

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ Journal of Nursing Science and Health

ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2567 Volume 47 No.4 (October-December) 2024



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University

ISSN 2822-1133 (Online)

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

ที่ปรึกษา

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองคณบดีฝ่ายวิจัย นวัตกรรม และการต่างประเทศ
ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล
Professor Michele J. Upvall
Professor Ariko Noji
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย

บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาร์จัน จงอุดมการณ์ (darjon@kku.ac.th) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บรรณาธิการผู้ช่วย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุษบา สมใจวงศ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.รุจา ภูไพบูลย์
ศาสตราจารย์ ดร.วินา จิระแพทย์
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ตะปันทา
ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง
รองศาสตราจารย์ ดร.ชมนาด พจนามาตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ แก้วบุญชู
รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็ญจาด
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ
รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ์ เตียววิศิธร
รองศาสตราจารย์ ดร.สุริพร ธนศิลป์
รองศาสตราจารย์ ดร.โสฬส ฐนวล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร รุ่งเรืองกลกิจ
รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณชนก จันทชุม
รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา รวยสูงเนิน
รองศาสตราจารย์ ดร.สมรภพ บรรหารักษ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดลวิวัฒน์ แสนโสม

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เกษียณอายุราชการ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Advisory Board

Dean, Faculty of Nursing Khon Kaen University

Associate Dean for Research, Innovation, and International Affairs, Faculty of Nursing Khon Kaen University

Prof. Dr. Siriporn Chirawatkul

Professor Michele J. Upvall

Professor Ariko Noji

Assoc. Prof. Dr. Jintana Tangoraphonkchai

Editor

Prof. Dr. Darunee Jongudomkarn (darjon@kku.ac.th) Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Assistant Editors

Assist. Prof. Dr. Busaba Somjaivong

Assist. Prof. Dr. Ladawan Panpanit

Assist. Prof. Dr. Atchariya Wonginchan

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Editorial Board Members

Prof. Emeritus Dr. Rutja Phuphaibul

Prof. Dr. Veena Jirapaet

Prof. Dr. Darawan Thapinta

Prof. Dr. Sasitom Phumdoung

Assoc. Prof. Dr. Chommard Potjanamart

Assoc. Prof. Dr. Orawan Kaewboonchoo

Assoc. Prof. Dr. Johnphajong Phengjard

Assoc. Prof. Dr. Suparb Aree-Ue

Assoc. Prof. Dr. Chintana Wacharasin

Assoc. Prof. Dr. Wannee Decisres

Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp

Assoc. Prof. Dr. Sopen Chunuan

Assoc. Prof. Dr. Somporn Rungreangkulkij

Assoc. Prof. Dr. Wanchanok Juntachum

Assoc. Prof. Dr. Wasana Ruaisunmgnoen

Assoc. Prof. Dr. Samoraphop Banharak

Assist. Prof. Dr. Donwiwat Saensom

Ramathibodi School of Nursing, Mahidol University (Retire)

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Faculty of Nursing, Burapha University

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

School of Nursing, Mae Fah Luang University

Faculty of Public Health, Mahidol University

The Thai Red Cross College of Nursing

Faculty of Nursing, Mahidol University

Faculty of Nursing, Burapha University

Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University (Retire)

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Faculty of Nursing, Khon Kaen University

เรา...พยาบาล เคียงบ่าไหล่ร่วมจุดไฟสว่างไสวในคืนเดือนดับ

วารสารฉบับที่ 4 ปีที่ 47 นี้ เป็นฉบับในไตรมาสสุดท้ายของปีที่ 47 ของการรับใช้วิชาการในวงวิชาชีพการพยาบาลมาตลอด 47 ปี ที่เริ่มต้นจากการผลิตที่คณะพยาบาลศาสตร์เอง ต่อมา นำเข้าโรงพิมพ์ในการผลิต มีการเปลี่ยนชื่อวารสารจาก “วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น” มาเป็น “วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ” ตลอดเส้นทางบริการความรู้สู่สังคมวิชาการสุขภาพ วารสารนี้ได้ตีพิมพ์บทความ จำนวนปีละ 45 ถึง 60 เรื่อง มีค่าเฉลี่ย 50 บทความ/ปี ถ้านับตลอด 47 ปี รวมบทความที่นำเสนอสู่สายตาผู้อ่าน รวมกว่า 2,350 บทความ และมีคนไทยที่เข้าเยี่ยมชมเว็บไซต์ 10 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2552-2563 ประมาณ 103,000 ครั้ง เมื่อเรากำลังจะก้าวสู่ปีที่ 48 ในปี พ.ศ. 2568 ทีมงานกองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้อ่าน ผู้เขียน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้สนับสนุนทุกท่านที่เดินเคียงข้างกันมาตลอด 47 ปี ที่ขับเคลื่อนกันมา การทำวารสารวิชาการแน่นอนว่า เราทีมงานวารสารเป็นมากกว่าแหล่งตีพิมพ์บทความ เพราะที่นี้เปรียบเสมือนโรงเรียนหลังใหญ่ที่เป็นเวทีแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปด้วยกัน ความเป็นมิตรเอื้อโอกาสการปรับปรุง จนทำให้ทุกบทความที่ปรากฏสู่สายตาผู้อ่านเต็มเปี่ยมไปด้วยคุณภาพแห่งการเรียนรู้ทางวิชาการที่เราเชื่อมั่น คือ โรงเรียนทางปัญญาหาใช่ตลาดที่แสวงหาประโยชน์เชิงพาณิชย์แห่งการผลิตที่ทุนวิจัยหนา ประชากรคับคั่ง แต่จุดเน้น คือ ประเด็นว่าบทความแต่ละชิ้นให้การเรียนรู้ทางปัญญาอะไรแก่วิชาชีพและสังคม โดยเฉพาะวิชาชีพการพยาบาลที่มีพันธสัญญาแห่งการให้บริการแก่สังคมก้มหน้า ทำงานอย่างไม่รู้ความเหน็ดเหนื่อยท่ามกลางสหสาขาวิชาชีพ ผู้ร่วมงานและสิ่งแวดล้อมที่ไม่น่าอภิรมย์ตลอดการเดินทางของวารสารเราสามารถตระหนักได้ถึงพัฒนาการเปลี่ยนแปลงตามก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้รับบริการ สิ่งเหล่านี้ ก่อให้เกิดการปรับปรุงผลลัพธ์การดูแลให้เกิดประสิทธิภาพการดูแล อันเป็นดอกผลที่ได้จากการศึกษาและการวิจัยทางการพยาบาลและสุขภาพ ที่สร้างผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกการพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการดูแลความใส่ใจในการพิทักษ์สิทธิ์ผู้รับบริการ ความปลอดภัยอย่างเป็นองค์รวม ที่ดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ และจะนำมาซึ่งสุขภาวะและความอยู่ดีมีสุขของผู้รับบริการโดยรวม

อย่างไรก็ดี บนทางเดินอาชีพที่ไกลโหนย่อมมีอุปสรรคข้อจำกัดเป็นธรรมดา โดยเฉพาะในวิชาชีพการพยาบาลที่ต้องเผชิญสภาพงานหนัก ขาดอัตรากำลัง จนอาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟ เหนื่อยล้าทางร่างกาย อารมณ์และจิตใจ สภาพไม่สมบูรณ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ย่อมท้าทายการสร้างโจทย์การวิจัยเพื่อนำข้อค้นพบเข้าสู่การอภิปราย เพื่อการปฏิรูประบบการทำงานของวิชาชีพการพยาบาลที่ควรให้คุณค่าในฐานะมนุษย์มากกว่าตัวเลขสถิติในการบริหารจัดการบุคลากร จึงขอเรียนพี่น้องพยาบาลว่า บนเส้นทางนี้ท่านไม่ไร้เพื่อนร่วมทาง มาร่วมกันคิด ร่วมกันสร้างพลังแห่งความรู้ที่แข็งแกร่ง โดยการร่วมกันศึกษาวิจัยแก้ปัญหาและสนับสนุนกันและกัน จะเป็นหนทางรอดของวิชาชีพ...เราต้องก้าวข้ามอุปสรรคทั้งปวง โดยการร่วมยืนหยัดเคียงบ่าไหล่ เดินไปด้วยกันบนเส้นทางแห่งพลังความคิดนี้...

บางวันฟ้ามีดมืด

ตราบสมอง สองเท้าแกร่ง

ปิ่นข้าวเหนียว หางเกลียวหวาย

ผลลัพธ์ คือศรัทธา

ปรากการจิตยังเข้มแข็ง

มือมีแรงพร้อมเหยี่ยวยา

ร่วมใจกาย เร่งศึกษา

เคียงไหล่บ่า พาสร้างพลังเรา...พยาบาล

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

Together, we nurse and light the darkest room

This issue marks the 47th volume, 4th issue, of our journal, representing the final quarter of its 47th year in service to the nursing profession. From its inception 47 years ago, the journal's journey began with its production at the Faculty of Nursing. Later, the printing process was moved to a dedicated printing house. The journal's name was changed from "Journal of the Faculty of Nursing, Khon Kaen University" to "Journal of Nursing Science and Health" as it continued to provide knowledge services to the health academic community. Each year, the journal publishes between 45 and 60 articles, averaging about 50 per year. Over the past 47 years, this amounts to more than 2,350 articles shared with readers. In the last decade (2009-2020), the journal's website has been visited approximately 103,000 times by Thai users. As we approach the 48th year in 2025, the editorial team would like to extend our heartfelt gratitude to all our readers, authors, reviewers and supporters who have walked this path with us. We see journals as an intellectual school, not just a profit-driven marketplace. The articles we publish don't need to be large-scale or heavily funded research studies. Instead, we focus on the intellectual contributions that each article brings to our profession and society. This is particularly important for the nursing profession, which remains dedicated to serving society tirelessly, often within a multidisciplinary team and challenging work environments. Throughout the journal's journey, we have witnessed the development and advancement of technology applied in patient care, leading to improved care outcomes. These advancements are the fruits of nursing and health research, which have produced clinical nursing experts and enhanced the quality of care. This progress is reflected in the increased attention to protecting patient rights and ensuring safety, upholding the dignity of clients, and contributing to the overall well-being of those we serve.

However, the long path of this profession is not without its natural challenges and limitations, particularly in nursing, where heavy workloads, staff shortages, and potential burnout can lead to physical, emotional, and mental exhaustion. These challenges underscore the need for research that addresses and reforms the nursing profession's work systems, emphasizing the value of humanity over statistical metrics in workforce management. To our fellow nurses, know that you are not alone on this journey. Let's come together to build a strong foundation of knowledge by collaborating on research, solving problems, and supporting one another. This collective effort will be the key to overcoming obstacles and thriving as a profession as we walk side by side on this path of intellectual empowerment.

**In every challenge, strength is found,
With scarce supplies, your hearts are bound.
In healing hands, hope does bloom,
Together, we nurse and light the darkest room.**

Professor Darunee Jongudomkarn, RN, Ph.D.

Editor

สารบัญ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567

บทบรรณาธิการ

คอลัมน์ : บทความรับเชิญ

ฝึกทักษะคิดพิชิตการเขียน (หนังสือ/ตำรา): ดีเอ็นเอที่จำเป็นของคนทำงานในยุคสื่อดิจิทัล
ดารุณี จงอุดมการณ์

1

บทความวิชาการ

การพยาบาลการรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก: รายงานผู้ป่วย

14

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ อุไรวรรณ หงวนไธสง จุฑามาศ พายะโปะ
ชัญญกมล ลาตเสนา ประกาย โพธิ์งาม รัศมี งามเจริญ

บทความวิจัย

สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยการกและเด็กวิกฤตตามการรับรู้ของผู้ผ่านการอบรม

32

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยการกและเด็กวิกฤต

จุฬารัตน์ ตั้งภักดี ประกายแก้ว ศิริพูล ภววรรณตรี พลเยี่ยม นิภา อังศุการ
แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ชลิดา ธัญธีรกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์
ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี

50

สาวตรี แยมศรีบัว ภัทรพิชชา ครุฑทางคะ

ความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดชนิดไม่ทราบสาเหตุของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

64

โรงเรียนในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์

เบญญาภา พิทักษ์วัน จันทนา โรเจอร์สัน

การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ

80

ชาญณรงค์ ประสารก มะลิวรรณ ศิลารัตน์ วาสนา รวยสูงเนิน

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัลลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือ

91

ในการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ : การวิจัยนำร่อง

เกียรติวรรณ การสะอาด วาสนา รวยสูงเนิน รชฎ มาลา

การแปลและประเมินคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
ฉบับภาษาไทย

106

พิมพ์ชนก ทองคำจันทร์ บุษบา สมใจวงศ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือด

119

เฉียบพลันในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สายสมร ลีลาภักทรกุล กาญจนศรี สิงห์ภู ภาวินี สายบุงดล้า สมศักดิ์ เกียมเก่า

ศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิม

131

และการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

สุนทราพร วันสุพงศ์ สุนดา สัมฤทธิ์รินทร์ จันทนา ภาคน พงษ์ลัดดา ปาระสี

ศรินันท์ วรรณจันทร์ ธนัท กังไพศาล

สายใยครอบครัวที่ตัดไม่ขาด: การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในบริบทสังคมอีสาน

144

ด้วยวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง

อรรพรรณ ดวงมังกร ดารุณี จงอุดมการณ์ ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ประมวล พิมพ์เสน

ความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแล:
การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

160

ขวัญสุดา บุญยศ สมสกุล นิละสมิต มโนรัตน์ อรรพรรณ ดวงมังกร

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

175

Contents

Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Volume 47 Number 4 October - December 2024

Editorial

The column: An invited article

- Cultivating thinking and writing skills (for a book/textbook): The fundamental DNA for individuals thriving in the digital media age** 1
Darunee Jongudomkarn

Academic Article

- Nursing care of newborns with congenital anomalies and imperforate anus: A case report** 14
Atchariya Wonginchan Uraiwan Haungthaisong Chuthamas Payjapoh
Kwankamon Ladsena Prakai Phongam Rassamee Ngamcharoen

Research Articles

- Competencies for neonatal and pediatric critical nursing care as perceived by graduates of 32 the specialized program in neonatal and pediatric critical nursing care** 32
Juraporn Tangpukdee Prakaikaew Siripoon Phawantree Ponyiem Nipa Angsupakorn
Kaewkarn Sueram Atchariya Wonginchan Chalida Thanatthreerakul
- The relationship between social media usage and its impact on nursing students at Pathumthani University** 50
Savitree Yamsribua Phatphitcha Kruthangka
- Risk of idiopathic scoliosis among primary school students within schools in the urban areas of Nakhon Sawan Province** 64
Benyapa Pipatpawan Chuntana Rogerson
- The development of food selection health literacy measurement for heart valve surgery patients** 80
Channarong Prasankok Maliwan Silarat Wasana Ruaisungnoen
- Preparatory information provided through digital media reduces anxiety and promotes treatment adherence among cardiac surgery patients : A pilot study** 91
Keattiwan Kansaard Wasana Ruaisungnoen Rachata Mala
- Translation and quality assessment of the stoma self-efficacy scale Thai version** 106
Pimchanok Thongcumjan Busaba Somjaivong
- Factors related with onset to hospital among acute ischemic stroke patients in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University** 119
Saisamon Leeladapattarakul Karnchanasri Singhpoo
Pawinee Saibungkla Somsak Tiamkao
- Effects of application for accident emergency patient triage at Srinagarind Hospital** 131
Suntaraporn Wunsupong Sumana Sumritrin Chananta Phaken
Pongladda Paralee Sirinun Wunnajun Thanat Tangpaisarn
- Comparing the efficacy of patient triage in traditional and app-based at emergency department** 144
Aurawan Doungmungkorn Darunee Jongudomkarn Ladawan Panpanit
Pramuan Phimsen
- Psychological suffering among stroke survivors as perceived by patients and caregivers: A phenomenological study** 160
Kwansuda Boontoch Somsakhool Neelasmith Monrudee Manorat Aurawan
Doungmungkorn

Instructions for Authors

175

ฝึกทักษะคิดพิชิตการเขียน (หนังสือ/ตำรา): ดีเอ็นเอที่จำเป็นของการทำงานในยุคสื่อดิจิทัล*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการสร้างสรรค์เอกสารวิชาการ ประเภทหนังสือหรือตำราสำหรับผู้สนใจ เพื่อให้ได้ผลงานที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม กำหนดตามประกาศ ก.พ.อ. พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นเอกสารประกาศล่าสุดที่ต้องยึดเป็นเกณฑ์มาตรฐาน และยังคงคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งควรนำมาพิจารณาบูรณาการ คือ บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ ความต้องการการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิถีชีวิต ที่เปลี่ยนไปเพราะการระบาดของโควิด-19 จากยุควิถีปกติใหม่ (new normal) สู่ยุคปกติถัดไป (next normal) กรอบทฤษฎีการเรียนการสอน เพื่อการเรียนรู้แบบปรับปรุงที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อนำไปสู่การออกแบบเนื้อหา นอกจากนี้ ผู้เขียนได้สรุปกระบวนการเขียนหนังสือ/ตำรา เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจนำไปพิจารณาประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ เขียนหนังสือ เขียนตำรา ขั้นตอนการเขียนหนังสือ/ตำรา คุณภาพการเขียน

วันที่รับบทความ 1 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 15 พฤศจิกายน 2567

*เอกสารประกอบกิจกรรมการประชุมวิชาการ เรื่อง การจัดทำหนังสือหรือตำราเฉพาะสาขา

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 23-24 สิงหาคม 2567

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล darjon@kku.ac.th

Cultivating thinking and writing skills (for a book/textbook): The fundamental DNA for individuals thriving in the digital media age*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Abstract

This invited article aimed to provide guidelines for creating academic books or textbooks for interested individuals. The objective was to produce high-quality work that aligned with the 2021 standards set by the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, which served as the most recent official guideline. Additionally, it emphasized the importance of considering other relevant factors, such as the evolving social context, the learning needs of the 21st century, and the lifestyle changes brought about by the COVID-19 pandemic. These shifted, from the "new normal" to the "next normal," had influenced the theoretical framework of teaching and learning, leading to new approaches in content design. The article also outlined the process for writing a book or textbook, offering practical guidance for those interested in applying these principles.

keywords: writing a book; writing a textbook; process of writing a book or textbook; quality of writing

Received 1 October 2024 Revised 15 October 2024 Accepted 15 November 2024

*Materials for academic conference sessions focused on developing books or textbooks in specialized areas, Srimahasarakham Nursing College, August 23-24, 2024.

