ทำให้เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) สูงถึงร้อยละ 65² ซึ่งภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากไตสูญเสียหน้าที่ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง เกิดการควบคุมของกรดต่างและเกลือแร่ในร่างกาย ไม่สมดุล มีภาวะน้ำเกินและของเสียคั่งในร่างกาย เมื่อไตสูญเสียหน้าที่ส่งผลให้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต³ โดยจะพบการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ตั้งแต่ช่วงแรกที่ร่างกายเกิดการติดเชื้อรุนแรงร่วมกับมีภาวะช็อกภายใน 48-72 ชั่วโมง หากไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ภายในเวลา 7-90 วัน จะส่งผลกระทบให้การทำงานของไตลดลงแบบเฉียบพลันหรือกึ่งเฉียบพลันเข้าสู่ระยะ acute kidney disease⁴

จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน จำนวน 2,268, 2,758, 3,073 และ 3,340 รายตามลำดับ และพบว่าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 มีผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันอยู่ที่ ร้อยละ 36.29, 40.5, 41.01 และ 43.02 ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 27.3, 30.1, 31.7 และ 39.20 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ทั้งแบบ hemodialysis และ continuous renal replacement therapy (CRRT) คิดเป็นร้อยละ 3.2, 3.3, 3.8 และ 4.9 ตามลำดับ อัตราการครองเตียงเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 96.2, 96.71, 98.2 และ 98.81 ตามลำดับ⁵ ส่งผลให้ระยะการนอนรักษา ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมนานขึ้น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาบาลของโรงพยาบาล⁶ ได้แก่ จำนวนวันนอน อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล และอัตราการตายเพิ่มขึ้น ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จึงได้มีการพัฒนาปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อก จากการติดเชื้อตามมาตรฐานการพยาบาล ในปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน โดยมีรูปแบบการทำงานเป็นระบบพี่เลี้ยง คือ การจัดอัตรากำลังของพยาบาลที่มีพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี ทำงานควบคู่กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี ในแต่ละช่วงเวลาเพื่อให้คำปรึกษา และฝึกทักษะให้กับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดอัตรากำลังคนที่ไม่เพียงพอ ประกอบกับ พยาบาลที่มีการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน ทำให้ตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ปี พ.ศ. 2565 ของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งส่งผลต่ออุบัติการณ์การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันยังคงมีปริมาณผู้ป่วยไม่ลดลง โดยพบจำนวน 243 ราย ในปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 51.4 ทำให้อัตราการครองเตียงและการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 38.3 รวมไปถึงยังพบอีกว่า โดยสาเหตุร่วมจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยไตบาดเจ็บเฉียบพลันนั้น เกิดจากการมีภาวะแทรกซ้อนแล้วอยู่ในช่วงระยะเวลา 7 วัน หลังเกิดภาวะช็อก⁷

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้สัมภาษณ์พยาบาล 7 ราย ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่าพยาบาลทุกคนรับทราบว่ามีแนวปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน แต่การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการพยาบาลยังไม่ครบถ้วนในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ 1) ไม่ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงฯ ในผู้ป่วยบางราย เนื่องจากมีความเห็นที่ไม่จำเป็นต้องทำ เพราะซ้ำซ้อนกับการซักประวัติจากแพทย์ 2) ไม่ติดตามประเมินความรุนแรงของการเกิด

ไตบาดเจ็บเฉียบพลันจากระดับ BUN creatinine ในเลือดและปริมาณปัสสาวะอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก เพราะเข้าใจว่าเป็นบทบาทของแพทย์ 3) การขาดความสม่ำเสมอ ในการใช้แบบประเมินการบาดเจ็บรุนแรง NEWS ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในหอผู้ป่วย เนื่องจากการมีภาระค่อนข้างมาก 4) ขาดความสม่ำเสมอในการติดตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, uremia, hyperkalemia, hypokalemia, acidosis และขาดการบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจาก คิดว่าให้ประโยชน์ไม่แตกต่างจากการบันทึกทุก 8 ชั่วโมง และ 5) ขาดการติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 7 วัน เนื่องจากคิดว่ามีความยุ่งยาก ประเมินแต่ละเวรทุก 8 ชั่วโมง ก็เพียงพอแล้ว จากผลการสัมภาษณ์ พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี มีความยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติไม่ครบทุกข้อ เนื่องจากคิดว่าเป็นข้อปฏิบัติที่ไม่สำคัญในการลดอุบัติการณ์การเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ทำให้ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ สำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี มีความยึดมั่นในแนวทางปฏิบัติไม่ครบทุกข้อเช่นเดียวกัน เนื่องจากขาดการติดตามการใช้แนวปฏิบัติจากพยาบาลที่มีประสบการณ์มากกว่ารวมทั้งไม่รู้เหตุผลของการใช้ปฏิบัติการพยาบาลฯ และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ไม่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างครบถ้วน ส่งผลให้คุณภาพการพยาบาลไม่เป็นตามมาตรฐานการพยาบาล และทำให้ผลลัพธ์ในด้านตัวชี้วัดการพยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

การศึกษานี้ ได้มีการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin⁸ ทั้ง 3 ระยะ มาใช้ในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายการพยาบาล ในการป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยมีสมมติฐานว่า การเพิ่มความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน และช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เกี่ยวกับการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาล ต่อความยึดมั่นในการใช้นโยบายการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน และผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อหลังการส่งเสริมความยึดมั่น

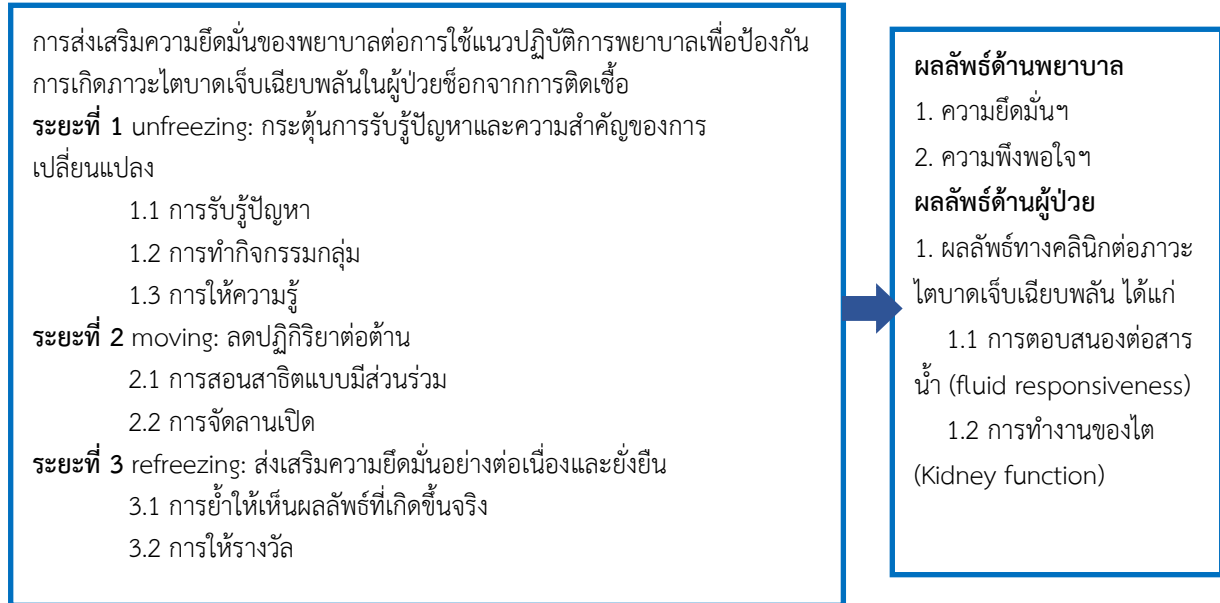
ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ซึ่งมีประสบการณ์ปฏิบัติงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและอยู่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ซึ่งยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin⁸ เป็นกรอบแนวคิด แบ่งกลยุทธ์ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลง โดยอธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคลากรในองค์กรให้เกิดพลังเชิงบวกและขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน อาศัยกลยุทธ์ต่าง ๆ ใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 unfreezing เป็นระยะของการวางแผน กระตุ้นการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงต่อการปฏิบัติ โดยเป็นการแสดงให้เห็นถึงปัญหา สร้างความตระหนักให้เห็นถึงความจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระยะที่ 2 moving เป็นระยะส่งเสริมให้เกิดการยึดมั่นต่อวิธีการปฏิบัติที่เปลี่ยนแปลงมากขึ้น โดยการลดปฏิกิริยาต่อต้าน ส่งเสริมแรงกระตุ้น และ

ระยะที่ 3 refreezing เป็นการส่งเสริมให้เกิดความยึดมั่นต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยทำให้ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติปลูกฝัง ดังรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ดำเนินการวิจัยตามวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Lewin (applied action research)⁹ เพื่อศึกษาการส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายการพยาบาลเพื่อป้องกันไตขาดเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการศึกษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ในโรงพยาบาลตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพอาสาสมัครและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ มีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกคือ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี ผ่านการอบรมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตของโรงพยาบาลขอนแก่น หรืออบรม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มีทั้งหมด จำนวน 20 คน ยินดีเข้าร่วมการศึกษาทุกคน เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ไม่รวมหัวหน้าตึก

2. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย คือ เป็นผู้ป่วยทั้งชายและหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ตามเกณฑ์วินิจฉัย 2022-10-CM R65.21 และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยสมัครใจ มีเกณฑ์การคัดออกในกลุ่มผู้ป่วยตัวอย่าง คือ มีระยะเวลานอนรักษานที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 น้อยกว่า 7 วัน เนื่องจากผู้ป่วยเสียชีวิต หรือผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใช้สัดส่วนเดียวกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างพยาบาล คือ จำนวน 20 คน ในช่วงระยะเวลาที่ทำการศึกษา

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก ดังระบุเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเข้าสู่วิจัยด้วยติดประกาศเชิญชวนในหอผู้ป่วยและเชิญเชิญหลังการรับ-ส่งเวรในแต่ละวัน โดยอธิบายรายละเอียดวิจัยและแจ้งสิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นไป

โดยสมัครใจ สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยคัดเลือกรายชื่อจากผู้ป่วยที่ตรงตามเกณฑ์คัดเข้า และเชิญเข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัย และการเข้าร่วมเป็นไปตามความสมัครใจ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาและการดูแลที่ได้รับ อาสาสมัครทั้งกลุ่มพยาบาลและผู้ป่วยหรือญาติลงนามให้ความยินยอมก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ใช้เครื่องมือดัดแปลงจากแบบประเมินความสม่ำเสมอในการปฏิบัติการพยาบาล ของอรทัย สืบกินร¹⁰ จากการศึกษาผลของนโยบายปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โดยดัดแปลงข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับนโยบายปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ มีจำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ โดยเริ่มใช้แบบประเมินความยึดมั่นในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าได้รับการรักษาพยาบาลและประเมินเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานวิจัยในขั้นปฏิบัติระยะที่ 2 ของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง โดยลงบันทึกเครื่องหมาย ✓ หมายถึง การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาล มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน และลงบันทึกเครื่องหมาย X หมายถึง ไม่ปฏิบัติตามพยาบาล ค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 fluid responsiveness การประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย จะประกอบด้วย 1) การประเมินค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) โดยบันทึก maintain ค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท ภายใน 6 ชั่วโมง และ 2) ปริมาณปัสสาวะ (urine output) ในแต่ละชั่วโมงของผู้ป่วย โดยประเมินปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม. เพื่อประเมินการทำงานของไตและเพื่อประเมินการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกายที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างต่อเนื่องภายใน 24 ชั่วโมง และติดตามบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง เป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อเป็นการพียงให้เพิ่มการทำงานของไต

ด้านที่ 2 kidney function โดยบันทึกการติดตามการทำงานของไต จากเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน โดยใช้ KDIGO criteria บันทึกติดตามการทำงานของไตจากการเฝ้าระวังการทำงานของไตภายใน 72 ชั่วโมง หรือ 3 วัน และในวันที่ 4-7 ประเมินการทำงานของไตต่อ เนื่องจากปริมาณปัสสาวะ (urine output) และอาการแสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นการติดตามการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ใช้เครื่องมือดัดแปลงจากแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการสารน้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จากการศึกษาของอัมพร ระวังดี¹¹ มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ตัวเลือกเป็นคำตอบแบบระดับ (rating scale) 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่พัฒนาและปรับปรุง ทั้ง 2 ชุด ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยชุดที่ 1 ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1.0 ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ได้ค่าเท่ากับ 0.97 ชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ได้ค่าเท่ากับ 1.0 จากนั้น

ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในชุดที่ 1 ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และส่วนที่ 2 แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกต่อการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ การวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องใช้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ในการสังเกตการปฏิบัติแบบไม่มีส่วนร่วมเพื่อสามารถสังเกตการปฏิบัติได้ครบตลอดระยะเวลาการผลัดเปลี่ยนเวรของกุ่มตัวอย่างพยาบาล ตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้สังเกตการณ์ (interrater reliability: IRR) ในพยาบาลและผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 5 ราย โดยได้ค่า IRR เท่ากับ 0.90 และ 0.90 ตามลำดับ เครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่นการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นกับพยาบาลวิชาชีพ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นภายใน ทดสอบด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach alpha coefficient) เท่ากับ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย มี 3 ระยะ ตามทฤษฎีของ Lewin ดังนี้

ระยะที่ 1 unfreezing เป็นระยะให้เกิดการกระตุ้นการรับรู้ปัญหาและความสำคัญของการเปลี่ยนแปลง โดยผู้วิจัยดำเนินการทั้งหมด 4 สัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ สัปดาห์ที่ 2 การวางแผนในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง สัปดาห์ที่ 3 การสร้างกระบวนการเปลี่ยนแปลง และสัปดาห์ที่ 4 การสังเกตการณ์และประเมินความยึดมั่น

ระยะที่ 2 moving เป็นระยะลงสู่การปฏิบัติ เกิดการขับเคลื่อนเพื่อลดปฏิกิริยาต่อต้านและส่งเสริมแรงทางด้านบวก โดยผู้วิจัยจัดประชุมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ 3 ครั้ง ซึ่งเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสาธิตแบบมีส่วนร่วม การสาธิตย้อนกลับ ทบทวนหลัง และสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์

ระยะที่ 3 refreezing เป็นระยะส่งเสริมความยึดมั่นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยเน้นย้ำให้เห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง การให้รางวัล ซึ่งเป็นขั้นตอนสรุปผลของการดำเนินการวิจัย โดยการประชุมกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ เพื่อสะท้อนการใช้แนวปฏิบัติจากการประเมินผลความยึดมั่น ความพึงพอใจของพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ใช้ระยะเวลาการดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652104 และคณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEMOU65022 และก่อนดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง ได้รับชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการวิจัย การเก็บความลับและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการบอกเลิกการวิจัยจนเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วม โดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อความยึดมั่น การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

2. เปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล และผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน ได้แก่ การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ผลการทำงานของไต (BUN และ creatinine) และการเกิดภาวะไตขาดเจ็บเฉียบพลัน ระหว่างระยะก่อนส่งเสริมความยึดมั่น (unfreezing) และหลังส่งเสริมความยึดมั่น (refreezing) โดยใช้สถิติ McNemar test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง

(ร้อยละ 80) ส่วนใหญ่อายุ 21-30 ปี (อายุเฉลี่ย 27.5 ปี) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 3-5 ปี (ร้อยละ 70) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีทุกคน (ร้อยละ 100) และกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 55) อายุตั้งแต่ 50-79 ปี (อายุเฉลี่ย 65 ปี)

2. ผลของการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาล จากการเปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง ระยะ unfreezing และระยะ refreezing โดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-16 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกรพยาบาลจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติฯ ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

ความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นวปฏิบัติกร พยาบาล	ระยะ unfreezing		ระยะ refreezing		p-value*
	(n=20)		(n=20)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย	2	10.00	18	90.00	<0.001*
2. ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันตาม KDIGO criteria โดยประเมินจาก ระดับ Cr. ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 72 ชั่วโมง หรือ จนกว่าแพทย์พิจารณาว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	2	10.00	17	85.00	<0.001*
3. ใช้แบบประเมิน NEWS score เพื่อประเมินตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และประเมินต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีคะแนนมากกว่า 5 ให้รายงานแพทย์	11	55.00	18	90.00	0.0196*
4. ประเมินปริมาณสารน้ำในร่างกายโดยประเมิน CVP ก่อนและหลังให้สารน้ำ Keep 8-12 mmHg. หรือ PPV pulse pressure variation (PPV) ไม่ควรเกินที่ 13% (ค่า PPV ประเมินในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและไม่มีภาวะ cardiac arrhythmia เช่น AF)	3	15.00	19	95.00	<0.001*
5. บันทึกสัญญาณชีพก่อนและหลังได้รับสารน้ำ ทุก 15 นาที ต่อเนื่องจนครบ 6 ชั่วโมง Keep MAP≥75 mmHg (ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม HT ให้ Keep MAP≥80-85 mmHg)	17	85.00	18	90.00	0.6547
6. กรณีผู้ป่วยได้รับยา vasopressor หรือ inotrope บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ถึง ทุก 30 นาที จนกว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากนั้นประเมินทุก 1 ชั่วโมง	15	75.00	20	100.00	0.0253*
7. รายงาน serum lactate level ทุก 6 ชั่วโมง Keep ≤4 mmol/L หรือมีระดับค่าลดลงจากเดิม เพื่อประเมิน Tissue perfusion	15	75.00	19	95.00	0.1025

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing (ต่อ)

ความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พยาบาล	ระยะ unfreezing (n=20)		ระยะ refreezing (n=20)		p-value*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
8. บันทึก intake output ทุก 1 ชั่วโมงติดต่อกันใน 6 ชั่วโมงแรกที่มีภาวะ septic shock keep urine output $\geq$ 0.5 มล./กก./ชม	2	10.00	18	90.00	<0.001*
9. ติดตามสัญญาณชีพ Keep BT. 36.5-37.4 C ทุก 4 ชั่วโมงหลังจากหมดภาวะ septic shock (หากยังมีไข้ แสดงถึงร่างกายมีภาวะ Sepsis สามารถเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้)	19	95.00	20	100.00	0.3173
10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Serum Na, K ⁺ , CO ₂ CL., BUN, Cr.	19	95.00	20	100.00	0.3173
11. รายงานระดับ GFR ให้อยู่ระหว่างมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ml/min/1.73 m ₂	2	10.00	18	90.00	<0.001*
12. Record urine output ทุก 4 ชั่วโมงต่อเนื่อง หลังจากครบ 6 ชั่วโมง ติดต่อกัน 7 วัน เพื่อติดตามการทำงานของไต (Keep 0.5 มล./กก./ชม.)	0	0.00	17	85.00	<0.001*
13. ประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, Sign Uremia, Hyperkalemia, Hypokalemia, Hyponatremia, Hyponatremia, Acidosis	13	65.00	20	100.00	0.0082*
14. รายงานแพทย์เมื่อพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ภาวะไตสูญเสียหน้าที่และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะน้ำเกิน, Sign Uremia, Hyperkalemia, Hypokalemia, Hyponatremia, Hyponatremia และ Acidosis	17	85.00	20	100.00	0.0833
รวม	137	48.92	262	93.57	<0.001*

*p-value<.05

3. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย และส่วนที่ 2 การทำงานของไต และผลวิเคราะห์การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน

ส่วนที่ 1 การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ได้แก่ 1) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดง (mean arterial pressure: MAP) มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท ก่อนและหลังการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ พบว่า ก่อนการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ มีจำนวนผู้ป่วย 14 ราย จากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 70) และหลังการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติ มีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าแรงดันเฉลี่ยในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท เพิ่มขึ้นเป็น 20 รายจากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 100) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.0253) 2) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะ (urine output) มากกว่า 0.5 มล./กก./ชม.

ก่อนและหลังการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรม พบว่าก่อนการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรม มีจำนวนผู้ป่วย 15 ราย จากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 75) และหลังการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรม มีจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะมากกว่ามล./กก./ชม. เพิ่มขึ้นเป็น 20 รายจากทั้งหมด 20 ราย (ร้อยละ 100) พบว่า มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.0253$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ผลการทำงานของไต ประเมินจากระดับค่า BUN และ creatinine ที่เปลี่ยนแปลง พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า BUN ในวันแรก และวันที่ 3 ของการส่งเสริมความยืดหยุ่นฯ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=1.000$) สำหรับจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า creatinine ในวันแรก และวันที่ 3 ของการส่งเสริมความยืดหยุ่นฯ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

การตอบสนองต่อสารน้ำในร่างกาย	ระยะ unfreezing		ระยะ refreezing		p-value
	ตอบสนอง	ไม่ตอบสนอง	ตอบสนอง	ไม่ตอบสนอง	
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	
1. จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท	14	6	20	0	0.0143*
2. จำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม.	15	5	20	0	0.0253*

*p-value<.05

4. การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ

การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในระยะ unfreezing และระยะ refreezing ของการส่งเสริมความยืดหยุ่นฯ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในระยะ unfreezing และระยะ refreezing มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0143^*$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันใน ระหว่างระยะ unfreezing และ refreezing

การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	ระยะ unfreezing (n=20)		ระยะ refreezing (n=20)		p-value
	เกิด	ไม่เกิด	เกิด	ไม่เกิด	
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)	
การเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน	6	14	0	20	0.0143*

*p-value<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลของการส่งเสริมความยืดหยุ่นของพยาบาลต่อการใช้นวัตกรรมพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน

หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง โดยใช้เทคนิคต่างๆ ในแต่ละระยะตามทฤษฎี มีการเปลี่ยนแปลงความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อมีผลทั้งแตกต่างกันและไม่แตกต่างกัน ซึ่งอภิปรายได้ว่าการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลในการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ ทำให้พยาบาลมีการติดตามเฝ้าระวังอาการของภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการรายงานแพทย์ที่ทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Porter และคณะ¹² ที่ใช้ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ เมื่อมีผู้ป่วยเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน ซึ่งในระบบการแจ้งเตือนนี้จะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและทันทั่วถึงยิ่งขึ้น

การส่งเสริมความยึดมั่นฯ เป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตามแนวปฏิบัติฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัศมี สาทิ¹³ ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน งานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลบ้านฝาง พบว่าพยาบาลปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน แสดงถึงระดับความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ ถึงร้อยละ 95.33 ในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดย Valiee และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาอุปสรรคและความยึดมั่นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการทางคลินิกของพยาบาลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ส่งผลให้เกิดเป็นมาตรฐานการพยาบาลจะต้องมีความยึดมั่นและมีความต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะสามารถป้องกันผลลัพธ์การดูแลในเชิงลบสำหรับผู้ป่วยได้

ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อดีขึ้น สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น มีการตอบสนองต่อสารน้ำที่เพียงพอ (fluid responsiveness) โดยจำนวนผู้ป่วยที่มีค่าเฉลี่ยแรงดันในหลอดเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท และจำนวนผู้ป่วยที่มีปริมาณปัสสาวะตามเกณฑ์ 0.5 มล./กก./ชม. ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาและวันที่ 3 ของการรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Vijayan และคณะ¹⁵ ใน clinical use of the urine biomarker for acute kidney injury risk assessment เป็นการประเมินสารน้ำ เพื่อติดตามการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลา 72 ชั่วโมงหรือ 3 วัน และติดต่อกันเป็นระยะเวลา 7 วันขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือในการช่วยประเมินการทำงานของไตจากค่า mean arterial pressure, MAP มากกว่าหรือเท่ากับ 75 มม.ปรอท และระดับปริมาณปัสสาวะ มากกว่า 0.5 มล./กก./ชม. ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อที่แสดงถึงผู้ป่วยมีการไหลเวียนเลือดหรือมีปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะเพียงพอ และช่วยป้องกันการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันได้

สำหรับในด้านการทำงานของไตพบว่าการทำงานของไตดีขึ้น โดยดูจากผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับค่า BUN และ creatinine ที่ปกติ ในวันแรกที่เข้ารับการรักษา และวันที่ 3 ของการรักษา มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัศมี สาทิ¹³ ที่พบระดับ creatinine ลดลงผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ แสดงถึงการทำงานของไตดีขึ้นและการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในวันแรกที่เข้ารับการรักษา และวันที่ 3 ของการรักษามีจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันลดลง นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของอรัญย์ สืบสิน¹⁰ ที่พบว่าผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทำให้สัดส่วนการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทั้ง 2 การศึกษาใช้เกณฑ์ KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury 2012 ในการเฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันเช่นเดียวกับการศึกษานี้ ในการศึกษา การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin⁸ ทำให้ความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลฯ และเกิดความพึงพอใจนำมาสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ป้องกันการเกิดไตบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ โดยในการศึกษานี้ ได้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลฯ ได้แก่

ปัจจัยในแต่ละบุคคล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่แตกต่างกัน รวมไปถึงในเรื่องของ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล ความตระหนักถึงความสำคัญต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันไอบาดเจ็บเฉียบพลันฯ ปัจจัยในด้านขององค์กรและปัจจัยในด้านบรรยากาศสภาพแวดล้อมความ พร้อมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมให้เกิดการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของกุหลาบ ศรีโฮมจันทร์ และคณะ¹⁶ ที่ ทำการศึกษาปัจจัยเชิงเหตุผลของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ร่วมงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ ในงานส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในงาน ทำให้เกิดความ พึงพอใจในงานส่งผลให้เกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร ดังนั้น การส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลฯ เพื่อให้เกิด ความยั่งยืนและถาวรในองค์กรต้องมีการเสริมสร้างสัมพันธภาพ สร้างแรงจูงใจ เสริมพลังอำนาจ จะทำให้เกิดการ มีส่วนร่วมของบุคลากร เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ซึ่งทำให้เกิดความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลฯ