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

บทนำ

“เขียนให้สุด ขุดให้ถึง”

ข้อความข้างต้นเป็น “ผญา” อีสานที่ให้แง่คิดในการดำเนินชีวิตแก่ผู้คนที่ว่า “ทำสิ่งใด ขอให้ทำอย่างจริงจัง มีความมานะอดทน แม้จะมีอุปสรรคก็อย่าได้ท้อถอย” ข้อความดังกล่าวน่าจะสอดคล้องกับวิธีนักวิชาการเรียนรู้ท่ามกลางการปฏิบัติจนเข้าใจอย่างลึกซึ้ง สามารถตีความ และถ่ายทอดความรู้ที่นั่น ๆ แก่ผู้อื่นต่อไปได้ การถ่ายทอดทางวิชาการมีหลายทาง แต่เส้นทางที่นักวิชาการถ่ายทอดแล้วสามารถนำหลักฐานและผลงานมาใช้ประโยชน์ได้ เพื่อความก้าวหน้าทางอาชีพ การเลื่อนตำแหน่ง ปรับตำแหน่ง และขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์ในสังกัดสถาบันการศึกษาได้ น่าจะเป็นเรื่อง “ข้อเขียน” ทางวิชาการ

ในการเขียนทางวิชาการ อาจเป็นการเขียน “บทความวิชาการ” “บทความวิจัย” “หนังสือ” หรือ “ตำรา” ในฐานะที่ท่านเป็นเจ้าของโดยเฉพาะการผลิต “หนังสือ” ซึ่งผลิตเพื่อให้ผู้สนใจเลือกสรรนำมาใช้ประโยชน์อย่างอิสระ ไร้ภาคบังคับ ยอดปรารถนาประการหนึ่งของผู้ผลิตคงประสงค์ให้ผลงาน นำอ่าน น่าสนใจ น่าติดตาม และ “ขายได้ ขายดี” ซึ่งผลลัพธ์ที่น่าพึงปรารถนาที่กล่าวมา ย่อมนำมาซึ่งความปิติแก่เจ้าของผลงาน ปัจจัยประการหนึ่งที่จะทำให้ผลงานเป็นที่ต้องใจตลาดหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับศักยภาพผู้เขียนว่าข้อเขียนนั้น ๆ แสดงให้เห็นถึง ความมี “กิน” ของเจ้าของผลงานเพียงใด เขียนงานออกมาซ้ำซ้อนกับงานที่มีอยู่แล้วหรือไม่ มีผลงานที่ให้ความรู้สึก “แตกต่าง” มีลีลาเฉพาะตัว โดนใจ นำอ่าน น่าติดตาม และมี “ของ” ที่จะนำเสนอเพียงใด ผู้สนใจการเขียนสามารถฝึกปรือฝีมือตนเองได้ผ่านหลายช่องทาง โดยเฉพาะในโลกปัจจุบันที่มีสื่อประชาสัมพันธ์ส่วนบุคคลหลายช่องทาง มีสื่อดิจิทัลเป็นฐานการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูลทางวิชาการที่สามารถใช้ได้ทุกแพลตฟอร์ม และสามารถประเมินผลกระทบในฐานะนักวิชาการ นักปฏิบัติคนหนึ่งว่าเราสามารถสร้าง หรือจุดประกายความคิดที่นำเสนอมากน้อยเพียงใด ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ยอมรับหรือไม่ อย่างไร อันเกิดจากข้อเขียน จากทักษะการเขียนและนำเสนอของตนเอง

“รู้เขา รู้เรา รบร้อยครั้ง ชนะร้อยครั้ง”

ข้างต้นเป็นคำคมที่สังคมไทยคุ้นเคย เป็นการนำคำสอน 2 ประโยคของท่านขุนวุฒิ มารวมกันเป็นหนึ่งเดียว คือ "การชนะร้อยทั้งร้อย มิใช่วิธีการอันประเสริฐแท้ แต่ชนะโดยไม่ต้องรบเลย จึงถือว่า เป็นวิธีอันวิเศษยิ่ง" กับ "หากรู้เขารู้เรา แม้รบกันตั้งร้อยครั้ง ก็ไม่มีอันตรายอันใด ถ้าไม่รู้เขาแต่รู้เพียงตัวเรา แพ้ชนะย่อมกำกั่งอยู่ หากไม่รู้ในตัวเขาตัวเราเสียเลย ก็ต้องพราชัยทุกครั้งที่มีการยุทธนั้นแล" เป็นข้อคิดเชิงปรัชญาจากท่านขุนวุฒิ ผู้เขียนตำราพิชัยสงครามขุนโจร ซึ่งท่านเป็นนักการทหารและนักปกครองชั้นเลิศสมัยขุนวิเมื่อประมาณ 2,400-2,500 ปี ก่อนระหว่างพุทธกาล และเชื่อกันว่าเป็นตำราพิชัยสงครามเล่มแรกของโลก¹⁻²

นั่นคือ “รู้เขา” การจะเขียนหนังสือหรือตำรา เพื่อกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ เปรียบเสมือนการกรำศึกกับใจตัวเอง ท่ามกลางความรู้สึก “ไม่มั่นใจ” โดยเฉพาะสังคมบางสังคมมักชอบสร้างความรู้สึกนี้ แก่คู่สนทนาอย่างไม่สร้างสรรค์ เชื่อว่าหลายคนคงมีประสบการณ์ แต่เราไม่ควรยอมจำนนต่ออุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิต เราต้องเรียนรู้ว่าเขาจะประเมินอะไร แล้วทำให้ได้เช่นนั้น คือ ยึดกุมเกณฑ์ ก.พ.อ. ให้แน่น รวมถึงปัจจัยอีกเรื่องที่สำคัญ ต้องนำมาบูรณาการในข้อเขียนของเรา คือ การเชื่อมต่อแนวคิดที่เรานำเสนอในหนังสือ/ตำรากับบริบทสังคมที่เกี่ยวข้องกับเอกสารของเราให้ชัดเจนจับต้องได้ นำมาประยุกต์แนวคิด นำเสนอให้เป็นรูปธรรมซึ่งแน่นอนว่านี่ คือ “หมดเด็ด” ที่จะนำพาเราไปสู่การสร้างผลงานนั้น ๆ ให้แตกต่าง “สะดุดตา” จากสินค้ากลุ่มเดียวกัน ในที่สุด “เส้นทางสู่เส้นชัย” ก็จะอยู่ในกำมือของท่านผู้วางแผนเตรียมการมาดี

ในขณะเดียวกัน ต้อง “รู้เรา” ประเมินทรัพยากรทางวิชาการของเรามีอยู่ พอไหม ต้องเติมอะไร ให้แสวงหามาเติมให้เต็ม ประเมินตนเองถึงจุดอ่อน จุดแข็งต่อการที่จะเขียนงานให้สำเร็จลุล่วง บุคลิกนิสัย ส่วนบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการเขียนเอกสารวิชาการให้สำเร็จ ทั้งนี้ จะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป

ขอกล่าวถึง การรู้เขาก่อน เราต้อง “รู้เขา” อย่างไร ในวิถี “คนเขียนงานวิชาการ” และต้องการนำ ผลงานของตนเองเข้าสู่กระบวนการขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ สิ่งหนึ่งที่ต้องยึดมั่น หากเราคืออาจารย์ ในสถาบันการศึกษา คือ กติการมายาตามมาตรฐานผลงานที่ทำวางไว้ในวาระล่าสุด ที่เราต้องยึดตามนั้น ได้แก่ เกณฑ์ประกาศ ก.พ.อ. 2564 ว่าด้วยเรื่องหนังสือ/ตำรา ตามประกาศแนบท้ายของ ก.พ.อ. 2564³ และเพื่อ เป็นเอกสารที่ใช้ประโยชน์ในการขึ้นการเขียนหนังสือ/ตำรา ของท่านผู้อ่าน ในที่นี้ ผู้เขียนขอคัดลอกประกาศ แนบท้าย ก.พ.อ. 2564 ว่าด้วยเรื่องคุณลักษณะของหนังสือและตำรา ดังนี้

“หนังสือ หมายถึง งานวิชาการที่เกิดจากการค้นคว้าศึกษาความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างรอบด้าน และลึกซึ้ง มีการวิเคราะห์สังเคราะห์และเรียบเรียงอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย มโนทัศน์หลักที่เป็นแกนกลาง และมโนทัศน์ย่อย ที่สัมพันธ์กันมีความละเอียดลึกซึ้งในการใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการ ให้ทัศนะของ ผู้เขียนที่สร้างเสริมปัญญาความคิดและสร้างความแข็งแกร่งทางวิชาการให้แก่สาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชา ที่เกี่ยวข้องเนื้อหาของหนังสือ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องหรือเป็นไปตามข้อกำหนดของหลักสูตร หรือของวิชาใด วิชาหนึ่งในหลักสูตร และไม่จำเป็นต้องนำไปใช้ประกอบการเรียนการสอนในวิชาใดวิชาหนึ่ง เนื้อหาสาระของ หนังสือต้องมีความทันสมัย เมื่อพิจารณาถึงวันที่ผู้เขียนเสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ หากผลงาน ทางวิชาการที่เคยเสนอในเอกสารประกอบการสอนหรือเอกสารคำสอนไปแล้ว จะนำมาเสนอเป็นหนังสือ ไม่ได้”

รูปแบบหนังสือเป็นรูปแบบที่ประกอบไปด้วย คำนำ สารบัญ เนื้อเรื่อง การวิเคราะห์ การสรุป การอ้างอิง บรรณานุกรม และดัชนีค้นคว้า ที่ทันสมัยและครบถ้วนสมบูรณ์ โดยอาจมีข้อมูลแผนภาพตัวอย่าง หรือกรณีศึกษาประกอบด้วยก็ได้ ตามรูปแบบอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

1. เป็นงานที่นักวิชาการเขียนทั้งเล่ม (authored book) หรือเอกสารที่ผู้เขียนเรียบเรียงขึ้นทั้งเล่ม อย่างมีเอกภาพมีรากฐานทางวิชาการที่มั่นคง และให้ทัศนะของผู้เขียนที่สร้างเสริมปัญญาความคิด และสร้างความแข็งแกร่งทางวิชาการ
2. เป็นงานวิชาการบางบทหรือส่วนหนึ่งในหนังสือที่มีผู้เขียนหลายคน (book chapters) โดยจะต้อง มีความเป็นเอกภาพของเนื้อหาวิชาการ ซึ่งผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจในสาระสำคัญนั้น ๆ ได้ โดยเบ็ดเสร็จ ในแต่ละบท และเป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบมีการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล ด้วยวิธีอันเป็นที่ยอมรับ จนให้ข้อสรุป ที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ใช้ได้ กรณีที่ในแต่ละบทมีผู้เขียนหลายคน จะต้องระบุบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอย่างชัดเจน

จำนวนบทที่จะนำมาแทนหนังสือ 1 เล่ม ต้องมีจำนวนอย่างน้อย 5 บท และ มีจำนวนหน้ารวมแล้ว ไม่น้อยกว่า 80 หน้า โดยเนื้อหาสาระของบทในหนังสือ ทั้ง 5 บท จะต้องไม่ซ้ำซ้อนกันและอยู่ในขอบข่าย สายวิชาที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ทั้งนี้ อาจอยู่ในหนังสือเล่มเดียวกันหรือหลายเล่มก็ได้ และ สำหรับการประเมินคุณภาพจะต้องประเมินคุณภาพโดยรวมทั้งหมด

การเผยแพร่หนังสือ เผยแพร่ในลักษณะหนึ่ง โดยต้องแสดงหลักฐานว่าได้ผ่านการประเมิน โดย คณะผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ หรือและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องเพียรวิวที่มาจากนอกสถาบัน ดังนี้

- 1) การเผยแพร่ โดยวิธีตีพิมพ์
- 2) การเผยแพร่ในสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น การเผยแพร่ในรูปแบบของซีดีรอม
- 3) การเผยแพร่เป็น e-book โดยสำนักพิมพ์ ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

การเผยแพร่ดังกล่าว จะต้องเป็นไปอย่างกว้างขวางโดยจำนวนที่จัดพิมพ์เป็นดัชนีหนึ่ง ที่อาจแสดงการเผยแพร่อย่างกว้างขวางได้ แต่อาจใช้ดัชนีอื่นวัดความกว้างขวางในการเผยแพร่ได้เช่นเดียวกัน กรณีที่ได้มีการพิจารณาประเมินคุณภาพหนังสือแล้วไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ ก.พ.อ. กำหนด การนำหนังสือนั้นไปแก้ไขปรับปรุงหรือเพิ่มเติมเนื้อหาในหนังสือ เพื่อนำมาเสนอขอกำหนดทางตำแหน่งทางวิชาการครั้งใหม่ สามารถกระทำได้ แต่ให้มีการประเมินคุณภาพหนังสือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขนั้นใหม่อีกครั้งหนึ่ง

ลักษณะคุณภาพของหนังสือ

ระดับ B เป็นหนังสือที่มีเนื้อหาสาระทางวิชาการถูกต้องสมบูรณ์และทันสมัย มีแนวคิด และการนำเสนอที่ชัดเจนเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

ระดับ A ใช้เกณฑ์เดียวกับระดับ B และต้อง 1) มีการวิเคราะห์และเสนอความรู้หรือวิธีการที่ทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางวิชาการและเป็นประโยชน์ต่อวิชาการ 2) มีการสอดแทรกความคิดริเริ่มและประสบการณ์หรือผลงานวิจัยที่เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรู้ที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ 3) สามารถนำไปใช้อ้างอิงอย่างกว้างขวางต่อวงวิชาการระดับชาติหรือระดับนานาชาติ มีความละเอียดและมุมมองความลุ่มลึกทางวิชาการในระดับสูง

ระดับ A+ ใช้เกณฑ์เดียวกับระดับ A และต้อง 1) มีลักษณะเป็นงานที่มีการสังเคราะห์และสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ (body of knowledge) หรือทฤษฎีใหม่ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 2) กระตุ้นให้เกิดความคิด การค้นคว้าอย่างต่อเนื่องโดยพิจารณาจากการได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ 3) เป็นที่เชื่อถือและยอมรับในวงวิชาการหรือวงวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติ

ส่วนเรื่อง ตำรา “ตำรา หมายถึง งานวิชาการที่ใช้สำหรับการเรียนการสอนทั้งวิชาหรือเป็นส่วนหนึ่งของวิชา ซึ่งเกิดจากงานวิชาการที่ใช้สำหรับการเรียนการสอน ซึ่งเกิดจากการนำข้อค้นพบทางทฤษฎีจากงานวิจัยของผู้ขอ หรือความรู้ที่เกิดจากการค้นคว้าศึกษา มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ รวบรวมและเรียบเรียงโดยมีมีโนทัศน์ที่ผู้เขียนกำหนดให้เป็นแกนกลาง ซึ่งสัมพันธ์กับมีโนทัศน์ย่อยอื่นอย่างเป็นระบบ มีเอกภาพสัมพันธ์กับสภาพและสาระตามหลักการเขียนที่ดี ใช้ภาษาที่เป็นมาตรฐานทางวิชาการและให้ความรู้ใหม่ อันเป็นความรู้สำคัญที่มีผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อวงวิชาการนั้น ๆ เนื้อหาสาระของตำราต้องมีความทันสมัย เมื่อพิจารณาถึงวันที่ผู้ยื่นขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ ทั้งนี้ ผู้ขอกำหนดตำแหน่งฯ จะต้องระบุวิชาที่เกี่ยวข้องในหลักสูตรที่ใช้ตำราเล่มที่เสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการด้วย

ผลงานทางวิชาการที่เป็น “ตำรา” นี้ อาจได้รับการพัฒนาขึ้นจากเอกสารคำสอน จนถึงระดับที่มีความสมบูรณ์แบบที่สุด ซึ่งผู้อ่านอาจเป็นบุคคลอื่นที่มีใช้ผู้เรียนในวิชานั้น แต่สามารถอ่านและทำความเข้าใจในสาระของตำรานั้นด้วยตนเอง โดยไม่ต้องศึกษาวิชานั้น ๆ หากผลงานทางวิชาการที่เคยเสนอเป็นเอกสารประกอบการสอนไปแล้ว จะนำมาเสนอเป็นตำราไม่ได้เว้นแต่จะมีการพัฒนาจนเห็นได้ชัดว่าเป็น “ตำรา”

รูปแบบ เป็นรูปแบบที่ประกอบด้วย คำนำ สารบัญ เนื้อเรื่อง การอธิบาย หรือการวิเคราะห์ การสรุป การอ้างอิง บรรณานุกรม และดัชนีค้นคว้า ทั้งนี้ ควรมีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลที่ทันสมัยและครบถ้วนสมบูรณ์ การอธิบายสาระสำคัญมีความชัดเจน โดยอาจใช้ข้อมูล แผนภาพ ตัวอย่าง พร้อมกรณีศึกษาประกอบ จนผู้อ่านสามารถทำความเข้าใจในสาระสำคัญนั้นได้โดยเบ็ดเสร็จ

การเผยแพร่ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง โดยต้องแสดงหลักฐานว่า ได้ผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (peer reviewer) ที่มาจากหลากหลายสถาบัน ดังนี้ 1) การเผยแพร่ด้วยวิธีการตีพิมพ์ หรือ 2) การเผยแพร่ โดยสื่ออิเล็กทรอนิกส์อื่น ๆ เช่น การเผยแพร่ในรูปแบบของซีดีรอม e-learning online learning 3) การเผยแพร่เป็น e-book โดยสำนักพิมพ์ซึ่งเป็นที่ยอมรับ

การเผยแพร่ดังกล่าวนี้ จะต้องเป็นไปอย่างกว้างขวางมากกว่าการใช้ในการเรียนการสอนวิชาต่าง ๆ ในหลักสูตรเท่านั้น จำนวนพิมพ์เป็นดัชนีหนึ่งที่สามารถแสดงการเผยแพร่อย่างกว้างขวางได้ แต่อาจใช้ดัชนีอื่นวัดความกว้างขวางในการเผยแพร่ได้เช่นกัน

กรณีที่ได้มีการพิจารณาประเมินคุณภาพของตำราแล้ว ไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ ก.พ.อ. กำหนด การนำตำรานั้นไปแก้ไขปรับปรุงหรือเพิ่มเติมเนื้อหาในตำรา เพื่อนำมาเสนอขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการครั้งใหม่สามารถกระทำได้ แต่ให้มีการประเมินคุณภาพตำราที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขนั้นใหม่อีกครั้งหนึ่ง

ลักษณะคุณภาพ

ระดับ B เป็นตำรา ที่มีเนื้อหาสาระทางวิชาการถูกต้องสมบูรณ์และทันสมัย มีแนวคิดและการนำเสนอที่ชัดเจนเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา

ระดับ A ใช้เกณฑ์เดียวกับระดับ B และต้อง 1) มีการวิเคราะห์และเสนอความรู้ หรือวิธีการที่ทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางวิชาการ และเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการ 2) มีการสอดแทรกความคิดริเริ่มและประสบการณ์ หรือผลงานวิจัยของผู้เขียนที่เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอน 3) สามารถนำไปใช้อ้างอิงอย่างกว้างขวางต่อวงวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ มีความละเอียดและลุ่มลึกทางวิชาการในระดับสูง

ระดับ A+ ใช้เกณฑ์เดียวกับระดับ A และต้อง 1) มีลักษณะเป็นงานที่มีการสังเคราะห์และสร้างสรรค์องค์ความรู้ใหม่ (body of knowledge) หรือทฤษฎีใหม่ทางวิชาการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 2) มีการกระตุ้นให้เกิดความคิด และค้นคว้าอย่างต่อเนื่อง โดยพิจารณาจากการได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ 3) เป็นที่เชื่อถือและยอมรับในวงวิชาการหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในระดับนานาชาติ ได้ “รู้เขา” แล้วจะประเมินคุณภาพหนังสือหรือตำรา ตามประกาศ ก.พ.อ. 2564 อย่างไร ในที่นี้ ขอนำเสนอวิธีการจะนำมา ซึ่งมาตรฐานคุณภาพ ดังกล่าว คือ

บริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง: ปัจจัยนำเข้าสู่การเขียนความรู้

การทำให้เอกสารมีคุณภาพต้องพิจารณาบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงให้เท่าทันยุคสมัย ได้แก่ 1) สังคมกับความต้องการการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 2) วิถีชีวิตของผู้คนต้องปรับเปลี่ยนหลังยุคการระบาดโควิด-19 เป็นยุคถัดไป (next normal) 3) กรอบทฤษฎีการเรียนการสอนการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงเป็น revised bloom taxonomy (ดูภาพที่ 1) ดังนั้น ในการเขียนเอกสารให้บูรณาการแนวคิดเหล่านี้ สู่ความรู้หลักที่ต้องการสื่อสาร ด้วยการถามตนเองว่า “1) ผู้อ่านในศตวรรษที่ 21 2) ในบริบท next normal ต้องเรียนรู้ เพื่อพัฒนาศักยภาพในเรื่องที่เราต้องการสื่อ คืออะไรบ้าง 3) มีจุดมุ่งหมายการเรียนการสอน เพื่อการพัฒนาพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัยในเรื่องที่เราต้องการสื่อ คืออะไรบ้าง และ 4) มีเรื่องอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาที่จะเขียนของเราอีกหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การออกแบบเนื้อหา” เป็นต้น

1) สังคมกับความต้องการการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21

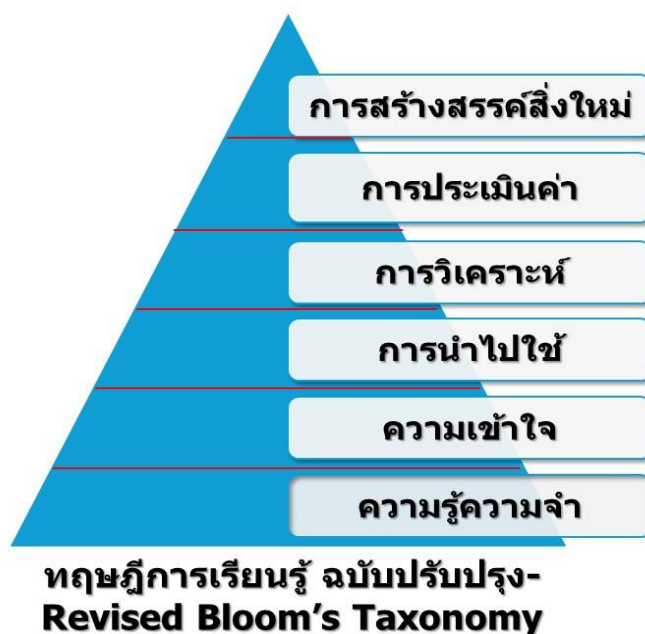
ในการเขียนเอกสารวิชาการไม่ว่าจะเป็นหนังสือหรือตำรา ผู้เขียนจะต้องออกแบบให้เอกสารนั้น ๆ สื่อสารความรู้แก่ผู้อ่าน สามารถเข้าถึงได้ทุกที่ ทุกเวลา และเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ให้ผู้อ่านเรียนรู้ด้วยตนเอง พร้อมทั้ง นำแนวคิดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 บูรณาการเข้ากับการออกแบบและการจัดการเรียนรู้ของเอกสารวิชาการของเรา ซึ่งผู้อ่านสามารถศึกษาแนวคิดดังกล่าวได้เองอยู่แล้ว และผู้เขียนไม่ขอกล่าวรายละเอียดในบทความนี้

2) วิถีชีวิตของผู้คนต้องปรับเปลี่ยนหลังยุคการระบาดโควิด-19 จากยุควิถีปกติใหม่ (new normal) เป็นยุคถัดไป (next normal)

องค์การอนามัยโลก ระบุว่า โลกและไทยเกิดการระบาดของโควิด-19 โดย ณ วันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสม 772,386,069 ราย และมีผู้เสียชีวิต 6,987,222 ราย จำนวนการฉีดวัคซีน 13,595,721,080 ครั้ง¹ ขณะที่การรายงานข้อมูลในประเทศไทย ณ วันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 ตั้งแต่มีการระบาด 4,746,729 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 34,396 ราย⁴ ในบริบทสังคมทั่วโลกและไทย จึงเกิดการปฏิบัติที่เรียกว่ายุค “วิถีปกติใหม่” (new normal) คือ เกิดรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ของผู้คนทั้งคนดีคนป่วยในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการ “ตรวจ ATK กินร้อน ใช้ช้อนกลาง เว้นระยะห่าง สวมหน้ากาก” เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งทุกท่านคงจำได้ และต่างได้รับผลกระทบต่อบรรยากาศในการดำเนินชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนไป ทั้งการเรียน การทำงาน ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานเป็นทางไกล และ “สายน้ำย่อมไม่ไหลกลับ” แม้จะหมดยุคการระบาดของโควิด-19 ทุกสิ่งอย่างและผู้คนไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป มีการเปลี่ยนแปลง (transformation) ระบบต่าง ๆ บริบทสังคม มีการถอดบทเรียน เตรียมความพร้อมที่จะรับมือวิกฤตต่าง ๆ ที่อาจก้าวเข้าสู่สังคม สู่ยุค “วิถีปกติถัดไป” (next normal) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่หลังจากผู้คนได้ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีช่วงโควิด-19 ระบาดแล้ว แล้วผู้คนมีการกลับมาใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ของบริบทรอบตัว โดยเกิดเป็นรูปแบบการใช้ชีวิตแบบใหม่ ในบริบทรอบตัว การเรียน การทำงาน การสื่อสารต่าง ๆ เป็นต้น⁴⁻⁶

3) กรอบทฤษฎีการเรียนรู้ที่เปลี่ยนแปลงเป็น revised bloom taxonomy

Bloom เชื่อว่า การเรียนการสอนรวมถึงการเรียนรู้ผ่านการอ่านที่จะประสบความสำเร็จ และมีประสิทธิภาพนั้น ผู้สอนหรือผู้เขียนจะต้องกำหนดจุดมุ่งหมายทางการศึกษาให้ชัดเจน ซึ่งมีทฤษฎีการเรียนรู้ตามแนวพฤติกรรมนิยม และจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์เป็นพื้นฐาน⁷⁻⁸ ดังนั้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนเป็นสิ่งที่เจ้าของผลงานต้องใช้ประกอบการพิจารณาการออกแบบ



ภาพที่ 1 แสดงขั้นการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของบลูม ฉบับปรับปรุง^{ดัดแปลงจาก 8}

ตัวอย่างจุดประสงค์ทั่วไป หรือ จุดมุ่งหมายทางการศึกษา ด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) พฤติกรรมด้านสมอง ซึ่งเกี่ยวกับสติปัญญา ความคิด ความสามารถในการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ ตามระดับของบลูม ดังนี้

ความรู้ความจำ: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายข้อมูลที่มีอยู่ได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถบอก/จำแนก/ระบุ/เรียงลำดับ/จับคู่ได้)

ความเข้าใจ: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถแสดงถึงความเข้าใจในเนื้อหาที่มีอยู่ได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถอธิบาย/ขยายความ/ยกตัวอย่าง/สรุปความได้)

การนำไปใช้: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถอธิบายการนำไปใช้ในเนื้อหาที่มีอยู่ได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถคำนวณปรับปรุง/แก้ปัญหา/สาธิต/เขียนแผน/บอกจุดบกพร่องได้)

การวิเคราะห์: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถเปรียบเทียบเนื้อหาข้อมูลที่มีอยู่ได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถ แยกแยะ/เปรียบเทียบ/บอกเหตุผล/อธิบายความสัมพันธ์ได้)

การประเมินค่า: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถประเมินคุณลักษณะของข้อมูลหรือเนื้อหาที่มีอยู่ได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถวิจารณ์/อภิปราย/ตัดสิน/วัดผลได้)

การสร้างสรรคสิ่งใหม่: หลังจากที่ได้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารแล้ว ผู้เรียนสามารถแสวงหาวิธีดัดแปลงสร้างสรรค์สิ่งที่มีอยู่ให้แตกต่างจากเดิมได้ (เช่น จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมสามารถย่อ/ดัดแปลง/เสนอแนะ/สร้าง/ประดิษฐ์/วางหลักการ/ออกแบบได้)

กระบวนการและขั้นตอนในการเขียนหนังสือ/ตำรา (Process and steps to write a book/textbook)

เขียนเรื่องอะไรดีนะ พิจารณาจากทรัพยากรทางวิชาการที่เราคิดว่าถนัดมากที่สุด คลุกคลีอยู่กับสิ่งนั้น ๆ มากที่สุด ได้โอกาสเห็น สัมผัส ปฏิบัติ ลองผิดลองถูก ประเมินผล ผ่านการวิจัย ในคำถามงานวิจัยต่าง ๆ รวมถึงการบริการวิชาการที่ผ่านมา เป็นเอกลักษณ์ที่เราถนัดเฉพาะตัว ทำมาถนัดมากที่สุด แล้วถามตัวเองว่า ถ้าเป็นคนที่ยังไม่ได้เริ่มต้น เข้ามาสัมผัสกับงานที่เราจะสื่อสารออกไป เราอยากจะทราบอะไรเป็นอันดับแรก เขียนจากง่ายไปหายาก สู่การประยุกต์ใช้อาจเป็นกรณีศึกษา สรุปบทเรียน จะนำเสนอ สิ่งที่เป็นนามธรรมมาทำให้เป็นรูปธรรมกระชับเข้าใจง่าย สื่อสารตรง ไม่น่าเบื่อ ซึ่งอยู่กับลีลา การบรรยายของแต่ละคน

ผู้เขียนได้ตกผลึกความคิด ขอสรุปขั้นตอนในการเขียนหนังสือ/ตำรา เป็นลำดับแต่อาจกลับไปกลับมาได้ตามสถานการณ์ (ดูภาพที่ 2) ในภาพประกอบด้วยกระบวนการสองวงรอบ คือ วงรอบนอก และวงรอบใน โดยวงรอบนอกเป็นภาพรวมใหญ่ของการผลิตผลงานหนังสือ/ตำรา คือ 1) “คิด ๆ ๆ-พิชิตงาน-และ-เฟ้นสรรหัวข้อที่ใช่” แล้ว ตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการเขียน 2) “วิเคราะห์สิ่งที่มี-ตีความสิ่งที่ขาด-ใช้ถาดแหล่งค้นเพิ่มเติมเติมแผนและข้อมูล” แล้ว ส่งต่อข้อมูลสู่วงเล็ก “เขียน ๆ ๆ-อ่าน ๆ ๆ-ปรับ ๆ ๆ” และเข้าต่อข้อมูลสู่วงเล็กอีกหนึ่งทาง ซึ่งมีรายละเอียดของกระบวนการเขียนของวงรอบใน ดังนี้

1. ตัดสินใจว่าหนังสือ/ตำราจะเกี่ยวกับอะไร: เลือกเรื่องตามผลงานที่มี

หลังจากประเมินทรัพยากรทางวิชาการที่เรามีอยู่ ความเชี่ยวชาญของเรา มีประสบการณ์ มีข้อมูล และตัดสินใจว่า เมื่อตัดสินใจจะเขียนหนังสือ/ตำรา ทุนพร้อม ใจกายพร้อม เลือกประเภท ชนิด รูปแบบ ช่องทางเผยแพร่ให้สอดคล้องกับ ประกาศ ก.พ.อ. กำหนดว่าผู้อ่านเป้าหมาย เอกสารงานของเราเป็นใคร หนังสือ/ตำราเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผลงานทางวิชาการ ที่จะร่วมยื่นขอรับการพิจารณากำหนดตำแหน่ง ยังมีงานเอกสารอื่น ๆ ที่ระบุในเกณฑ์ล่าสุดตามประกาศ ก.พ.อ. ซึ่งเจ้าของผลงานต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

ว่าเอกสารที่จะเขียนนี้มีเนื้อหาสาระ ขอบเขตทางวิชาการสอดคล้องกับผลงานอื่น ๆ หรือไม่ สนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร เช่น ความสอดคล้องและมีความชัดเจนของเกณฑ์กำหนด

- ☒ สาขาวิชาหลักและสาขาวิชาย่อยที่จะขอกำหนดตำแหน่งทางวิชาการ
- ☒ กลุ่มผู้รับบริการที่สอดคล้องในสาขาวิชาสาขาย่อยๆ
- ☒ ระดับการศึกษาของผู้อ่าน
- ☒ ความเชี่ยวชาญ/วิชาชีพของผู้เขียน

ประเด็นคำถาม: ผู้ขอกำหนดตำแหน่งทำงานเป็นอาจารย์สอน ในสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มีผลงานวิจัยเฉพาะสาขาที่ตีพิมพ์ ในขณะเดียวกันมีความสนใจเรื่องกฎหมายวิชาชีพ จึงเรียนในมหาวิทยาลัย เปิด จนจบระดับปริญญาตรี และโททางกฎหมาย ในขณะเดียวกัน มีภาระรับผิดชอบสอนวิชากฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพด้วย เจ้าของผลงานท่านนี้เกิดข้อสงสัยว่า หากจะใช้เอกสารหนังสือด้านกฎหมายยื่นขอ กำหนดตำแหน่งร่วมกับบทความวิจัย จะมีปัญหาหรือไม่?

2. สำนวตลาตไทย-เทศ

เมื่อได้หัวข้อหนังสือ/ตำราที่จะทำเป็นเล่มแล้ว การสำนวนตลาตหนังสือที่มีอยู่ จะช่วยให้เราเกิดความคิด สร้างแรงบันดาลใจ รวบรวมข้อมูลที่เด่นเป็นประโยชน์ นำแนวทางดีๆ มาดัดแปลง หมายตลาหาแหล่งข้อมูล จดบันทึกไว้เพื่อย้อนกลับมาค้นเชิงลึก การบันทึกข้อมูลคิดค้นที่เหมาะสมกับนิสัยส่วนบุคคล

ประเด็นปัญหา: ในการสำนวนตค้นคว้าทั้งไทยและภาษาอื่น ระวางเรื่องการละเมิดจรรยาบรรณ การคัดลอก (copy) แล้ววาง (paste) มีอันตรายมาก ต้องเขียนกำกับให้ชัดเจนว่าลอกมาจากแหล่งใด เพราะอาจลืมนำคัดลอกมา หากคัดลอกมาให้แยกไฟล์ที่ชัดเจนว่าคัดลอก เพื่ออ่านเป็นแนวคิด

3. ค้นคว้าเพิ่ม เติมโครงร่าง

ข้อ 2 และ 3 นี้ทำไปด้วยกันได้ ทำไปปรับไป คัดสรรที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและทรัพยากรที่เราได้อยู่ให้มากที่สุด สิ่งที่จะช่วยสร้างงานของเราที่เป็นเอกลักษณ์ คือ ความเฉพาะทางพื้นที่ ภูมิภาค ความคิดความเชื่อเชิงประเพณีวัฒนธรรมที่เราทำงานกับผู้รับบริการ คุณสมบัติเหล่านี้ เป็นมรดกให้ผู้ผลิตผลงานที่คนอื่นไม่มี เนื่องจากการทำตำราหรือหนังสือ เพื่อการขายแล้วต้องคำนึงถึงผู้อ่าน ว่าคือใคร และควรจรรู้อะไร ถ่ายทอดออกมาเป็นเนื้อหา เนื้อเรื่องที่เรานำเสนอ ต้องสำนวนจว่า มีความหมายในวงวิชาชีพองค์กร วงการหนังสืออย่างน้อยเพียงใด ไม่ซ้ำกับผู้อื่น ไม่เช่นนั้นไม่น่าสนใจ

เริ่มจากการตั้งชื่อเรื่องต้องน่าสนใจดึงดูดผู้อ่านให้อยากติดตาม เนื้อหาที่เราจะเขียนดูเททันสมัยจะตลาตลาใหม่ ไม่ใช่ซ้ำกับสิ่งที่นำเสนอมาแล้วมากมายในตลาต เนื่องจากการทำตำราหรือหนังสือ เพื่อการขายแล้วต้องคำนึงถึงผู้อ่าน ว่าคือใคร และควรจรรู้อะไร ถ่ายทอดออกมาเป็นเนื้อหา เนื้อเรื่องที่เรานำเสนอต้องสำนวนจว่า มีความหมายในวงวิชาชีพเรา องค์กร สถาบัน มากน้อยเพียงใด ไม่ซ้ำกับผู้อื่น ไม่เช่นนั้นไม่น่าสนใจ

ประเด็นปัญหา: การตลาหลุมดำ/จมในโหล็ก ที่เคยพบ คือ ผู้เขียนบางคนใช้เวลาในระยะนี้นานมาก นานจนผลิตผลงานไม่ออกเพราะมัวแต่ตีพิมพ์ ตกลงในข้อมูล จดบันทึกได้หลายเล่มสมุด แต่ไม่สามารถพาตัวหลุดจากโหล็กนี้ได้

4. ขอรับความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมงาน ผู้เชี่ยวชาญ

การมีคู่หูในการทำงานวิชาการจับมือไปด้วยกัน เสริมกำลังใจแก่กันและกัน จะดีมาก หากมีศีลเสมอกัน และบางคนอาจมีการระดมสมองจากการสนทนาวิชาการในการเรียนการสอนระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งได้ประโยชน์ทั้งสองฝ่าย

ประเด็นปัญหา: มีกรณีปัญหาที่พบเห็นเสมอ ซึ่งควรมีการจัดการให้ชัดเจนแต่แรก ป้องกันปัญหาในอนาคต เพราะมีการฟ้องร้องกันเสมอด้วยเหตุที่ทำงานร่วมกันมานานจนแยกไม่ออกถึงความเป็นเจ้าของผลงานที่แท้จริง อาจนำไปสู่การทะเลาะแตกแยกของกัลยาณมิตรได้

5. กำหนดหัวข้อย่อยและตารางเวลา ทำให้ได้ตามแผน

ในการเขียนหนังสือ/ตำรา อาจวางหัวข้อบทไว้ให้มีจำนวนบทได้ครบอย่างน้อย 5 บท และ 80 หน้า ตามเกณฑ์ ก.พ.อ. ซึ่งเฉลี่ยบทละ 16 หน้า ซึ่งหากพิจารณาความยาวให้ครอบคลุมเนื้อหา มักใช้การอธิบายบทละ 20-25 หน้า เพื่อความเข้าใจของผู้อ่าน

ตัวอย่างหัวข้อบท: ควรประกอบด้วย (คำนำ คำนิยม กิตติกรรมประกาศ สารบัญต่าง ๆ) บทที่ 1 บทที่ 2 บทที่ 3 บทที่ 4 บทที่ 5 (ภาคผนวก เอกสารอ้างอิง ดัชนีคำ ประวัติผู้เขียน) ทั้งนี้ คำที่อยู่ในวงเล็บไม่ขออธิบาย เนื่องจากรับทราบกันโดยทั่วไปแล้ว สำหรับหัวข้อบทขอเสนอเป็นตัวอย่างแนวคิดการจัดทำ ดังนี้

บทที่ 1 บท ก: สารสำคัญของบทคือ แนวคิด พื้นฐานผลลัพธ์ของเรื่องที่จะเขียนที่ผู้เขียนต้องการให้เกิดขึ้น เช่น ชื่อเรื่อง บทบาทพยาบาลต่อความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

บทที่ 2 บท ข: สารสำคัญของบทคือ แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่พยาบาลใช้ในการดูแลครอบครัว

บทที่ 3 บท ค: สารสำคัญของบทคือ กระบวนการพยาบาลและเครื่องมือที่พยาบาลใช้ดูแลครอบครัว

บทที่ 4 บท ง: สารสำคัญของบทคือ การประยุกต์แนวคิดทฤษฎีในการดูแลครอบครัว

บทที่ 5 บท จ: สารสำคัญของบทคือ การถอดบทเรียนในการสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัว

6. เริ่มเขียน วางระบบบรรณานุกรม

ในแต่ละบทควรวางกรอบการเขียน เพื่อชี้แนะและช่วยลดโอกาสเกิดความซ้ำซ้อนของเนื้อหา เช่น บทที่ 3 เรื่องกระบวนการพยาบาลครอบครัว เขียนวัตถุประสงค์ทั่วไป ซึ่งเป็นภาพรวมที่ต้องการของบทนั้น ๆ แล้วแตกเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมการเรียนรู้ของบทไว้ หากเป็นตำราควรถอดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมเป็นแนวคิดที่กำกับขอบเขตเนื้อหาการเขียนเนื้อหาของบท ส่วนหัวข้อย่อยแต่ละบท เริ่มจากการเกริ่นบทนำ ความสำคัญของเรื่อง ตามด้วยหัวข้อย่อยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของบท ปิดท้ายด้วยบทสรุปประจำบท ที่ส่งต่อสาระสำคัญฝากผู้อ่านไปปฏิบัติ และควรมีคำถามพร้อมเฉลยท้ายบท เพื่อให้ผู้อ่านประเมินความเข้าใจของตนเองถึงผลการเรียนรู้ในบทนั้น ๆ ในส่วนเอกสารอ้างอิงสามารถรวมของทุกบทไว้ท้ายเล่มได้ เนื้อหาส่วนภาคผนวกมีไว้ เพื่อเป็นประโยชน์ด้านการปฏิบัติของผู้อ่าน เช่น แบบบันทึกต่าง ๆ