สรุปได้ว่า ในการส่งเสริมความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด ภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลันในผู้ป่วยช็อกจากการติดเชื้อ ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาล ขอนแก่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของ Lewin ส่งผลให้เกิดความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนว ปฏิบัติทางการพยาบาลฯ เพิ่มขึ้นและระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ทำให้พยาบาลเกิดความตระหนักในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ส่งผลต่อผลลัพธ์ทาง คลินิกในผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อเกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลันลดลงและมีผลทางห้องปฏิบัติการที่ บ่งบอกการทำงานของไตดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลัน

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาความยึดมั่นของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติฯ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลัน โดยมุ่งเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ การทดสอบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเป็นเพียงการทดสอบผลเบื้องต้น (feasibility test) เนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน ว่าความยึดมั่นของ พยาบาลที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกด้านการป้องกันไอบาดเจ็บ ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของความยึด มั่นของพยาบาลต่ออุบัติการณ์ไอบาดเจ็บเฉียบพลันต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องในการส่งเสริมความ ยึดมั่นของพยาบาล ดังนั้น หน่วยบริการหรือหอผู้ป่วยหนักควรให้ความสนใจในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ใน หน่วยงานผู้ป่วยหนักให้มีความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและเสริมสร้างความสามารถในการนำไป ปฏิบัติเป็นแนวทางในการส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอื่นๆ
2. หอผู้ป่วยหนักหรือหน่วยบริการควรให้ความสำคัญในการเฝ้าระวัง ติดตาม การใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาล การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกและการเฝ้าระวังผลกระทบจากการภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย
3. การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร เพื่อให้มีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลควรให้ความสำคัญกับ การส่งเสริมความยึดมั่นต่อการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลด้วยการอบรมความรู้ ทักษะการใช้แนวปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิดภาวะไอบาดเจ็บเฉียบพลัน และสร้างสัมพันธภาพในองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย บุคลากรประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

References

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour C, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). JAMA 2016; 315(8): 3227-337.
2. Yende S, Austin S, Rhodes A, Finfer S, Opal S, Thompson T, et al. Long-term quality of life among survivors of severe sepsis: Analyses of two international trials. Crit Care Med 2016; 44(8):1461-7.
3. Bellomo R, Kellum JA, Ronco C. Acute kidney injury. Lancet 2012;380(9843):756-66. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61454-2. Epub 2012 May 21. PMID: 22617274.
4. Neyra JA, Li X, Canepa-Escaro F, Adams-Huet B, Toto RD, Yee J, et al. Cumulative fluid balance and mortality in septic patients with or without acute kidney injury and chronic kidney disease. Crit Care Med 2016;44(10):1891-900.
5. Khon Kaen hospital. Data and statistics of acute kidney injury in 2020 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen hospital; 2020 [cited 2021 Aug 6]. Available from: https://www.kkh.go.th/nurse_category/data-static/
6. Nie S, Feng Z, Xia L, Bai J, Xiao F, Liu J, et al. Risk factors of prognosis after acute kidney injury in hospitalized patients. Frontiers of Medicine 2017;11(3):393-402.
7. Khon Kaen hospital. Data and statistics of patients admitted in the medical intensive care unit 1 and 2 years 2021 [Internet]. Khon Kaen: Khon Kaen hospital; 2021 [cited 2021 Aug 6]. Available from: https://www.kkh.go.th/nurse_category/data-static/
8. Lewin K. Resolving social conflicts and field theory in social science. Resolving social conflicts and field theory in social science. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
9. Williamson K, Johanson G. Action research: Theory and practice. In: Williamson K, Johanson G, editor. Research methods: Information, systems, and contexts [Internet]. Cambridge, MA: Elsevier, Chandos Publishing, an imprint of Elsevier; 2018 [cited 2021 Aug 6]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102220-7.00008-X>
10. Suebkinorn O, Methakanjanasak N. Effects of clinical nursing practice guideline to prevent acute kidney injury among critically ill trauma patients in Khon Kaen hospital. Journal of Nursing and Health Care 2019;37(2):208-17. (in Thai)
11. Rawangdee A, Methakanjanasak N. Effects of fluid management clinical nursing practice guideline (CNPG) on selected outcomes in patients with sepsis at emergency department, Chum Phae hospital. Journal of Nursing and Health Care 2020;38(1):32-41. (in Thai)

12. Porter CJ, Juurlink I, Bisset LH, Bavakunji R, Mehta RL, Devonald MA. A real-time electronic alert to improve detection of acute kidney injury in a large teaching hospital. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2014;29(10):1888-93.
13. Satee A. The development of clinical nursing practice guideline in patients with acute kidney injury at inpatient services Ban Fang hospital. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office* 2021;3(2):177-91. (in Thai)
14. Valiee S, Salehnejad G. Barriers to and facilitators of nurses' adherence to clinical practice guidelines: A qualitative study. *Creative Nursing* 2020;26(1):1-7.
15. Vijayan A, Faubel S, Askenazi DJ, Cerda J, Fissell WH, Heung M, et al. Clinical use of the urine biomarker [TIMP-2]×[IGFBP7] for acute kidney injury risk assessment. *American Journal of Kidney Diseases* 2016;68(1):19-28.
16. Srihomjun K, Jitpanya C, Oumtanee A. Antecedent variables of organizational commitment of professional nurses: A meta-analysis. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018;45(2):216-34. (in Thai)



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

สุจิต วงเวียน พย.บ.* อัญสุรีย์ ศิริโสภณ วท.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลไทรงาม และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 383 คน สุ่มตัวอย่างเข้าศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และ 5) พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยได้รับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 23 ($p < 0.01$)

การวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนควรนำแนวคิดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในระดับชุมชนและท้องถิ่น ให้มีการสนับสนุนให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงพฤติกรรมป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วย พฤติกรรมป้องกันโรค โรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ 10 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 18 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 27 ธันวาคม 2566

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล ansuree@bcnsprnw.ac.th

Factors predicting stroke prevention behaviors of patients with hypertension in Sai Ngam District, Kamphaeng Phet Province

Sukhid Wongwian B.N.S.* Ansuree Sirisophon M.Sc.**

Abstract

The purposes of this research were to investigate stroke prevention behaviors and factors predicting stroke prevention behaviors of patients with hypertension in Sai Ngam District, Kamphaeng Phet Province. The sample included 383 patients with hypertension aged 35 years or over who were registered for treatment at Sai Ngam Hospital and lived in Sai Ngam District of Kamphaeng Phet Province. Stratified random sampling was used to recruit the sample. A questionnaire was used as the research tool, which comprised five sections: 1) demographic data, 2) stroke knowledge, 3) stroke perception based on the health belief model, 4) perceived social support, and 5) stroke prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The findings revealed that 1) the majority of patients with hypertension had a high level of stroke knowledge, a moderate level of overall stroke perception based on the health belief model, a low level of overall perceived social support, and a moderate level overall stroke prevention behaviors; and 2) factors predicting stroke prevention behaviors among patients with hypertension included stroke knowledge, perceived barriers to disease prevention practices, perceived media social support, perceived family social support, and perceived neighbor social support. The factors accounted for 23.9% of the variance and predict of stroke prevention behavior ($p < 0.01$).

This research suggested that community health promotion agencies should integrate the concept of perceived social support and health belief model to develop programs or activities for families or neighbors in community to provide knowledge and create awareness of disease prevention behaviors for patients with hypertension and the general public.

keywords: hypertensive patient; prevention behavior; stroke

Received 10 October 2023 Revised 18 December 2023 Accepted 27 December 2023

*Registered nurse, Sai Ngam Hospital, Kamphaeng Phet Province

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakornsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Corresponding author, E-mail ansuree@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด และมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติโดยรวม ซึ่งโรคนี้ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ก่อให้เกิดความพิการเป็นอัมพาตหรือมีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยที่องค์การอัมพาตโลก (world stroke organization: WSO) ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีผู้เสียชีวิตประมาณ 6.6 ล้านคน และยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากโรคมะเร็ง¹

สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญที่มีการตายอันดับต้น ๆ โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 47.8, 47.1, 53.0 และ 52.8 นอกจากนี้ ยังปรากฏอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในประชากรไทย อายุระหว่าง 30-69 ปีต่อประชากรแสนคน ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 44.60, 44.30, 48.90, 49.20 ตามลำดับ ในขณะที่ เขตสุขภาพที่ 3 พบอัตราอัตราการเสียชีวิตจากโรคนี้ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 58.40, 58.30, 66.90 และ 64.50 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงเช่นกัน โดยเฉพาะจังหวัดกำแพงเพชร ที่พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อายุระหว่าง 30-69 ปีต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2560-2563 เท่ากับ 44.60, 44.30, 48.90, 49.20 ตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญในการสูญเสียทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอันดับต้นด้วย²

สภาพปัญหาของโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสียชีวิตและเกิดความพิการ สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการที่หัวใจมีแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย เป็นสาเหตุให้หลอดเลือดสมองแตก หากว่าผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงหรือการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ได้ จะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 4 เท่า และความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าด้วย³

อนึ่ง จังหวัดกำแพงเพชร มีผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 1,245.32, 1,204.34 และ 1,238.46 ตามลำดับซึ่งเป็นอัตราที่สูง ในขณะที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีในจังหวัดกำแพงเพชรระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 63.26, 64.92 และ 61.40 ตามลำดับ ส่วนอำเภอไทรงามมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2562-2564 ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 1,245.32, 1,204.34 และ 1,238.46 ตามลำดับ และยังมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปี พ.ศ. 2562-2564 ร้อยละ 76.45, 74.75 และ 65.75 ถือว่าเป็นจำนวนที่มีแนวโน้มลดลง⁴ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้ม โอกาส และความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนที่อาจเพิ่มขึ้นได้

ดังที่กล่าวนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นปัจจัยที่สามารถจะช่วยลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เกิดจากความรู้สึกรับผิดชอบของตนเองที่มีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง การรับรู้ในความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านการได้รับข้อมูลข่าวสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นสิ่งกระตุ้นที่จำเป็นให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการตัดสินใจสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและรักษาโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง และยังเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการควบคุม ดูแลและรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถนำผลการวิจัยมาประยุกต์ใช้ ให้สอดคล้องสภาพปัญหาที่แท้จริงให้เกิดผลอย่างเป็น

รูปธรรมแก่ผู้ป่วยเพื่อป้องกัน ลดโอกาสและความเสี่ยงผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

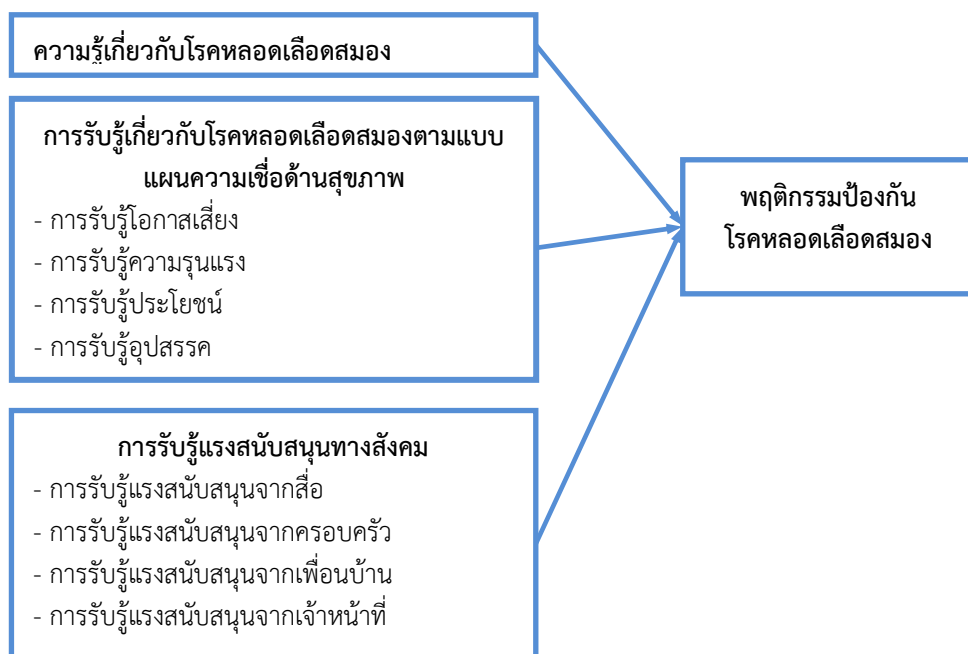
กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (health belief model) จากการศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ส่งผลต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁵⁻⁶ กล่าวถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นที่แรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลเพื่อแสวงหาการรักษาโรค กล่าวได้ว่าก่อนที่บุคคลใดจะยอมรับและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองนั้น จะต้องรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (susceptibility) รับรู้ในความรุนแรงของโรค (severity) รับรู้ประโยชน์ และผลที่จะเกิดตามมาที่มีผลดีมากกว่าผลเสียต่อสุขภาพ (benefits) โดยปราศจากอุปสรรค ผลข้างเคียง หรือความยุ่งยากใด ๆ (barriers) โดยมีปัจจัยร่วมอื่นร่วมด้วย (factors) เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา หรือปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งกระตุ้นในที่นี้ หมายถึง การรับรู้สภาวะร่างกาย และผลรวมของการแสดงออกเมื่อได้รับคำแนะนำ

ในขณะที่การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perceived social support) สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง⁷ โดยการใช้การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยผ่านการรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ บุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคลให้ถูกต้องและเหมาะสม สู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดีได้

จากดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพร่วมกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ เพื่อเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร ดังแสดงใน รูปภาพที่ 1





รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวางเชิงบรรยาย (cross-sectional descriptive) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาไว้กับโรงพยาบาลไทรงาม อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 6,124 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณแบบสัดส่วนที่ ทราบจำนวน ประชากร^๑ เท่ากับ 383 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (stratified random sampling) ด้วยการแบ่งจำนวน ประชากรที่อาศัยอยู่ในอำเภอไทรงาม ทั้ง 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลไทรงาม ตำบลหนองคล้า ตำบลหนองทอง ตำบลหนองไม้กอง ตำบลมหาชัย ตำบลพานทอง และตำบลหนองแม่แตง แล้วนำมาคำนวณ สัดส่วนของ ประชากรในแต่ละหมู่บ้านเทียบกับประชากรทั้งหมด และใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบล รวม 383 คน

ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การพิจารณากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) กำหนดให้ 1.1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษากับโรงพยาบาลไทรงาม และพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับประเมินระดับความดันโลหิต พบว่า ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure: DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท 1.2) เป็นผู้ป่วยที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 1.3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร ภาษาไทยได้ดีและไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 1.4) ยินดีเข้าร่วมโครงการ

2. เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) กำหนดให้ 2.1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2.2) เป็นผู้ที่มีความต้องการยกเลิกระหว่างเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และ 2.3) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด (close ended form) แบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติโรคหลอดเลือดสมองของคนในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์จากวาสนา เหมือนมี⁹ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (multiple choice) แบบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 12 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 3 ระดับ คือ 0-4 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 5-8 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 9-12 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยประยุกต์ จากวาสนา เหมือนมี⁹ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 23 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง รับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองระดับมากที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์จาก พรารณา วัชรานุรักษ์ และ อัจฉรา กลัปกกลาย¹⁰ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง รับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระดับมากที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ กำหนดการแปลผลค่าเฉลี่ย 5 ระดับ คือ 1.00-1.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อยที่สุด 1.51-2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับน้อย 2.51-3.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับปานกลาง 3.51-4.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับมาก และ 4.51-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เพื่อพิจารณาคัดขั้วความตรงเชิงเนื้อหา (item-objective congruence: IOC index) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้ค่าเท่ากับ 0.97

2. การวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูล (try-out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาคัดขั้วความยากง่าย (index of difficult) ของแบบสอบถามในตอนี่ 2 ได้ค่าเท่ากับ 0.870 และพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามในตอนี่ 3, 4 และ 5 ได้ค่าเท่ากับ 0.810, 0.804 และ 0.812 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เพื่อขออนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 9 แห่ง ในเขตอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร พร้อมจัดทำแบบสอบถาม จำนวน 383 ฉบับ และดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมกับตรวจความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับมา พบว่ามีความสมบูรณ์ทั้ง 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและการทดสอบการแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัยด้วยค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) สัมประสิทธิ์การกระจาย (CV) ค่าความเบ้ (Sk) และค่าความโด่ง (Ku) ด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 26

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics 26

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 35 03 65 ลงวันที่ 14 กันยายน 2565 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการและเก็บข้อมูลการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถามอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการยินดียินยอม รับ ปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ โดยข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.10) มีอายุระหว่าง 52-29 ปี (ร้อยละ 52.50) สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.00) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 61.10) มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,001-6,800 บาท (ร้อยละ 57.40) โดยครอบครัวหรือญาติสายตรงส่วนใหญ่ ไม่พบว่าเคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 94.78) รวมถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.99) มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยคำตอบถูก เท่ากับ 10.54 คะแนน จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน (ร้อยละ 87.73)

2. ผลการวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีตัวแปรสังเกตได้ 4 ตัวแปร และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีตัวแปรสังเกตได้ 6 ตัวแปร รวมจำนวนตัวแปรสังเกตได้ทั้งหมด 14 ตัวแปร ซึ่งมีค่าเฉลี่ยทั้งหมดในระดับน้อยถึงมากที่สุด อยู่ระหว่าง 1.92-4.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.25-0.78 ค่าสัมประสิทธิ์การกระจายอยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.11-24.80 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรทั้งหมดนี้ มีความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การกระจายต่ำเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย

เมื่อพิจารณาค่ากำลังสองของความเบ้อยู่ระหว่าง 0.01-5.85 และค่ากำลังสองของความโด่งอยู่ระหว่าง 0.01-3.45 ซึ่งมีค่ากำลังสองของความโด่ง มีค่าน้อยกว่า 6.00¹¹ แสดงให้เห็นว่าข้อมูลมีลักษณะการแจกแจง

ใกล้เคียงกับโค้งปกติ (normality) ดังนั้น จึงสามารถนำตัวแปรการทั้งหมดนี้ มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปได้

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การแจกแจงข้อมูลของตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรการวิจัย	$\bar{X}$	SD	ระดับ	C.V. (%)	Sk	Ku
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.71	0.45	มาก	12.08%	0.53	3.45
การรับรู้ความรุนแรง	4.24	0.41	มาก	9.59%	0.80	1.71
การรับรู้ประโยชน์	3.77	0.37	มาก	9.76%	0.06	0.01
การรับรู้อุปสรรค	2.29	0.34	น้อย	14.90%	0.01	0.01
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม						
การรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ	1.92	0.41	น้อย	21.15%	0.33	1.25
การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัว	2.18	0.33	น้อย	15.25%	0.11	0.03
การรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	1.95	0.48	น้อย	24.80%	0.10	0.84
การรับรู้แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	2.69	0.47	ปานกลาง	17.63%	1.45	0.19
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง						
การรับประทานยา	3.05	0.37	ปานกลาง	12.29%	4.70	0.17
การออกกำลังกาย	2.97	0.44	ปานกลาง	14.80%	0.18	0.17
การควบคุมอาหาร	2.80	0.29	ปานกลาง	10.39%	0.37	0.01
ความเครียด	2.99	0.42	ปานกลาง	14.12%	0.12	0.68
การดื่มแอลกอฮอล์	4.37	0.78	มาก	17.81%	0.95	0.01
การสูบบุหรี่	4.93	0.25	มากที่สุด	5.11%	5.85	0.90

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=0.30$) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้การในความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ($\bar{X}=4.24$, $SD=0.41$) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.77$, $SD=0.37$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}=3.71$, $SD=0.45$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับน้อย ($\bar{X}=2.29$, $SD=0.34$) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}=2.18$, $SD=0.29$) เมื่อพิจารณาจำแนกในแต่ละด้านของการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรับรู้แรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.40$) รองลงมา คือ รับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับน้อย ($\bar{X}=2.18$, $SD=0.33$) รับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ($\bar{X}=1.95$, $SD=0.48$) และรับรู้แรงสนับสนุนจากสื่อ ($\bar{X}=1.92$, $SD=0.41$) ตามลำดับ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.15$, $SD=0.23$) เมื่อพิจารณาจำแนกแต่ละกิจกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.93$, $SD=0.25$) และไม่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.37$, $SD=0.78$) รองลงมา คือ การรับประทานยา ($\bar{X}=3.05$, $SD=0.37$) การจัดการความเครียด ($\bar{X}=2.99$, $SD=0.42$) การออกกำลังกาย ($\bar{X}=2.97$, $SD=0.44$) และการควบคุมอาหาร ($\bar{X}=2.80$, $SD=0.31$) ในระดับปานกลาง ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ปัจจัยทำนาย	b	S.E.	beta	t	p	Zero-order	Tolerance	VIF
ค่าคงที่	3.56	0.13	-	28.15	0.00	-	-	-
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	-0.54	0.08	-0.29	6.44**	0.00	-0.29	1.00	1.00
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค	-0.13	0.03	-0.18	3.92**	0.00	-0.25	0.93	1.07
แรงสนับสนุนจากสื่อ	-0.23	0.08	-0.40	2.79*	0.01	0.25	0.10	9.89
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.13	0.05	0.18	2.41*	0.01	0.28	0.36	2.80
แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน	0.24	0.07	0.50	3.54**	0.00	0.31	0.10	9.75

R=0.84, R²=0.23, Adjusted R²=0.022, F=23.04, **p<0.01, *p<0.05

จากตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ปรากฏว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสื่อ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01

ทั้งนี้ สามารถเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนี้
สมการทำนายในรูปของคะแนนดิบ

$$Y_{พฤติกรรม} = 3.56 - 0.54X_A - 0.13X_B - 0.23X_C + 0.13X_D + 0.24X_E$$

สมการทำนายในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{พฤติกรรม} = -0.29Z_A - 0.18Z_B - 0.40Z_C + 0.18Z_D + 0.50Z_E$$

เมื่อกำหนดให้

X_A, Z_A คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

X_B, Z_B คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

X_C, Z_C คือ แรงสนับสนุนจากสื่อ

X_D, Z_D คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัว

X_E, Z_E คือ แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ⁵⁻⁶ ว่าบุคคลมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงผลกระทบทางลบที่จะได้รับหลังจากปฏิบัตินั้นมีน้อย บุคคลก็จะเลือกการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าผลเสีย สำหรับผลการศึกษานี้ปรากฏว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยหลักเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และรับประทานยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับผลการศึกษา ของณิชาภัทร วัดบุญเลี้ยง¹² พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการควบคุม ความดันโลหิต เป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ในขณะที่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการรับรู้ที่เกิดจากกระบวนการทางความคิด ที่แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ สู่แสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพและตอบสนองต่อโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมนั้น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีจนเกิดความตระหนักสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยณิ ¹³ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพิศิษฐ์ ปาละเขียว และคณะ¹⁴ ได้สรุปผลการศึกษาว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการควบคุมระดับความดันโลหิตและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนผุสดี ก่อเจดีย์ และคณะ¹⁵ พบว่ากลุ่มคนที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ในระดับสูง

2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าการได้รับกระตุ้นจากบุคคลภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน การเตือน และให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดทั้งสมาชิกในครอบครัว ญาติ และเพื่อนบ้านจะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนและการเฝ้าระวัง รวมทั้งการกำกับติดตามในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวรวมถึงเพื่อนบ้าน ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขในการเตือนหรือการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา ของสุภัทรา ผิวนาว และคณะ¹⁶ และสุปราณี พรหมสุพันธ์ และคณะ¹⁷ พบว่าการที่สมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุนส่งเสริมและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย ทำให้มีกำลังใจและสามารถจัดการกับอาการป่วยที่เกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจในชีวิต เช่นเดียวกับที่กัญจน์ณิชา เรืองชัยวิสุข และคณะ¹⁸ กล่าวว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ¹⁹ พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วย อีกทั้งยังสอดคล้องกับ ศุภสวัสดิ์ รุจิวรรณ และคณะ²⁰ ได้แสดงทัศนะว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคคลเกิดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตั้งแต่บุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย และลดภาวะเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้

อนึ่ง ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองถือว่าเป็นปัจจัยนำ (predisposing factors) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติและแสดงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามทัศนะของศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ และคณะ²¹ รวมถึงอณัญญา ลาลูน และคณะ²² กล่าวว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริม (reinforcing factors) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค แรงสนับสนุนจากสื่อแรงสนับสนุนจากครอบครัว และ

แรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชรได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมทั้งข้อมูลสารสนเทศจากสื่อ ครอบครัว และเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรนำไปพัฒนาเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ที่ได้ โดยการพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อมุ่งเน้นให้เพิ่มการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ เช่น การพัฒนากิจกรรมสำหรับครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในระดับชุมชนและท้องถิ่นให้มีการสนับสนุนการสร้างพฤติกรรมป้องกันโรคสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น

นอกจากนี้ การให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่ม ตลอดจนครอบครัวผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผ่านกิจกรรมการสอน การอบรมให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ หรือการสร้างความตระหนักในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายผลการศึกษาไปยังปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางอารมณ์ หรือปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อเข้าใจถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยในแนวทางมากขึ้น หรือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งมากขึ้น

2. ศึกษาเพิ่มเติม เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นซึ่งอาจช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่าง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

References

1. World Stroke Organization. The WSO annual report for 2021 [Internet]. Geneva: WSO; 2021 [cited 2022 Sep 2]. Available from: <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-annual-report-for-2021>
2. Division of Non-Communicable Diseases. Annual report 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021.
3. Division of Non-Communicable Diseases. Annual report 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2020.
4. KPHO. Health data center (HDC) [Internet]. Kamphaeng Phet: KPHO; 2022. [cited 2022 Jul 12]. Available from: https://kpt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64cb2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
5. Limbu YB, Gautam RK. How well the constructs of health belief model predict vaccination intention: A systematic review on COVID-19 primary series and booster vaccines. MPDI 2023;11(816):1-21.
6. Zhang L, Shu Y, Han C, Liu J. Correlation between family functioning and health beliefs in patients with stroke in Beijing, China. Journal of Multidisciplinary Healthcare 2023;16:1067-74.
7. Yamanie N, Lamuri A, Felistia Y, Soedirham O, Purnomo W, Sjaaf AC, et al. Importance of social support for Indonesian stroke patients with depression. F1000 Research 2022;11:1484.

8. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. NJ: John Wiley & Sons; 2010.
9. Muanmee W. Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among people with chronic disease in Chon Buri [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2012.
10. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors influencing preventive behavior among stroke-risk patients in Songkhla province. SCNJ 2017;4(1):217-33. (in Thai)
11. Rex BK. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Publications; 2011.
12. Watboonleang W. Factors predicting self-care behaviors of hypertension patients in Phayuha Khiri district, Nakhon Sawan province [Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
13. Klinsakorn C, Saetan S. Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who live in Danchang district, Suphanburi province. JCCPH 2020;2(2):62-77. (in Thai)
14. Palakheaw P, Yanachai J, Phanphop S. Effects of stroke prevention program among hypertension patients Ban Donkhaew sub district health promotion hospital Thoen district, Lampang province. Journal of Hospital and Community Health Research 2023;1(1):15-25. (in Thai)
15. Korjedee P, Kittiboonthawal P, Namdej N, Namdej J. Predictive factors of knowledge about stroke risk factors and warning signs of people in Saraburi community. NJPH 2022;32(2):65-77. (in Thai)
16. Phikhao S, Jitpanya C, Preechawong S. Relationships among coping, social support, perceived self-efficacy and health related quality of life in first-time stroke patients. HCU Journal 2019;21(41):123-36. (in Thai)
17. Promsukhan S, Nanthamongkolchai S, Yodmai K, Munsawaengsub C, Taechaboonsesak P. The effect of the family-supported stroke prevention program among high-risk stroke elderly in community. JHNR 2021;13(1):77-87. (in Thai)
18. Ruangchaithaweesuk K, Wongpiriyayothar A, Wongpanarak N. Factors predicting stroke prevention behaviors in patients at risk of stroke. TRC Nurs J 2021;14(1):213-25. (in Thai)
19. Nawsuwan K, Singhasem P, Yimyearn Y. Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. BCNUT J Nurs 2021;8(1):1-13. (in Thai)
20. Ruchirawat S, Loengubol J, Wannaprapan B. Application of health belief model with social support for health behavior modification to stroke prevention in elderly patients with hypertension in Nongkatum sub-district health promotion hospital, Juntuk sub-district, Pakchong district, Nakhon Ratchasima province. DPC 9 J 2017;23(2):55-63. (in Thai)
21. Homkaenchan S, Numkham L. Factors related to stroke prevention behaviors in people with hypertension in Kluaymoung public health service center, Khelang Nakhon municipality, Lampang province. JPHRI 2021;1(2):14-24. (in Thai)

22. Lalun A, Vutiso P. Factors predicting stroke preventive behaviors of hypertensive patients at Na Fai sub-district health promoting hospital in Chang Wat Chaiyaphum. TJN 2021;70(2): 27-36. (in Thai)



ผลของการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ต่อการรับรู้ความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรค ความดันโลหิต และน้ำตาลในเลือดในบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง*

กนกพรรณ พรหมทอง พย.ม.** วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ พย.ม.***

ศุณี ไชยมล ส.บ.**** พิมพ์พิมล สุวรรณ ส.ม.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงด้วยเว็บไซต์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 18 ราย ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และ ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบสอบถามภาวะสุขภาพ (3) แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และ (4) แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test และ dependent t-test ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มและภายในกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test และ dependent t-test ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการทดลองอยู่ในระดับดี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาล ในเลือดลดลงอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ค่าระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมลดลงกว่าก่อนการทดลอง และยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการใช้เว็บไซต์สามารถช่วยส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

คำสำคัญ: การคัดกรองด้วยเว็บไซต์ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วันที่รับบทความ 19 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 21 มกราคม 2567

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก มูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร จังหวัดตรัง ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล Kanchanapr@bcnt.ac.th

***อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร จังหวัดตรัง

****ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง จังหวัดตรัง

*****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง จังหวัดตรัง

Effects of web-based diabetes and hypertension screening on health belief perception, preventive behavior, blood pressure, and blood sugar among risk individuals*

Kanokpun Promtong M.N.S.** Wararat Tiparat M.N.S.***

Sunee Chaimon B.P.H.**** Pimpimon Suwan M.P.H.*****

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effects of web-based diabetes and hypertension screening. The sample consisted of people at risk of developing diabetes and/or high blood pressure who met the inclusion criteria. Participants were assigned to either the experimental or the control group, eighteen in each group. The experiment and data collection were in eight weeks.

The instruments comprised two parts: the first part was the instrument for conducting the experiment, which was a diabetes and hypertension screening website; the second part was the instruments for collecting data, which consisted of (1) a demographic questionnaire, (2) a health status questionnaire, (3) a health belief perception questionnaire, and (4) a diabetes and hypertension preventive behavior questionnaire. The demographic data were analyzed using descriptive statistics. Comparison mean differences between groups and within groups was analyzed using independent t test and dependent t-test statistics, respectively.

Findings showed that after the experiment, the experimental group had average scores on health belief perception and preventive behavior at a good level, higher than before the experiment, and higher than that of the control group. Both the experimental and control groups had decreased average blood sugar to normal levels. The experimental group had a lower mean blood sugar level than the control group. Systolic and diastolic blood pressure levels of both the experimental group and the control group were lower than before the experiment, however, these levels were still at risk for developing high blood pressure. Thus, the findings of this study indicated that using the website had effectively improved health belief perception and preventive behavior to prevent diabetes and hypertension.

keywords: web-based screening; health belief perception; perceived susceptibility; preventive behavior; diabetes and hypertension

Received 19 November 2023 Revised 19 January 2024 Accepted 21 January 2024

*Research funded by the Praboromarajchanok Institute Foundations

**Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Trang, Trang Province, Corresponding author, E-mail: Kanchanapr@bcnt.ac.th

***Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Trang, Trang Province,

****Director of Nataluang Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province,

*****Professional Nurse, Nataluang Subdistrict Health Promoting Hospital, Trang Province

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs]) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 74 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะ การมีกิจกรรมทางกายน้อย การสูบบุหรี่ และการมีความเครียดสะสม¹ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าความชุกของโรคเบาหวาน ในประชาชน อายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 8.9 เป็นร้อยละ 9.5 และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงก็มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 24.7 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2562 ตามลำดับ โดยร้อยละ 30.6 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานมาก่อน อีกทั้งผู้ที่มีความดันโลหิตสูงยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.8² จากสถานการณ์และผลกระทบดังกล่าวทำให้เห็นถึงความสำคัญของการลดปัจจัยเสี่ยง ลดการเกิดโรค โดยกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้มีการพัฒนาระบบการจัดการที่มุ่งเน้นการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงสามารถทำได้ด้วยการจัดการกับภาวะอ้วนลงพุงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของกลุ่มเสี่ยงให้เหมาะสม ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขที่ได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic care model: CCM) มากำหนดเป็นแนวทางในการดำเนินงานจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 มาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงแล้วก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่าการคัดกรอง ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น การควบคุมและการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอาศัยการดำเนินงานในหลาย ๆ ด้าน เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สื่อสารให้ประชาชนมีความเชื่อและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง³ และได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้ และการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและหากกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสมเช่นกันโดย⁴ ปัจจุบันมีการพัฒนาแอปพลิเคชันคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถวิเคราะห์ผลคัดกรอง และรับข้อมูลคำแนะนำการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และติดตามรายงานแนวโน้มของผลการตรวจร่างกายเพื่อติดตามความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและเฝ้าระวังอาการได้ด้วยตนเอง⁵ โดยมีการศึกษาพบว่า การใช้เว็บไซต์สุขภาพ (electronic health: e health) สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁶ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการนำแนวคิดป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี มาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมีเป้าหมายในการสร้างการมีส่วนร่วม และสร้างความตระหนักรายบุคคล ให้เป็นวิถีชีวิต โดยที่มุ่งเน้นเฝ้าระวัง คัดกรองแยกกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย แบ่งระดับความรุนแรงด้วยป้องกันจราจรชีวิต 7 สี ที่นำมาเป็นเครื่องมือในการกำหนดหลักการและมาตรการในการดำเนินงานและมีการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 3 ลด ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน โดยบูรณาการกับบริการวิชาการแก่สังคมเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนเกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สามารถลดโรคได้⁵⁻⁶ จากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทาน โดยใช้ชุมชนเป็นฐานสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และผลของโปรแกรมเสริมพบว่าผลการวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารซึ่งส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงได้ ใน 8 สัปดาห์⁷⁻⁸ และในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เป็นวิธีการที่สำคัญในการลดการแพร่กระจายเชื้อ ทำให้การสื่อสาร และการดูแล โดยให้กลุ่มเสี่ยงมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดูแล เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์และการปรับการ

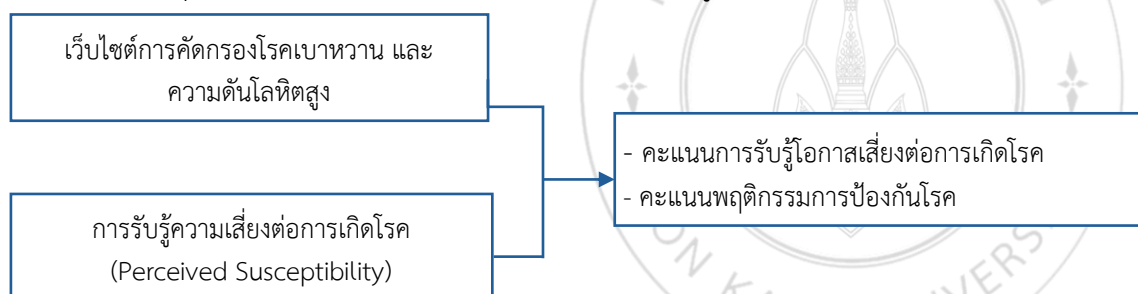
ดำเนินชีวิต ในรูปแบบใหม่ (new normal) และจากการสื่อสารในภาวะวิกฤตของเว็บไซต์ และแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย ซึ่งพบว่าการใช้เว็บไซต์สุขภาพ (e health) สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการคัดกรอง และจัดการกับภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารข้อมูลที่รวดเร็วและเชื่อถือได้ข้อมูลมีความทันสมัย ในปัจจุบันพบว่า การดูแลการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ หรือสื่อมัลติมีเดียต่างๆ มีผลต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{6,11-12} และจากข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ยังเป็นการคัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการแจ้งผลโดยการให้กลุ่มเสี่ยงมาร่วมกิจกรรมการให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่ แต่ยังคงขาดการแจ้งผลเป็นรายบุคคล และการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อีกทั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ผ่านมามีการลดการทำกิจกรรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นการป้องกันหรือชะลอเวลาไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยงกลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยในอนาคต อีกทั้งยังทำให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้เว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยมุ่งเน้นให้เกิดรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงผ่านการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการใช้ปฏิกิริยาป้องกันภาวะโรค 7 สี และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ที่ทำให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดของการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) เท่ากับ 100–125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท ที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยอยู่ในตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power โดย test family เลือก t-tests, statistical test เลือก Mean: Difference between two independent means (two groups) และกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size)=0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α)=0.5 และค่า power=.80 ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน จากนั้นทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน (match pair) ด้วยเพศ ช่วงอายุ ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด และความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประเภทเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนของการศึกษา โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. อายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีความเสี่ยง และมีความชุกของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มีแนวโน้มสูง
2. มีน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) เท่ากับ 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมีระดับความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท จากการคัดกรองโรคเบาหวาน ประจำปี 2565 โดย อสม. และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคเบาหวาน
3. ไม่มีอาการแสดงของโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง
4. มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และสามารถใช้งานเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงผ่านระบบอินเทอร์เน็ตได้
5. สามารถสื่อสารโดยการเขียน และพูดภาษาไทยได้
6. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาโดยการลงชื่อในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1. มีอาการ และอาการแสดงของโรคเบาหวานระหว่างทำการศึกษา เช่น กินจุ ทิวย่อยน้ำหนักลด ร่วมกับมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยมีการงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หรือมีอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ใจสั่น ตาพร่า ร่วมกับการมีค่าความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 120/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูงระหว่างทำการศึกษา
3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการทดลองได้ทุกกิจกรรม
4. ขอดอนตัวจากการกลุ่มตัวอย่างในวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการรับบริการจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิด ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มอย่าง ได้แก่ ชื่อ-สกุล ที่อยู่ เพศ และอายุ
- 2) ข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ค่าความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด
- 3) ผลการประเมินภาวะสุขภาพ ที่มีการแปลผลตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ซึ่งแปลผลความเสี่ยงตามผลการคัดกรองของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล
- 4) คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 3ลด ตามปิงปองจราจรชีวิต 7 สี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ปัจจุบัน
- 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต

3) แบบสอบถามที่ดัดแปลงข้อคำถามจากการศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่⁹ ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน จำนวน 23 ข้อ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient)=0.89 โดยลักษณะคำตอบจะมีให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย โดยแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.00-4.00 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.00-2.99 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.99 คะแนน หมายถึง มีความเชื่อด้านสุขภาพ อยู่ในระดับน้อย

4) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ตามหลัก 3อ. ได้แก่ 3 อ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ 3 ลด ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน จำนวน 20 ข้อ ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (cronbach's alpha coefficient)=0.94 ตามลำดับ โดยลักษณะคำตอบจะมีให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง แทบไม่เคยปฏิบัติเลย โดยแปลผลตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best) ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยในช่วง 3.00-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยในช่วง 2.00-2.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยในช่วง 1.00-1.99 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยมีการวัดแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (two group pretest-posttest design) ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของเว็บไซต์คัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต่อการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันโรคระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เป็นเวลา 8 สัปดาห์ และได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเป็นการคัดกรองโรคโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และมีการแจ้งผลแก่

กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วย โดยการเชิญชวนเข้าร่วมจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ (2565) โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นสรุปผล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

- 1) เตรียมและพัฒนาเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 2) เตรียมการฝึกทักษะการใช้เว็บไซต์การคัดกรองแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
- 3) รวบรวมรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงจากผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ที่บันทึกใน ฐานข้อมูลของสถานบริการ และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด
- 4) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

2. ขั้นดำเนินการกลุ่มควบคุม

- 1) กลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในแบบฟอร์มพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 2) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาล และความดันโลหิต พร้อมทั้งการทำแบบสอบถามรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 8
- 3) แจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อเป็นการชดเชยกิจกรรมการทดลองแก่กลุ่มควบคุม

3. ขั้นดำเนินการกลุ่มทดลอง

- 1) กลุ่มตัวอย่างแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในแบบฟอร์มพิกซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
- 2) กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาล และความดันโลหิต พร้อมทั้งการทำแบบสอบถามรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรค ก่อนการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 ด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 3) จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 3ลด ในสัปดาห์ที่ 1 และ 4 โดยมีประชุมกลุ่ม ติดตาม และแลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ. 3ลด ในสัปดาห์ที่ 4 ด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- 4) แลกเปลี่ยนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพผ่านช่องทางไลน์กลุ่ม โดยผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถส่งข้อความ ภาพนิ่ง วิดีโอตามหลัก 3อ. 3ลด ที่เป็นการกระตุ้นเสริมแรง ให้กำลังใจ ความรู้ และให้ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกันทุกวัน ตลอดกิจกรรมการทดลอง

4. ขั้นประเมินผล

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 มีการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก คำนวณดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรค และนอกจากนี้ยังเป็นการประเมินผล

โดยการให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้เว็บไซต์ ประโยชน์ที่ได้รับและให้ข้อเสนอแนะในการเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรม SPSS version 23 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

1) ข้อมูลระดับนามมาตรา (nominal scale) ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ และน้ำหนัก วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ด้วยจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square)

2) ข้อมูลระดับอัตราส่วน (ratio scale) ประกอบด้วย ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ค่าแจกแจงความถี่ ด้วยจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

1) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test)

2) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคก่อนและหลัง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test)

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง หนังสือเลขที่ 24/2564 ลงวันที่ 30 กันยายน 2565 และผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เกี่ยวกับขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลที่ได้เป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น และเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตัดสินใจโดยอิสระในการตอบรับการเข้าร่วมวิจัย โดย ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการให้บริการใด ๆ จากเจ้าหน้าที่ และในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจะทำการดำเนินกิจกรรมการแจ้งผลการประเมินภาวะสุขภาพด้วยเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงหลังเสร็จสิ้นการทดลอง โดยใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน โดยได้ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$) และได้ทำการทดสอบข้อตกลง

เบื้องต้นของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ (t-test) และผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 56.97 ปี (SD=10.06) สถานภาพสมรส ร้อยละ 63.90 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.20 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.70 มีรายได้เฉลี่ย 10,215.56 บาท/เดือน (SD=9,702.60) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร (SD=4.25) รอบเอวเฉลี่ย 83.78 เซนติเมตร (SD=11.05) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 129.22 มิลลิเมตรปรอท (SD=13.96) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 74.75 มิลลิเมตรปรอท (SD=12.54) และค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102.28 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (SD=9.92)

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติที่คู่ (N=36)

ตัวแปร	ก่อน (n=18)		หลัง (n=18)		t-statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.161	0.254	3.350	0.304	-3.910	0.001*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.858	0.227	3.975	0.243	-4.173	0.001*
ระดับความดันโลหิต						
- ซิสโตลิก	132.667	13.560	130.444	16.041	1.007	0.328
- ไดแอสโตลิก	79.444	10.387	77.500	12.650	1.490	0.154
ระดับน้ำตาลในเลือด	104.722	9.467	99.167	10.279	-2.538	0.021*

*ระดับนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 1 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.910$ และ 4.173 , $p<.05$) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) หลังการทดลองอยู่เกณฑ์ปกติ และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.538$, $p>.05$) และค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แต่ลดลงกว่าก่อนการทดลองและไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.007$ และ 1.490 , $p>.05$)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค ระดับความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (N=36)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		t-Statistics	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	3.350	0.304	3.1498	.40792	2.165	0.026*
พฤติกรรมการป้องกันโรค	3.975	0.243	3.7889	.33102	2.332	0.037*
ระดับความดันโลหิต						
- ซิสโตลิก	130.444	16.041	128.00	11.867	0.520	0.607
- ไดแอสโตลิก	77.500	12.650	72.00	12.161	1.330	0.192
ระดับน้ำตาลในเลือด	99.167	10.279	99.83	10.007	1.506	0.141

*ระดับนัยสำคัญที่ .05

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.165$ และ 2.332 , $p<.05$) ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกยังอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพบว่ากลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=0.5200$ และ 1.330 , $p>.05$) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองบางรายยังมีความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง อีกจำนวน 5 คน แต่กลุ่มควบคุมอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพียง 2 คน นอกจากนี้ ยังพบว่าทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังการทดลองอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=1.506$, $p>.05$)

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง หรือมีความเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 และเพศชาย ร้อยละ 25 มีอายุเฉลี่ย 56.97 ปี ซึ่งสอดคล้องกับความชุกต่อการเกิดโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในประเทศไทย 15 ปีขึ้นไป โดยพบว่าเพศหญิงมีความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานที่สูงกว่าเพศชาย โดยในปี พ.ศ. 2557 มีความชุกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 29 จากปี พ.ศ. 2552 ที่พบเพียงร้อยละ 8.9 แต่ความชุกและอุบัติการณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตสูง พบในโดยเพศชายได้มากกว่าในเพศหญิง โดยพบความชุกเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.7 จากร้อยละ 15 ในปีพ.ศ.2562³ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่มีการแบ่งกลุ่มผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี โดยแบ่งผลการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย โดยพบว่าประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 12.7 โดยในกลุ่มเสี่ยงของทั้งสองโรค จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย¹⁰ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ มีดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 25.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ กิโลกรัม/ตารางเมตร) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกันโดยเพิ่มจาก ร้อยละ 34.7 เป็นร้อยละ 37.5 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมเนือยนิ่งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ที่ทำให้คนส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายลดลง มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 7-8 ชั่วโมง ร่วมกับการมีรอบเอวเกณฑ์เกินมาตรฐาน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการภาวะอ้วนลงพุง (metabolic syndrome)¹¹

กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับดี และสูงกว่าก่อนการทดลอง อีกทั้ง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันโลหิตสูงที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น และการใช้เว็บไซต์สุขภาพ(e health) สามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการคัดกรอง และจัดการกับภาวะเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ชนบท ในปัจจุบันพบว่าการศึกษา การให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เว็บไซต์ หรือสื่อมัลติมีเดียต่างๆ มีผลต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^{12,16} เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการและ ครอบครัวอย่างครอบคลุมปัญหาในทุกมิติสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาผลของการใช้เว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงผ่านอุปกรณ์สมาร์ทโฟนโดยมีการให้ความรู้ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันของกลุ่มทดลองมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เว็บไซต์และแอปพลิเคชันที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และได้รับความนิยมในชีวิตประจำวันที่ใช้กับสมาร์ทโฟนสามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้ และการให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่มีแบบแผน มีการประยุกต์ใช้แนวคิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพียงบางองค์ประกอบ เช่น แรงจูงใจ การวางแผน และการควบคุมตนเอง โดยพบว่าวิธีดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับลดน้ำหนัก การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และมีการประเมินผลการศึกษาร่วมใหญ่ด้วยการวัดผล หรือการรายงานผลด้วยตนเองเนื่องจากประหยัด และในการติดตามกิจกรรมทางกายมีการบันทึกข้อมูลทางภูมิศาสตร์ การบันทึกตามระบบโดยการสวมใส่อุปกรณ์ ส่วนการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีการถ่ายภาพอาหาร และการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งอิเล็กทรอนิกส์จึงทำให้มีความแม่นยำในการรวบรวมข้อมูล¹⁷ และหลังจากการศึกษาเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอยู่เกณฑ์ปกติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และพบว่ากลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมยังมีค่าระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์สงสัยป่วย อีกจำนวน 5 คน และ 2 คน ซึ่งจากการศึกษาการลดระดับความดันโลหิตนั้นสามารถทำได้ โดยการให้ความรู้เรื่องการลดปริมาณเกลือโซเดียมและต้องทำร่วมกับการติดตามค่าระดับความดันโลหิตที่บ้าน (home blood pressure monitoring) จึงจะสามารถลดระดับความดันโลหิตของกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ แต่ในการศึกษาครั้งนี้ได้ ยังมีเพียงการให้ความรู้เรื่องการลดอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูงผ่านเครื่องวัดความเค็มเท่านั้น จึงยังเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อศึกษาข้อมูลของกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นการศึกษา พบว่ากลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่ฝึกปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัว ด้วยการประเมินครอบครัวด้วย หลัก INHOMESSS ร่วมกับการดูแลครอบครัวด้วย กระบวนการพยาบาลครอบครัวในระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งการที่ครอบครัวที่ได้รับการดูแลด้วยการประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวที่เฉพาะเจาะจง และมีการแก้ปัญหาสุขภาพที่ตรงกับพฤติกรรมที่ส่งผลลดระดับความดันโลหิตตามบริบทของครอบครัวนั้น ๆ จึงทำให้กลุ่มควบคุมสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ดีกว่ากลุ่มทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินปัญหาการใช้ยาและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการเยี่ยมบ้านแบบ INHOMESSS ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี ที่แสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตประจำวันและสภาพสังคมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง¹⁹

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้ คือ กิจกรรมการวิจัยยังไม่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจึงทำให้ค่าระดับความดันโลหิตทั้งซิสโตลิก และไดแอสโตลิกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเท่านั้น ดังนั้นควรมีการพัฒนาและนำเว็บไซต์การคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงไปใช้ในกลุ่มสงสัยป่วยในการรับการวินิจฉัยและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ในการติดตามภาวะสุขภาพของตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาได้เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

References

1. World Health Organization. Non communicable diseases [Internet]. Geneva: WHO 2022 [cited 2023 Jun 28]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

2. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Health surveys statistics technical report [Internet]. 2021 [cited 2023 Jun 28]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425>
3. Kanjanapibulwong A, Kamwangsanga P, Kaewta S. NCD disease situation report: Diabetes, hypertension and related risk factors 2019 [Internet]. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020 [cited 2023 Jun 28]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13865&tid=&gid=1-015-005> (in Thai)
4. Buapom S. Knowledge, health perception, health care behaviors among diabetic risk groups aged 35 years and over in Sukhothai Thani Town municipality, Sukhothai province. HSCR [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 28];37:83-95. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/hscr/article/view/257014/178078> (in Thai)
5. Maneelert C. Development of an application for screening diabetes and hypertension risk groups. RCMRJ [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15];22:109-25. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/cmruresearch/article/view/249153/173181> (in Thai)
6. Mangal S, Baig VN, Gupta K, Mangal D, Panwa RB, Gupta R. e Health initiatives for screening and management of hypertension in Rural Rajasthan. PCFM [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 15];10:4553-57. Available from: https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_848_21
7. Promtong K, Buapetch A, Jittanoon P. The development of a community-based program for promoting food consumption behaviors in pre-diabetes groups. Journal of Health and Nursing Education [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 15];26:141-60. Available from: <https://he02.tcithaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/248486/168971> (in Thai)
8. Promtong K. Effects of a community empowerment program on food consumption behaviors and blood sugar levels in pre-diabetes risk group. [dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University; 2019.
9. Jamjumroon P, Phatisena T. Using the 7 colors diabetes mellitus self-awareness evaluation project in preventing and controlling diabetes in subdistrict health promotion hospitals in Nakhon Ratchasima. Ratchaphruek Journal [Internet]. 2017 [cited 2023 Jun 28];15:125-34. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/124393/94313> (in Thai)
10. AYoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae sub-district, Mueang district, Phitsanulok province [Internet]. 2022 [cite 2023 Jun 28];5(2):129-39. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260549/177959> (in Thai)
11. Rummyakul P. Crisis communication of website and application developed for COVID-19 pandemic situation in Thailand. Siam Communication Review [Internet]. 2020 [cite 2023 Jul 3];19:231-47. Available from: <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/commartsreviewsiamu/article/view/248339> (in Thai)

12. Duan Y, Shang B, Liang W, Du G, Yang M, Rhodes R. Effects of ehealth-based multiple health behavior change interventions on physical activity, healthy diet, and weight in people with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 [cite 2023 Jul 3];23:1-13. Available from: <https://www.jmir.org/2021/2/e23786>
13. Singkharothi A. Effect of health promotion program in hroups at risk of high blood pressure by spplication of health belief model, Khaopanom sub-district, Khaopanom district, Krabi province [Internet]. 2017 [cite 2020 Jun 10];5:259-79. Available from: https://home.kku.ac.th/chd/index.php?option=com_attachments&task=download&id=236&lang=th (in Thai)
14. Ar-yuwat S, Poonsup A, Meethip N. Screening for hypertension and diabetes among Thai teenagers and adults in Muang district of Phitsanulok province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4:131-46. (in Thai)
15. Olfah Y, Surijati KA, Siswati T. Sedentary life style and risk of metabolic syndrome during the COVID-19 pandemic. *Age (th)* 2022;30(30):20-3.
16. Samranbua A, Thamcharoentrakul B. The effects of relieving hypertension dietapplication on health belief among patients with hypertension. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2021;32(1):228-42. (in Thai)
17. Duan Y, Shang B, Liang W, Du G, Yang M, Rhodes R. Effects of eHealth-based multiple health behavior change interventions on physical activity, healthy diet, and weight in people with noncommunicable diseases: Systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2021; 23(2):e23786.
18. Trinnawoottipong K, Rachagrai T, Tumala P, Nasa-arn S. Effects of a salty reduction program in the suspected hypertensive patients in health area 7. The office of disease prevention and control 9th Nakhon Ratchasima Journal 2021;27(3):43-52. (in Thai)
19. Sarnjanthuk S. Evaluation of drug use problems and self-care behavior of patients suffering from chronic diseases through INHOMESSS home visit under health service networks of Wangmuang district, Saraburi. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 2];7(2):233-47. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/25308616> (in Thai)



การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม

จุฑามาศ จันทรักษ์ พย.บ.* สุภาพร ชองศิริ ส.บ.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ประเมินผลผลลัพธ์ การดูแลและศึกษาความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ มี 4 ขั้นตอน 1) ขั้นวางแผน 2) ขั้นปฏิบัติการ 3) ขั้นสังเกต 4) ขั้นสะท้อนผลปฏิบัติ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 91 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วัดผลหลังการดูแล 9 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งใช้แบบประเมินความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแล “โฮมแอส เม็งแฌง ฮักแพง ไทวาปีถักกัน” โดยใช้หลัก WAPI Model ในการดำเนินงาน มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ และภาคีเครือข่าย ที่เกี่ยวข้องร่วมกันดูแล เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่าค่าเฉลี่ย ADL ของผู้สูงอายุ กลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นจาก 10.04 (± 0.72) เป็น 10.39 (± 0.79) กลุ่มที่ 2 เพิ่มขึ้นจาก 9.83 (± 0.75) เป็น 10.00 (± 1.41) กลุ่มที่ 3 เพิ่มขึ้นจาก 1.83 (± 1.83) เป็น 2.20 (± 2.68) ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน เปลี่ยนเป็น กลุ่มติดสังคมจำนวน 8 คน คิดเป็น ร้อยละ 8.79 ค่าคะแนนความพึงพอใจในภาพรวมหลังให้การดูแลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.11 ± 0.49 คะแนน) โดยด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้การดูแลด้วยความ เต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม สามารถดูแลได้ ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม ผู้จัดการการดูแล ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 ธันวาคม 2566 วันที่ตอบรับบทความ 22 ธันวาคม 2566

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลลำปำ ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล sugus1880@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลลำปำ

Participatory care for dependent people of the center for elderly quality of life development at Wapi Pathum District, Maha Sarakham Province

Jutamat Jantarak B.N.S* Suthaporn Songsiri B.P.H**

Abstract

The objective of this research was to study a model for participatory care for dependent people, evaluate care outcomes, and measure satisfaction of dependent people or their relatives. The study was divided into three phases: 1. preparatory phase; 2. implementation phase, which was divided into four steps: 1) planning stage 2) action stage 3) observation stage 4) performance reflection stage; and 3. evaluation phase. The sample group consisted of 91 dependent people, who were purposively selected. Data collection was carried out from February 1, 2022 to February 29, 2023. Results were measured after 9 months of care. Data were collected through group discussion, in-depth interview, and participatory observation. The ADL assessment from and satisfaction assessment from were also used. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results of the study found that taking care of dependent people in a participatory manner results in the care model 'Home Hang, Mueng Ngang, Hug Phang, Thai Wapi Bau Thim Kan,' using the principles of WAPI Model in operation work. There was a multidisciplinary team, including physician, pharmacists, nurses, physical therapists, Thai traditional medicine, public health academics, nutritionists, and related network partners. When comparing the average of ADL before and after providing care, it was found that average ADL of the elderly in group 1 increased from 10.04 (± 0.72) to 10.39 (± 0.79), group 2 increased from 9.83 (± 0.75) to 10.00 (± 1.41), and group 3 increased from 1.83 (± 1.83) to 2.20 (± 2.68). Eight out of 91 people in the dependent group changed to be in the active group, accounting for 8.79%. The overall satisfaction score after providing care was at a high level (mean 4.11 ± 0.49 points). The aspect with the greatest satisfaction was elderly caregivers who provided care with willingness, happy and enthusiastic. Therefore, participatory care for dependent elderly people can provide all dimensions of care and enhance quality of life for the elderly in the community to live life happily.

keywords: participation; care manager; dependent persons; caregivers; elderly; quality of life development center

Received 18 October 2023 Revised 21 December 2023 Accepted 22 December 2023

*Registered nurse, A professional level, Wapi Pathum Hospital, Corresponding author, E-mail: sugus1880@gmail.com

**Public health practitioner, Wapi Pathum Hospital

บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบันปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุหรือมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า 12 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนราว 1 ใน 6 ของประชากรไทย ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ นอกจากนี้ ประเทศไทยก็ถูกคาดการณ์ว่าจะเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกของโลกที่ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องโดยมีจำนวนการเกิดเพียงประมาณ 6 แสนคนต่อปี ซึ่งหากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไปแล้ว นอกจากจำนวนประชากรไทยโดยรวมจะเริ่มลดลงแล้ว ประเทศไทยจะขยับขึ้นเป็นสังคมสูงวัยแบบสุดยอด (hyper aged society) ซึ่งมีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปี ถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584¹ ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานการทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรไทยโดยรวมมีอัตราเพิ่มติดลบ (ประชากรลดลง) แต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน² ซึ่งมีความสอดคล้องกับจำนวนประชากรในเขตเทศบาลตำบลตาบลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565 จำนวน ประชากร 5,541 คน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,312 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.67 ของประชากรผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete-aged society) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADL) ลดลง³ ซึ่งผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ต้องมีผู้ดูแลช่วยการทากิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ แต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนไหว ลุก นั่ง เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลตนเอง (dependent care) ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลมีนโยบายการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ซึ่งรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติ จำนวน 600 ล้านบาท ให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่อยู่ติดบ้านติดเตียง จะได้รับการดูแลจากทีมหมอครอบครัวจากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล⁴

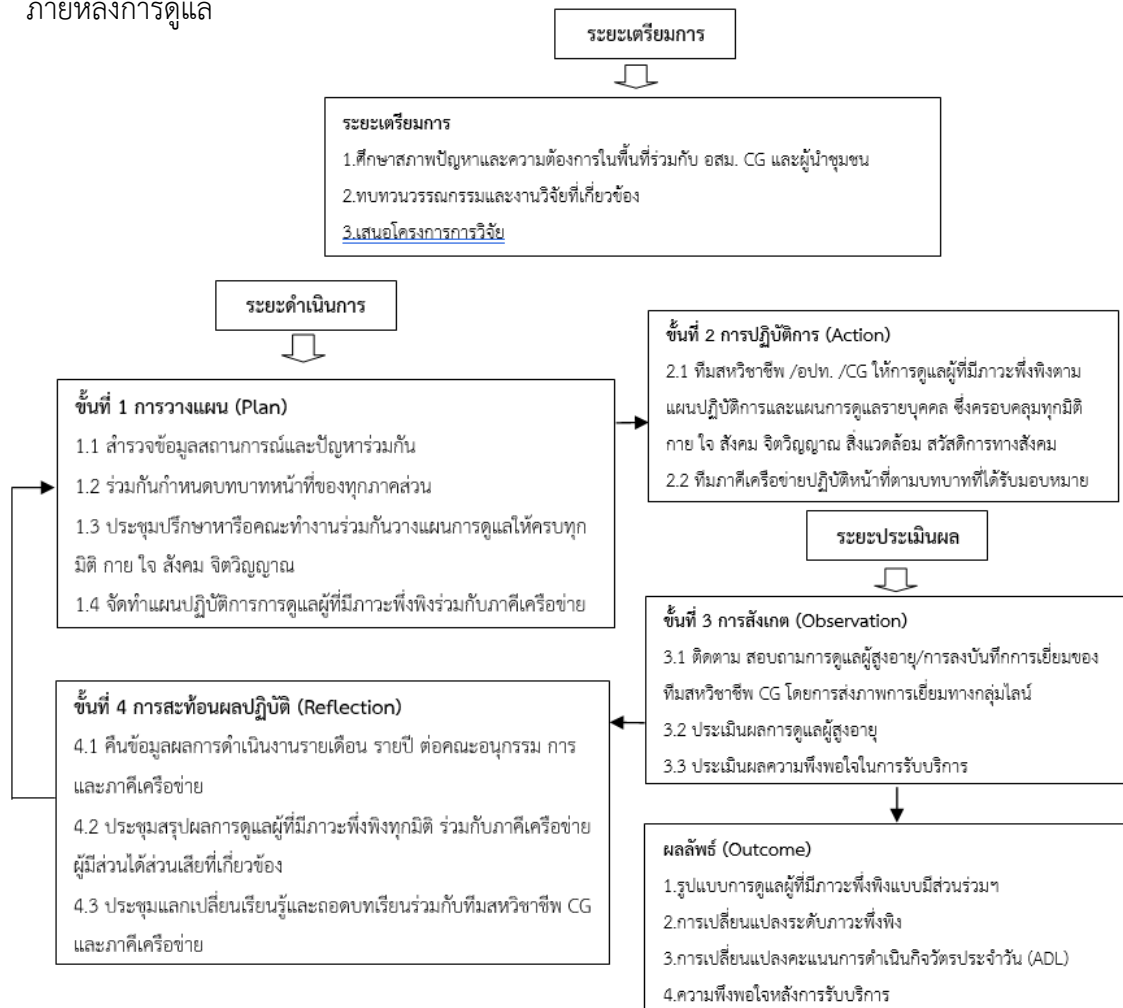
จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพของประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2565 (รายงาน HDC สสจ.มหาสารคาม : 2565)⁵ แยกตามความสามารถในการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่าจากประชากรสูงอายุ ทั้งหมด 5,541 คน แบ่งเป็นติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 5,456 คน, 85 คน และ 6 คน ตามลำดับ (ร้อยละ 98.40, 1.53 และ 0.10) และตามหลักเกณฑ์ที่ สปสช. จำแนกออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁶ จำนวน 91 ราย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหากลืนหรือการขับถ่ายแต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 79 ราย กลุ่มที่ 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 6 ราย กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหากลืนหรือการขับถ่ายหรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 6 ราย และกลุ่มที่ 4 เหมือนกลุ่มที่ 3 มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต จำนวน 0 ราย ซึ่งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง บุตรหลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการลูกจ้างหรือค้าขายทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุฯ เห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ขาดผู้ดูแลในตอนกลางวัน จำนวน 7 คน และยังมีผู้สูงอายุบางคนอยู่ตามลำพังสามเณร จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมถอยของสภาพร่างกายมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น หกล้ม ลื่นล้ม พลัดตกหกล้ม ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สลัดอาหาร เมื่อเกิดแล้วอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น กระดูกต้นขา ข้อสะโพก หรือกระดูกสันหลังหัก เลือดคั่งในสมอง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติ ภาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงเรื่องเศรษฐกิจที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม

ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่าย เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชนและสังคม ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอบ้านดุง จัดตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ การรักษาพยาบาล และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการในชุมชน และสถานที่อื่นในเขตพื้นที่ ภายใต้การส่งเสริมและสนับสนุนจากหน่วยงานหรือองค์กรทั้งในและนอกพื้นที่เทศบาล (คำสั่งกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลบ้านดุง ปีพ.ศ. 2559 เลขที่คำสั่ง 3/2559) ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะมีการศึกษาการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งภาคีเครือข่ายให้การสนับสนุน โดยอาศัยกระบวนการดูแลอย่างเหมาะสม มีบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลพร้อมทั้งสามารถจัดการปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างตรงประเด็นครอบคลุมทุกมิติ มีการดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อส่งเสริมให้เกิดความแข็งแรงด้านร่างกายจิตใจ⁷ เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการขาดผู้ดูแล ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแล
3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

ภายหลังการดูแล



รูปภาพที่ 1 กรอบวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁸ เป็นการวิจัย 3 ระยะ ร่วมกับวงจรปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน PAOR คือ การวางแผน (planning-p) การปฏิบัติตามแผน (action-a) การตรวจสอบ (observation-o) และการสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection-r) ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1.1 ประชุมระดมสมอง โดยทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (caregiver : CG) ผู้นำชุมชน ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย เกี่ยวกับสภาพปัญหาและความต้องการในชุมชน ดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

1.2 ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3 เสนอโครงการการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (plan)

1.1 สืบหาข้อมูลสถานการณ์และปัญหาร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager: CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน เก็บรวบรวมโดยการสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 2 ชม. จำนวน 1 ครั้ง ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 พบว่าปัญหาเบื้องต้นของผู้สูงอายุคือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และเนื่องจากเป็นชุมชนกึ่งเมืองบุรณาลานส่วนมากมีอาชีพรับราชการ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีผู้ดูแลในตอนกลางวัน ผู้สูงอายุบางคนอยู่คนเดียว บางคนอยู่ตามลำพังสามี ภรรยา

1.2 ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วนโดยการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันพิจารณาให้ข้อคิดเห็นต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแล ดังนี้

บทบาทหน้าที่ care manager

- 1) จัดทำระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ค้นหาการคัดกรอง ประเมินผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CG/อสม.
- 2) บริหารจัดการการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 3) กำกับดูแล และสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติงานของ CG ให้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคล
- 4) รายงานผลการดูแล รายเดือน รายปี สรุปผลการปฏิบัติงาน

บทบาทหน้าที่ care giver

- 1) ค้นหา คัดกรอง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ร่วมกับ CM/อสม.
- 2) ร่วมจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล
- 3) ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล เช่น ดูแลการทำกิจวัตรส่วนบุคคล (การอาบน้ำ การสระผม แปรงฟัน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย ดูแลช่วยเหลืองานบ้าน) ตัวอย่างบทสนทนา “เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็แก้ปัญหาโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้ CG เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอบกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแล เขาดูแลได้ เราก็จะทำการพูดคุยกัน”

บทบาทหน้าที่ของทีมสหวิชาชีพ

- 1) แพทย์ ให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน หรือภาวะวิกฤติ เข้าเยี่ยมบ้านและตรวจ รักษาผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ ได้รับการรายงานจาก CG ผ่าน CM
- 2) เกสเซอร์ ให้การดูแลผู้สูงอายุในรายที่มีปัญหาการใช้ยา ใช้ยาหลายตัว
- 3) นักกายภาพบำบัด ให้การดูแลในรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- 4) นักวิชาการสาธารณสุข ให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคลในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน
- 5) แพทย์แผนไทย ให้บริการนวด ประคบ การใช้สมุนไพร
- 6) นักโภชนาการ ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยเฉพาะโรค และผู้ที่มีปัญหาด้านโภชนาการ

บทบาทหน้าที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

- 1) บริการดูแลที่บ้าน บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการด้านการพยาบาล เช่น ทำแผล การให้อาหารทางสายยาง สายสวนปัสสาวะ บริการกายภาพบำบัด บริการกิจกรรมบำบัด ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในกลุ่มต่างๆ ทั้งกลุ่มติดสังคม/กลุ่มพึ่งพิง/ระยะสุดท้าย จัดหาอุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ ตรวจรักษาโรคทั่วไปในผู้สูงอายุ/กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ ที่คลินิกผู้สูงอายุ/แพทย์แผนไทย ตัวอย่างบทสนทนาของเจ้าหน้าที่ห้องฟ้น “ในกรณีที่ปัญหา เช่น เรื่องฟ้น หมอฟ้นจะออกมาดูที่บ้าน” “มีบริการตรวจฟ้นให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงที่บ้าน”

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) กองช่าง ให้บริการปรับสภาพบ้าน เช่น รววจับ ทางเดิน ทางลาด บันได ห้องน้ำ และจัดทำกายอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เช่น รอกกายภาพ รววจับเดิน เก้าอี้นั่งอุจจาระ
- 2) กองสวัสดิการสังคม ช่วยเหลือด้านสวัสดิการทางสังคม ฌูงยั้งชีพ การจัดหางาน เปี้ยผู้สูงอายุ ผู้พิการ ตัวอย่างบทสนทนา “การปรับสภาพบ้านเกิดขึ้นเมื่อจนท.ท้องถิ่นลงเยี่ยมผู้ป่วยและนำฌูงยั้งชีพไปมอบให้ ก็จะเห็นสภาพบ้าน สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทางท้องถิ่นก็จะช่วยสนับสนุนอุปกรณ์ และฌางจากเทศบาลมาปรับสภาพบ้านให้ผู้สูงอายุ บางบ้านเราก็เราไปทำราวฝีกเดิน รอกกายภาพให้”
- 3) กองสาธารณสุข ที่ปรึกษาในการดำเนินงานกองทุนดูแลผู้สูงอายุ (long term care: LTC)

บทบาทหน้าที่กศน.ร่วมกับโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

- 1) จัดอบรม CG หลักสูตร 70 ชม.ทั้งอำเภอวชิรพยาบาล โดย กศน. สนับสนุนงบประมาณ 20,000 บาท

บทบาทหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

- 1) ที่ปรึกษาในเรื่อง LTC และเป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและกองทุน LTC

บทบาทหน้าที่กลุ่ม องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

- 1) อสม.ร่วมกับ CM, CG ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 10 ด้าน สร้างเสริม ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ประสานงานกับทีมหมอครอบครัว เมื่อพบผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ
- 2) ชมรมผู้สูงอายุออกเยี่ยมผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ผู้สูงอายุด้วยโอกาส เกิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและมีการทำฌาปนกิจของชมรม
- 3) ผู้นำชุมชน ดูแลการดำเนินงานกองทุนสวัสดิการต่างๆ
- 4) กองทุนวันละบาท ดูแลเรื่องสวัสดิการเมื่อสมาชิกเจ็บป่วย เสียชีวิต

1.3 ประชุมปรึกษาหารือคณะทำงานร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยยึดหลักการทำงานแบบ WAPI model กล่าวคือ W: working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: patient center คือ การดูแลที่เน้น ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร งาน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อนหลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่าง ๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อที่จะสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชนสามารถดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

1.4 จัดทำแผนปฏิบัติการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (action)

2.1 ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนปฏิบัติการและแผนการดูแลรายบุคคลโดยการมีส่วนร่วมของ ทีมสหวิชาชีพภาคีเครือข่าย CG ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ กาย ใจ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม สวัสดิการทางสังคม เริ่มดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 - ตุลาคม พ.ศ. 2565 รายละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว การดูแลด้านอาหารที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน

กลุ่มที่ 2 ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อม ฟื้นฟูความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ฟื้นฟูสภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน/ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล/ดูแลการได้รับอาหาร สารอาหารอย่างเพียงพอ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์

กลุ่มที่ 4 ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง/สัปดาห์

2.2 ใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด

ระยะที่ 3 ติดตามและประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation)

3.1 CM ติดตาม สอบถามการดูแลผู้สูงอายุของ CG การลงบันทึกการเยี่ยมผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ CG และ ทีมสหวิชาชีพ โดยการตรวจสอบรายงานการเยี่ยมประจำเดือน และรูปภาพการดูแลที่ออกเยี่ยมตามแผนปฏิบัติการผ่านกลุ่มไลน์ มีช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารระหว่าง CG และ ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย ผ่านกลุ่มไลน์ เมื่อมีปัญหาหรือต้องการคำปรึกษา

3.2 ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG, CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลปฏิบัติ (reflection)

- 4.1 คำนึงข้อมูลผลการดำเนินงานรายเดือน รายปี ต่อคณะกรรมการและภาคีเครือข่าย
- 4.2 ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ ร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง
- 4.3 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ดำเนินการในพื้นที่เขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

1. ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 5,541 คน
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 8 คน
3. ทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลวาปีปทุม ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข แพทย์แผนไทย โภชนากร จำนวน 15 คน
4. เจ้าหน้าที่เทศบาลตำบลวาปีปทุม จำนวน 10 คน
5. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในเขตเทศบาลตำบลวาปีปทุมที่มีค่า barthel activities of daily living: ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน จำนวน 91 คน ประเมินก่อนการเข้าร่วมโครงการ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอนุมัติจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวาปีปทุม เลขที่ 4/2564 วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งแจ้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย สามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ โดยไม่มีข้อผูกมัดและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำเสนอภาพรวมเท่านั้น และได้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ก่อนการเข้าร่วมโครงการทุกราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (barthel activities of daily living: ADL) โดยผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) ร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) เป็นผู้ร่วมประเมินผล โดยนำผลการประเมินก่อนและหลังรายบุคคลทำการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการเปลี่ยนกลุ่มภาวะพึ่งพิงภายหลังการประเมิน
2. แบบบันทึกการปฏิบัติการณ์การดูแลผู้สูงอายุของ care giver รายละเอียดในการบันทึกได้แก่ ข้อมูลส่วนตัวผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การรับประทานยา ข้อมูลสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด การพยาบาล/กิจกรรมที่ดูแล

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ แบ่งเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจเป็น 5 ระดับตามเทคนิคของ ลิเคิร์ท (Likert technique)⁹ การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.9

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยดังกล่าวเป็นเครื่องมือที่ผู้ศึกษาพัฒนาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีตำราที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565-29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสนทนากลุ่ม (group discussion) ระหว่างผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager/CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver/CG) อสม. ญาติ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน บุคลากรด้านสาธารณสุข ตัวแทนจากภาคีเครือข่าย รวม 30 คน

2) การสังเกต (observation) เพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่เก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์ ใช้วิธีสังเกตการณ์มีส่วนร่วม บันทึกการรายงานการประชุม

ผลการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุมให้การสนับสนุนดำเนินงานด้วยกระบวนการที่เป็นระบบและมีแบบแผนในการดูแล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม

รูปแบบ/ กิจกรรม	การวางแผนการ ปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
การเยี่ยมบ้าน ทั่วไป (เดิม)	- จัดทำแผนออกเยี่ยม ตามสภาพปัญหา รายบุคคล - ไม่มีแผนการดูแล รายบุคคล	ออกเยี่ยมตามแผนหรือคำสั่ง แพทย์	บันทึกการเยี่ยมใน แบบฟอร์มการดูแลของ ทีมสหวิชาชีพ	ไม่มี
WAPI MODEL	plan-P (โฮมเฮง)	action-A (เมื่อง่าย)	observation-O (ฮักแพง)	reflection-R (ไหวพริบ บัณฑิต)
W : Working team	- สำรวจข้อมูล สถานการณ์และ	- ทีมสหวิชาชีพ ภาคี เครือข่าย CG ให้การดูแลผู้	- CM ติดตามสอบถาม การดูแลผู้สูงอายุของ	- ค้นข้อมูลผลการ ดำเนินงานรายเดือน
A : Attitude	ปัญหาร่วมกัน	ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผน	CG	รายปี ต่อคณะ