7. มีวินัยในการเขียนเป็นกิจวัตร

การมีวินัยในการเขียนนี้ นอกจากจะมีวินัยในการนั่งลงเขียนอย่างมีวินัยสม่ำเสมอเป็นกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังต้องมีวินัยในการทำตามจารีตประเพณีการปฏิบัติกรเขียนเอกสารตำราและหนังสือที่ดี ตามแนวปฏิบัติของ ก.พ.อ. ที่ประกาศออกมาด้วย เพื่อไม่ให้มีปัญหาในที่นี้ไม่ขอลงรายละเอียดมากนัก เพราะสามารถหาอ่านได้จากอินเทอร์เน็ตทั่วไป ในเรื่อง แบบแผนการพิมพ์ การอ้างอิงต่าง ๆ จริยธรรม จรรยาบรรณในการทำงานวิชาการ ซึ่งน่าจะเป็นสิ่งที่ทุกคนเรียนรู้ได้จากสื่อต่าง ๆ และกระบวนการให้ข้อมูลของสถาบันของท่าน การใช้ศัพท์ภาษาไทย ภาษาอังกฤษให้เป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับ เช่น แหล่งอ้างอิงของราชบัณฑิตยสถาน พจนานุกรมที่เป็นมาตรฐานและใช้ภาษาสม่ำเสมอเหมือนกันทั้งเล่ม รูปแบบ พยายามแปลไทย วงเล็บภาษาอังกฤษให้มากที่สุดไม่ใช่คำทับศัพท์ ไม่เขียนภาษาพูด ลงมือเขียนเรื่องที่พร้อมที่สุดก่อนทำเป็นจิกจอกไว้แล้ว เติมไปเรื่อย ๆ แล้วตกแต่งในท้ายที่สุด

พิจารณาเนื้อหาว่า ทำอย่างไรให้น่าสนใจ ราบรื่น มีความเชื่อมโยงภายในบทและระหว่างบท ให้ตัวอย่างการขยายเนื้อหาที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม ภาษาน่าอ่าน แตกต่าง เห็นภาพ บุรณาการ ไม่เป็นท่อน ๆ

8. หาตัวช่วยในการเขียน ทบทวน

สมัยนี้มีทั้งซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ ซึ่งซอฟต์แวร์ คือ โปรแกรมต่าง ๆ รวมทั้งเอไอช่วยในการทำงานเอกสารเขียนตำราและหนังสือต่าง ๆ ให้ง่ายและรวดเร็วขึ้น รวมถึงฮาร์ดแวร์ที่เป็นคนทำงานให้กับเราที่เป็นผู้ชำนาญการเรียงพิมพ์ ด้านตรวจบรรณานุกรมและเอกสารอ้างอิง จะช่วยให้เราทำงานได้ถูกต้องรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

9. กลา เต็ม ปรับ ตัด จัดเล่ม: ตั้ง aim ที่ A

กว่าที่ผลงานหนังสือและตำราของเราจะออกมาเป็นรูปเล่ม เจ้าของผลงานต้องตั้งใจอ่านทบทวน คัดกรอง แก้ไขคำ เต็มในสิ่งที่ขาด ตัดในสิ่งที่เกิน ปรับจนจัดรูปเล่มได้สำเร็จ ดังนั้น ทุกอักษรทำมา “จากสมองสู่สองมือ คือ น้ำคำที่เรียงพิมพ์” เป็นสิ่งเล็ก ๆ ที่อาจไม่ยิ่งใหญ่ในสายตาใคร แต่ยิ่งใหญ่ในใจเรา เมื่อสำเร็จแล้วภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง

ตลอดเส้นทางนับหมื่นลีของการเขียนหนังสือ/ตำรา สิ่งที่ต้องซายตามองป้ายที่แปะไว้ที่ข้างฝา คือ “เกณฑ์ระดับ A” ให้เป็นยันต์โชคชัย เพื่อนำเข้าสู่ตำแหน่งวิชาการเป้าหมาย ผลการประเมินระดับ A ทวนกันอีกครั้ง คือ “การที่มีเนื้อหาสาระทางวิชาการถูกต้องสมบูรณ์และทันสมัย มีแนวคิดและการนำเสนอที่ชัดเจนเป็นประโยชน์ต่อการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา และต้อง 1) มีการวิเคราะห์และเสนอความรู้หรือวิธีการที่ทันสมัยต่อความก้าวหน้าทางวิชาการและเป็นประโยชน์ต่อวิชาการ 2) มีการสอดแทรกความคิดริเริ่มและประสบการณ์หรือผลงานวิจัยที่เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรู้ที่เป็นประโยชน์ทางวงวิชาการ 3) สามารถนำไปใช้อ้างอิงอย่างกว้างขวางต่อวงวิชาการระดับชาติหรือระดับนานาชาติ มีความละเอียดและมุมมองความลุ่มลึกทางวิชาการในระดับสูง”³ ที่ผู้เขียนใส่ตัวทึบไว้ คือ จุดเน้นว่า แต่ละบทของเราจะทำให้ถึงเป้าหมายที่ว่านั้นได้อย่างไร ให้สอดคล้องและกลมกลืน???



ภาพที่ 2 สรุปกระบวนการและขั้นตอนในการเขียนหนังสือ/ตำรา

บทส่งท้ายความคิดพิชิตหนังสือ/ตำรา

ในที่นี้ การเขียนหนังสือ/ตำราซึ่งถือว่าเป็นสื่อการสอนหลักที่สามารถออกแบบให้มีคุณลักษณะการเรียนการสอนในตัวเองได้หลายอย่าง อาทิ การทวนคำถาม การประเมินความรู้หรือการเรียนรู้ด้วยตนเองของผู้อ่าน วิเคราะห์และแก้ไขปัญหาจากกรณีศึกษา หรือการมอบหมายให้อ่านก่อนเรียน เพื่อช่วยครูเตรียมชั้นเรียน รวมถึงช่วยลดรายละเอียดการบรรยายที่น่าเบื่อได้ และให้อ่านเสริมเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ เป็นต้น

ว่ากันว่า กลเม็ดเคล็ดลับส่วนบุคคลในการปฏิบัติภารกิจใด ๆ รวมถึงการเริ่มต้นเขียนหนังสือ/ตำราของแต่ละบุคคล อาจมีความเฉพาะตนและไม่จำเป็นต้องมีวิธีการปฏิบัติเหมือนกัน นั่นคือ “ไม่มีแนวทางสำเร็จรูปเดียวที่เหมาะใหลใช้ได้ดี สำหรับทุกคน” ในขณะเดียวกันเราควรพิจารณาถึงแนวทางที่ง่ายที่สุด เหมาะกับเราที่สุด และเป็นวิธีการที่ทำให้เรายุ่งยากน้อยที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางที่ดีที่สุดสำหรับเรา นอกจากนี้ หากต้องแก้ไขปัญหาที่ยากแล้วการแก้ปัญหาและ ต้องตระหนักเสมอว่าชีวิตการทำงานของเรานั้นทุกคนล้วนมีความเสี่ยง ไม่ทอดทิ้งเมื่อคอมพิวเตอร์พัง ถูกไวรัสโจมตี จึงต้องรอบคอบ ระมัดระวัง วางแผนการจัดเก็บให้เป็นระบบ บริหารป้องกันความเสี่ยง รวมทั้งการเตรียมใจรับมือต่อปัญหา เตรียมตัวรับมือกับความเสี่ยงในชีวิต ซึ่งอาจมีสิ่งเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลาที่ควรถือว่าเป็นประสบการณ์ชีวิต ควรมุ่งเน้นไปที่จุดแข็งและทรัพยากรมากกว่าจุดอ่อนและข้อบกพร่องและมุ่งเน้น ณ จุดปัจจุบันมากกว่าอารมณ์ถึงอดีตหรือกังวลต่ออนาคต ขอเพียงมีจิตใจมุ่งมั่นทำงานอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคใด ๆ ดังพญาวาฬที่ว่า

“ให้เจ้าคอยเพียรสร้าง เสมอแทนแบ่งข้อ
ให้สร้างก่อสืบไว้ เสมอเผื่องสืบยัง” ช่นเหล่าพี่น้องเอ๋ย...

References

1. Phra Akaradej Yantecho. Sun Tzu, a philosopher of war strategies [Internet]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2015[cited 2024 Aug 12]. Available from: [http://www.stou.ac.th/study/sumrit/2-58\(500\)/page4-2-58\(500\).html](http://www.stou.ac.th/study/sumrit/2-58(500)/page4-2-58(500).html). (in Thai)
2. Wikipedia. Sun Wu [internet]. Thailand: [n.p.]; 2015. [cited 2024 Aug 5]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%8B%E0%B8%B8%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B9> (in Thai)
3. The Office of the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. Criteria and methods for considering appointment of persons to positions; Assistant Professor Associate Professor and Professor, B.E. 2564 (2021). Government Gazette 2022;139 (Part 4d, dated 7th January B.E. 2565). (in Thai)
4. Phumasayasuwa C, Phoyen W, Sreeprasarn P. Documenting the roles of the COVID - 19 health care management team: Nursing assistants and clerical staff in the operations of the community waiting center of the Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Journal of Nursing Science and Health 2024;47(3):1-15. (in Thai)

5. Jongudomkarn D, Neelasmith S, Panpanit L, Boontoch K, Manorat M. Effects of online integrated teaching learning during COVID-19 epidemic on self-perception of leadership characteristics and professional outlook of the first-year bachelor nursing students. *Journal of Nursing Science and Health* 2022;45(1):124-36. (in Thai)
6. Sutthiviriwan S. Nursing challenges in caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the next normal. *Journal of Nursing Science and Health* 2024;47(3):16-26. (in Thai)
7. Anderson LW, Krathwohl DR, Airasian PW, Cruikshank KA, Mayer RE, Pintrich PR, et al. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Pearson, Allyn & Bacon;2001.
8. Churches A. Bloom's digital taxonomy [online]. New Zealand: [n.p.]; 2009[cited 2024 June 30]. Available from:
https://www.academia.edu/30868755/Andrew_Churches_Blooms_Digital_Taxonomy_pdf

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก: รายงานผู้ป่วย

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.* อุไรวรรณ หงวนไธสง ปร.ด.** จุฑามาศ พายะโปะ พย.ม.**
ขวัญกมล ลาดเสนา พย.ม.** ประกาย โพธิ์งาม พย.ม.*** รัศมี งามเจริญ พย.ม.****

บทคัดย่อ

คำถามแรกที่คนส่วนใหญ่ถามหาคือผู้ทำคลอดภายหลังการคลอดทารก คือ “ครบ 32 ประการหรือไม่” เพราะเป็นคำถามที่บ่งบอกถึงความเป็นไปในชีวิตของทารกและครอบครัวของทารกด้วย กรณีทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดไม่มีรูทวารหนัก เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้น 1 ใน 4,000-5,000 ของทารกเกิดมีชีพ มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด และควรได้รับการดูแลภายหลังการผ่าตัดอย่างใกล้ชิด เพื่อช่วยให้ทารกและครอบครัวของทารกสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุขมากที่สุด

บทความนี้จึงเป็นการนำเสนอกระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการผ่าตัดกรณีไม่มีรูทวารหนัก จำนวน 1 ราย ตามแนวปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินร่างกาย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ ประโยชน์ที่ได้เพื่อนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการแก้ปัญหาและดูแลทารกให้ครอบคลุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีความปลอดภัยและช่วยลดความวิตกกังวลให้กับครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลทารกแรกเกิด ความพิการแต่กำเนิด ทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก

วันที่รับบทความ 30 พฤษภาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 11 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 14 กรกฎาคม 2567

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

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****หัวหน้าหอผู้ป่วยระยะวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nursing care of newborns with congenital anomalies and imperforate anus: A case report

Atchariya Wonginchan Ph.D.* Uraiwan Haungthaisong Ph.D.** Chuthamas Payjapoh M.N.S.**.
Kwankamon Ladsena M.N.S.** Prakai Phongam M.N.S.*** Rassamee Ngamcharoen M.N.S.***

Abstract

The first question most people ask their doctor birth attendants after the birth of a newborn is, "Does the newborn have health across 32 components (based on the Thai/Eastern concept)?", because it is a question that determines the life of the newborn and their family as well. Newborn with imperforate anus, a congenital condition occurring in approximately 1 in 4,000 to 5,000 live births, require surgical intervention to correct the defect, and should be closely monitored after surgery. This treatment will help newborns, and their families achieve as normal a life as possible.

This case report presents the nursing process for caring for one newborn baby who had undergone surgery with imperforate anus. According to the guidelines for caring for newborns with abnormal health conditions, there are three main components: 1) General information about newborns, including taking medical history, and conducting a general physical assessment. 2) Nursing planning. 3) Holistic health assessment, which includes physical, psychological, sociological, and cognitive dimensions. The benefits of this intervention would bring to plan comprehensive and appropriate nursing practices to solve the newborn health problems. As a result, the newborn is safe and reduces anxiety for his family.

keywords: nursing care; birth defects; imperforate anus

Received 30 May 2023 Revised 11 July 2024 Accepted 14 July 2024

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

**Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

***Registered nurse, A professional level, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine,
Khon Kaen University, Thailand

****Head of the ward NICU, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University,
Thailand

บทนำ

ความพิการแต่กำเนิดของทารกแรกเกิดทั่วโลก มีมากถึงร้อยละ 3-5¹ ในขณะที่ประเทศไทยมีความพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 2.02 ของทารกแรกเกิดทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2561 ที่มีทารกแรกเกิด จำนวน 628,450 ราย² ความพิการแต่กำเนิด แบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) ความพิการทางด้านโครงสร้างของร่างกาย เช่น คลอดออกมาแล้วเป็นโรคหัวใจ ปากแหว่งเพดานโหว่ แขนขาขาด และ 2) ความพิการของการทำงานในหน้าที่และภาวะร่างกาย เช่น มีภาวะต่อมไทรอยด์บกพร่องหรือกลุ่มโรคโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย เป็นต้น¹ ระดับความรุนแรงของความพิการแต่กำเนิด แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความพิการเล็กน้อย เช่น ปัญหาสายตา การได้ยิน พัฒนาการล่าช้า 2) ความพิการปานกลาง เช่น ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับรู้ การเรียนรู้ และ 3) ความพิการรุนแรง เช่น อัมพาต ความพิการทางสมอง โรคเมตาบอลิกที่รุนแรง ความพิการซับซ้อน มีความบกพร่องมากกว่า 1 ด้าน เป็นต้น³ และความพิการแต่กำเนิดอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น โรคทางพันธุกรรม กลุ่มอาการทางพันธุกรรม 2) ปัจจัยแวดล้อมในครรภ์ เช่น การติดเชื้อ สารเคมี การได้รับรังสี 3) ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด เช่น ขาดออกซิเจน การบาดเจ็บ และ 4) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความผิดปกติในการพัฒนาของทารก ปัจจัยที่ไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น⁴ จากข้างต้นกล่าวได้ว่า ความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก จัดเป็นความพิการทางด้านโครงสร้างของร่างกายที่มีความพิการระดับรุนแรง

ความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก (Imperforate anus) พบว่า มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น ประมาณ 1 ใน 4,000-5,000 ของทารกแรกเกิดมีชีพ⁵ ซึ่งเป็นความพิการซับซ้อนมีความบกพร่อง มีลักษณะรูทวารอุจจาระไม่เปิดออกสู่ภายนอกหรือเปิดแต่ไม่สมบูรณ์ (anorectal malformation) รูทวารปัสสาวะไม่เปิดสู่ภายนอกอย่างปกติ (hypospadias, exstrophy bladder) รูทวารอุจจาระและปัสสาวะเปิดลงในอวัยวะเพศหรือช่องคลอด (cloaca) เป็นต้น ความผิดปกติของรูทวารเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ พัฒนาการของทวารในครรภ์ผิดปกติ (defects in embryonic development) ความผิดปกติดังกล่าว เกิดจากสาเหตุความบกพร่องทางพันธุกรรม เช่น โรควิลเลียมส์ ซินโดรมต่าง ๆ หรือเป็นโรคติดเชื้อในครรภ์ เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคหัด โรคหัดเยอรมัน เป็นต้น⁶ อาการและปัญหาสุขภาพที่ปรากฏ ได้แก่ ไม่สามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ส่งผลให้เกิดอาการอุดตันและ/หรือติดเชื้อ นอกจากนี้อาจมีปัญหาทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหารเกิดร่วมด้วย หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพิการของกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น⁷ ทั้งนี้ ทารกแรกเกิดควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งก่อนทำการผ่าตัดทารกแรกเกิดควรได้รับการดูแลให้การหายใจเป็นปกติขึ้น⁸

การดูแลรักษาทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก คือการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ถ้ามีความรุนแรงระดับต่ำสามารถเลือกผ่าตัดความผิดปกติ (anoplasty) ได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ถ้ามีความรุนแรงระดับปานกลางหรือระดับสูงควรทำทวารเทียม (colostomy) ในระยะแรกเกิดและทำการผ่าตัดรูทวารหนัก เมื่ออายุ 2-3 เดือน หรือน้ำหนักตั้งแต่ 4 กิโลกรัมขึ้นไป⁹ ก่อนการผ่าตัดควรมีแนวทางการดูแลรักษา ดังนี้ 1) ดูแลสภาพทั่วไปของทารกให้พร้อม ใช้เวลาเตรียมทารกก่อนการผ่าตัด ประมาณ 24 ชั่วโมงขึ้นไป 2) การผ่าตัดส่วนใหญ่ผ่าตัดผ่านทางช่องท้อง เนื่องจากสามารถมองเห็นรูโหว่ของกะบังลมได้ชัดเจนกว่า เย็บซ่อมแซมได้ง่าย และสามารถแก้ไขความพิการอื่น ของระบบทางเดินอาหารที่เกิดร่วมได้ 3) การดูแลหลังการผ่าตัดต้องทำทางเดินหายใจทารกให้เป็นอัมพาต และใช้เครื่องช่วยหายใจต่อประยะหนึ่ง¹⁰

ผลกระทบทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก หากเป็นระดับต่ำจะพบชี้เท้าแตกออกจากผิวหนังบริเวณฝีเย็บในทารกเพศหญิงหรือถุงอันทะในทารกเพศชาย หากเป็นระดับกลางหรือสูงจะมีชี้เท้าออกทางช่องคลอด (vagina) ในทารกเพศหญิง หรือปนออกมากับปัสสาวะในทารกเพศชาย⁹ ส่วนผลกระทบภายหลังการผ่าตัดที่มี

ลักษณะคล้ายกรณีทารกแรกเกิดไม่มีรูทวารหนัก เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อลำไส้และรอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคผนังลำไส้ไม่มี พบว่า เกิดความผิดปกติอื่นร่วม เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด เป็นต้น¹¹ ภายหลังการผ่าตัดรูทวารหนักสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ มากถึงร้อยละ 60 การติดเชื้อลำไส้หลังผ่าตัดได้ มากถึงร้อยละ 44 รอยแผลผ่าตัดทวารหนักตีบแคบ ร้อยละ 33 และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้^{12, 13} นอกจากนี้ ทารกแรกเกิดยังเกิดผลกระทบด้านอื่น ๆ เช่น เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำและสารอาหาร เนื่องจากท้องดันท้องอาหารทางปาก ครอบครัวยังเกิดความวิตกกังวลเนื่องจากอาการเจ็บป่วยของทารกและการขาดความรู้⁹

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือทารกที่เจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ช่วยประคับประคองทารกและครอบครัวของทารกในการเผชิญกับปัญหาอาการเจ็บป่วยของทารก ช่วยให้ทารกได้รับการดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ดำเนินการทั้งในด้านการรักษาพยาบาล ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ทารกได้รับการดูแลแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ทำหน้าที่วางแผนการพยาบาล ประเมินอาการและความผิดปกติของระบบขับถ่าย ดูแลรักษาพยาบาลก่อนและหลังการผ่าตัด ช่วยแก้ไขความผิดปกติ เป็นต้น ในส่วนการดูแลครอบครัว ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการจัดการด้านการขับถ่ายของทารก ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ให้คำปรึกษา ช่วยประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อการดูแลแบบครอบคลุมและต่อเนื่อง¹⁴ ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา ฝึกสอนวิธีการดูแลทารก บริหารจัดการแผนการดูแลทารกให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของทารก¹⁵

กระบวนการพยาบาลในการดูแลรักษาทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก เพื่อให้ทารกและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผู้เขียนจึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอการใช้แนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติสู่การปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การรวบรวมข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์ การประเมินร่างกาย 2) การวางแผนการพยาบาล และ 3) การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสามารถนำไปสู่การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหาและดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ทารกแรกเกิดกรณีไม่มีรูทวารหนักได้รับความปลอดภัยลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดความวิตกกังวลให้กับครอบครัวได้

รายงานผู้ป่วยและอภิปรายผลการดูแล

ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดรายหนึ่ง ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) รับเข้ารักษาในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 เป็นบุตรคนแรกเกิดในครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมบ้านชั้นเดียว ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวทารก บิดาอายุ 43 ปี มารดาอายุ 32 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จบปริญญาตรี มีบุตรคนแรก รายได้รวมของครอบครัว 45,000 บาทต่อเดือน และใช้สิทธิการรักษา โดยเบิกกับต้นสังกัดที่ทำงานของบิดาและมารดา คลอดเมื่ออายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทั้งนี้ มารดาไม่มีประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด ไม่มีการแพ้ยาและแพ้อาหาร¹⁶ ซึ่งแรกรับทารกแรกเกิดได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินร่างกายทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว ตรวจสอศีรษะ หน้า ผิวหนัง ตา หู จมูก ปาก คอ กระดูกไหปลาร้า หน้าอก ปอด

หัวใจ หน้าท้อง อวัยวะเพศ ทวารหนัก แขนขาและหลัง สัญญาณชีพ และปฏิกิริยาตอบสนอง ตามแบบฟอร์มการบันทึกกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก

ทารกแรกเกิดรับไว้รักษาในโรงพยาบาล วินิจฉัยโรคแรกเกิด คือ หลอดอาหารติดตันมีภาวะการเชื่อมต่อของหลอดอาหารและหลอดลม รูปแบบ C (tracheo-esophageal fistula: TEF Type C) และไม่มีรูทวารหนัก (imperforate anus) วินิจฉัยโรคเพิ่ม ขณะอายุ 5 วัน gastrostomy เตรียมผ่าตัด ขณะอายุ 13 วัน เข้ารับการผ่าตัด 1) right thoracotomy 2) ligat TEF 3) loop sigmoid colostomy และ 4) gastrostomy

กระบวนการพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัว

การพยาบาลทารกแรกเกิดและครอบครัวตามแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด

1.1) ข้อมูลภาวะการเจ็บป่วย อาการสำคัญก่อนนำส่งมาโรงพยาบาล คือ R/O esophageal atresia และมีประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน คือ ขณะคลอดมารดา อายุ 32 ปี คลอดเวลา 7.14 นาฬิกา น้ำหนักแรกเกิด (BW) เท่ากับ 3,010 กรัม ทำการประเมินสภาพทารกแรกเกิด (apgar score) เท่ากับ 8, 9, 9 กล้ามเนื้อแข็งแรงเคลื่อนไหวดี ร้องเสียงดัง เชี่ยวทั้งตัว กระตุ้น suction ตัวแดง ซึ่ง apgar score ที่ทำการประเมิน 3 ครั้ง ได้แก่ ที่ 1, 5 และ 10 นาที ได้ค่าคะแนน 8-9 ความหมาย คือ ทารกแรกเกิดมีสุขภาพปกติ (normal) ให้ความช่วยเหลือ โดยการทำให้ทางเดินหายใจให้โล่ง และเก็บตัวทารกให้อบอุ่นก็เพียงพอสามารถสรุปการแปรผลสภาวะพร้อมออกซิเจน (asphyxia) ได้ว่า ไม่มีภาวะพร้อมออกซิเจน¹⁷ แต่ทารกแรกเกิดรายนี้ตรวจพบได้ว่า ไม่มีรูทวารหนักวัดอุณภูมิกายไม่ได้ และการให้นมทางสาย OG Tube ทำไม่ได้ ส่วนประวัติเจ็บป่วยก่อนหน้า ไม่มี ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา จากคำบอกเล่าของมารดาว่า มารดาตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งที่ตรวจครรภ์มาตรวจด้วยตนเอง และฝากครรภ์ที่คลินิกประจำอำเภอแห่งหนึ่ง ติดตามการฝากครรภ์และตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ไม่มีอาการแพ้ท้อง และเมื่อตั้งครรภ์ได้ 6-7 เดือน จึงย้ายมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (คลินิกนอกเวลา) อายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ มารดามีมูกเลือดไหลออก มีอาการปวดท้อง และปวดถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จึงตัดสินใจมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล แพทย์แจ้งให้ทราบว่า ปากมดลูกมรดายังไม่เปิดจึงให้กลับไปพักที่บ้าน แต่ถัดมาอีก 1 วัน มารดาทนอาการปวดท้องไม่ไหว และท้องแข็งขึ้นเรื่อย ๆ จึงกลับมาโรงพยาบาลอีกครั้ง ปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร แพทย์ให้พักที่โรงพยาบาลและคลอด ในเวลา 07.14 นาฬิกา ประวัติการใช้ยาและสิ่งเสพติด ปฏิเสธการใช้ยาและสิ่งเสพติด ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค คือ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB)

1.2) ประวัติการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ มีการบันทึกตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (developmental surveillance and promotion manual: DSPM)¹⁸ จากผลการประเมินพบว่า มีพัฒนาการเป็นไปตามวัย รายละเอียดตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 บันทึกตามคู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการทารกแรกเกิด¹⁶

อายุ	ทักษะ	วิธีการประเมิน	ผลการประเมิน
แรกเกิด-1 เดือน	gross motor (GM) ทำนอนคว่ำยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ fine motor (FM) มองตามถึงกึ่งกลางลำตัว	จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนคว่ำบนเบาะนอน แขนทั้งสองข้างอยู่หน้าไหล่ สังเกตเด็ก ยกศีรษะ จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย ถือลูกบอลผ้าสีแดงห่างจากหน้าทารก ประมาณ 20 ซม. ขยับลูกบอลผ้าสีแดงเพื่อกระตุ้นให้ทารกสนใจ แล้วเคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงช้า ๆ ไปทางด้านข้างลำตัวเด็กข้างใดข้างหนึ่ง เคลื่อนลูกบอลผ้าสีแดงกลับมาที่จุดกึ่งกลางลำตัวทารก	ผ่าน : ทารกสามารถยกศีรษะและหันไปข้างใดข้างหนึ่งได้ ผ่าน : ทารกมองตามลูกบอลผ้าสีแดง จากด้านข้างถึงระยะกึ่งกลางลำตัวได้
	receptive language (RL) สะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อได้ยินเสียงพูดระดับปกติ	1. จัดให้ทารกอยู่ในท่านอนหงาย 2. อยู่ห่างจากทารกประมาณ 60 ซม. เรียกชื่อทารกจากด้านข้างที่ละข้างทั้งซ้ายและขวา โดยพูดเสียงดังปกติ	ผ่าน : ทารกแสดงการรับรู้ด้วยการกะพริบตา สะดุ้ง หรือเคลื่อนไหวร่างกาย
	expressive language (EL) ส่งเสียงอ้อแอ้	สังเกตว่าทารกส่งเสียงอ้อแอ้ในระหว่างทำการประเมิน หรือถามจากพ่อแม่	ผ่าน : ทารกทำเสียงอ้อแอ้ได้
	personal & social (PS) มองจ้องหน้าได้นาน 1-2 วินาที	อุ้มทารกให้ห่างจากหน้าพ่อแม่หรือผู้ประเมินประมาณ 30 ซม. ยิ้มและพูดคุยกับทารก	ผ่าน : เด็กสามารถมองจ้องหน้าได้อย่างน้อย 1 วินาที

1.3) การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป ขณะอายุ 13 วัน หลังรับการผ่าตัดวันที่ 1 ขณะนอนหลับนอนหายใจอยู่บนเตียง สภาพทั่วไปทารกมีผิวสีชมพู (mild pink) ถูกห่อด้วยผ้าห่อตัว หายใจ room air O₂ sat 97% HR 164 retained gastrostomy for feeding on TPN 6.3 mL/hr IV drip rate 5 mL/hr, 20% SMOF IV drip 1.9 mL/hr at Jugular vein มี colostomy tube ครอป Bag ไว้ มีแผลที่บริเวณหน้าอกขวา ปิด gauze ไว้ รายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิด

รายการตรวจร่างกาย	ผลการประเมินภาวะสุขภาพ
การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป	แรกรับ ผู้ป่วยนอนเตียง active ดี หายใจ Room air O ₂ sat 93% on TPN IV drip rate 6.3 mL/hr, 20% SMOF 1.7 mL/hr Rt. jugular vein BM via gastrostomy drip in 2hr ขับถ่ายผ่าน colostomy แผลผ่าตัดบริเวณด้านหลังผิงขวา และอกขวาแห้งดี แผลไม่ซึม
ผิวหนัง ผม ขน เล็บ	- ผิวหนัง ผิวสีชมพู ผิวหนังแห้ง ผิวหนังบาง ผิวหนังค่อนข้างอุ่น - ผม ขน ผมสั้น สีดำ การกระจายของเส้นผมสม่ำเสมอ ผมดกดำ - เล็บ เล็บสีชมพู เล็บไม่ยาว สะอาด ไม่เปราะ capillary refill time 2 วินาที, No spooning finger, no clubbing finger, เล็บมือและเท้าไม่พบเชื้อรา
ศีรษะ ใบหน้า คอ และต่อมน้ำเหลือง	- ศีรษะ มีความสมมาตรกัน คลำไม่พบก้อน ไม่บวม ไม่มีผื่นแดง ไม่มีเหา anterior fontanelle 3x4 cm. Posterior fontanelle ยังไม่ปิด - ใบหน้า มีความสมมาตรกัน ไม่เขียว เคลื่อนไหวใบหน้าได้ แสดงสีหน้าได้ - คอ หลอดลมอยู่ตรงกึ่งกลางลำคอ ไม่พบ neck vein engorge ไม่มีรอยโรค ไม่บวมแดง ไม่พบต่อมไทรอยด์โต on Rt. jugular vein - ต่อมน้ำเหลือง คลำไม่พบก้อน ไม่มีต่อมน้ำเหลืองโต

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของทารกแรกเกิด (ต่อ)

รายการตรวจร่างกาย	ผลการประเมินภาวะสุขภาพ
ตา หู และจมูก	- ตา ตาทั้งสองสมมาตรกัน กระพริบตาได้ ตาไม่บวม เยื่อบุตาไม่ซีด ตาอยู่ในแนวใบหู - หู ไม่เฉียง ตาไม่โปน หนังตาไม่ตก ไม่พบสิ่งแปลกปลอมในหู ใบหูสองข้างเท่ากัน อยู่ระดับเดียวกับสายตา ภายในหูไม่มีบาดแผล ไม่มีสารคัดหลั่งไหลออกมา ใบหูไม่มีฉีกขาด ได้ยินและหันตามเสียงได้
ปากและช่องปาก	- จมูก Septum อยู่กึ่งกลางพอดิ ไม่มีการอักเสบ ไม่บวม ไม่มีสิ่งแปลกปลอมในจมูก - ปากและช่องปาก ริมฝีปากสีชมพู ชุ่มชื้น เหงือกและลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้าเกาะ ปากสะอาดดี ลิ้นเคลื่อนไหวได้ดี sucking reflex +ve rooting reflex +ve swallowing reflex +ve
ทรวงอกและปอด	- รูปร่างปกติเท่ากันทั้งสองข้าง no kyphosis, no scoliosis, no pigeon chest, no funnel chest, no barrel chest AP : LAT ประมาณ 1:2 การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจ อัตราการหายใจ 66 ครั้ง/นาที คลำ normal lung expansion - ฟังเสียงหายใจไม่พบ adventitious sound - เคาะ ไม่ได้ตรวจ
หัวใจและหลอดเลือด	- ดู สีผิวหนังแดง เส้นเลือดไม่โป่งพอง หลอดเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง - capillary refill time < 2 second no spider nevi - คลำชีพจร 148 ครั้ง/นาที - ฟังเสียงหัวใจไม่พบ murmur
ท้อง	ลักษณะหน้าท้องกลม มีขึ้นไขมัน ไม่มีรอยโรค No fluid thrill คลำไม่พบตับโต ม้ามโต ฟัง bowel sound 4
แขน ขา และกล้ามเนื้อ	กล้ามเนื้อ ขนาดของกล้ามเนื้อทั้งแขนขาเท่ากัน ลักษณะข้อต่อ กระดูกสันหลังไม่คดงอ โกงกระดูกแขนขายาวเท่ากันทั้งสองข้าง งอเหยียดได้ กล้ามเนื้อและข้อต่อสามารถเคลื่อนไหวได้
ระบบประสาท และเส้นประสาทสมอง 12 คู่	ระดับความรู้สึกตัว - ผู้ป่วยตื่นดี (alert) รู้ตัวรู้เรื่อง active ตอบสนองต่อเสียงเรียกและสัมผัส การเคลื่อนไหวของลูกตามสัมพันธ์กับ ทิศทาง หลับตาได้สนิท มุมปากยกขึ้นเท่ากัน รับความรู้สึกบนใบหน้า อ้าปาก/แลบลิ้นได้ motor power gr.5 all เคลื่อนไหวได้ ขยับ abduction, adduction, rotation ได้ปกติ - Moro reflex positive - Gag reflex positive - Rooting reflex positive - Palmar grasping reflex positive - Babinski reflex positive

1.4) การประเมินสัญญาณชีพของทารกแรกเกิด ประกอบด้วย การวัดอุณหภูมิกาย (36.8-37.2°C) ซึ่งมีบางช่วงเวลาของทารกแรกเกิด เช่น ขณะอายุ 14 วัน มีอุณหภูมิกายสูงถึง 37.9°C อัตราการเต้นของหัวใจ (150-178 bpm) อัตราการหายใจ (52-66 bpm) ความดันโลหิต (mmHg MAP 49-70) และ O₂ saturation (93-98%) สาเหตุที่อุณหภูมิกายสูงอาจเกิดจากการติดเชื้อ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่ร้อนเกินไป ทำให้ทารกมีอาการหงุดหงิดในช่วงแรก การเคลื่อนไหวลดลง หายใจเร็วและแรง หรืออาจหยุดหายใจได้ การดูแลสามารถเช็ดตัวด้วยน้ำมีอุณหภูมิ 35°C จนกว่าอุณหภูมิกายจะเป็นปกติ¹⁹

1.5) ทำการบันทึกการน้ำเข้าออก (Intake/output) ของทารกแรกเกิด เช่น ขณะอายุ 13 วัน ร่างกายมีการสูญเสียสารน้ำ 74 มิลลิลิตร เปรียบเทียบกับขณะอายุ 14 วัน ที่ได้รับสารน้ำเพิ่ม 72 มิลลิลิตร ทำการบันทึก เพื่อช่วยประเมินภาวะสมดุลของน้ำในร่างกายทารกในระยะเริ่มแรก

1.6) การประเมินอาการ การรักษา และดูแลตั้งแต่แรกถึงจนอายุ 19 วัน ทารกเริ่มรับประทานทางปาก เป็น BM 4 ml x 8 feed via oral และ BM (20 kcal /oz) 62 Mi x 8 feed via gastrostomy ทารกอาจมีโอกาสดำรับสารน้ำสารอาหารไม่เพียงพอ และไม่มียาปฏิชีวนะ (antibiotics: ATB) ในเวรทารกรับอาหารได้หมด ไม่มีแหวะนม ไม่มีท้องอืด ร้องไห้ตอนกลางคืน งอแง หดุดร้องเมื่อมารดาอุ้ม และนอนหลับได้

2. การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลมุ่งเน้นเพื่อแก้ปัญหาและส่งเสริมสุขภาพของทารกแรกเกิดที่พิการแต่กำเนิด กรณีไม่มีรูทวารหนัก เป็นกระบวนการที่ผ่านการคิดวิเคราะห์ การใช้เหตุและผลทั้งเชิงอัตนัยและปรนัย ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดทฤษฎีที่สรุปออกมาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล²⁰ ซึ่งตามรายงานข้อมูล ทางสุขภาพของทารกครั้งนี้ ใช้การประเมินปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม สามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ทั้งหมด 7 ประเด็น โดยมีรายละเอียด ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
1. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบย่อยอาหารทำงานยังไม่สมบูรณ์	- เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย - เพื่อป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหาร	- สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดสารน้ำและสารอาหาร เช่น ผิวหนังมีความยืดหยุ่น ตึงตัว ไม่ดี เหี่ยวยุบ กระหม่อมบวม - จัดทำให้เหมาะสมก่อนให้สารอาหาร เช่น ยกศีรษะสูง เพื่อป้องกันการสำลัก อาเจียน - ดูแลให้ทารกได้รับสารน้ำและสารอาหารตามแผนการรักษา - ลดการใช้พลังงานของทารก โดยให้การพยาบาลนุ่มนวลและรวดเร็ว - ดูแลขังน้ำหนักระหว่างวัน - ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ RBC, Hb, Hct, Albumin, BUN	- ทารกได้รับพลังงานเพียงพอ ในแต่ละวัน - การเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติ - น้ำหนักตัวไม่ลดลงหรือลดลงไม่เกินวันละ 20 กรัม - ริมฝีปากไม่แห้ง ผิวหนังไม่เหี่ยวยุบ - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์และมีแผลผ่าตัด	- เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากบริเวณแผลผ่าตัด - เพื่อรักษาแผลให้หายเป็นปกติ	- ประเมินและบันทึกระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง - ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ ไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว อัตราการหายใจเร็ว อาการปวด บวม แดง	- สัญญาณชีพปกติ - ไม่มีอาการแสดงของภาวะติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
		- ร้อน มีสารคัดหลั่งซึมบริเวณบาดแผล - ประเมินอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะมีกลิ่น - ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด wet dressing วันละ 2 ครั้ง เช้าและเย็น - ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ - ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อน เช่น ไข้หนาวสั่น อาเจียน ผื่นคัน	
3. เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia-Hyperthermia เนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ผิวหนังบาง ชั้นไขมันใต้ผิวหนังน้อย	- ทารกไม่มีภาวะ Hypothermia-Hyperthermia - สามารถดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิร่างกายปกติ	- จัดให้ทารกอยู่บนที่นอนที่ทำด้วยผ้าลักษณะคล้ายรังนก (nest) และปรับอุณหภูมิของห้องไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป - วัดสัญญาณชีพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง - สังเกตและบันทึกอาการผิดปกติที่บ่งชี้ว่าทารกมีอาการอุณหภูมิของร่างกายต่ำ-สูง เช่น Reflex น้อยลง ผิวกายซีด ปลายมือ ปลายเท้าเย็นเขียว หายใจเร็ว และแรง หากรุนแรงอาจหยุดหายใจ ร้องไห้มากขึ้นเป็นต้น - ป้องกันภาวะ Hypothermia ระงับการสูญเสียความร้อน ห่อตัวให้อบอุ่นเสมอ ไม่ปล่อยทารกนอนบนผ้าอย่าง เป็นต้น - ป้องกันภาวะ Hyperthermia ดูแลให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมอากาศ	- ทารกสามารถดำรงไว้ซึ่งอุณหภูมิร่างกายปกติ - ไม่มีอาการแสดงของภาวะ hypothermia ได้แก่ ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียว ผิวซีด หายใจเร็ว ชีพจรลง น้ำหนักลดลง - และภาวะ Hyperthermia ได้แก่ หายใจเร็ว และแรง ร้องไห้มากขึ้น เคลื่อนไหวลดลง สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
		- ถ่ายเทได้สะดวก เช็ดตัวด้วยน้ำอุณหภูมิ 35 องศา เป็นต้น - ดูแลให้ทารกได้รับสารอาหารและน้ำตามแผนการรักษา	
4. มีการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณหน้าท้องเนื่องจากการอับชื้น	- ไม่เกิดผื่นแดง - ไม่เกิดผดผื่นคัน - ตึงผิว แสบร้อน และผิวไหม้	- ประเมินผิวหนังที่แสดงอาการของอาการระคายเคือง ได้แก่ ผื่นแดง ผดผื่น คัน ตึงผิว แสบร้อน และผิวไหม้ - ดูแลผิวหนังไม่ให้อับชื้น เช่น ล้างมือหรือใช้ waterless 20-30 วินาทีก่อนเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ เช็ดด้วยสำลีรอบถุงให้สะอาดและให้แห้ง สวมเสื้อผ้าที่สบายไม่รัดแน่น	- บริเวณรอบแผล colostomy และ gastrostomy ไม่มีผื่นแดง ผดผื่นคัน
5. เสี่ยงต่อการนอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากถูกรบกวนมากเกินไป	- เพื่อให้ทารกพักผ่อนได้ และมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย	- หลีกเลี่ยงการเหยียดแขนขา ให้ทารกอยู่ในท่าแขน ขา งอเข้าหากกลางลำตัวขณะอัม เคลื่อนย้ายและนอน ลำคอตรงไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป - ห่อตัวให้แขนงอ มือสองข้างอยู่ใกล้ ๆ ปาก หลีกเลี่ยงการห่อตัวแบบเก็บแขน - ใช้ผ้าอ้อมหรือผ้าห่มผืนเล็กม้วนวางรอบ ๆ กายของทารกเสมือนอยู่ในครรภ์มารดา - ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดแสงสว่าง ลดการรบกวน - จัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้อยู่ในเวลาเดียวกันมากที่สุด - ส่งเสริมสายสัมพันธ์มารดาทารก โดยดูแลให้มารดา kangaroo care - ส่งเสริมพัฒนาการให้เหมาะสมตามเกณฑ์อายุ	- ทารกสามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น แต่ก็ยังมีตื่นมาตอนกลางคืนร้องไห้แต่เมื่อมารดาเข้าอุ้มและใช้จุกนมหลอกให้ดูดทารกก็เงียบและนอนหลับต่อได้ - ทารกมีพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม

ตารางที่ 3 สรุประบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	การจัดการดูแล	ผลการประเมิน
6. การดูแลสุข วิทยาส่วนบุคคล บกพร่อง เนื่องจากไม่ สามารถดูแล ตนเองได้ จากการเป็นวัย ทารก	- เพื่อให้ทารก ได้รับการดูแล เพื่อตอบสนอง ความต้องการขั้น พื้นฐานของ ร่างกาย	- ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เช็ดเส้นผม ประจำสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง - ทำความสะอาดช่องปากทุก 4-6 ชั่วโมง - ทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และเช็ดผิวหนังให้แห้ง - ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และ ทำความสะอาดถุง colostomy ทุกครั้ง หลังทำความสะอาดร่างกาย - เล็บมือควรตัดเป็นรูปมน ส่วนเล็บเท้าตัด ให้เป็นรูปตรง - เปลี่ยนเครื่องนุ่งห่มและผ้าปูที่นอน เมื่อ พบว่าเปียกชื้นหรืออย่างน้อย วันละ 1-2 ครั้ง - คลุมผ้ารอบเตียงของทารกทุกครั้งเมื่อไม่ มีผู้ดูแล - ดูแลให้ทารกได้รับสารอาหารทางหลอด เลือดดำตามแผนการรักษา	- เนื้อตัวสะอาด สะอาด ผิวน้ำ ชุ่มชื้น - สภาพแวดล้อม รอบเตียงทารก สะอาด ไม่เปียก ชื้น
7. มารดามีความ วิตกกังวล เนื่องจากขาด ความรู้ในการ เจ็บป่วยของบุตร	- เพื่อลดความวิตก กังวลของมารดา ที่มีต่อภาวะ ความเจ็บป่วย ของบุตร	- ประเมินความวิตกกังวลของมารดา โดย การพูดคุยสอบถาม รวมทั้งสังเกตสีหน้า และพฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ กระวนกระวาย ลูกเดินบ่อย สีหน้าวิตก กังวล - พูดคุยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและเห็นใจ พร้อมให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและแผนการ รักษาพยาบาลในแต่ละวัน - เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดระบาย ความรู้สึกวิตกกังวล ชักถามข้อสงสัย พร้อมอธิบายให้เข้าใจ - ให้กำลังใจโดยใช้ถ้อยคำที่สุภาพ และ การสัมผัสที่นุ่มนวล - ส่งเสริมให้มารดามีการจัดการกับความ วิตกกังวล ด้านร่างกาย เช่น การดูแล ร่างกายให้สดชื่น สะอาด ด้านการผ่อนคลาย เช่น ออกไปสูดอากาศภายนอก	- ประเมินผลความ วิตกกังวล แปร ผลได้ว่าไม่มี อาการของโรค ซึมเศร้า

3. การประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทารก ประกอบด้วย ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ เนื่องจากเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับผลกระทบสุขภาพด้านใดด้านหนึ่ง ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพอื่นให้มีความรุนแรงมากขึ้น^{21, 22} เป้าหมายเพื่อให้ทารกปลอดภัยและผู้ดูแลสามารถดูแลทารกได้อย่างต่อเนื่องและปลอดภัยภายหลังจำหน่าย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1) ด้านร่างกาย ได้แก่ การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ โภชนาการและการเผาผลาญ การขับถ่าย กิจกรรมประจำวัน และการนอนหลับ

3.1.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึง การรับรู้สุขภาพและการจัดการสุขภาพ ในรายงานว่า “...ขณะตั้งครรภ์ได้ 6-7 เดือน จึงย้ายมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (คลินิกนอกเวลา) เมื่ออายุครรภ์ได้ 38 สัปดาห์ มีลูกเลือดไหลออก มีอาการปวดท้อง และปวดถี่ขึ้นเรื่อย ๆ ตนจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาลทันที...คุณหมอจึงให้นอนพักที่โรงพยาบาล และคลอดในเวลา 07.14 น....หลังทารกได้รับการผ่าตัดแล้ว มีผู้ดูแลหลัก คือ คุณแม่ ดูแลเรื่องการเช็ดตัวโดยใช้กระดาษเปียกเช็ด เช็ดตัวอย่างน้อย วันละ 1-2 ครั้ง ดูแลเรื่องการขับถ่าย เปลี่ยนแพมเพิส และดูแลถุง colostomy ให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ...”

เมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากเป็นเด็กทารก อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายมากขึ้น เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำต่อเชื้อโรคลดลง ทารกมีอายุระหว่างแรกเกิดถึง 12 เดือน เป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการเร็วมาก²¹ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทางการแพทย์และจากบิดามารดา²³ เพื่อให้สภาพร่างกายจะได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมและเหมาะสม

3.1.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญ ในรายงานว่า “...แม่ตั้งใจให้น้องได้กินนมแม่ และปัจจุบันก็กินนมแม่ 100% แม่ปั๊มใส่ขวดไว้เพราะน้องยังกินทางปากไม่ได้ ยังต้องกินผ่านสายหน้าท้องอยู่ แต่พอคุณแม่ให้อาหารทางปากแม่ก็จะให้น้องกินจากเต้าของแม่เอง และก็จะปั๊มไว้เผื่อเวลาแม่ไม่อยู่จะได้มีนมเก็บไว้ใช้...”

โดยทั่วไปผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีปัญหาทุพโภชนาการ เนื่องจากร่างกายต้องใช้พลังงานเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในร่างกาย ดังนั้นทารกควรได้รับการดูแลให้ได้รับอาหารให้เพียงพอ เช่น ทารกมีน้ำหนัก 3.46 kg (ประเมินเมื่ออายุ 13 วัน) มีความต้องการพลังงาน เท่ากับ 346 kcal/day เป็นต้น²⁴ ตามรายงานขณะทารก อายุ 13 วัน สูญเสียสารน้ำไป 74 ml รวมกับอุจจาระไป 55 ml ขณะอายุ 14 วัน รับอาหารเป็น BM (20 Kcal/oz) 38 ml x 8 feed feed via gastrostomy drip in 2 hr (TF 90) มีอาการแหวะนมหลังให้สารอาหารและขณะอายุได้ 18 วัน รับอาหารเป็น BM (20 Kcal/oz) 65 ml x 8 feed feed via gastrostomy drip in 2 hr (TF 150) เนื่องจากพยาธิสภาพของตัวทารกและทารกเองภายหลังการผ่าตัดต้องงดน้ำงดอาหาร (Nothing per oral: NPO) เพื่อสังเกตอาการประเมินผลดังกล่าว ทารกจึงมีความเสี่ยงในการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ดังนั้นความใส่ใจของมารดาในการเลือกวิธีให้นมทารกอย่างเหมาะสม จึงมีความสำคัญยิ่งต่อความปลอดภัย

3.1.3) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบแผนการขับถ่าย ในรายงานว่า “...ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปไว้ให้ตลอด ช่วงเช้าเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้วันละ 2-3 ครั้ง โดยปกติอุจจาระจะประมาณ 15-20 cc โดยประมาณ แต่ถ้าอุจจาระเยอะก็จะทำความสะอาดทันที โดยการใช้ syringe ดูดออกจากถุง colostomy และนำน้ำเกลือฉีดทำความสะอาด...”

ตามรายงานการขับถ่ายในช่วงแรกเกิดยังไม่เป็นระบบทารก จะปัสสาวะเกือบทุก 20 นาที หรือประมาณ 10-15 ครั้ง/วัน โดยในแต่ละครั้งปริมาณปัสสาวะจะค่อนข้างน้อย เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะยังมีความจุน้อยและมีการถ่ายอุจจาระทุกครั้งที่ตื่นนอน หรือทุกครั้งหลังจากกินนมแม่หรือประมาณ 10 ครั้ง/วัน การกินนมแม่ทำให้ลักษณะอุจจาระเหลว เพราะย่อยง่ายไม่มีกากใย แต่ทารกจะเกิดการระคายเคืองได้ง่ายเนื่องจากอุจจาระผ่านรูทวารเทียมทางหน้าท้อง (colostomy) แต่ยังคงใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา เนื่องจากทารกปัสสาวะบ่อย ทำให้เกิดความชื้นสะสม ทารกแรกเกิดมีผิวหนังที่บาง เมื่อผิวสัมผัสกับเอนไซม์จากอุจจาระทำให้ผิวมีภาวะเป็นด่างจนเกิดผื่นและติดเชื้อมากขึ้นหรือเชื้อแบคทีเรียได้ง่าย²⁵ การวางแผนการพยาบาลในการเปลี่ยนผ้าอ้อมและเฝ้าระวังในการทำมาสะอาด colostomy จะช่วยลดการระคายเคืองให้ทารกได้ส่งผลให้กินอิ่มนอนหลับได้นานขึ้น

3.2) ด้านอารมณ์ ได้แก่ เป็นการเผชิญปัญหาและอดทนต่อความเครียดของครอบครัว

3.2.1) มารดาของทารกแรกเกิด กล่าวถึงการอดทนต่อความเครียดในรายงานว่า

“...เมื่อตนและครอบครัวทราบว่าน้องผิดปกติ ตนและพ่อของน้องเครียดมากนอนไม่หลับ กลัวลูกจะเป็นอันตราย ...กลัวว่าลูกจะมีภาวะแทรกซ้อนเยอะ แต่เมื่อคุณหมอบอกเกี่ยวกับการรักษาให้เข้าใจก็สบายใจขึ้นบ้าง เวลาที่มีเรื่องเครียดอะไรก็จะพูดคุยกับคุณพ่อของน้อง และพี่กรรมมะ ก็ทำให้ไม่คิดมากสามารถช่วยได้เยอะ...”

ตามรายงานกล่าวว่า มารดาอึดแอ้มเมื่อได้เห็นหน้าลูก แต่สายตาก็ยังมีความกังวลอยู่เล็กน้อย และเมื่อบิดามาเยี่ยมลูกมีสีหน้าท่าทางที่กังวลเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซับซ้อนและคุกคามต่อชีวิตจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะสำคัญที่เกิดอย่างเฉียบพลัน และมีการดูแลรักษาโรคที่ไม่แน่นอน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและสูญเสียชีวิตได้ ซึ่งการเจ็บป่วยในภาวะเรื้อรังไม่เพียงจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วยด้วย²³ บางครอบครัวมีข้อจำกัดของความสามารถในการมีบุตร ภาวะการมีบุตรยาก หรือเกิดความเจ็บป่วยรุนแรงของบุตร จะส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลของการมีบุตรคนแรกในระดับที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)²⁶ เมื่อเกิดความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกไม่สบาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมแสดงออกด้วยหวาดหวั่นกลัวกังวล ไม่สบายใจ ตื่นตกใจง่าย ท้อแท้สิ้นหวัง แสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่ายนอนไม่หลับ เป็นต้น²⁷ ส่งผลกระทบต่อรับรู้ การคิด การตัดสินใจ การตกลงใจ และการเรียนรู้²⁸ พยาบาลทารกแรกเกิดทำหน้าที่ดูแลทารก มีความใกล้ชิดกับครอบครัวของทารก สามารถสร้างความไว้วางใจและเชื่อใจแก่สมาชิกในครอบครัว ควรทำหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการรักษาและขั้นตอนการดูแลทารกให้ครอบครัวได้รับรู้และเข้าใจ และเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อดูแลรักษาทารก โดยยึดประโยชน์ ความปลอดภัยและการคุ้มครองทารกเป็นศูนย์กลางของภารกิจ ให้การสนับสนุนข้อมูลแก่ครอบครัวที่เพิ่มมากขึ้น¹⁹ ดังนั้น การประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดา จะช่วยวางแผนการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีต่อภาวะความเจ็บป่วยของทารกได้มากขึ้น ส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลจากบิดามารดาอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.2.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงการเผชิญปัญหาในรายงานว่า

“...น้องเป็นลูกคนแรกทุกคนในครอบครัวรักและเป็นห่วงอยากให้น้องหายเร็ว ๆ จะได้ไปอยู่ที่บ้านด้วยกัน ไม่เคยคิดว่าน้องเป็นภาระ ดีใจที่น้องเกิดมาอยากให้น้องรับหายและแม่ก็เชื่อว่าน้องจะหาย...”

ตามรายงานมีบันทึกไว้ มารดาเข้าเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอ ให้ความสนใจเรียนรู้เมื่อแพทย์และพยาบาลเข้าไปให้ความรู้ ซึ่งมารดาที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่จะขาดประสบการณ์ในการดูแลทารก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของทารกแรกเกิด ช่วงเวลาหลังคลอดเป็นการเริ่มต้นความรับผิดชอบในบทบาทมารดา หากมารดาจะทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก ประเมินความเครียด แนะนำแนวทางในการจัดการความเครียดโดยคำนึงถึงพื้นอารมณ์ของทารก²⁹

3.3) ด้านสังคม ได้แก่ การมีบทบาทและสัมพันธภาพ ค่านิยมและความเชื่อ

3.3.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงการมีบทบาทและสัมพันธภาพ ในรายงานว่า

“...พ่อและแม่อาศัยอยู่ที่บ้านด้วยกัน 2 คน เนื่องจากทำงานด้วยกัน แม่มีพี่สาว 1 คน ส่วนพ่อมีพี่สาว 2 คน ปู่ ย่า ตาและยาย เสียไปหมดแล้ว พ่อและแม่ช่วยกันทำงานหาเงิน แต่ตอนนี้พ่อเป็นเสาหลักของบ้านเนื่องจากแม่ลาคลอด เมื่อมีปัญหา ก็จะคุยกับพ่อเป็นส่วนใหญ่ พ่อมาเยี่ยมน้องเกือบทุกวัน วันไหนไม่ได้มาก็จะโทรมาทุกวัน พี่สาวแม่และพ่อก็มาเยี่ยมน้องแล้ว ทุกคนรักและเอ็นดูน้องอยากให้น้องหายป่วยเร็ว ๆ...”

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (social support) เช่น ได้รับทรัพย์สิน กำลังใจ ความปรารถนาดี หรือการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของทารกมีความสำคัญทำให้ลดความวิตกกังวล ปล่อยวาง มีความหวัง มีกำลังใจ รู้สึกมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยคุ้มครอง³⁰ ประโยชน์ที่ได้จะช่วยให้มารดามีความพร้อมและสามารถปรับตัวในการเลี้ยงดูทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁹

3.3.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงค่านิยมและความเชื่อ ในรายงานว่า

“...สมาชิกทุกคนภายในครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ เข้าวัดทำบุญตามโอกาส ใส่บาตรอยู่บ้านบ่อยครั้ง แม่ชอบฟังธรรมะ และจะฟังในโทรศัพท์มือถือเป็นส่วนใหญ่...”

ความเชื่อในศาสนาเป็นทัศนคติต่อแง่มุมต่าง ๆ ของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเผชิญปัญหาที่บุคคลสามารถใช้เพื่อลดความวิตกกังวลและช่วยในการปรับตัวได้³¹ ควรส่งเสริมให้บิดามารดาหรือสมาชิกทุกคนในครอบครัวที่มียึดเหนี่ยวจิตใจ ทำใจยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้น ดำเนินชีวิตได้เป็นปกติสุขในสังคม จะช่วยส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจหลังจำหน่ายกลับบ้าน

3.4) การเรียนรู้ ได้แก่ ด้านพัฒนาการ ความคิด การเรียนรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง

3.4.1) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงแบบด้านพัฒนาการของทารกในรายงานว่า

“...กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของน้องก็จะนอน หลังกินนมก็จะนอน นอนประมาณ 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง วันหนึ่งก็จะนอนหลายรอบ ตอนกลางคืนไม่ค่อยนอน หลับ ๆ ตื่น ๆ รวมใน 1 วันน้องนอนประมาณ 8-10 ชม เวลาตื่นมาก็จะร้องไห้เพราะหิวนม เวลาตอนที่แม่พูดคุย หยอกล้อ เหมือนน้องจะฟังที่แม่พูด ยิ้มบ้าง ฟังเราเวลาเราพูด และมอง...”