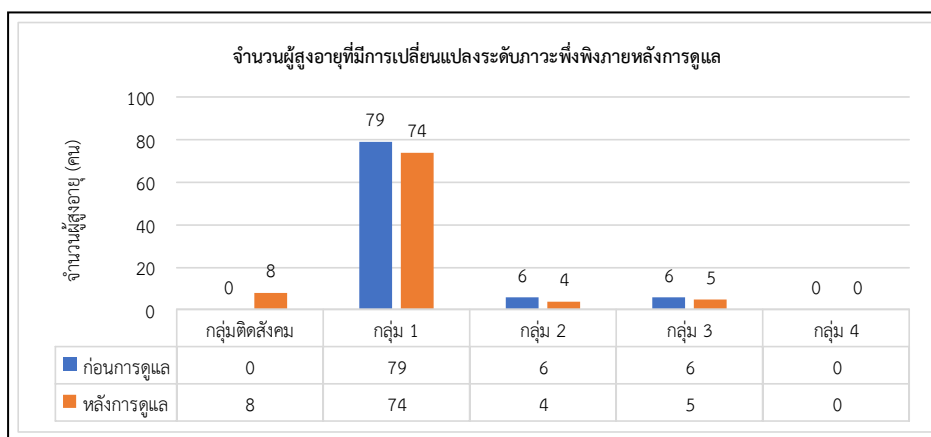
ตารางที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม (ต่อ)

รูปแบบ/ กิจกรรม	การวางแผนการปฏิบัติ	กิจกรรมการดูแล	สรุปผล	การดูแลต่อเนื่อง
P : Patient center I: Integrated	- ร่วมกันกำหนด บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน โดยการ ประชุมกลุ่มย่อยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - ประชุมปรึกษาหารือ คณะทำงาน ร่วมกันวางแผนการดูแลให้ครบทุกมิติ ภายใต้งาน จิตวิญญาณ - จัดทำแผนปฏิบัติการ/แผนการดูแลรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่าย	แผนการดูแลรายบุคคล ซึ่งครอบคลุมทุกมิติ ภายใต้งาน จิตวิญญาณสิ่งแวดล้อม สังคม จิตวิญญาณทางสังคม รายละเอียดการดูแลแบ่งตามกลุ่มภาวะพึ่งพิง ดังนี้ กลุ่ม 1 ส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ/การทรงตัว ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เยี่ยม 2 ครั้ง/เดือน กลุ่ม 2 พัฒนาสุขภาพสมอง ป้องกันการเกิดภาวะสมองเสื่อมพัฒนาสุขภาพ ความจำ เยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่ม 3 พัฒนาสุขภาพการทำงานของกล้ามเนื้อ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน /ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล /ดูแลการได้รับอาหารสารอาหารอย่างเพียงพอเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ กลุ่ม 4 ดูแลแบบประคับประคองเยี่ยม 2 ครั้ง /สัปดาห์	- ตรวจสอบรายงานการเยี่ยม ประจำเดือนและรูปภาพการออกเยี่ยม - ใช้ช่องทางด่วนในการติดต่อสื่อสารระหว่าง CG และทีมสหวิชาชีพผ่านกลุ่มไลน์ โทรศัพท์ - ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุเมื่อดูแลครบ 9 เดือน โดย CG CM ทีมสหวิชาชีพร่วมประเมิน - ประเมินผลความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ เพื่อนำผลมาใช้ในการประเมินและข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขการดูแลต่อไป	- อนุกรรมการและภาคีเครือข่าย - ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง - ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ CG และภาคีเครือข่าย

ผลลัพธ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

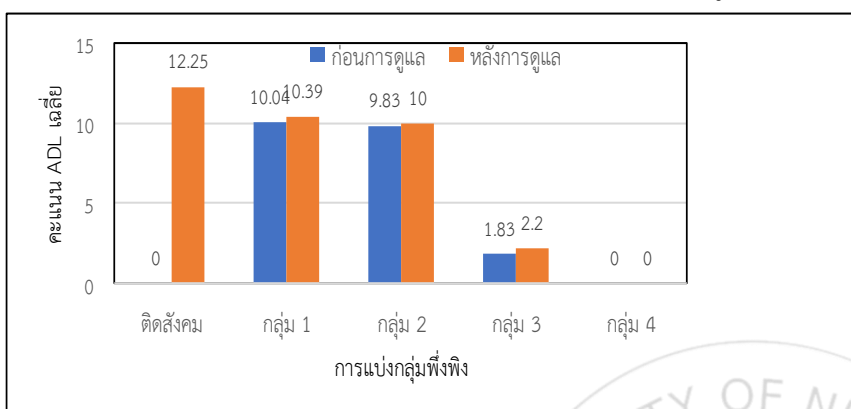
การเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง (ADL) ภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม ทั้งหมด 1,312 คน คิดเป็นร้อยละ 23.67 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งหมด 91 คน คิดเป็นร้อยละ 6.93 โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 86.81 มีค่าเฉลี่ย ADL 11.18 คะแนน กลุ่มที่ 2 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 6.66 ค่าเฉลี่ย ADL 10 คะแนน กลุ่ม 4 จำนวน 0 คน ภายหลังการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) และทีมสหวิชาชีพของศูนย์พัฒนา

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงดังต่อไปนี้ กลุ่มพึ่งพิง 91 คน เปลี่ยนเป็น กลุ่มติดสังคม 8 คน คิดเป็นร้อยละ 8.79 ค่าเฉลี่ย ADL 12.25 คะแนน กลุ่ม 1 จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 81.32 ค่าเฉลี่ย ADL 11.39 คะแนน กลุ่ม 2 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 4.39 ค่าเฉลี่ย ADL 11.50 คะแนน กลุ่ม 3 จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 5.49 ค่าเฉลี่ย ADL 5.49 คะแนน เปรียบเทียบจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังให้การดูแล พบว่าภายหลังให้การดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือมีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 (ดังรูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนน ADL ก่อนและหลังให้การดูแลพบว่า หลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของค่า ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของค่าเฉลี่ย ADL ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 (รูปภาพที่ 3)



รูปภาพที่ 3 คะแนนเฉลี่ย ADL ก่อนและหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ

ระดับความพึงพอใจของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือญาติ/ผู้ดูแล ภายหลังการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลวาปีปทุม ผลการตอบแบบประเมินความพึงพอใจ พบว่าหัวข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ 3 อันดับแรก คือ หัวข้อให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น 4.71 คะแนน การให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดีสุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส 4.57 คะแนน และมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4.51 คะแนน ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจภายหลังการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วม

หัวข้อประเมินความพึงพอใจ	จำนวน (91 คน)		
	ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ให้การดูแลด้วยอัธยาศัยที่ดี สุภาพ ยิ้มแย้มแจ่มใส	4.57	0.62	มากที่สุด
2. ให้การดูแลด้วยความเต็มใจ ยินดี กระตือรือร้น	4.71	0.58	มากที่สุด
3. มีการโทรนัดหมายก่อนการดูแล	3.36	0.95	ปานกลาง
4. ระยะเวลาในการดูแลต่อครั้ง	4.18	0.85	มาก
5. จำนวนครั้งของการดูแลต่อเดือน	3.93	0.98	มาก
6. ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย	4.04	0.82	มาก
7. สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแลผู้สูงอายุได้	3.91	0.9	มาก
8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบและมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน	4.45	0.89	มาก
9. ได้รับความสะดวกในการเยี่ยมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ที่บ้าน	3.51	0.94	มาก
10. มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	4.51	0.58	มากที่สุด
ภาพรวมความพึงพอใจ	4.11	0.49	มาก

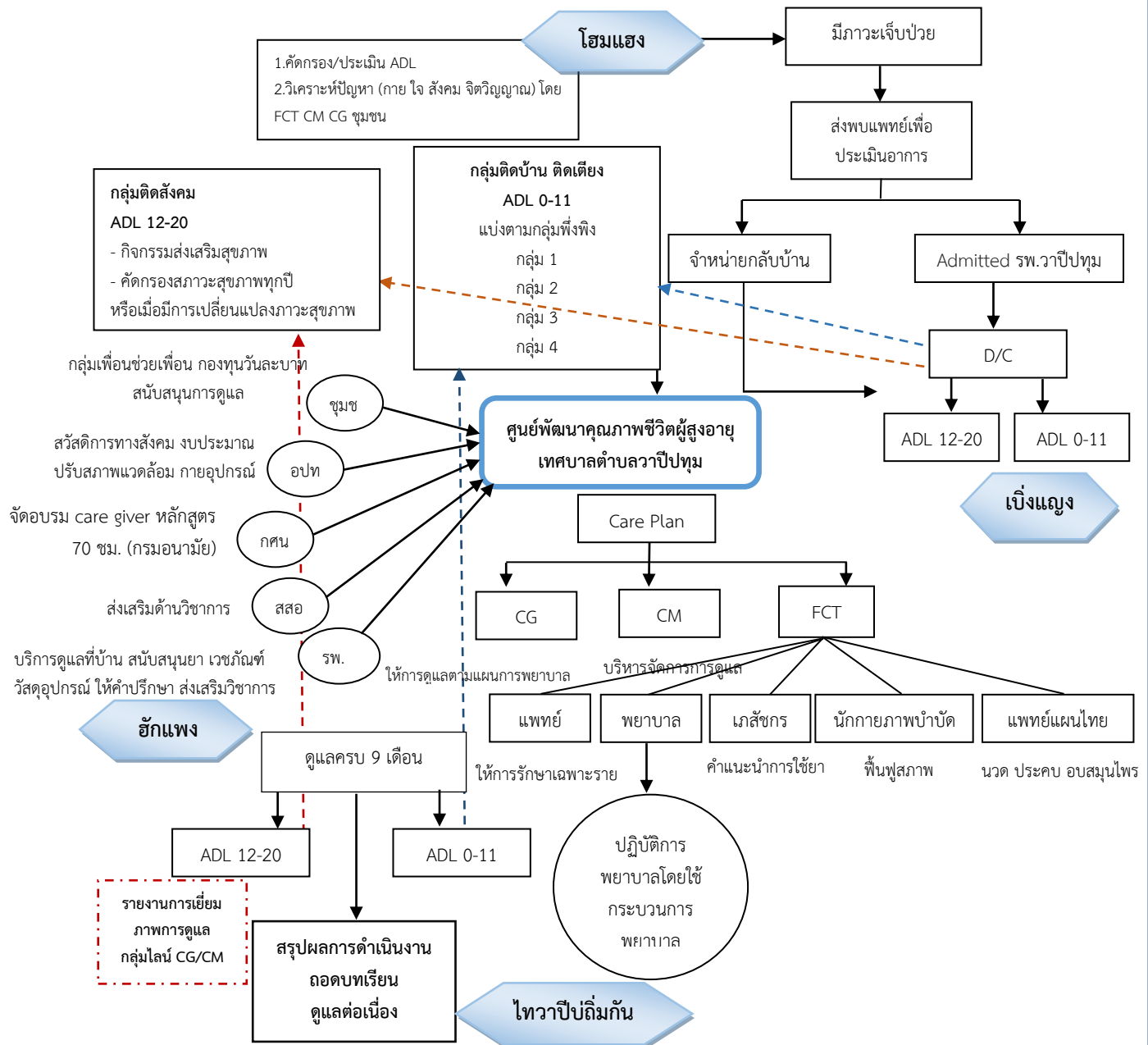
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
	ขั้นตอนการสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาในพื้นที่ร่วมกันระหว่าง CM/CG ผู้ดูแล/ญาติ อสม. ผู้นำชุมชน ทำให้เห็นปัญหาการไม่ยอมรับ CG	Plan โฮมเฮง
CG1	“เริ่มแรกจะมีปัญหาตรงที่ว่าเขาจะไม่ยอมรับ CG เราก็ก้าวหน้าโดยการออกเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่ CM และอธิบายให้เขาฟังว่าครั้งต่อไปจะให้ CG เป็นผู้ดูแล เมื่อคุ้นเคยกันประกอกับคนในชุมชนก็เป็นคนรู้จักอยู่แล้ว เขาก็จะเข้าใจว่าคนนี้เป็นใคร มาทำอะไร สำหรับบางคนที่เขามีความรู้ มีประสบการณ์ พวกนี้เขาจะบอกเลยว่าไม่ต้องการการดูแลเขาดูแลได้เราก็จะทำการพูดคุยกัน” ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน	
CG2	“CG มีอยู่ทุกชุมชนอยู่แล้ว หลังจากสำรวจผู้สูงอายุประเมิน ADL แล้วให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตัวเองก่อน ประมาณ 10-12 คน”	
CM1	“CM ร่วมประเมิน ADL เข้าเกณฑ์เสนอขอรับงบประมาณ”	
CM2	“CM เป็นคนแบ่งเคสให้ CG ดูแล วางแผนการดูแลร่วมกัน”	
CG3	“CG ส่วนมากเป็น อสม.อยู่แล้ว ทำงานเป็นจิตอาสา ไม่ได้หวังค่าตอบแทนเป็นรายได้หลัก ได้ดูแลผู้สูงอายุก็เหมือนดูแลญาติผู้ใหญ่ ใ้บุญได้กุศล”	
อปท.1	“เทศบาลสนับสนุนเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ อยากให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงได้รับการดูแล เข้าโครงการทุกการเน้นย้ำ CM ให้สำรวจให้ดีอย่าให้มีคนตกหล่น”	
อปท.2	“ถ้างบประมาณไม่เพียงพอให้ CM เขียนของบจากเทศบาลเพื่อซื้อแฟมเพิส”	Action
	ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย CG ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล	(เมิงแญง)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (content analysis) ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ผู้ให้ข้อมูล	การสนทนากลุ่ม	WAPI MODEL
CM1	“CM CG ประเมิน ADL ทุกเดือน หากมีการเปลี่ยนกลุ่มต้องมีการปรับแผนการดูแล และถ้าพบเคสใหม่ CG ต้องรายงานทันที”	
CM2	“CG 2 คนให้ไปเยี่ยมผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อความปลอดภัยของ CG โดยเฉพาะส่วนมากเป็นผู้หญิงและจะได้ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ ไม่หนักจนเกินไป” “ถ้า CG มีปัญหาการดูแลหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม ให้ปรึกษา CM หรือหมออนามัย โดยการส่งไลน์ในกลุ่ม หรือโทรศัพท์สายตรง”	
CG4	“ผู้สูงอายุบางคนพวกเราไปตัดผม สระผม นวด หรือช่วยทำงานบ้าน เช่น นั่งข้าว ล้างจานกวาดบ้านถึงไม่เหนื่อยที่หลักแต่เห็นแล้วก็สงสารอยากช่วยทำถ้าไม่ได้ไปเยี่ยมมานานๆผู้สูงอายุก็ถามหา โทรตาม”	
CG5	“ผู้ป่วยติดเตียงที่ยังหนุ่มอยู่เป็นอัมพาต นอนอยู่บ้านคนเดียวตอนกลางวัน ภรรยาไปขายของ ผมก็เอาริ้วไปให้ทั้ง บ้านอยู่ใกล้ๆกันก็เที่ยวไปดู และขอแรงชาวบ้านไปช่วยทำร่างกายภาพให้”	
CM2	“หากพบภาวะฉุกเฉินโทรตามรพพยาบาล 1669 หรือ 043-799486 ได้ตลอด 24 ชม.”	
นักกายภาพ	“ผู้พิการถ้าขึ้นทะเบียนแล้วสามารถเบิกรถเข็นนั่ง ไม่เท่า ให้ CG หรือญาติไปเบิกได้ที่รพ. ส่วนรายที่ดูแล 6 เดือนแล้วไม่สามารถฟื้นคืนสภาพได้หมอจะออกไปประเมินและออกใบรับรองความพิการให้ถึงบ้านไม่ต้องมาที่โรงพยาบาล”	
อปท.	“เทศบาลมีอุปกรณ์ เช่น วอร์คเกอร์ ไม่เท่า รถเข็น สำหรับคนในพื้นที่”	
เภสัช	“เภสัชจะช่วยดูในเรื่องยาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่เขียหลาย เช่น จัดยาให้หยาบง่ายขึ้น สอนการกินยาให้ถูกวิธี”	Observation อักษะ
แพทย์	“ถ้าการดูแลเกินศักยภาพสามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอดเวลา ทั้งทางไลน์ ทางโทรศัพท์”	
	การประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุจากการสังเกต สอบถามข้อมูลจาก CG	
CM1	“ให้ CG/FCT ส่งรายงานการดูแลพร้อมรูปถ่ายทุกสัปดาห์ รูปถ่ายให้เห็นกิจกรรมการดูแลอื่นๆนอกเหนือจากรูปร่างความดันด้วย และให้เห็นรูป CG คู่กับผู้สูงอายุ”	
CM2	“การส่งรูปผู้สูงอายุในไลน์กลุ่มให้ระบุชื่อ-สกุลผู้สูงอายุไว้ได้ภาพทุกครั้ง”	
CM3	“ให้ CG ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเคสที่ดูแล”	
ญาติ	“ดีใจที่มีหมอออกไปเปลี่ยนสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะให้ถึงบ้าน ไม่ต้องให้คนไข้เข้ามาโรงพยาบาล เสียทั้งค่ารถ เสียทั้งเวลา เคลื่อนย้ายก็ลำบาก และหมอยังมีเตียงนอน ที่นอนลม แพนเพิส ก็มีให้ บ้านฉันฐานะยากจนก็ช่วยแบ่งเบาภาระได้เยอะ ถ้าไม่มีโครงการนี้ครอบครัวฉันก็ลำบาก”	
	คืนข้อมูลผลการดำเนินงาน ประชุมสรุปผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกมิติ	
อปท.	“งบประมาณที่เหลือในโครงการปีให้นำมาใช้ต่อในโครงการปีถัดไป”	Reflection
นำชุมชน	“โครงการนี้เป็นโครงการที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส อยากให้มีการดำเนินการต่อไป ไหว่ปีถัดกันเรื่อยๆ”	
CM1	“ขอบคุณภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่สนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ”	

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลลำปำ อำเภอลำปำ จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้ WAPI MODEL (โฮมแอง เบิ่งแอง อักษะ ไหว่ปีถัดกัน) สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกมิติ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 WAPI MODEL

อภิปรายผลการวิจัย

การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลวาปีปทุม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม นั้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์การดูแล ตามรูปแบบที่กำหนดขึ้น โดยอาศัย การดูแลหลักของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager) และ ทีมสหวิชาชีพ ประกอบกับความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเทศบาลตำบลวาปีปทุม เช่น ผู้นำชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักการทำงาน WAPI model กล่าวคือ W: Working team/network คือทำงานเป็นทีม สร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ ร่วมกันระหว่างคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จิตอาสา ชมรมผู้สูงอายุ และอื่นๆ A: Attitude คือ มีทัศนคติที่ดีในการดูแล

ผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมและภาคีเครือข่าย P: Patient center คือ การดูแลที่เน้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นศูนย์กลางเพื่อตอบสนองความต้องการและให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เป็นบริการที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ I: Integrated คือการบูรณาการสติปัญญา ทรัพยากร ทุน คน เงิน ของร่วมกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหา อุปสรรค วางแผนการดูแลการทบทวนก่อน หลัง ซึ่งกระบวนการทำงานร่วมกันต่างๆ ทำให้เกิดองค์ความรู้ และนวัตกรรมใหม่ๆ ได้แก่ กางเกงผ้าอ้อม ลูกบอลบริหารนิ้วมือ ถึงปั่นหรรษา ยางยืดออกกำลังกาย ก้านตาลดัดเท้า และใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านญาติ อสม. CG เมื่อต้องการคำปรึกษา ไม่สะดวกมาพบแพทย์ หรือมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น ผู้ป่วยโควิด (ค่านิยมองค์กร: core values) ของโรงพยาบาลวาปีปทุม ปี พ.ศ. 2565 (แผนยุทธศาสตร์เครือข่ายบริการสุขภาพวาปีปทุม: 2565) เกิดรูปแบบวาปีโมเดล โฮมแอง เมิงแอง ฮักแพง ไทวาปี บั๊มกัน กล่าวคือ โฮมแอง คือ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม สร้างเครือข่ายในการดูแล เมิงแอง คือการดูแลตามสภาพปัญหารายบุคคลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ฮักแพง ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ที่ส่งมอบผ่านการดูแล โดยหลักการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปรียบเสมือนญาติ พี่น้อง คนในครอบครัว ไทวาปี บั๊มกัน คือการดูแลแบบต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดการ ลดปัญหาการขาดผู้ดูแล สร้างเครือข่ายการดูแลตนเองในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียง ตำบลกระเตียน อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุดรธานี¹⁰ ที่พบว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนเพราะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมหลายประเด็น ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล หนึ่งในประเด็นที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุ ที่ต้องอยู่ตามลำพัง สามเณรยา มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะการถนัดเจ็บป่วยที่รุนแรงและผู้ดูแลไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการหรือรูปแบบในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาคีเครือข่ายในชุมชนที่พร้อมให้การสนับสนุน รวมทั้งต้องมีการดูแลจากสหวิชาชีพ เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคมได้อย่างเหมาะสม ตรงประเด็นตามรายบุคคล

ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชม. ของกรมอนามัย (care giver) มีทีมสหวิชาชีพให้การดูแล ในรายที่จำเป็นต้องใช้ทักษะพิเศษในการดูแล ซึ่งเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของการทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง และจากผลการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่าหลังให้การดูแลมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในแต่ละรายบุคคล โดยมีการเพิ่มขึ้นของ ADL ในกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 ภายหลังการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น 8 คน จำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 2 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ลดลงจากการเปลี่ยนเป็นกลุ่ม 2 นอกจากนั้นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 1 รายและมีทักษะการนวดแผนไทยเมื่อเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดสังคมยังสามารถช่วยนวดผ่อนคลายให้ผู้สูงอายุที่บ้าน และมีรายได้เสริมจากการนวดแผนไทยที่บ้าน อีก 1 รายกลายเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอปท.ได้สนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ ฤกษ์ชัย 20 ราย การปรับสภาพบ้าน 4 ราย สร้างห้องน้ำ 1 ราย การปรับเดินทางลาดชัน 3 ราย ทำราวฝึกเดิน รอกกายภาพ 5 ราย ได้รับรถเข็นนั่ง ไม่เท่า จำนวน 7 ราย ด้านการ

สนับสนุนทางการเงินแพทย์ ในผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่ม 3 ได้รับการสนับสนุนเตียง ที่นอนลม จำนวน 4 ราย ผู้ที่มีปัญหาในการกลืนปัสสาวะได้รับผ้าอ้อมผู้ใหญ่ 20 ราย

กรณีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่ม 3 แขนขาอ่อนแรงซีกขวา ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ นอนติดเตียงอาศัยอยู่กับบุตรสาวตามลำพัง 2 คน สภาพบ้านเก่า ทรุดโทรม หลังคารั่ว บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว ตกงานเนื่องจากต้องมาดูแลมารดาทำให้ขาดรายได้ประจำ บุตรสาวเกิดภาวะเครียดเหนื่อยล้าจากการดูแลที่มีภาวการณ์ช่วยเหลือได้เข้าไปช่วยเหลือในการปรับสภาพบ้าน มอบถุงยังชีพ จัดหาเงินให้บุตรสาวและมอบเงินสวัสดิการจำนวน 2,000 บาท จัดหาเตียง ที่นอนลม ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ไปดูแลที่บ้าน และจัดทีม CG และ อสม. ให้ไปดูแลช่วงกลางวันทุกวัน เพื่อให้บุตรสาวได้ไปทำงาน มีรายได้ในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีแผลกดทับ ข้อติด มีสุขอนามัยที่ดี สุขภาพจิตดีขึ้น และบุตรสาวมีความเครียดลดลง ชุมชนสามารถดูแลพึ่งพากันเองได้ดังคำกล่าวที่ว่า “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชุมชนเป็นฐาน ภาวการณ์ช่วยเหลือมีส่วนร่วม” สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดสงขลา¹¹ พบว่าหลังการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ “3 CHANA Model” ได้แก่ case manager, caregiver, care plan, health care fund, approach, network และ ADL และสอดคล้องกับผลการวิจัย Long-Term Care in Indonesia: The Role of Integrated Service Post for Elderly ที่พบว่าการให้บริการ LTC ที่จะประสบผลสำเร็จได้ต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² ซึ่งจากการมีรูปแบบการดูแลและผลการเยี่ยมดังกล่าวยังมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลรวมจากการประเมินความพึงพอใจ พบว่าผลการประเมินภาพรวมของการดูแลอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. บูรณาการให้เกิดการมีส่วนร่วมการดำเนินงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) วัดส่งเสริมสุขภาพหรือองค์กรเอกชนหน่วยงานอื่นๆ เพื่อขยายเครือข่ายการดูแลให้ครอบคลุม
2. รูปแบบการดูแล WAPI MODEL ควรสร้างเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน
3. สร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติเกิดมาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
4. ส่งเสริมให้มีการอบรม care Manager ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อร่วมดูแลผู้สูงอายุ
5. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลหลักในครอบครัวสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของครอบครัวผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเกิดความยั่งยืนในการดูแลตนเอง
6. อบรมฟื้นฟูความรู้ให้ care giver ทุก 2-3 ปี เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลวาปีปทุม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) คณะกรรมการกองทุนผู้สูงอายุระยะยาว เทศบาลตำบลวาปีปทุม คณะอนุกรรมการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) และผู้เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยความทุ่มเทและตั้งใจ จนสามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ

References

1. Prasatkul K, (editor). Report on the situation of the Thai elderly Bangkok: Thai Elderly Research and Development Institute Foundation; 2017.
2. Situation of Thai elderly 2022.-Bangkok: Amarin Corporations Company Limited. (Public),2023:128 pages ISBN: 978-616-331-150-4
3. Srithamrongsawat S, Suriyawongpaisarn P, Kasemsap W, Ekaphakorn W, Siraphan B. Research project to develop a long-term caresystem (long-term care) for dependent elderly people under the national health insurance system. Bangkok: Desemberry Company; 2018.
4. Charoenwong S, Kongkhun P, Chansaengrat N, Seewan P. Care situation and long-term care needs for dependent elderly people in rural Muslim communities in southern Thailand. SCNJ 2018;5(2):231-46. (in Thai)
5. Maha Sarakham Provincial Public Health Office. HDC report, Maha Sarakham Provincial Public Health Office 2022. Maha Sarakham: Provincial Public Health Office: 2022.
6. National Health Insurance Office, region 7, Khon Kaen. Guidelines and procedures for caring for dependent elderly people. Khon Kaen: Nana Witthaya; 2018.
7. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaw W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdistrict, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)
8. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2014.
9. Likert, Rensis A. New patterns of management. New York: McGraw-Hill Book; 1961.
10. Laosan C, Chaiyasat K, Witthayakhaw W, Caring for the dependent elderly at the center for elderly care at Waeng sub-district health promotion hospital, Kradian subdistrict, Trakan Phuet Phon district, Ubon Ratchathani province. Journal of Public Health 2020;29(5):813-21 (in Thai)
11. Kongjun C. Development of long term care model for elderly with dependent under the National Health Insurance System, Songkhla province. Academic Journal of Mahasarakham public Health office 2023;7(13):53-67. (in Thai)
12. Pratono AH, Maharani A. Long-term care in Indonesia: The role of integrated service post for elderly. JHA 2018;30(10):1556-73.



ผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณิ

กรรณิกา ชารธรรม พย.ม.* สุวรรณิ วิษณุโยธิน พ.บ.**

พลสุข ศิริพล ปร.ด.*** ทินัสชา เชิงหอม พย.บ.**** นุจรินทร์ หนูพร พย.บ.****

บทคัดย่อ

เยื่อช่องท้องอักเสบเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลเด็กโรคไต จึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องขึ้น ในปี พ.ศ.2564 โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณิ โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการณิ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแล ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งได้แก่ การสื่อสาร การสอนแนะนำ การให้คำปรึกษา การเสริมพลัง และการช่วยเหลือจัดการดูแลแก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ย้อนหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณิ เป็นการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบและบันทึกการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องที่ได้รับการดูแลจากหน่วยไตกุมารเวชศาสตร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 20 ราย และระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 22 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยใช้ chi-square test

ผลการวิจัย พบว่าอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ในปี พ.ศ. 2564 เป็น 0.11 ครั้ง/ราย/ปี ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2563 ที่มีอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 0.67 ครั้ง/ราย/ปี โดยอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่า ระดับความรู้และทักษะอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 100.0) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 18.31 คะแนน ($SD=1.25$) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ เท่ากับ 22.27 คะแนน ($SD=1.93$)

แนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีพยาบาลผู้จัดการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้จัดการรายการณิร่วมกับทีมสหสาขา จัดการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ลดอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้และมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการรายการณิ การล้างไตทางช่องท้อง ผู้ป่วยเด็กไตวายระยะสุดท้าย เยื่อช่องท้องอักเสบ

วันที่รับบทความ 20 พฤศจิกายน 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 16 มกราคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 31 มกราคม 2567

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ
อีเมล ckanni@kku.ac.th

**รองศาสตราจารย์ สาขากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The outcome of preventive care for peritonitis in pediatric patients undergoing peritoneal dialysis: A case management approach

Kannika Chathum M.N.S.* Suwannee Wisanuyotin M.D.**

Pulsuk Siripul Ph.D.*** Theenutchar chunghom B.N.S.**** Nucharin Nooporn B.N.S.****

Abstract

Peritonitis is a common and serious complication in pediatric patients undergoing peritoneal dialysis. The interdisciplinary team caring for children with renal diseases, therefore, has developed a care guideline to prevent peritonitis in children undergoing peritoneal dialysis in 2021, using case management concept. In this approach, case management nurses who are advanced practice nurses, manage continuous care. The care process has been developed and improved through the LINE Application. This includes communication, coaching, counseling, empowerment, and helping to manage problems to prevent peritonitis.

This retrospective observational study aimed to evaluate the outcomes of this preventive care approach for peritonitis in pediatric patients undergoing peritoneal dialysis using a case management concept. This was a retrospective study based on patient medical records, hospital information system, peritonitis incidence records, and records of knowledge and skill assessment of caregivers of children receiving peritoneal dialysis. The sample consisted of the medical records of pediatric peritoneal dialysis patients who were cared for at the Pediatric Nephrology Unit between 1 January 2020 - 31 December 2020 (20 cases), and between 1 January 2021 - 31 December 2021 (22 cases). Statistical analysis was conducted using descriptive statistics and the incidence of peritonitis was compared using Chi-square test.

The results indicated a significant reduction in the incidence of peritonitis in 2021, with a rate of 0.11 cases per patient per year, compared to 2020, where the rate was 0.67 cases per patient per year (p -value < 0.05). Furthermore, the assessment of caregivers' knowledge and skills revealed high levels of knowledge and skills (100%), with mean knowledge score of 18.31 (SD=1.25) and mean skill score of 22.27 (SD=1.93).

A care guideline to prevent peritonitis in pediatric patients undergoing peritoneal dialysis, with advanced practice nurses as case managers in collaboration with the interdisciplinary team, providing continuous individualized care demonstrated a substantial decrease in peritonitis incidence and improved care outcomes.

keywords: case management; peritoneal dialysis; pediatric patients with end stage kidney disease; peritonitis

Received 20 November 2023 Revised 16 January 2024 Accepted 31 January 2024

*Registered nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ckanni@kku.ac.th

**Associate professor, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

***Associate professor, Independent scholar

****Registered nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

เยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญและพบบ่อยในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (peritoneal dialysis) มีอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 0.6 ครั้ง/ราย/ปี¹ เยื่อช่องท้องอักเสบที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การดูแล เช่น มีการติดเชื้อซ้ำ ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องเข้านอนรักษาในโรงพยาบาล³ นอกจากนี้ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความล้มเหลวของการรักษาถึง 2.79 เท่า และเป็นสาเหตุทำให้เกิดช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) ส่งผลให้อัตราการรอดชีพลดลง⁴

โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิชั้นสูง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กำหนดตัวชี้วัดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องให้อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบไม่เกิน 0.5 ครั้ง/ราย/ปี หรือระยะเวลาในการติดตามการรักษาต้องมากกว่า 24 เดือนต่อการติดเชื้อ 1 ครั้งของผู้ป่วย⁵ ซึ่งอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2550 พบ 1.4 ครั้ง/ราย/ปี ระยะเวลาในการติดตามการรักษา เท่ากับ 8.52 เดือนต่อการติดเชื้อ 1 ครั้งของผู้ป่วย⁶ และช่วงปี พ.ศ. 2550 ถึง 2559 พบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ เท่ากับ 0.72 ครั้ง/ราย/ปี ระยะเวลาในการติดตามการรักษา เท่ากับ 19.57 เดือนต่อการติดเชื้อ 1 ครั้งของผู้ป่วย⁷ อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบดังกล่าวสูงกว่ามาตรฐานมาโดยตลอดและไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ มีรายงานวิจัยพบว่า การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบสัมพันธ์กับความรู้และทักษะของผู้ดูแล ได้แก่ การล้างมือ การป้องกันการปนเปื้อนขณะเปลี่ยนน้ำยาล้างไต การดูแลแผลช่องทางออก (exit site infection) และอุโมงค์สาย (tunnel infection) เป็นต้น หากผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่เข้มงวดในเทคนิคปลอดเชื้อ หรืออาจมีการรั่วซึมของน้ำยาล้างไต สายท่อล้างไตอุดตัน มีไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบหรือสะดือ ทำให้มีการติดเชื้อในช่องท้องและบริเวณสายสวนได้⁸ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อจากผนังลำไส้หรือจากส่วนอื่นในร่างกายผ่านกระแสเลือดเข้าสู่ช่องท้อง จากปัญหาท้องผูก ท้องร่วง เป็นต้น⁹ ดังนั้น ความสำเร็จของการรักษาขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบทั้งผู้ดูแล ผู้ป่วย ทีมดูแลระบบการดูแล และระบบสนับสนุนอื่นที่เกี่ยวข้อง

ในระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2563 หน่วยไตและไตเทียม พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไต (peritoneal dialysis nurse) ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ โดยใช้โปรแกรมฝึกล้างไต¹⁰ ที่อ้างอิงตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มีการนัดผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอย่างน้อย 1 คน เข้ารับการฝึกอบรมวันละ 1-2 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 12 ชั่วโมง โดยใช้สื่อการสอนเป็นวิดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการล้างไตทางช่องท้อง มีแผนพับเรื่องการปฏิบัติตัวหลังใส่สายล้างไตทางช่องท้อง และชุดการสอนไมโครซอฟท์พาวเวอร์พอยต์ เนื้อหา ประกอบด้วย 1) ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง 2) ฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น การล้างมือที่ถูกต้อง ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา การดูแลแผลช่องทางออก เป็นต้น 3) ประเมินผลการเรียนและการปฏิบัติของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล หากไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน จะสอนทบทวนในเรื่องที่ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลมีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์จนกว่าจะผ่านเกณฑ์ โปรแกรมการฝึกล้างไตในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องนี้เน้นที่การดูแลเรื่องการล้างไตเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามภายหลังการอบรมตามโปรแกรมฯ ยังไม่มีการติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องขณะอยู่บ้าน และพบว่าในปี พ.ศ. 2563 การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องยังมีอัตราการเกิดสูงถึง 0.67 ครั้ง/ราย/ปี

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่าในจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมด 20 ราย อายุที่เริ่มทำการล้างไตทางช่องท้อง อยู่ในช่วงอายุ 1-3 ปี จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 20) 6-12 ปี จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 60) ทั้งสองช่วงอายุ เป็นวัยหัดเดิน และวัยเรียน

ตอนต้น และร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเด็กมีโรคร่วมที่เป็นสาเหตุของการเกิดไตวายระยะสุดท้าย จำเป็นต้องได้รับดูแลเกี่ยวกับโรคร่วมที่เป็นการดูแลด้านโภชนาการ ส่งเสริมพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม นอกเหนือจากการดูแลเรื่องการล้างไต ประกอบกับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 (19 ราย) มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ต้องได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อจำกัดด้านระยะทางและมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการมารับการรักษาและการดูแล หากผู้ดูแลหรือผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลตามขั้นตอนการล้างไต การประเมินความเสี่ยง เมื่อมีอาการของการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ไม่สามารถขอคำปรึกษาได้ทันที ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบขึ้นได้

การจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีผู้จัดการรายกรณีทำหน้าที่ประเมินสภาพผู้ป่วย กำหนดแผนการดูแล กำกับกับการปฏิบัติ ประเมินผลและติดตามผล รวมทั้งประสานความร่วมมือและสนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดการดูแลต่อเนื่องให้ได้ตามมาตรฐาน และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลรักษาที่รวดเร็วปลอดภัย คุ่มค่า คุ่มทุน ตลอดจนพิทักษ์สิทธิให้ผู้ป่วยได้รับความเป็นธรรม¹¹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลันเกิดผลลัพธ์ที่ดี ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ล้างไตทางหน้าท้อง ทำให้มีผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตดีขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศ¹² แต่ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ในปี พ.ศ. 2564 ทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยไตเทียมเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ได้ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี¹³⁻¹⁶ เพิ่มเติมจากโปรแกรมการฝึกล้างไตในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของหน่วยไตและไตเทียมที่ดำเนินการอยู่ ซึ่งเป็นการดูแลตามปกติ (routine care) เริ่มมีการนำเครื่องล้างไตอัตโนมัติมาใช้กับผู้ป่วยเด็กบางราย ข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในแต่ละวันจะถูกส่งผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ผู้ดูแลจะต้องมีการเรียนรู้เพิ่มเติมจากที่เคยปฏิบัติมา จึงต้องเพิ่มการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชัน (line application) ให้สามารถดูภาพถ่ายหรือวิดีโอเมื่อเกิดปัญหากับผู้ป่วยเด็กแต่ละรายได้ เช่น สิ้นน้ำค้างท้องขึ้น เกิดการดิ่งรังของสาย เกิดแผลที่ช่องทางสายออก เป็นต้น จำเป็นต้องมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (advanced practice nurse: APN) ที่ผ่านการฝึกอบรมเครื่องล้างไตอัตโนมัติ การแก้ปัญหาเบื้องต้นในการใช้เครื่องล้างไตและการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายในแต่ละวัน ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี มีบทบาทดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เป็นพี่เลี้ยง ติดตามให้คำแนะนำ คำปรึกษา เสริมพลัง ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล จัดการดูแลแก้ไขปัญหาเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบและสนับสนุนการดูแลให้เป็นไปตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้¹² แนวทางการดูแลของพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีม ประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการเป็นรายบุคคลให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก วางแผนให้การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ทบทวนความรู้และฝึกทักษะให้ผู้ดูแล มีการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชัน¹⁷⁻¹⁹ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถส่งภาพถ่ายหรือวิดีโอมาปรึกษาได้สะดวก ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามประเด็นปัญหาที่พบประสานความร่วมมือกับผู้ป่วย ผู้ดูแล แพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและทีมดูแลของโรงพยาบาล ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องได้รับการจัดการดูแลต่อเนื่องทันเวลาในการแก้ไขปัญหาการเจ็บป่วย มีความปลอดภัย นอกจากนี้ยังมีการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องระหว่างการล้างไตที่บ้านอีกด้วย แนวทางการดูแลนี้ได้มีการปรับแก้ไขมาเป็นระยะ แต่ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ในภาพรวม ทีมผู้วิจัยจึงต้องการประเมินผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกัน เยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เพื่อนำผลวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ โดย

1. เปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ในช่วงปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564

2. ประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องหลังได้รับการดูแล เพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ

สมมุติฐานการวิจัย

1. อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบลดลงหลังจากมีการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ

2. ผลการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องหลังจากมีการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ อยู่ในระดับมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยและทีมสหสาขาได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จากนั้นสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์และทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดการรายการณ¹³⁻¹⁵ นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ สร้างแนวทางการดูแลฯ โดยบูรณาการแนวคิดการจัดการรายการณของโพเวลและทาสาน¹⁶ ประกอบด้วยกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ คัดเลือกผู้ป่วย การประเมินปัญหา การวางแผนการดูแล การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล การประเมินผลและผลลัพธ์ โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการณ ประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ

หลังจากร่างแนวทางการดูแลฯ จึงได้ประชุมทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์โรคไต ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยล้างไต ในการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน จัดทำแนวทางการดูแลทางคลินิก แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องของให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ หลังจากนั้นนำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และนำใช้ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 คัดเลือกและประเมินปัญหาโดย ค้นหาปัญหาทางคลินิก ประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล

ระยะที่ 2 วางแผนการดูแลโดย การจัดทำแผนการจัดการรายการณและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและผู้ดูแล ประกอบด้วย การล้างมือ ขั้นตอนการเตรียมเปลี่ยนน้ำยา การต่อระบบ และการเปลี่ยนน้ำยาออกทางช่องท้อง การใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การปิดระบบ และการเก็บอุปกรณ์ รวมทั้งวิธีแก้ปัญหาเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน เช่น สายหลุด สายรั่ว เป็นต้น ส่งเสริมพัฒนาการ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมแต่ละบุคคล ตามคู่มือการดูแลเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เนื้อหาประกอบด้วย การทำงานของไต การบำบัดทดแทนไต การล้างไตทางช่องท้อง สมดุลน้ำในร่างกาย อาหารและโภชนาการ การใช้ยาความผิดปกติที่ควรทราบและวิธีแก้ไข การปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพปากและฟัน การล้างมือ เป็นต้น

ระยะที่ 3 การปฏิบัติตามแนวทางการดูแล โดยผู้จัดการรายการณ หลังครบ 2 สัปดาห์ มีการเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามประเด็นปัญหาที่พบ ประสานกับแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อจัดการดูแลเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และค้นหาสาเหตุของปัญหาเพิ่มเติมและติดตามกระตุ้นเตือนทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 3 เดือน และเยี่ยมบ้านผ่านแอปพลิเคชันทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 4 สรุปและประเมินผลกิจกรรมการดูแล โดยมีการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง เมื่อปฏิบัติกิจกรรมครบ 6 เดือน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ย้อนหลัง เพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เปรียบเทียบข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 และ ปี พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ บันทึกการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบบันทึกการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลของผู้จัดการรายกรณี และบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์

คำนิยามศัพท์เฉพาะ ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เยื่อช่องท้องอักเสบ หมายถึง มีอาการ 2 ใน 3 ข้อ ได้แก่ 1) อาการและอาการแสดง ปวดท้องกตเจ็บทั่ว ๆ ไป ของผิวหนังบริเวณหน้าท้อง และการตรวจพบความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นขณะตรวจหน้าท้องโดยกดลงไป แล้วปล่อยมือออกโดยเร็วให้หน้าท้องกระด้างขึ้นมา (rebound tenderness) 2) น้ำยาล้างไตที่ถ่ายออกมาขุ่น โดยน้ำยาล้างไตต้องค้างท้องต้องไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง เมื่อนำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาว มากกว่า 100 เซลล์/มิลลิเมตร³ และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิล (neutrophil) มากกว่าร้อยละ 50 และ 3) พบเชื้อโรคจากการย้อมสีแกรมหรือจากการเพาะเชื้อน้ำยาล้างไต

2. ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน ประกอบด้วย 1) อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 2) ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล 3) ทักษะการล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล

3. อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ หมายถึง ผลรวมของจำนวนเดือนที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องของศูนย์รวมกันในรอบ 1 ปี โดยเริ่มนับระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของการฝึกล้างไต (first training date) ของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างสม่ำเสมอ หารด้วย จำนวนครั้งที่เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบของผู้ป่วยทั้งหมดในรอบเวลา 1 ปี (โดยเก็บข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564)

4. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้ของผู้ดูแล เรื่องโรค การล้างไตทางช่องท้อง การรับประทานอาหารและการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอื่น ๆ ประเมินจากการตอบคำถามจาก แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

5. ทักษะการล้างไตทางช่องท้องของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติตามหัวข้อการประเมิน 6 หัวข้อ ได้แก่ การล้างมือ ขั้นตอนการเตรียมเปลี่ยนน้ำยา การต่อระบบ/การปล่อยน้ำยาออกทางช่องท้อง การใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การปิดระบบ และการเก็บอุปกรณ์ ได้ถูกต้อง ประเมินจากแบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง อายุต่ำกว่า 18 ปี มารับการรักษาที่คลินิกล้างไตกุมาร ของหน่วยไตกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง รับการรักษาที่คลินิกล้างไต ของหน่วยไตกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria) ประกอบด้วย

1) รับการรักษาที่คลินิกล้างไตของหน่วยไตภูมิรเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 และ 2) มาติดตามการรักษามากกว่า 3 เดือน สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ในปี พ.ศ. 2563 หรือได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เป็นเวลา 6 เดือน สำหรับกลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2564 เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ เวชระเบียนสูญหายหรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วน พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมารับบริการทั้งหมด 20 ราย มีเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษา 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมารับบริการทั้งหมด 25 ราย มีเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าการศึกษาทั้งหมด 22 ราย เป็นร้อยละ 88 ของผู้ป่วยที่มารับบริการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา และผู้ดูแลเด็กที่ทำหน้าที่ล้างไตทางช่องท้อง 2) ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง คือ วันที่ได้รับการวินิจฉัยโรคไต วันที่ใส่สายล้างไตทางช่องท้อง
2. แบบเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่ผู้วิจัยและทีม พัฒนาขึ้น ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อของ international society for peritoneal dialysis (ISPD)⁵ ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน คือ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการวินิจฉัยการติดเชื้อ
3. แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้ของหน่วยไตและไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการล้างไตทางช่องท้อง 20 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก หากตอบได้ถูกต้องตามเนื้อหาความรู้จะได้คะแนน 1 คะแนน หากตอบผิดได้ 0 คะแนน มีคะแนนสูงสุด คือ 20 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน นำคะแนนรวมมาคิดเป็นร้อยละ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้²⁰ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความรู้ระดับมาก คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง ความรู้ระดับน้อย หน่วยไตเทียมได้ ทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ ก่อนนำมาใช้ โดยได้ทดลองใช้แบบประเมินความรู้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ โดยวิธีของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson: KR-20)²¹ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85
4. แบบประเมินทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฯ ของหน่วยไตและไตเทียม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ประกอบด้วย การประเมินทักษะ 6 หัวข้อ ได้แก่ การล้างมือ ขั้นตอนการเตรียมเปลี่ยนน้ำยา การต่อระบบ/การปล่อยน้ำยาออกทางช่องท้อง การใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การปิดระบบ และการเก็บอุปกรณ์ มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ เป็นการประเมินทักษะการปฏิบัติ ถ้าปฏิบัติได้ถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนสูงสุด คือ 24 คะแนน และคะแนนต่ำสุด คือ 0 คะแนน นำคะแนนรวมมาคิดเป็นร้อยละ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับทักษะ²⁰ ดังนี้ คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ทักษะระดับมาก-คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 หมายถึง ทักษะระดับปานกลาง คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง ทักษะระดับน้อย มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินทักษะก่อนนำมาใช้ โดยหน่วยไตเทียมได้ทดลองใช้แบบประเมินทักษะกับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ โดยวิธีของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson: KR-20)²¹ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.77

5. แบบบันทึกการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลของผู้จัดการรายกรณี และบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วันที่ 5 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รับรองโครงการวิจัยเลขที่ HE661519 จึงเริ่มดำเนินการ ซึ่งผลการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวอย่างเป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอรายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการวิจัย จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. นำแบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และบันทึกการประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง แบบบันทึกการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ของผู้จัดการรายกรณี และบันทึกข้อมูลการเยี่ยมผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ แล้วกรอกข้อมูลลงในแบบบันทึกของงานวิจัยนี้
3. ข้อมูลทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและแปลความหมายของข้อมูล 2 ครั้ง โดยมีผู้วิจัย 2 คน แยกกันทบทวนข้อมูลในเวชระเบียนและเอกสารที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูลอย่างเป็นอิสระ แล้วนำข้อมูลมาเทียบเคียงกัน หากมีความเห็นไม่ตรงกันให้ผู้ร่วมวิจัยอีก 1 คน มาร่วมพิจารณาข้อมูลและร่วมกันตัดสินใจหาข้อสรุป
4. บันทึกข้อมูลจากแบบบันทึกลงในโปรแกรม SPSS version 28

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS version 28 ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)
2. นำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบข้อมูล โดยใช้สถิติโคโมโกรอฟสมีนอฟ (kolmogorov-smirnov test) พบว่า ข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้นข้อมูลความรู้และทักษะนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ด้วยสถิติ chi-square test

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และผลการศึกษา เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2563 ที่ได้รับการคัดเข้าสู่การศึกษา ทั้งหมด 20 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง 13 ราย (65%) อายุที่เริ่มล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 8.55 ปี (SD=4.72) สิทธิการรักษาเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 18 ราย (90%) มีภูมิลำเนาออกจังหวัดขอนแก่น 19 ราย (95%) คนล้างไตทางช่องท้องให้ ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่/ญาติ 18 ราย (90%)

สาเหตุไตวายเรื้อรังจากการเจริญบกพร่องของไต (renal hypoplasia) 5 ราย (25%) และไตอักเสบลูปัส (lupus nephritis) 5 ราย (25%) อาการที่พบ ลักษณะน้ำยาที่ปล่อยออกขุน 12 ครั้ง (100%) อาการปวดท้องและมีไข้ 9 ครั้ง (75%) เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ pseudomonas aeruginosa พบ 3 ครั้ง (25%)

ในปี พ.ศ. 2564 เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเข้าสู่การศึกษา ทั้งหมด 22 ราย พบว่า เป็นเพศหญิง 12 ราย (54.55%) อายุที่เริ่มล้างไตทางช่องท้องเฉลี่ย 8.77 ปี (SD= 4.88) สิทธิการรักษาเป็นบัตรสุขภาพถ้วนหน้า 19 ราย (86.36%) มีภูมิคุ้มกันออกจังหวัดขอนแก่น 21 ราย (95.45%) คนล้างไตทางช่องท้องให้ ส่วนใหญ่เป็นพ่อ/แม่/ญาติ 19 ราย (86.36%) สาเหตุไตวายเรื้อรัง จากการเจริญบกพร่องของไต (renal hypoplasia) 4 ราย (18.18%) และไตอักเสบลูปัส (lupus nephritis) 4 ราย (18.18%) อาการที่พบ ลักษณะน้ำยาที่ปล่อยออกขุน 1 ครั้ง (50%) อาการปวดท้องและมีไข้ 1 ครั้ง (50%) เชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ staphylococcus epidermidis และ acinetobacter baumannii พบ 1 ครั้ง (50%)

2. ผลการศึกษาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 และ 2) คะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2564

2.1 เปรียบเทียบอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ในปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564

ข้อมูลเยื่อช่องท้องอักเสบในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แสดงดังตารางที่ 1 ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเข้ารับการล้างไตทางช่องท้อง 20 ราย รวมระยะเวลาที่ติดตามการรักษา เท่ากับ 215 เดือน พบว่า มีจำนวนการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 12 ครั้ง โดยอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในกลุ่มนี้ เท่ากับ 0.67 ครั้ง/ราย/ปี และในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยเข้ารับการล้างไตทางช่องท้อง 22 ราย รวมระยะเวลาที่ติดตามการรักษา เท่ากับ 209 เดือน พบว่ามีจำนวนการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 2 ครั้ง โดยอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบในกลุ่มนี้ เท่ากับ 0.11 ครั้ง/ราย/ปี เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ chi-square test เปรียบเทียบอัตราการเกิด เยื่อช่องท้องอักเสบ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ระหว่างปี พ.ศ. 2563 และช่วงปี พ.ศ. 2564

ข้อมูล	ระยะเวลาที่ ติดตามการรักษา (เดือน)	จำนวนครั้งที่ ติดเชื้อ (ครั้ง)	อัตราการเกิดเยื่อช่อง ท้องอักเสบ (ครั้ง/ราย/ปี)	p-value
ปี พ.ศ. 2563 (20 ราย)	215	12	0.67	0.0086*
ปี พ.ศ. 2564 (22 ราย)	209	2	0.11	

* $p\text{-value}<0.05$

2.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 22 ราย พบว่าผู้ดูแล มีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 18.31 คะแนน (SD=1.25) ซึ่งมีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก ทั้งหมด 22 ราย (100%) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (n=22)

ตัวแปร	คะแนนต่ำสุด- สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับความรู้/จำนวนคน (ร้อยละ)
คะแนนความรู้	18- 20	18.31 (1.25)	มาก/22 ราย (100.0)

2.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง

คะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 22 คน พบว่าผู้ดูแลมีคะแนนต่ำสุด 18 คะแนน และคะแนนสูงสุด 24 คะแนน คะแนนทักษะของผู้ดูแล โดยรวมมีค่าเฉลี่ย 22.27 คะแนน (SD=1.93) ซึ่งมีระดับทักษะอยู่ในระดับมาก ทั้งหมด 22 ราย (100%) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคะแนนทักษะเกี่ยวกับการล้างมือ ขั้นตอนการเปลี่ยนน้ำยา การต่อระบบและการปล่อยน้ำยาออกทางช่องท้อง การปิดระบบ และการเก็บอุปกรณ์ มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 7.68 คะแนน (SD=0.78), 4.40 คะแนน (SD=0.79), 2.7 คะแนน (SD=0.43), 1.9 คะแนน (SD=0.29), 3.64 คะแนน (SD=0.58) และ 1.86 คะแนน (SD=0.35) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (n=22)

การประเมินทักษะ	คะแนนเต็ม	คะแนนต่ำสุด-สูงสุด	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับทักษะ/ราย (ร้อยละ)
1 การล้างมือ	8	5-8	7.68 (0.78)	
2 ขั้นตอนการเตรียมเปลี่ยนน้ำยา	5	2-5	4.40 (0.79)	
3 การต่อระบบ/การปล่อยน้ำยาออกทางช่องท้อง	3	2-3	2.7 (0.43)	
4 การใส่น้ำยาล้างไตทางช่องท้อง	2	1-2	1.9 (0.29)	
5 การปิดระบบ	4	2-4	3.64 (0.58)	
6 การเก็บอุปกรณ์	2	1-2	1.86 (0.35)	
รวม	24	18-24	22.27 (1.93)	มาก/22 (100.0)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ที่เข้ารับการรักษาศึกษาในคลินิกล้างไตทางช่องท้อง หน่วยไตกรรมเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า มีผู้ดูแลเป็นผู้ทำการล้างไตให้ สาเหตุไตวายเรื้อรัง เกิดจากการเจริญบกพร่องของไต (renal hypoplasia) และโรคไตอักเสบเรื้อรัง (lupus nephritis) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนเพศหญิงที่มีความผิดปกติของไตและไตอักเสบเรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและถูกต้อง จะทำให้เกิดไตวายเรื้อรังได้²² ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กจะถูกส่งตัวมาจากต่างจังหวัดเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องจากกุมารแพทย์โรคไตในภาคอีสานมีจำนวนน้อย เด็กวัยนี้ยังไม่สามารถรับผิดชอบล้างไตได้ด้วยตนเอง จึงต้องมีผู้ดูแลเป็นผู้ทำการล้างไตให้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ⁶⁻⁷

ผลลัพธ์การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี พบว่าอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 0.11 ครั้ง/ราย/ปี ในปี พ.ศ.2564 น้อยกว่า อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ 0.67 ครั้ง/ราย/ปี ในปี พ.ศ.2563 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และผลการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 18.31 คะแนน (SD=1.25) และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ เท่ากับ 22.27 คะแนน (SD=1.93) ระดับความรู้และทักษะอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่า การดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงซึ่งมีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณี ดำเนินการติดตามเยี่ยมผ่านแอปพลิเคชันไลน์¹⁷⁻¹⁸ สอนชี้แนะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ตรงกับสภาพบริบทปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความมั่นใจในการล้างไตทางช่องท้อง สามารถ

ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบ มีการทบทวนความรู้ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลสามารถล้างไตอย่างถูกวิธีและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตามประเด็นปัญหาที่พบ เช่น ผู้ป่วยมีปัญหาช่องทางสายออกเริ่มมีการอักเสบ จำนวน 3 ราย พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้ประเมินอาการติดเชื้อจากภาพถ่ายที่ผู้ดูแลส่งมาทางไลน์และให้การรักษาก่อนที่การอักเสบจะลุกลาม ผู้ป่วยเด็ก 1 ราย ที่สายขาดในช่วงกลางดึก ผู้ดูแลได้ติดต่อพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ซึ่งได้ประสานการทำงานร่วมกับแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้การดูแลตามมาตรฐานเมื่อสายล้างไตสัมผัสเชื้อ ผู้ป่วยจึงไม่เกิดการติดเชื้อเยื่อช่องท้องขึ้น ทำให้อัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ ลดลงอย่างชัดเจนและเป็นไปตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้อัตราเยื่อช่องท้องอักเสบ ไม่เกิน 0.5 ครั้ง/ราย/ปี⁵ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการจัดการรายกรณีทำให้พยาบาลกับผู้ป่วยได้ใกล้ชิดคุยกันมากขึ้น มีการประเมินความเข้าใจ ใช้สื่อที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากประเด็นปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้²³⁻²⁴ เพราะเมื่อเวลาผ่านไปแม้ว่าหลังการสอนตามโปรแกรม ผู้ดูแลสามารถสอบผ่านเกณฑ์ แต่เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านในสถานการณ์จริง อาจมีปัญหาในเรื่องการดูแล หากมีการประเมินสภาพผู้ป่วย ให้ความรู้ที่จำเป็น และสามารถสื่อสารกับพยาบาลเมื่อพบปัญหาได้ทันที ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่สามารถโหลดไว้ในมือถือได้ จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการประเมินและค้นหาความเสี่ยงของผู้ป่วยก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น และทำให้พยาบาลหาทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทันทั่วทั้งที่ ทั้งเรื่องการประเมินการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ เมื่อเริ่มพบความผิดปกติผู้ดูแลสามารถส่งภาพข้อมูลมาให้พยาบาล ทำให้สามารถแก้ปัญหาลดความรุนแรง ลดอุบัติเหตุการเข้ารับการรักษา และต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยได้²⁵ และผู้จัดการรายกรณี มีหน้าที่ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของผู้ป่วยและออกแบบแผนการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน การดูแลเน้นไปที่การเฝ้าระวังอาการและปฏิบัติตามแผนการดูแล รวมถึงการให้คำแนะนำและการสนับสนุนที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องรายบุคคล

สรุปแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี มีการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ทำหน้าที่เป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณีกับทีมสหสาขา ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กล้างไตทางช่องท้องสามารถลดอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้อย่างชัดเจนมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำผลวิจัยนี้ไปใช้ ในการวางแผนฝึกอบรมความรู้และฝึกทักษะให้พยาบาล มีสมรรถนะในการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีร่วมกับแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการติดตามจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
2. นำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบโดยมีพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเป็นผู้จัดการรายกรณีไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพทราบบริบท ปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถติดตามสถานการณ์ของการติดเชื้อและหาแนวทางช่วยเหลือ ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทันเวลา
3. ควรมีการสนับสนุนทั้งเชิงนโยบาย โครงสร้าง กระบวนการปฏิบัติงาน และระบบสนับสนุนที่ยั่งยืนให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคล ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. นำแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ไปต่อยอดศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีการควบคุมตัวแปรเกิน รวมทั้งติดตามผลลัพธ์ในหลายช่วงเวลาเพื่อประเมินผลลัพธ์การดูแลได้ถูกต้องและรวดเร็ว
2. ควรมีการศึกษาไปข้างหน้าเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาการจัดการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดียิ่งขึ้น
3. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (clinical nursing practice guideline) โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องและติดตามประเมิน ผลลัพธ์ เพื่อยกระดับผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้นต่อไป
4. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผล ความคุ้มค่า คำนวณของการดูแล โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี เพื่อป้องกันเยื่อช่องท้องอักเสบในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง โดยใช้การออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง หรือการวิจัยและพัฒนา

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง บุคลากร ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไต คุณอุบล จ่วงพานิช และคุณอุบลรัตน์ ต้อยมาเมือง ที่ให้การอนุเคราะห์ช่วยเหลือเพื่อให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Ling CW, Sud K, Peterson G, Fethney J, Van C, Patel R, et al. Characteristics and outcomes of hospital-acquired and community-acquired peritonitis in patients on peritoneal dialysis: A retrospective cohort study. *J Nephrol* 2023;36(7):1877–88. doi: 10.1007/s40620-023-01597-w. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36913080; PMCID: PMC10543707.
2. Alangari R, Alzaben S, Alsmail H, Almokali K, Alotibi R, Othman F, et al. A retrospective analysis of peritoneal dialysis-associated peritonitis at a single-care children's hospital in Saudi Arabia. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2021;32(3):735-43. doi: 10.4103/1319-2442.336769. PMID: 351029 16.
3. Suanpoot W. Effects of coaching on practices of continuous ambulatory peritoneal dialysis patients in prevention of infection song, Phrae. *PMJCS* 2021;29(1):91–100. (in Thai)
4. Sunnyraj MM. Risk factors, microbiology, and outcomes of CAPD-related peritonitis at HELEN JOSEPH hospital, South Africa. *KI Reports* 2023 [cited 2024 Jan 2];8:S1–473. Available from: <https://wiredspace.wits.ac.za/bitstreams/37e14b5d-c884-44d5-a8a6-98cbee019667/download>
5. Li PKT, Szeto CC, Piraino B, de Arteaga J, Fan S, Figueiredo AE, et al. ISPD peritonitis recommendations: 2016 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 2016;36(5):481–508. doi: 10.3747/pdi.2016.00078.
6. Wisanuyotin S, Lertchanaruengrith P, Jiravuttipong A. Peritonitis in children receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis in northeast Thailand. *J Med Assoc Thai* 2011 ;94(7):789-93. PMID: 21774284.

7. Bannalai P, Panombaulert S, Wisanuyotin S. Incidence of peritonitis and associated factors in children receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis: A retrospective survey in a hospital in Northeastern Thailand (2007-2016). *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2020;51(3):270-9.
8. Pongwilairat N. Complications and clinical outcomes in peritoneal dialysis pediatric patients. *Buddhachinaraj Med J* 2022;39(1):21-30. (in Thai)
9. Tiawilai T, Tantivichitvej R. The incidence and risk factors of first peritonitis episode in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients of Photharam hospital. *Reg 4-5 Med J* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 4];39(1):51-64. Available from: [https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article /view/240098](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/240098). (in Thai)
10. Homnan N. Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patient education. Khon Kaen university, Thailand: Khon Kaen University Printing; 2009. (in Thai)
11. Suwan D, Sea-Sia W, Songwathana P. Effects of nursing case management program on care outcomes in patients with multiple trauma. *J Thail Nurs Midwifery Counc* 2018;33(4):33-45. (in Thai)
12. Annapanurak R, Manit A. Development of nursing service system among chronic kidney disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis by using case management concept at King Narai hospital, Lop Buri. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2015; 26(1):133-48. (in Thai)
13. Koson S, Phatcharawan S. Effects of case management in chronic kidney disease patients on volume overload, Chronic Kidney Disease Clinic, Kumphawapi hospital. *Udonthani Hosp Med J* 2018;26(2):166-77. (in Thai)
14. Boonmee L, Pitaksin D, Choomee P, Tiyawisutsri C. Development of professional nurses' competence into nursing case managers using the framework of advanced nursing practitioners and adult learning theory. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educ Cent* 2018;35(1): 103-12. (in Thai)
15. Laoatiman W, Somwatee T, Mutumol P, Tamdee D. The development care system for diabetes mellitus patients: a case management model Saraphi hospital Saraphi, District Chiangmai Province. *Udonthani Hospital Medical Journal* 2017;25(3):283-93. (in Thai)
16. Powell SK, Tahan HM. Case management: A practical guide for education and practice. 4th ed. Philadelphia: LWW; 2018. ISBN-10:1496384253.
17. Lapkitichaloenchai S. Effects of line application individual counseling program towards stress and self-Potential of caregiver of CAPD patients. *J Dep Med Serv* 2020;45(3):42-50. (in Thai)
18. Sungkasrisombut K, Machara S, Promsri M, Panit N. Development of health education and health counseling model using LINE official account application for mothers in caring for infants with premature births. *Reg Health Promot Cent 9 J* 2022;16(2):623-41. (in Thai)
19. Pawong N, Sookpie P, Wangsrikhon S. Effects of health education and health counseling model using Line Official Account Application for patients with type 2 diabetes mellitus receiving self-insulin injections. *J Nurs Sci Health* 2023;46(4):117-31. (in Thai)

20. Chuemongkon W, Changsirikulchai S, Janma J, Boonnasak C, Leelasubwong T. Self-care knowledge and quality of life in chronic end stage renal disease patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis at HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center hospital. *Srinagarind Med J* 2016;31(1):47–58. (in Thai)
21. Yun VWS, Ulang NM, Husain SH. Measuring the internal consistency and reliability of the hierarchy of controls in preventing infectious diseases on construction sites: The Kuder-Richardson (KR-20) and cronbach's alpha. *J Adv Res Appl Sci Eng Technol* 2023;33(1):392–405.
22. Chongchet N. Predictor of rapidly progressive glomerulonephritis in pediatric SLE. *Med J Srisaket Surin Buriram Hosp* 2021;36(2):293–305. (in Thai)
23. Tachapiroj K, Intachub S, Ponpinit N, Hangkasi M. Development of infected continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) patient nursing care system, Udonthani hospital. *Reg 11 Med J* 2019;33(3):565–80. (in Thai)
24. Promdee A, Chaitrong T. Effectiveness of case management among patients with diabetes mellitus in primary care cluster at Mukdahan hospital. *Res Dev Health Syst J* 2020;13(1):292–9. (in Thai)
25. Rongmuang D, Sukrungreung I, Mattayart S, Udompat P, Sarakshetrin A, Kumlaka S, et al. The development of telemedicine for caring patient undergoing peritoneal dialysis: Lesson learned from the COVID-19 pandemic. *J Health Syst Res* 2023;17(1):108–27. (in Thai)



การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก*

ประกายแก้ว ศิริพูล ปร.ด.**

แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ พย.ม.*** เพ็ญแข จันทรราช พย.ม.****

บทคัดย่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการวิจัย เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงกับสถานการณ์และลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการจะวัด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น เพื่อประโยชน์สูงสุดของการวัดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก จำนวน 40 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก จำนวน 4 ชุด สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม การวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยการนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร การร่างข้อคำถามในการวัดตัวแปร และการกำหนดรูปแบบของการวัด 2) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ด้วยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) กำหนดเกณฑ์ที่ยอมรับได้ 0.60 ขึ้นไป ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) 0.80 ขึ้นไป และทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น และ 3) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติด้วยวิธีการตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α -coefficient) ที่ 0.70 ขึ้นไป

ผลการศึกษาพบว่า เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่สร้างขึ้นมีค่า IOC แต่ละฉบับ 0.67-1.00 ค่า S-CVI 0.81-0.93 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.81-0.92 ถือได้ว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักได้

คำสำคัญ: เด็กและวัยรุ่น พฤติกรรมการดูแล ผู้ดูแล โรคลมชัก

วันที่รับบทความ 14 มกราคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 19 มีนาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 23 มีนาคม 2567

*งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจาก ทุนสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม/สิ่งประดิษฐ์ทางการแพทย์ จากเงินกองทุนวิจัย นวัตกรรมและบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล praksi@kku.ac.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The development of caring behaviors assessment questionnaires for caregivers of children and adolescents with epilepsy*

Prakaikaew Siripoon Ph.D.**

Kaewkarn Sueram M.N.S.*** Penkha Chunrat M.N.S.****

Abstract

Research tools are important and play an important role in research as they are employed to measure the situations and the behaviors that need to be measured. This research aims to develop the tools to assess the caregiving behaviors of caregivers of children and adolescents with epilepsy and verify the quality of the developed tools for maximum benefit of measurement consistent with the objectives.

Purposive sampling was administered to select the samples, namely 3 experts in the field of examining research tools and 40 caregivers of children and adolescents with epilepsy. The research tools were four caregiving behaviors assessment questionnaires for caregivers of children and adolescents with epilepsy, classified into caregivers of toddlers, preschool children, school-aged children, and adolescents with epilepsy which were developed according to Orem's self-care theory. The research process consisted of 3 steps. 1) The research tools were constructed based on related concepts or theories. The conceptual and operational definitions of variables were defined. The questions for measuring variables were drafted. The assessment format was determined. 2) The research tools were verified for quality by using the Index of Item Objective Congruence (IOC) at 0.60 or higher and the Content Validity Index (S-CVI) at 0.80 or higher and then trying out the research tool. 3) The validity of the research tools was checked by piloting them with the caregivers of children and adolescents with epilepsy with the same qualifications as the sample group. The reliability was tested by determining Cronbach's alpha coefficient (α -coefficient) at 0.70 or higher.

The findings revealed that the IOC values of each developed caring behaviors assessment questionnaire for caregivers of children and adolescents with epilepsy were 0.67-1.00, S-CVI 0.81-0.93, and Cronbach's alpha coefficients were 0.81-0.92. Therefore, the tools were reliable, and can be used to assess caring behaviors of caregivers of children and adolescents with epilepsy.

keywords: children and adolescents; caring behavior; caregivers; epilepsy

Received 14 January 2023 Revised 19 March 2024 Accepted 23 March 2024

*This research was funded by the Nursing Innovations/Inventions Development Support; Research, Innovation and Academic Service Fund; Faculty of Nursing Khon Kean University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, Email: praksi@kku.ac.th

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Senior professional nurse, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

โรคลมชัก (epilepsy) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เป็นภาวะที่บุคคลมีอาการชัก (seizure) เกิดขึ้นซ้ำมากกว่า 2 ครั้ง โดยเกิดขึ้นห่างกันมากกว่า 24 ชั่วโมง อาการชักเกิดขึ้นได้โดยไม่มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน¹⁻² โดยโรคลมชักเป็นโรคระบบประสาทเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก ประมาณ 50,000-200,000 รายต่อปี มีอัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 20³ คาดการณ์ว่าเด็กทั่วโลก ร้อยละ 0.5-1.0 ได้รับผลกระทบจากโรคลมชัก พบความชุก (prevalence) ของการเกิดโรคลมชักในเด็ก ตั้งแต่ 58-144 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน⁴ ในประเทศไทยพบความชุกของการเกิดโรคลมชักในเด็ก 41-187 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมักพบในช่วงขวบปีแรก ส่วนอายุที่มีอาการชักมากที่สุด คือ 5-9 ปี โดยมีความชุก 17 คนต่อประชากร 1,000 คน⁵ การเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา เกิดความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก⁴ หากอาการชักเกิดขึ้นอย่างรุนแรง ฉับพลัน และชักเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ ผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล พฤติกรรมก้าวร้าว ด้านสังคมมีการแยกตัวจากสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง⁶ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการรักษาด้วยยากันชักเป็นระยะเวลานานหรือการดูแลที่ไม่ถูกต้อง⁷ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เกิดความสูญเสียทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์และเศรษฐกิจของประเทศ¹

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuity care) ในการติดตามประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ปรับขนาดยาให้เหมาะสม โดยมีเป้าหมายควบคุมไม่ให้มีอาการชักเลย การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและครอบครัวในการดูแลสุขภาพ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการชัก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเล่นและออกกำลังกาย เป็นต้น¹ อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบนสุขภาพ เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็ก อีกทั้งยังมีปัญหาด้านสุขภาพและระดับพัฒนาการที่กำลังอยู่ในระยะพัฒนา จึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็ก โดยความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ตามแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม⁸ หมายถึงการมีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจในการกระทำอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและความผาสุก โดยสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการปฏิบัติที่บุคคลปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ⁹ ดังนั้น จึงถือได้ว่าผู้ดูแลนั้นมีความสำคัญในการดูแลเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก จึงมีความจำเป็นในการติดตามและประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเป็นระยะ เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ในรายที่ไม่สามารถดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง⁷

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักวัยเรียนเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมสำหรับเด็กทุกช่วงวัย ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านการดูแลส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่มีความเฉพาะในแต่ละช่วงวัย อีกทั้งการพัฒนาเครื่องมือพัฒนาขึ้นจากตัวอย่างแบบสัมภาษณ์ของงานวิจัยกึ่งทดลอง เรื่องผลของสื่อการ์ตูนแอนิเมชันร่วมกับนิทานภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย¹⁰ ซึ่งลักษณะการเจ็บป่วยมีความแตกต่างกับเด็กโรคลมชักในเรื่องของการดูแลที่เฉพาะ ส่วนการศึกษาอื่น ๆ เป็นการประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับเด็กอายุ 1-12 ปี ในการวัดความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคลมชัก การบริหารยากันชัก และการดูแลช่วยเหลือเด็กขณะชักและหลังชัก¹¹ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการดูแลส่งเสริมพัฒนาการในเด็กแต่ละช่วงวัย รวมทั้งมีการพัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคลมชัก ที่สร้างตามแนวคิดของ Bandura¹² อย่างไรก็ตามพบข้อจำกัด คือ เป็นแบบประเมินที่ใช้กับผู้ดูแลเด็กทุกช่วงวัย ซึ่งไม่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมดูแลที่สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย

การสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยทางการแพทย์เป็นขั้นตอนที่สำคัญ โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การสร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง โดยการนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร การร่างข้อคำถามในการวัดตัวแปร การกำหนดรูปแบบของการวัด โดยสร้างเครื่องมือวิจัยเบื้องต้นจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์แนวคิด (concept analysis) จนได้แนวคิดที่ชัดเจนและระบุองค์ประกอบของแนวคิดที่ต้องการจะวัด จากนั้นจึงกำหนดนิยามศัพท์หรือนิยามเชิงปฏิบัติการของการวิจัย แล้วสร้างข้อคำถามจากนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้ให้ครอบคลุมจนได้เครื่องมือทั้งฉบับ ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น โดยนำเครื่องมือที่ได้ไปทดสอบคุณภาพ เพื่อให้สามารถวัดค่าของสิ่งที่ต้องการวัดที่เป็นจริงมากที่สุด และขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยใช้สถิติ¹³⁻¹⁴ โดยสามารถตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยได้หลากหลายวิธี ได้แก่ ความตรง (validity) ความเชื่อมั่น (reliability) ความยากง่าย (difficulty) และอำนาจจำแนก (discrimination) เป็นต้น¹⁵ โดยความตรงของเครื่องมือวิจัย เป็นความสามารถของเครื่องมือในการวัดคุณลักษณะของตัวแปรหรือสิ่งที่ต้องการวัดได้จริง¹⁶ สามารถวัดได้ตามเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด¹⁷ ส่วนความเชื่อมั่น (reliability) หมายถึง ความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้จากการวัดหรือการทดสอบที่ต่างกัน ก็จะได้ผลที่ไม่ต่างกัน การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถวัดลักษณะที่เป็นนามธรรมได้ตรงตามวัตถุประสงค์¹⁵

จากความสำคัญของการประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก ที่มีความครอบคลุมกับปัญหาความต้องการการดูแลของเด็กในแต่ละช่วงวัย ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในการสร้างเครื่องมือวัดระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่ได้คุณภาพตามเกณฑ์ของการพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ถูกต้องสอดคล้องกับการวิจัยทางการแพทย์ ซึ่งการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย เพื่อให้ได้เครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลที่มีคุณภาพ สามารถประเมินได้ถูกต้องแม่นยำมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่เหมาะสม ในเด็กแต่ละช่วงวัยเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักอายุระหว่าง 1 ปี - ต่ำกว่า 18 ปี ที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของเด็กแต่ละช่วงวัย ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ

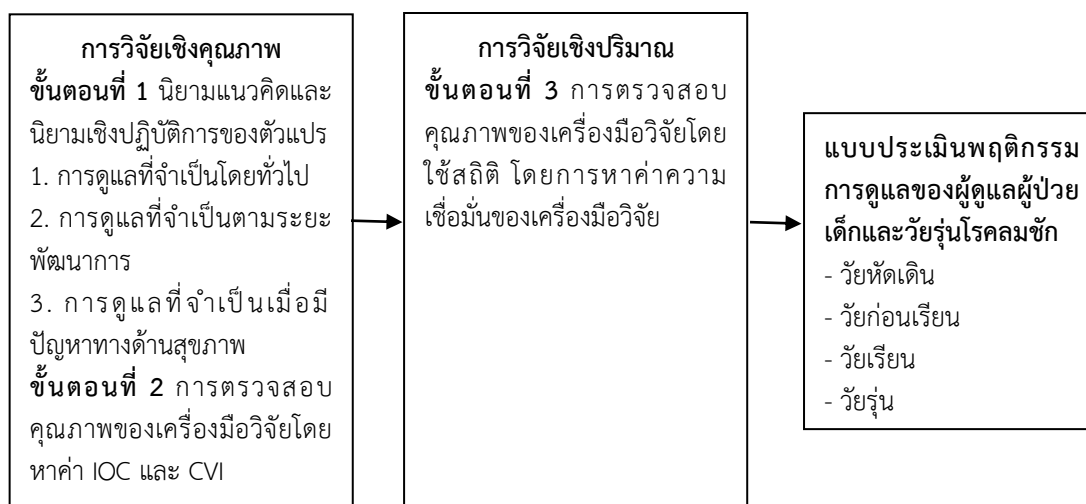
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methodology research) แบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (the explanatory sequential design) ออกแบบการวิจัยโดยมีการดำเนินการวิจัยสองระยะ (two phase) ระยะแรกเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และระยะที่สองเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในระยะแรกโดยใช้สถิติเพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยปฏิบัติตามขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร (define the concept and the operational definition of specific variable) เป็นการให้ความหมายของตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎี¹³ ซึ่งการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักในครั้งนี้นพัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) ที่เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการเรียนรู้ พินิจพิจารณา ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติ เพื่อไปสู่เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่ครอบคลุมการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisite) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (development self-care requisites) และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites)⁸ รวมทั้งการกำหนดรูปแบบของการวัด (response formats)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ด้วยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) และการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI)¹⁸

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สถิติ ใช้การวิเคราะห์รายข้อและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (item analysis and reliability) รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย โดยการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก อายุระหว่าง 1 ปี ถึงต่ำกว่า 18 ปี ที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลทั้งหมดของเด็กแต่ละช่วงวัย ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methodology research) แบบเชิงสำรวจเป็นลำดับ (the explanatory sequential design) ออกแบบการวิจัยโดยมีการดำเนินการวิจัยสองระยะ (two phase) ระยะแรกเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในการนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรในการวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สถิติ ซึ่งในกระบวนการศึกษาวิจัยใช้กระบวนการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล¹³ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้าง

เครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นข้อเสนอนี้จากผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ด้วยการหาค่า IOC และ CVI ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และ 3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สถิติ ด้วยการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ก่อนนำไปใช้จริงในการศึกษาวิจัยในระยะต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคระบบประสาทในเด็ก อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักและทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก และ 2) กลุ่มทดลองใช้เครื่องมือวิจัย คือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น จำนวนช่วงวัยละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน ใช้วิธีการเลือกตามความสะดวกของผู้วิจัย มีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก โดยจะต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ไม่มีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น มีความพิการแต่กำเนิด เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันหรือเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคปอดอักเสบ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคเมะเร็ง เป็นต้น ผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลัก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่ออยู่ที่บ้าน และผู้ดูแลมีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายได้เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทยกลางหรือภาษาถิ่นคือภาษาอีสาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบประเมินสำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยมีลักษณะ ดังนี้

1) แบบประเมินสำหรับตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้

1.1) หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ใช้ในการหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยทั้งรายข้อและทั้งฉบับ โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามและลงความเห็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงมาก จึงจะวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามวัดคุณลักษณะตรงตามนิยาม โดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป¹⁸

1.2) หาค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (indexes of item-objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถาม มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์แต่ละข้ออย่างไร ให้คะแนน +1 หมายถึง ข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจ และ -1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามที่ยอมรับได้ คือ 0.50 ขึ้นไป หากค่าที่ได้ต่ำกว่า 0.50 มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนและความสอดคล้องมากขึ้น¹⁹⁻²⁰

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ที่ผ่านเกณฑ์การแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 4 ชุด ชุดละ 32 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน (อายุ 1 ปี 1 วัน – 3 ปี) วัยก่อนเรียน (อายุ 3 ปี 1 วัน – 5 ปี) วัยเรียน (อายุ 6 ปี – 14 ปี) และวัยรุ่น (อายุ 14 ปี 1 วัน - ต่ำกว่า 18 ปี) เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ดูแลเลือกตอบตามพฤติกรรมการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ได้ปฏิบัติมาก น้อย มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติตามพฤติกรรมการณ์ที่ระบุไว้เลย ปฏิบัติน้อย หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมการณ์ที่ระบุไว้น้อย หรือนาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมการณ์ที่ระบุไว้บ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติตามพฤติกรรมการณ์ที่ระบุไว้ทุกครั้ง เกณฑ์การให้คะแนน ให้คะแนนตามระดับที่ปฏิบัติได้มากน้อย คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติทุกครั้ง เป็น 1, 2, 3, และ 4

ตามลำดับ แบ่งการแปลผลระดับพฤติกรรมการณ์ดูแล โดยพิจารณาตามเกณฑ์ประเมินผลความคาดหวังของบลูม²¹ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก รวม 128 คะแนน การแปลผลพฤติกรรมการณ์ดูแลมาก หมายถึง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (102.41-128 คะแนน) พฤติกรรมการณ์ดูแลปานกลาง หมายถึง ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (76.80-102.40 คะแนน) และพฤติกรรมการณ์ดูแลน้อย หมายถึง ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (32-76.79 คะแนน)

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักจำแนกรายด้าน ดังนี้

2.1 การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อ 1-13 รวม 52 คะแนน การแปลผลพฤติกรรมการณ์ดูแลมาก หมายถึง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (41.61-52 คะแนน) พฤติกรรมการณ์ดูแลปานกลาง หมายถึง ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (31.2-41.60 คะแนน) และพฤติกรรมการณ์ดูแลน้อย หมายถึง ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (13-41.59 คะแนน)

2.2 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 5 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อ 14-18 รวม 20 คะแนน การแปลผลพฤติกรรมการณ์ดูแลมาก หมายถึง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (16.01-20 คะแนน) พฤติกรรมการณ์ดูแลปานกลาง หมายถึง ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (12.00-16.00 คะแนน) และพฤติกรรมการณ์ดูแลน้อย หมายถึง ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (5 – 11.99 คะแนน)

2.3 การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพ 14 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อ 15-32 รวม 56 คะแนน การแปลผลพฤติกรรมการณ์ดูแลมาก หมายถึง ระดับคะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (44.81-56 คะแนน) พฤติกรรมการณ์ดูแลปานกลาง หมายถึง ระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (33.60-44.80 คะแนน) และพฤติกรรมการณ์ดูแลน้อย หมายถึง ระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (14-33.59 คะแนน)

วิธีดำเนินการสร้างเครื่องมือวัด

ในการสร้างเครื่องมือการวิจัย สามารถแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ขั้นตอน¹³ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างเครื่องมือวิจัยจากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1.1 การนิยามแนวคิดและนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปร เป็นการให้ความหมายของตัวแปรตามแนวคิดทฤษฎี กำหนดจุดมุ่งหมายของแบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักเชิงอาการหรือพฤติกรรมที่สามารถนำไปคิดวิเคราะห์ได้ สร้างให้มีความชัดเจนได้จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอริเอม⁸ ที่เชื่อว่าบุคคลทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญและมีศักยภาพในการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาตน ด้วยการริเริ่มกระทำกิจกรรมอย่างเจตนาและมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองและดำรงไว้ซึ่งชีวิต ภาวะสุขภาพที่ดี และความผาสุก โดยมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เช่น ดูแลให้เด็กรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน ดูแลป้องกันการสำลักขณะให้นมหรืออาหาร ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ ดูแลให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอตามวัย เป็นต้น 2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) ได้แก่ การจัดของเล่นและกิจกรรมการเล่นให้เหมาะสมกับวัยของเด็กโรคลมชัก การดูแลเมื่อเด็กมีอาการหงุดหงิดไม่สุขสบาย การส่งเสริมสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลโดยให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็ก เป็นต้น และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (health-deviation self-care requisites) ได้แก่ การพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด การสนใจรับฟังความรู้เรื่องโรคลมชักและการดูแลเด็ก การจัดทำให้เด็กได้รับประทานยาต้านชักตามแผนการรักษา การปฏิบัติเมื่อลิ้มรับประทานยาต้านชัก การส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก การปฏิบัติเพื่อป้องกันเด็กชัก การปฏิบัติขณะเด็กชัก การสังเกตติดตามอาการชัก เป็นต้น จากนั้นรวบรวมพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กและ

วัยรุ่นโรคลมชัก เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลทั้ง 3 ด้าน วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของแนวคิดที่กำหนด เพื่อใช้ในการกำหนดข้อคำถามให้ครอบคลุม

1.2 การร่างข้อคำถามในการวัดตัวแปร คือการนิยามเชิงปฏิบัติการของตัวแปรมาร่างเป็นข้อคำถามให้มีปริมาณคำถามที่ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด ทั้งนี้ จำนวนข้อคำถามที่สร้างครั้งแรก ควรมีประมาณ 30 ข้อคำถามขึ้นไป²² มีการสร้างข้อคำถาม โดยจัดเตรียมเนื้อหาที่ได้จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม ใช้ภาษาที่มีความชัดเจน ไม่ตีความซับซ้อน ให้คำนิยามในแต่ละเงื่อนไขหรือตัวแปรที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ โดยระบุกิจกรรมความต้องการการดูแลที่จำเป็นที่ผู้ดูแลต้องกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเด็กในแต่ละวัยให้มีลักษณะที่เฉพาะตามวัย ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) ประกอบด้วย (1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ การบริโภคอาหารที่เพียงพอ (2) การคงไว้ซึ่งระบบขับถ่ายและการกำจัดของเสียของร่างกาย (3) ความสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน (4) ความสมดุลของการใช้เวลากับตนเองและการเข้าสังคม (5) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อชีวิต หน้าที่ และความผาสุกและ (6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้เต็มศักยภาพความสามารถภายใต้ระบบสังคมและข้อจำกัดที่มี

2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) ประกอบด้วย (1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ส่งเสริมกระบวนการชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเติบโตพัฒนาไปสู่ระดับขั้นของพัฒนาการในวัยต่าง ๆ และ (2) การดูแลและป้องกันการเกิดปัญหาและอุปสรรคที่อาจขัดขวางพัฒนาการของกระบวนการของชีวิต หรือหากมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นแล้วก็ต้องเอาชนะผลที่เกิดจากปัญหาและอุปสรรคเหล่านี้

3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (health-deviation self-care requisites) ประกอบด้วย (1) แสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่เหมาะสม (2) รับรู้และเข้าใจผลกระทบของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเอง (3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (4) รับรู้และให้ความสนใจต่อความไม่สุขสบายและผลข้างเคียงจากการรักษาที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเอง (5) ปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง และยอมรับตัวเองจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น และ (6) เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเจ็บป่วย ผลกระทบจากพยาธิสภาพและการรักษา เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่ให้สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

1.3 การกำหนดรูปแบบของการวัด โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยคือวัดระดับความเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก เป็นลักษณะคำถามให้ผู้ดูแลเลือกตอบตามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชักที่ได้ปฏิบัติมาก น้อย มีคำตอบให้เลือกเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพและทดลองใช้เครื่องมือวิจัยเบื้องต้น โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) หาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของภาษา และความชัดเจนในเนื้อหาของแบบสอบถาม จากนั้นนำมาหาดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) หากมีผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ค่า IOC ควรมีค่าระหว่าง 0.50-1.00 สำหรับงานวิจัยนี้กำหนดความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักมีค่า IOC 0.60 ขึ้นไป และหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป หลังจากนั้นมีการปรับแก้ไขแบบสอบถามให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สถิติ มีการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 4 ช่วงอายุ ช่วงอายุละ 10 ราย รวม 40 ราย ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือคือ จำนวน 30 ราย¹⁴ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2565 ณ ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แล้วนำผลจากการทดสอบมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ยอมรับได้ (α -coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.70 ขึ้นไป¹⁶

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นเนื้อหา เน้นสรุปตามความหมาย เปรียบเทียบการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง และตีความตามกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำค่าที่ได้ไปหาค่า IOC และ CVI ส่วนการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (statistical package for the social science for windows) version 28.0.1.0

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651350 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับประเด็นทางจริยธรรมในทุกขั้นตอนของการศึกษาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (tryout) เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ดำเนินการหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลจะเผยแพร่เป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก จำนวน 4 ชุด สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน (อายุ 1 ปี 1 วัน – 3 ปี) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยก่อนเรียน (อายุ 3 ปี 1 วัน – 5 ปี) ผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) และผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยรุ่น (อายุ 14 ปี 1 วัน – ต่ำกว่า 18 ปี) แบบสอบถามแต่ละชุดมี จำนวนคำถาม 32 ข้อ มีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคลมชักทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 5 ข้อ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ 14 ข้อ โดยมีรายละเอียดคำถามดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 รายละเอียดคำถามจำแนกตามการดูแลที่จำเป็น 3 ด้าน

การดูแลตนเอง	กิจกรรมการดูแล	ข้อคำถาม
1. การการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป 13 ข้อ	1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารอย่างเพียงพอ 2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบาย 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) การคงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 5) การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ 6) การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง	1, 2, 3 4, 5 6 7, 8 9, 10, 13 11, 12
2. การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ 5 ข้อ	1) การดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก 2) การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียจากการเจ็บป่วยที่มีผลต่อพัฒนาการ	14, 15, 16 17, 18
3. การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ 14 ข้อ	1) แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสม 2) รับรู้และเข้าใจผลกระทบของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วยที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเอง 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และให้ความสนใจต่อความไม่สุขสบายและผลข้างเคียงจากการรักษาที่มีต่อพัฒนาการและการทำหน้าที่ของตนเอง 5) ปรับเปลี่ยนความคิดที่มีต่อตนเอง และยอมรับตัวเองจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น 6) เรียนรู้ที่จะอยู่กับความเจ็บป่วย ผลกระทบจากพยาธิสภาพ และการรักษา เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและการทำหน้าที่ให้สามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง	19 20 21, 22, 23, 24, 26, 27 31, 32 25 28, 29, 30

ประเด็นข้อคำถามที่ปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ข้อ 3 ดูแลเฝ้าระวังขณะให้นมหรืออาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ข้อ 16 การเข้าใจพัฒนาการเด็กแต่ละวัย ข้อ 17 การดูแลเอาใจใส่เด็กตามสมควร ไม่ให้สิทธิพิเศษมากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ไม่ตามใจเรื่องไม่สมควร ข้อ 21 หากลิ้มรับประทานยากันชักในมือใด ให้รับประทานยาทันทีเมื่อทราบว่าลิ้ม ข้อ 22 การรับประทานยากันชักอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ข้อ 29 การสังเกตและบันทึกอาการชักเพื่อรายงานแพทย์ ข้อ 31 การสังเกตอาการข้างเคียงของยากันชัก และข้อ 32 การสังเกตอาการแพ้ยากันชัก

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

2.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (index of item objective congruence: IOC) เมื่อรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบครั้งที่ 2 และนำค่า IOC มาอีกครั้ง และพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตามเกณฑ์ 0.60 ขึ้นไป และหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ 0.80 ขึ้นไป รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	ค่า IOC รายข้อ	ค่า CVI ทั้งฉบับ
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน (อายุ 1 ปี 1 วัน – 3 ปี) จำนวน 32 ข้อ	0.67-1	0.81
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยก่อนเรียน (อายุ 3 ปี 1 วัน -5 ปี) จำนวน 32 ข้อ	0.67-1	0.84
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) จำนวน 32 ข้อ	0.67-1	0.93
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยรุ่น (อายุ 14 ปี 1 วัน-ต่ำกว่า 18 ปี) จำนวน 32 ข้อ	0.67-1	0.90

2.2 การหาค่าความเที่ยง (reliability) หรือความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดที่สร้างขึ้นมา พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด เท่ากับ 0.81-0.93 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ยอมรับได้ คือ มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.70 ขึ้นไป¹⁶ ซึ่งหมายถึง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักมีความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้จากการวัดที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการวัดซ้ำ โดยผู้ประเมินหลายคน¹⁵ เมื่อนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจตรงกัน รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก	Cronbach's alpha coefficient
1. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน (อายุ 1 ปี 1 วัน – 3 ปี)	0.92
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยก่อนเรียน (อายุ 3 ปี 1 วัน -5 ปี)	0.84
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี)	0.89
4. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยรุ่น (อายุ 14 ปี 1 วัน-ต่ำกว่า 18 ปี)	0.81

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่พัฒนาขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่ครอบคลุมการดูแลที่จำเป็น สำหรับเด็กโรคลมชัก ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหา

ทางด้านสุขภาพ และมีความเหมาะสมในการวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคลมชักแต่ละวัย คือ วัยหัดเดิน วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น แต่ละชุดมีคำถาม จำนวน 32 ข้อ ถือเป็นเครื่องมือในการวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล เนื่องจากเด็กเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agent) จากข้อจำกัดด้านพัฒนาการและภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วย⁹ หากผู้ป่วยเด็กโรคลมชักได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานยากันชักไม่ต่อเนื่องจนไม่สามารถควบคุมอาการชักได้ การจัดการกับอาการชักที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตได้⁷ และเด็กแต่ละวัยมีความต้องการการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน มีลักษณะเฉพาะตามวัย ทั้งในเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย เป็นต้น²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคลมชัก มีจำนวนคำถาม 33 ข้อ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมดูแลเด็กทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหา ค่า CVI 0.84 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.73¹⁰

การตรวจสอบความตรงของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคลมชัก มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดที่ต้องการวัด จำนวน 3-5 คน²³ โดยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 4 ชุด ข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแบบสอบถาม (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) 0.81-0.93 ซึ่งการหาค่า IOC และ CVI เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากมีเกณฑ์ในการบ่งบอกคุณภาพรายข้อชัดเจนว่าคำถามข้อใดควรได้รับการปรับปรุงหรือไม่ และข้อคำถามแต่ละข้อมีความตรงมากน้อยเพียงใดจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยค่า IOC และค่า CVI สามารถใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามเป็นรายข้อได้ นอกจากนี้ ค่า CVI ยังสามารถใช้ในการพิจารณาตัดสินคุณภาพของเครื่องมือทั้งฉบับได้ด้วยเช่นกัน²³⁻²⁴

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก จำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคลมชักวัยหัดเดิน (อายุ 1 ปี 1 วัน - 3 ปี) วัยก่อนเรียน (อายุ 3 ปี 1 วัน - 5 ปี) วัยเรียน (อายุ 6-14 ปี) และวัยรุ่น (อายุ 14 ปี 1 วัน - ต่ำกว่า 18 ปี) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92, 0.84, 0.89 และ 0.81 ตามลำดับ ซึ่งเกณฑ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยทั้งฉบับระหว่าง 0.70 - 0.80 ถือว่ายอมรับได้ ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.80 - 0.90 ถือว่าอยู่ในระดับดี และหากมีค่าความเชื่อมั่นที่ 0.90 ขึ้นไป ถือว่ามีความแม่นยำสูง¹⁶ หมายถึงเครื่องมือวิจัยมีความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดได้จากการวัดที่ต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการวัดซ้ำโดยผู้ประเมินหลายคนก็จะได้ผลที่ไม่แตกต่างกัน¹⁵ คำถามเป็น การใช้ภาษาเข้าใจง่าย ไม่มีคำถามวกวนกำกวม กลุ่มตัวอย่างอ่านคำถามแล้วเข้าใจตรงกันว่าหมายถึงประเด็นไหนถามอะไร²⁵

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักไปใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล โดยเลือกแบบสอบถามให้เหมาะสมกับช่วงอายุของเด็กแต่ละวัย เนื่องจากมีความแตกต่างกันในข้อคำถามโดยเฉพาะด้านความต้องการที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในการส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักแก่ผู้ดูแลต่อไป
2. สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักก่อนและหลังการจัดให้มีการจัดกระทำทางการพยาบาล (nursing intervention)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยเป็น 5 คน เพื่อให้มีความคิดเห็นที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จะทำให้ได้ค่า IOC ของข้อคำถามแต่ละข้อเข้าใกล้ 1 ซึ่งแสดงว่า เครื่องมือวิจัยมีความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากมีข้อเสนอแนะในการใช้เกณฑ์ค่า IOC รายข้อที่ 0.75 หรือมากกว่า เพื่อให้เครื่องมือวิจัยที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเพิ่มขึ้น²⁵
2. การเพิ่มกระบวนการในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่เป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นใหม่ ให้ครอบคลุมทั้งการตรวจสอบความเชื่อมั่น การตรวจสอบความตรง รวมทั้งองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ความเป็นปรนัย ความไว ความง่ายในการนำไปใช้ เป็นต้น
3. การปรับปรุงและเพิ่มเติมเนื้อหาของแบบสอบถามให้มีการวัดให้ครอบคลุมปัญหาความต้องการการดูแล สำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชักที่มีความแตกต่างกัน เช่น มีภาวะสมองพิการ มีภาวะความพิการด้านร่างกายร่วมด้วย เป็นต้น

References

1. Neurological Institute of Thailand. Clinical practice guidelines for epilepsy. Bangkok: Tana Place; 2016. (in Thai)
2. Meadows-Oliver M. Pediatric nursing made incredibly. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2019.
3. Richardson B. Pediatric primary care: Practice guideline for nurses. Indiana: HealthNet; 2017.
4. Aaberg KM, Gunnes N, Bakken IJ, Soraas CL, Berntsen A, Magnus P, et al. Incidence and prevalence of childhood epilepsy: A national cohort study. Pediatrics 2017;139(5): e20163908.
5. Nikrothanond T, Limwattananon C, Limwattananon S. Medicine possession ratio of antiepileptics in pediatric patients with epilepsy in Queen Sirikit National Institute of child health. Journal of the Department of Medical Service 2020;45(3):98-106. (in Thai)
6. Sueram K, Chanrat P. Problems, needs and strengthening of caregivers of children with epilepsy by applying System Theory. Journal of Nursing Science & Health 2021;44(3):98-109. (in Thai)
7. Sakulrungsajalas T. Effects of epilepsy on children: Prevention and treatment. Thai Journal of Nursing Council 2018;33(4):5-18. (in Thai)
8. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis, Mosby; 2001.
9. Srisaeng P. Theories and concepts related to nursing. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2017. (in Thai)
10. Piasupan R, Thanattheerakul C. The effects of educative supportive program using VCD and handbook on caregivers' caring behaviors for school age epilepsy. Journal of Nursing Science & Health 2017;40(2):11-21. (in Thai)
11. Saeui W. The effectiveness of educational program using cartoon animation video for caregivers of children with epilepsy on epilepsy knowledge of caregivers among children with epilepsy. Journal of The Department of Medical Service 2022;47(2):53-60. (in Thai)

12. Jarintana P, Kongsaktrakul C, Visudtibhan A. The effects of ability promoting program for caregivers of school-age children with epilepsy using CAI on knowledge, perceived self-efficacy, and outcome expectancy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2019;27(1):13-22. (in Thai)
13. Meehanpong P, Boonsin S. The development of nursing research instruments. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2021;22(1):10-19. (in Thai)
14. Polit D, Beck CT. *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott; 2014.
15. Pattanasombutsook M. Validation of nursing research reports and proper use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2021;8(2):329-43. (in Thai)
16. DeVellis RF. *Scale development: Theory and applications*. 4th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017.
17. Gray JR, Grove SK, Sutherland S. *Burns & grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
18. Phonphotthanamat W. A comparative study of verifying the content validity of a research instrument with the IOC, CVR and CVI. *RSU Library Journal* 2022;28(1):169-92.
19. Srisathitnarakoon B. *Development and validation of research instruments: Psychometric properties*. Bangkok: Printing House of Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
20. Chuayounan S. Mixed methods exploratory sequential design: Concept and application. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 2017;10(1):1394-404. (in Thai)
21. Bloom BA. *Evaluation of learning in school*. New York: McGraw-Hill; 1968.
22. Schinka JA, Velicer WF, Weiner IB. *Handbook of psychology: Research methods in psychology*, Vol. 2. Toronto: John Wiley & Sons Inc; 2013.
23. Chaichanawirote U, Vantum C. Evaluation of content validity for research instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2017;11(2):105-11. (in Thai)
24. Duangthipsirikul S. Finding or developing data collection tools to answer metrics [Internet]. Bangkok: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2018 [cited 2022 Aug 16]. Available from: http://oec.anamai.moph.go.th/download/OEC_2016/MEETTING2561/MAR2561/18_21Mar2018/Lecture%20Instrument.pdf
25. Waltz CF, Strickland O, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer Publishing Company; 2010.