ตามรายงานช่วงแรกเกิดทารกจะนอนหลับนาน 17-18 ชั่วโมงต่อวัน สามารถรับรู้ความรู้สึกได้จากการถูกสัมผัส คว่ำจับสิ่งของได้ สามารถยับแขน ขา กระพริบตา สายศีรษะไปมาได้ สอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้ของทารก เช่น เมื่อมารดาสัมผัสตัวทารกจะหดหรือกางแขนขาออกทันที³² เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารก ประโยชน์ที่ได้สำหรับวางแผนการพยาบาลในการดูแลป้องกันสิ่งรบกวนให้มากขึ้น เช่น ลดแสง เสียง เป็นต้น เพื่อช่วยให้ทารกได้นอนหลับได้นานขึ้น

3.4.2) มารดาของทารกแรกเกิดกล่าวถึงด้านความคิดและการเรียนรู้ ในรายงานว่า

“...เมื่อรู้ว่าลูกป่วย และต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ติดตามแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลอยู่เสมอ... น้องเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่ร้องไห้บ่อยไปหน่อย เมื่อแม่อุ้มก็หยุดร้อง ที่น้องร้องแม่คิดว่าน้องน่าจะอยากกินนมทางปาก เพราะเวลาน้องร้องแม่เอาลูกหลอกให้ดูดน้องก็หยุด...”

ตามรายงานเมื่อมารดามีการพูดคุย หยอกล้อ ทารกจะแสดงออกด้วยการยิ้มโต้ตอบ มอง และหันตามเสียงพูด เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างมารดากับทารก มารดาเรียนรู้พฤติกรรมของทารก และทารกเรียนรู้การได้รับการตอบสนอง พยาบาลทารกแรกเกิดควรส่งเสริมให้มารดาตอบสนองความต้องการของทารก โดยการสร้างเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลทารก²⁹

3.4.3) มารดาของผู้ป่วยทารกแรกเกิดกล่าวถึงการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ในรายงานว่า

“...น้องเป็นเด็กเลี้ยงง่าย แต่ร้องไห้บ่อยไปหน่อย แต่เมื่ออุ้มก็หยุดร้อง ที่น้องร้องแม่คิดว่าน้องน่าจะอยากกินนมทางปาก เพราะเวลาน้องร้องแม่เอาลูกหลอกให้ดูดน้องก็หยุด...”

การที่มารดาให้ความใส่ใจเรียนรู้เมื่อแพทย์และพยาบาลให้ความรู้ เป็นพฤติกรรมบ่งชี้ว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับสูง ทำบทบาทเป็นมารดาที่มีความพยายามในการทำความเข้าใจความต้องการของทารก ด้วยการสังเกตและแปลความหมายสื่อสัญญาณต่าง ๆ ที่ทารกแสดงออก ซึ่งผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลจะมีความพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค คิดวิเคราะห์ และหาแนวทางที่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมาย³³ ผลที่ได้ทารกจะเกิดความพึงพอใจและมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อมารดาในเชิงบวก มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อมารดา²⁹

สรุป

ทารกแรกเกิดที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนัก ควรได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน หากมีความรุนแรงระดับต่ำสามารถเลือกผ่าตัดความผิดปกติได้ตั้งแต่แรกเกิด แต่ถ้ามีความรุนแรงระดับปานกลางหรือระดับสูงสามารถทำทวารเทียม (colostomy) ในระยะแรกเกิด และเพื่อความปลอดภัยของทารกควรทำการผ่าตัดรูทวารหนักเมื่ออายุหรือมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม การดูแลรักษาโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การแก้ปัญหาได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง

พยาบาลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับทารกแรกเกิดและครอบครัว ทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ จึงมีบทบาทสำคัญการดูแลทารก ช่วยประคับประคองทารกและครอบครัวของทารกในการเผชิญกับปัญหาอาการเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติจึงควรได้รับการสนับสนุน และส่งเสริมให้สามารถนำสู่ปฏิบัติ ทั้งการให้ความสำคัญกับข้อมูลทั่วไปของทารกแรกเกิด การวางแผนการพยาบาล และการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดกรณีไม่มีรูทวารหนักได้อย่างปลอดภัย และครอบคลุมถึงครอบครัวให้สามารถดูแลทารกได้อย่างเหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

References

1. Lalitwongsa S. Children's hospital opens 4 birth defects most common in infants, indicating 70% can be prevented and cured [Internet]. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health, 2018 [updated 2018 March 2; cited 2024 July 5]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/03/15501> (in Thai)

2. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D.2018 [Internet]. Nontaburi: Strategy and planning division; 2018 [updated 2019 September 1; cited 2024 July 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic61.pdf> (in Thai)
3. Askarpour S, Peyvasteh M, Kazemnia K, Javaherzadeh H. Comparison outcomes of divided end loop versus separate double barrel colostomy in neonates with imperforate anus: Divided end loop versus separate double barrel colostomy in imperforate anus. *Iran J Pediatr Surg* 2021;7(2):81-9.
4. Harris BS, Bishop KC, Kemeny HR, Walker JS, Rhee E, Kuller JA. Risk factors for birth defects. *Obstet Gynecol Surv* 2017;72(2):123-35.
5. Aklilu TM, Adhana MC, Aboye AG. Imperforate Anus Associated with Anomalous Pulmonary Venous Return in Scimitar Syndrome Case Report from a Tertiary Hospital in Ethiopia. *BMC Pediatrics* 2019;19(1):1-9.
6. Elkadi TT, Jalil S. Small left colon syndrome with imperforate anus, a rare coincidence. *J Pediatr Surg Case Rep* 2020 Apr 1;55:101403.
7. Chen CJ. The treatment of imperforate anus: experience with 108 patients. *J Pediatr Surg* 1999;34(11):1728-32.
8. Methapathana M. Nursing care of children with gastrointestinal disorders [Internet]. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2021[updated 2021 March 2; cited 2024 July 5]. Available from: <https://elnurse.ssru.ac.th> (in Thai)
9. Piasai K, Phumdoung S, Wiroonpanich W, Chotsampancharoen T. A randomized control trial of guided-imagination and drawing-storytelling in children with cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2018;22(4):386-400. (in Thai).
10. Pengpan K, Siriboonpipattana P. Caring for premature infants with enteral feeding. *RHPC9 Journal* 2021;15(36):15-30. (in Thai)
11. Buphachai P, Noitumnee J. Risk factor for predict post operative enterocolitis and anastomosis stricture in Hirschsprung's Disease: A 5 years in Udonthani Hospital. *Journal of Health and Environmental Education* 2023;8(1):207-19. (in Thai)
12. Gao T, Xu W, Sheng Q, Xu T, Wu W, Lv Z. Clinical outcomes and risk factors for postoperative complications in children with Hirschsprung's disease. *Am J Transl Res* 2022;14(7):4830-7.
13. Parahita IG, Makhmudi A, Gunadi. Comparison of hirschsprung- associated enterocolitis following soave and duhamel procedures. *J Pediatr Surg* 2018;53(7):1351-4.
14. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Health problems of school-aged children that access to online media: the perspective of working-age parents in Thailand 4.0 Era. *Nursing journal* 2021;48(4):187-201. (in Thai)

15. Raksayot J, Sitthiban S. The effects of care model for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Khon rak pod clinic, Chawang crown prince hospital, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of health science of Thailand* 2013;22:973-8. (in Thai)
16. Saraboon P. Nursing process recording form for pediatric patients in the chronically ill ward: Nursing practice and child health 2. Khon Kaen: Child health nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;2023. (in Thai)
17. Jirapat K, Jirapat V. Health status assessment of newborns. 2nd ed. Bangkok: Dansuttha printing;2009. (in Thai)
18. Ministry of Public Health. Developmental surveillance and promotion manual: DSPM. 1st ed. Nontaburi: Office of printing affairs, War veterans organization;2019. (in Thai)
19. Songmuang P, Ayuthaya WI. Development of equipment for preventing hypothermia in preterm infants weighing 1,500 gram or less. *Journal of health science of Thailand* 2021;30(Suppl 1):S113-23. (in Thai)
20. Srisuk R. Application of clinical reasoning processes in nursing diagnosis writing for nursing students. *The Journal of boromarjonani college of nursing suphanburi* 2021;4(1):5-20. (in Thai)
21. DeHart GB, Sroufe LA, Cooper RG. Child development: Its nature and course. New York: McGraw-Hill;2000.
22. Wonginchan A, Tangpukdee J, Wonginchan S, Kearttiwongkru S, Khonggungong S. Health problems of school-aged children that access to online media: the perspective of working-age parents in thailand 4.0 era. *Nursing journal* 2021;48(4):187-201. (in Thai)
23. Antria P, Asimakopoulou E, Argyriadis A, Bellou–Mylona P, Gourni M, Sapountzi-Krepia D. Quality of life in patients with colostomy and the effects in everyday life. *Rostrum of asclepius* 2021;20(1):44–58.
24. Khrobsorn C, Lammana N, Potipatsa G. Promoting breastfeeding in sick newborns arrangement integration breastfeeding instruction in the bachelor of nursing program. *Journal of sakon nakhon hospital* 2024;26(2):103-13. (in Thai)
25. Yeom SS, Kim CW, Jung SW, Oh SH, Lee JL, Yoon YS, et al. Trepine transverse colostomy is effective for patients who have previously undergone rectal surgery. *Ann Coloproctol* 2018;34(2):72–77.
26. Kaewbuadee N, Pothisir W. Delaying age at first birth of ever-married women in Thailand: situation, trend, and determinants. *Srinakharinwirot research and development journal of humanities and social sciences* 2019;11(22):57-74. (in Thai)
27. Champawan T. Situational anxiety. *Journal of buddhist psychology* 2018;3(1):13-20. (in Thai)

28. Morrison JL, Chunsuwan I, Bunnag P, Gronholm PC, Estrin GL. Thailand's national universal developmental screening programme for young children: action research for improved follow-up. *BMJ Global Health* 2018;3(1):E000589.
29. Oncharoen G, Sinsuksai N, Phahuwatanakorn W, Limruangrong P. Factors influencing maternal responsiveness in first-time mothers. *Journal of nursing science chulalongkorn university* 2017;29(2):87-98. (in Thai)
30. Pimsa W, Thanattheerakul C. Spiritual needs in adolescent with critically ill. *Journal of nursing and health care* 2021;39(1):49-58. (in Thai)
31. Numdokmai S, Wacharasin C, Deoisres W. Effects of nursing intervention program based on illness belief model on family caregivers' stress and caring for stroke patients. *Journal of faculty of nursing burapha university* 2016;24(1):27-38. (in Thai)
32. Jungpanich P, Ployluan W. The study of situation of early childhood development in Thailand 2021. *Thailand journal of health promotion and environmental health* 2023;46(1):41-53. (in Thai)
33. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52:1-26.

สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตตามการรับรู้ของผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต

จุฬารัตน์ ตั้งภักดี ปร.ด.*

ประกายแก้ว ศิริพูล ปร.ด.** ภวรรณตรี พลเยี่ยม พย.ม.*** นิภา อังศุภากร วท.ม.*
แก้วกาญจน์ เสือรัมย์ พย.ม.* อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ ปร.ด.* ชลิตา ธนัฐธิกุล ปร.ด.****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ในปี พ.ศ. 2565 ซึ่งมีเป้าประสงค์เพื่อพัฒนาวิชาชีพ ด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะปฏิบัติและสมรรถนะทางคลินิกของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต เพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในสถานะที่อัตราการเกิดใหม่น้อยลง กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมรุ่นที่ 14 จำนวน 39 คน (คิดเป็นร้อยละ 100)

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .88 และค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า 1) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ($\bar{x} = 84.77$, $SD = 13.75$) 2) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ($\bar{x} = 43.33$, $SD = 6.18$) และ 3) คะแนนเฉลี่ยโดยรวม ทั้ง 2 ด้าน หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ ($\bar{x} = 128.10$, $SD = 18.85$) โดยผู้เข้าอบรมที่ผ่านการอบรมมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้นทุกข้อ

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต สมรรถนะการพยาบาล หลักสูตรเฉพาะทาง

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 17 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 17 ตุลาคม 2567

*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****รองศาสตราจารย์ นักวิชาการอิสระ

Competencies for neonatal and pediatric critical nursing care as perceived by graduates of the specialized program in neonatal and pediatric critical nursing care

Juraporn Tangpukdee Ph.D.*

Prakaikaew Siripoon Ph.D.** Phawantree Ponyiem M.N.S.*** Nipa Angsupakorn M.Sc.*

Kaewkarn Sueram M.N.S.* Atchariya Wonginchan Ph.D.* Chalida Thanatthreerakul Ph.D.****

Abstract

The descriptive research aimed to examine the perceived competencies in caring for critically ill neonatal and pediatric patients among nurses who have completed the specialized program in neonatal and pediatric critical care nursing in 2022. This program aims to advance the nursing profession by enhancing the knowledge, practical skills, and clinical competencies of nurses who care for critically ill neonatal and pediatric patients, addressing growing healthcare demands in a setting where birth rates are declining and ultra-low fertility rates are prevalent. The samples consisted of 39 professional nurses (100%).

The research instrument was a questionnaire designed to assess competencies in caring for critically ill neonatal and pediatric patients. The questionnaire's content validity was evaluated by three experts, yielding a content validity index of 0.88. The instrument's reliability was established with a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation; and inferential statistics using the paired t-test.

The findings revealed that: 1) The participants' perceived clinical competencies in neonatal and pediatric critical care nursing significantly increased after the training compared to before the training, with a statistically significant difference ($p < 0.01$; $\bar{X} = 84.77$, $SD = 13.75$); 2) Their perceived professional competencies, including leadership, teaching, supervision, and research in neonatal and pediatric critical care, also showed a statistically significant post-training improvement ($p < 0.01$; $\bar{X} = 43.33$, $SD = 6.18$); and 3) The overall mean score across both domains was significantly higher after the training ($p < 0.01$; $\bar{X} = 128.10$, $SD = 18.85$). The participants who completed the specialized program in neonatal and pediatric critical care nursing reported an increased perception of their competencies in caring for critically ill neonatal and pediatric patients in all items.

keywords: nursing care; critically ill neonatal and pediatric patients; nursing competencies; specialized program

Received 20 August 2024 Revised 17 October 2024 Accepted 17 October 2024

*Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

***Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

****Associate professor, Independent scholar

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ. 2022 รายงานสถิติทารกแรกเกิดเสียชีวิต 2.4 ล้านคน พบว่า อัตราการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 47 เกิดขึ้นในวัยทารกแรกเกิด อายุ 28 วันแรกของชีวิต ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1990 ร้อยละ 40 โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการคลอดก่อนกำหนด เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอดหรือไม่หายใจเมื่อแรกเกิด การติดเชื้อ ความพิการเป็นต้น¹ ส่วนสถานการณ์การเสียชีวิตในเด็ก พบว่า ในปี ค.ศ. 2020 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิต 5 ล้านคน ซึ่งหมายถึงว่า ในแต่ละวันจะมีเด็กเสียชีวิต 13,800 คน โดยมีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อ โรคปอดอักเสบ โรคอุจจาระร่วง และโรคมาลาเรีย² ส่วนสถิติการเสียชีวิตในเด็ก 5-9 ปี ข้อมูลในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวน 500,000 คน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อและการได้รับบาดเจ็บทางถนนและจมน้ำ³ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีอัตราตายทารกแรกเกิด คือ 4.19, 3.70 และ 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิตตามลำดับ ซึ่งในบางปียังสูงกว่าค่าเป้าหมาย คือ น้อยกว่า 3.70 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต⁴ ซึ่งส่งผลให้เด็กที่เจ็บป่วยในระยะวิกฤตต้องทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยบุคลากรสุขภาพจะต้องมีทักษะการดูแลทารกและเด็กในระยะวิกฤตตั้งแต่แรกเกิด การดูแลหลังคลอดและการดูแลทารกและเด็กที่เจ็บป่วย รวมทั้งการจัดการดูแลทารกที่มีความเสี่ยงสูงให้ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย¹

หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง ด้านการดูแลทารกและเด็กระยะวิกฤต⁴ กำหนดโดยสภาการพยาบาล ประกอบด้วย หลักสูตรสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด (neonatal nurse practitioner) มุ่งเน้นให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะวิกฤต สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวของทารกแรกเกิดที่กำลังเผชิญปัญหาวิกฤต สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจประเด็นปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมได้อย่างเหมาะสม เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว สามารถประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ และสาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต (neonatal pediatric critical nursing care) มุ่งเน้นเสริมสร้างความชำนาญเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กในภาวะวิกฤต โดยบูรณาการความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตอย่างเป็นองค์รวม เน้นการตอบสนองความต้องการทั้งทารก เด็ก และครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล โดยใช้กระบวนการพยาบาลและการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดอัตราการตาย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เฝ้าระวังป้องกันอันตราย ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพของทารกและเด็ก ตลอดจนส่งเสริมศักยภาพครอบครัวในการดูแลทารกและเด็กให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพและสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ โดยเป็นหลักสูตรที่ได้รับอนุมัติจากสภาการพยาบาล เพื่อจัดอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยมีเกณฑ์คัดผู้เข้าอบรม คือ มีประสบการณ์ทางการพยาบาลอย่างน้อย 1 ปี มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้น 1 ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยทารกและหรือเด็กวิกฤต ได้รับการอนุมัติให้ลาศึกษาต่อจากผู้บังคับบัญชาสูงสุดของหน่วยงาน และผ่านการสอบคัดเลือกตามเกณฑ์ของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร คือ มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพและบทบาทพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กระยะวิกฤตรวมทั้งครอบครัว การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ตัดสินใจภายใต้กฎหมายและจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง บูรณาการความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตเฉพาะโรคที่มีปัญหาซับซ้อน การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแล การจัดการข้อมูลทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาล สามารถใช้เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ ตลอดจนส่งเสริมฟื้นฟูผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตรวม

ทั้งครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาล เป็นหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น มีการจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและปฏิบัติ รวมระยะเวลา 16-18 สัปดาห์ ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลที่ให้การรับรองหลักสูตร⁵ มีการฝึกอบรม จำนวน 15 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี 10 หน่วยกิต และภาคปฏิบัติ 5 หน่วยกิต กิจกรรมการอบรม ประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย สัมมนา กรณีศึกษา และการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตมีการติดตามประเมินผลการฝึกอบรม โดยสรุปประเมินผล การจัดการเรียนการสอนรายวิชา ประเมินการจัดการฝึกอบรมภาคปฏิบัติร่วมกับแหล่งฝึก การสรุปประเมินผล ระหว่างและสรุปประเมินผลรวมภายหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรม (formative and summative evaluation) ประชุมสรุปถอดบทเรียนการดำเนินการฝึกอบรมและสรุปผลการดำเนินงาน

ความสำคัญของหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต แสดงให้เห็นถึงภารกิจสำคัญของสถาบันการศึกษาของสภาการพยาบาลในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง โดยมีเป้าหมายในการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากมีความเปราะบางและต้องใช้ทักษะเฉพาะทางในการจัดการสภาวะสุขภาพ หลักสูตรนี้สอดคล้องกับพันธกิจของสภาการพยาบาลในการเตรียมบุคลากรที่มีความสามารถทั้งทางด้านวิชาการและปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพที่ซับซ้อนและท้าทายมากขึ้น รวมทั้งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยทารกและเด็กในภาวะวิกฤต

โดยสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะของผู้ผ่านอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ประกอบด้วย 8 สมรรถนะ ได้แก่ 1) มีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กระยะวิกฤต โดยใช้กระบวนการพยาบาลสามารถจัดการกับความเสี่ยง การส่งต่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตภายใต้กฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพอย่างถูกต้องเหมาะสม 2) มีความรู้ ความสามารถในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในกระบวนการพยาบาล 3) มีความรู้ ความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยทารกและเด็กระยะวิกฤตเฉพาะโรค ตัดสินใจแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล โดยใช้การคิดวิเคราะห์อย่างเหมาะสมภายใต้ขอบเขตกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ 4) พัฒนาทักษะการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย เช่น การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในรูปแบบต่าง ๆ 5) มีความรู้ ความสามารถในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กระยะวิกฤตที่มีความล้มเหลวในระบบต่าง ๆ 6) มีความรู้ ความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กระยะวิกฤตเฉพาะโรค วิเคราะห์ ตัดสินใจ แก้ไขปัญหาทางการพยาบาลภายใต้กฎหมายและจริยธรรมทางวิชาชีพอย่างเหมาะสม 7) มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านทางคลินิกในผู้ป่วยเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทักษะในการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ และ 8) มีทักษะการให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม⁶ ผู้วิจัยจึงนำสมรรถนะที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ เพื่อสะท้อนคุณลักษณะของผู้ผ่านการฝึกอบรม การประเมินหลักสูตรการอบรมผ่านการรับรู้ของผู้ผ่านการอบรม สะท้อนผลลัพธ์การเรียนรู้จากสาระการสอน ความรู้ที่ผู้ผ่านการอบรมได้รับเพิ่มขึ้นจากการอบรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการอบรม โดยทำการประเมินจากมุมมองของผู้ผ่านการอบรมตามผลลัพธ์การบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตร

พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้เด็กรอดชีวิตโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ ต้องมีความรู้ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเฉพาะทางในการดูแล ต้องมีสมรรถนะ

ในด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้านการวิจัย และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องมีสมรรถนะทางคลินิก ประกอบด้วย ความรู้ ภาวะผู้นำ การจัดการสถานการณ์ในภาวะวิกฤต การประสานงาน การบริหารงาน การประเมินผล การสื่อสาร และการส่งเสริมความเป็นวิชาชีพ⁷ ซึ่งการที่จะมีสมรรถนะดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการอบรมในหลักสูตรเฉพาะทางที่ครอบคลุมความรู้และทักษะการพยาบาลที่จำเป็น

การออกแบบกิจกรรมการฝึกอบรม เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องบูรณาการความรู้ เพื่อปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐานในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ที่มุ่งให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ตลอดจนสมรรถนะการพยาบาลที่ต้องยกระดับพยาบาลวิชาชีพให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป ดังนั้น คณะกรรมการหลักสูตรจึงสนใจประเมินการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตของผู้ผ่านการอบรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรให้มีคุณภาพและตรงกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตของผู้ผ่านการอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการอบรมผู้ผ่านการอบรมมีการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตเพิ่มขึ้น

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ในการประเมินผลโครงการ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ตามการรับรู้ตนเองของผู้ผ่านการอบรมในหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต รุ่นที่ 14 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 39 คน (ร้อยละ 100 ของผู้ผ่านการอบรม) โดยมีระยะเวลาการอบรม 16 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 14 มีนาคม-22 มิถุนายน พ.ศ. 2566

วิธีการวิจัย

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตร (pre-test) ในวันปฐมนิเทศหลักสูตรการฝึกอบรม โดยหัวหน้าโครงการวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน

การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าอบรมมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากนั้นส่งแบบฟอร์มแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตในรูปแบบออนไลน์ให้ผู้เข้าอบรมทางกลุ่มไลน์ หากผู้เข้าอบรมยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะกดลิงค์แบบฟอร์มเพื่อทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ส่งแบบประเมินในรูปแบบออนไลน์ในระบบ google form

3. หลักสูตรจัดฝึกอบรมตามแผนที่กำหนดในการเรียนภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการศึกษาดูงาน ดังนี้ ส่วนที่ 1 การเรียนภาคทฤษฎี 5 วิชา ได้แก่ วิชานโยบายสุขภาพและการพยาบาล วิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก วิชาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต 1 และวิชาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต 2 ส่วนที่ 2 การเรียนภาคปฏิบัติ 2 วิชา ได้แก่ วิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต 1 และวิชาการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต 2 และส่วนที่ 3 การศึกษาดูงานการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานเด่น และมีนวัตกรรมการพยาบาลในการทารกและเด็กวิกฤตในสถานพยาบาลของรัฐบาล ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และในโรงพยาบาลเอกชน ณ โรงพยาบาลเด็กสินแพทย์

4. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการฝึกอบรม (post-test) ในวันสรุปประเมินผลการจัดอบรมของหลักสูตร โดยใช้แบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตในรูปแบบออนไลน์ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ส่งแบบประเมินในรูปแบบออนไลน์ในระบบ google form

5. ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลในแบบสอบถามในระบบการบันทึกข้อมูลของแบบสอบถามในระบบ google form

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาเป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายการพิจารณาแบบยกเว้น ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 หมายเลขโครงการ HE662080 ทีมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาทำการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อคะแนนการอบรม ไม่มีข้อมูลที่จะไปถึงตัวบุคคลได้ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ การสรุปข้อมูลผลการศึกษาก็จะสรุปเป็นภาพรวม โดยหลังจากที่ทีมวิจัยชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยได้ออกจากห้องประชุมและให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจโดยอิสระในการทำแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตในรูปแบบออนไลน์

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต และประสบการณ์ผ่านการอบรมระยะสั้นหรือหลักสูตรอื่น ๆ ทางพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤต เป็นการประเมินคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ทำให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตแสดงพฤติกรรมที่จำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตตามความเชื่อในความสามารถของตนเอง ประเมินได้จากแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤต 8 สมรรถนะ ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยยึดตามหลักเกณฑ์สมรรถนะที่สภาการพยาบาลกำหนด ประกอบด้วย 2 ด้าน ที่สำคัญ คือ ด้านที่ 1 สมรรถนะด้านคลินิก ข้อที่ 1-20 และด้านที่ 2 สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอนและนิเทศ และการวิจัย ข้อที่ 21-30 โดยแบ่งระดับการรับรู้สมรรถนะออกเป็น 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง ปฏิบัติได้ไม่ครบถ้วน ไม่มั่นใจ 2 หมายถึง ปฏิบัติได้แต่ต้องมีผู้ให้คำแนะนำหรือนิเทศ 3 หมายถึง ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องมีผู้แนะนำหรือนิเทศ 4 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้ และสอนให้คำแนะนำผู้อื่นได้ และ 5 หมายถึง สามารถปฏิบัติได้เป็นอย่างดี เป็นวิทยากรในการให้ความรู้นอกหน่วยงานได้⁶ โดยแบบสอบถาม ทั้ง 2 ด้าน มีคะแนนรวม ระหว่าง 30-150 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยแบบสอบถามสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤต โดยการตรวจสอบความเที่ยง (validity) ด้วยการหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity index: CVI) ในการหาค่าความเที่ยงตรงทั้งรายข้อคำถามและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือวิจัยทั้งฉบับ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 คนที่มีประสบการณ์ในการเป็นกรรมการจัดอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ไม่ต่ำกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการเป็นอาจารย์นิเทศในคลินิกแก่ผู้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามและลงความเห็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สามารถวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงมากจึงจะวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามต้องปรับปรุงเล็กน้อยจึงวัดคุณลักษณะได้ตรงตามนิยาม และระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามวัดคุณลักษณะตรงตามนิยาม ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้ค่า CVI ตามเกณฑ์ของ Davis คือ .80 ขึ้นไป⁷ โดยมีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (S-CVI) เท่ากับ .88

ความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ผ่านการอบรมในปีที่ผ่านมา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการทดลองใช้เครื่องมือ⁸ แล้วนำผลจากการทดสอบมาหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ยอมรับได้ (α -Coefficient)⁹ มีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง .70 ขึ้นไป¹⁰ ผลการทดลองใช้แบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตรายข้อและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการฝึกอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม พบว่า อายุเฉลี่ย 31.95 ปี (SD=4.54) อายุต่ำสุด 25 ปี อายุสูงสุด 45 ปี เมื่อแบ่งอายุเป็นช่วง พบว่า อายุระหว่าง 26-30 ปี พบมากที่สุด ร้อยละ 43.59 (n=17) รองลงมา อายุระหว่าง 31-35 ปี ร้อยละ 35.90 (n=14) ผู้เข้าอบรมทุกคนเป็นเพศหญิง ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 97.44 (n=38) ส่วนใหญ่มีตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ร้อยละ 69.23 (n=27) มีประสบการณ์ทำงานในหอผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตเฉลี่ย 7.57 ปี (SD=4.24) และไม่เคยมีประสบการณ์การเข้าอบรมระยะสั้น ในหลักสูตรอื่น ๆ ร้อยละ 79.49 (n=31) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม (n=39)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ (ปี)		
20-25 ปี	1	2.56
26-30 ปี	17	43.59
31-35 ปี	14	35.90
36-40 ปี	4	10.26
41-45 ปี	3	7.69
อายุเฉลี่ย (average) 31.95 ปี SD=4.54		
อายุต่ำสุด (minimum) 25 ปี อายุสูงสุด (maximum) 45 ปี		
2. เพศ		
หญิง	39	100
3. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ปริญญาตรี	38	97.44
ปริญญาโท	1	2.56
4. ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน		
พยาบาลวิชาชีพ	27	69.23
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	12	30.77
5. ระยะเวลาทำงาน (ปี)		
ระดับ competent 2-3 ปี	3	7.69
ระดับ proficient 3-5 ปี	4	10.26
ระดับ expert มากกว่า 5 ปี	32	82.05
อายุการทำงานเฉลี่ย (average) 7.57 ปี SD=4.24		
อายุการทำงานน้อยสุด (minimum) 2 ปี		
อายุการทำงานมากที่สุด (maximum) 23 ปี		
6. การอบรมระยะสั้น หลักสูตร อื่น ๆ		
เคย	8	20.51
ไม่เคย	31	79.49

2. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกของการพยาบาลวิกฤตผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิก เท่ากับ 71.31 คะแนน (SD=17.67) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 21 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 100 คะแนน หลังการอบรม พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิก เท่ากับ 84.76 คะแนน (SD=13.74) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 42 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 100 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกก่อนการอบรมและหลังการอบรมมาทดสอบด้วยสถิติ paired t test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม (n=39)

การรับรู้สมรรถนะทางคลินิก	X	SD	SD _d	95% CI	t-test	df	p-value (Sig. 1-tailed)
ก่อนการอบรม	71.31	17.07	18.83	-19.57 to - 7.36	4.46	38	< 0.01
หลังการอบรม	84.77	13.75					

X=mean; SD=standard deviation; SD_d = standard deviation of mean difference

CI=confident interval

*p<0.01

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรม มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตเบื้องต้น ภายใต้บทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 3.85 (SD=0.84) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับการปฏิบัติการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.85 (SD=0.93) รองลงมา คือ ส่งต่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต เพื่อการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 3.82 (SD=0.91) ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.00 (SD=1.10) รองลงมา คือ ให้คำปรึกษาและการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลกับครอบครัวของผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.33 (SD=1.11) และสามารถแปลผลข้อมูลสุขภาพ พร้อมทั้งจัดการเบื้องต้นได้อย่างเป็นองค์รวม คะแนนเฉลี่ย 3.41 (SD=0.94)

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตหลังการอบรม มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ปฏิบัติการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.38 (SD=0.75) รองลงมา คือ บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ชัดเจน คะแนนเฉลี่ย 4.36 (SD=0.71) และให้การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.33 (SD=0.70) ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.05 (SD=0.92) รองลงมา คือ ให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัดได้ตามขั้นตอน คะแนนเฉลี่ย 4.10 (SD=0.82) และใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.15 (SD=0.74)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกรายข้อก่อนและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่เพิ่มขึ้นสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ นำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม จากคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม 3.00 (SD=1.10) หลังอบรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.05 (SD= 0.92) รองลงมา คือ การแปลผลข้อมูลสุขภาพพร้อมทั้งจัดการเบื้องต้นได้อย่างเป็นองค์รวมจากคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.41 (SD=0.94) หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 (SD=0.66) และการรวบรวมและประเมินข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเป็นระบบ จากคะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.44 (SD=0.88) หลังอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 4.31 (SD=0.66) สำหรับความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อก่อนและหลังการทดลองที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.74 (SD= 0.91) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 4.15 (SD=0.74) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างรายข้อเท่ากัน คือ ส่งต่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต เพื่อการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.82 (SD=0.91) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 4.26 (SD=0.75) และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตตามเทคนิคหรือขั้นตอนที่ถูกต้องได้ คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.79 (SD=0.92) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรม 4.23 (SD=0.78) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะทางคลินิกรายข้อ ก่อนและหลังการอบรม

การรับรู้สมรรถนะทางคลินิก	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ (เต็ม 5 คะแนน)	
	ก่อนการอบรม (SD)	หลังการอบรม (SD)
1. รวบรวมและประเมินข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเป็นระบบ	3.44 (0.88)	4.28 (0.76)
2. แปลผลข้อมูลสุขภาพพร้อมทั้งจัดการเบื้องต้นได้อย่างเป็นองค์รวม	3.41 (0.94)	4.31 (0.66)
3. นำหลักฐานเชิงประจักษ์หรือวิจัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.00 (1.10)	4.05 (0.92)
4. ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตเบื้องต้นภายใต้บทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.85 (0.84)	4.31 (0.77)
5. วินิจฉัยและจัดลำดับปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ครอบคลุม	3.54 (0.82)	4.26 (0.75)
6. ให้การส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.44 (0.88)	4.26 (0.75)
7. ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.74 (0.91)	4.15 (0.74)
8. เข้าใจหลักการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.64 (0.93)	4.21 (0.73)
9. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กทารกและเด็กวิกฤตตามเทคนิคหรือขั้นตอนที่ถูกต้องได้	3.79 (0.92)	4.23 (0.78)
10. ให้การพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนและหลังผ่าตัดได้ตามขั้นตอน	3.54 (1.00)	4.10 (0.82)
11. จัดการปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.51 (1.00)	4.15 (0.78)
12. วางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างครอบคลุม	3.59 (0.94)	4.18 (0.79)
13. ส่งต่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตเพื่อการดูแลต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.82 (0.91)	4.26 (0.75)
14. ให้การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.54 (1.00)	4.33 (0.70)
15. ปฏิบัติการเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.85 (0.93)	4.38 (0.75)
16. บันทึกทางการพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ชัดเจน	3.74 (0.97)	4.36 (0.71)
17. ประเมินสถานการณ์และปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงในผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้	3.64 (0.90)	4.28 (0.76)
18. ให้การดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูงทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.46 (0.94)	4.28 (0.66)
19. ให้คำปรึกษาและการวางแผนล่วงหน้าในการดูแลร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.33 (1.11)	4.15 (0.81)
20. ให้การดูแลครอบครัวของผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตระยะสุดท้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม	3.44 (0.99)	4.23 (0.74)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย การพยาบาลวิกฤตผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ก่อนการอบรมและหลังการอบรม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย เท่ากับ 35.72 คะแนน (SD=8.73) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 12 คะแนน สำหรับคะแนนสูงสุด เท่ากับ 50 คะแนน หลังการอบรม พบว่า ผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัยเท่ากับ 43.33 คะแนน (SD=6.18) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 20 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 50 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรมและหลังการอบรมมา ทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย การพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ก่อนการอบรมและหลังการอบรม (n=39)

การรับรู้สมรรถนะด้าน วิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย	X	SD	SD _d	95% CI	t-test	df	p-value (Sig. 1-tailed)
ก่อนการอบรม	35.72	8.73	10.58	-11.04 to -4.19	-4.50	38	<0.01
หลังการอบรม	43.33	6.18					

X=mean; SD=standard deviation; SD_d =standard deviation of mean difference

CI=confident interval

* $p<0.01$

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการอบรม คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ ด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ คะแนนเฉลี่ย 3.90 (SD=0.97) รองลงมา คือ ประสานการทำงานภายในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 3.85 (SD=0.96) สำหรับคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย น้อยที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ สามารถค้นหาปัญหาวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.23 (SD=0.99) รองลงมา สามารถนำใช้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 3.26 (SD=1.04)

หลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ ด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย มากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ มีส่วนร่วมในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ คะแนนเฉลี่ย 4.46 (SD=0.64) รองลงมา คือ มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตตามมาตรฐานจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ คะแนนเฉลี่ย 4.44 (SD=0.64) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับประสานการทำงานภายในทีมสุขภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.44 (SD=0.68) สำหรับคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย น้อยที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ สามารถค้นหาปัญหาวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.23 (SD=0.74) รองลงมาคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน คือ เป็นผู้นำในการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.26 (SD=0.68) ให้คำแนะนำผู้ร่วมงานอื่น ๆ

ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ย 4.26 (SD=0.68) และสามารถนำใช้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ย 4.26 (SD=0.64)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ ด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย ก่อนและหลังการอบรม คะแนนเฉลี่ยรายข้อที่เพิ่มขึ้นสูงสุดเท่ากัน 2 อันดับแรก ได้แก่ สามารถนำใช้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ยก่อนการอบรม 3.26 (SD=1.04) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.26 (SD=0.64) และสามารถค้นหาปัญหาวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.23 (SD=0.99) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.23 (SD=0.74) สำหรับความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ ก่อนและหลังการอบรมที่เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่ มีส่วนร่วมในทีมสหภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้ คะแนนเฉลี่ยก่อนอบรม 3.90 (SD=0.97) คะแนนเฉลี่ยหลังอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 4.46 (SD=0.64) ดังตารางที่ 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย ก่อนและหลังการอบรม

การรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย ก่อนและหลังการอบรม	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อ (เต็ม 5 คะแนน)	
	ก่อนการอบรม (SD)	หลังการอบรม (SD)
1. จัดระบบการให้บริการสุขภาพในการดูแลทารกและเด็กวิกฤตที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมีคุณภาพ	3.72 (0.89)	4.31 (0.69)
2. มีสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตตามมาตรฐานจริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพ	3.82 (0.91)	4.44 (0.64)
3. เป็นผู้นำในการพัฒนาการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.28 (0.94)	4.26 (0.68)
4. เป็นผู้นำในการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.44 (1.02)	4.38 (0.71)
5. มีส่วนร่วมในทีมสหภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้	3.90 (0.97)	4.46 (0.64)
6. ประสานการทำงานภายในทีมสหภาพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.85 (0.96)	4.44 (0.68)
7. สอนญาติในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตร่วมกับทีมสหภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.72 (0.89)	4.31 (0.69)
8. ให้คำแนะนำผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.51 (0.94)	4.26 (0.68)
9. สามารถนำใช้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.26 (1.04)	4.26 (0.64)

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัย ก่อนและหลังการอบรม (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และ การวิจัย ก่อนและหลังการอบรม	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ รายข้อ (เต็ม 5 คะแนน)	
	ก่อนการ อบรม (SD)	หลังการ อบรม(SD)
10. สามารถค้นหาปัญหาวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลผู้ป่วยทารกและ เด็กวิกฤตได้อย่างเหมาะสม	3.23 (0.99)	4.23 (0.74)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านคลินิก และด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน นิเทศ และการวิจัย การพยาบาลวิกฤตผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรม และหลังการอบรม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านคลินิก และด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน นิเทศ และการวิจัย เท่ากับ 107.03 คะแนน (SD=25.30) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 33 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 150 คะแนน หลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านทางคลินิก และด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน นิเทศ และการวิจัย เท่ากับ 128.10 คะแนน (SD=18.85) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 62 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 150 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยโดยรวมก่อนการอบรมและหลังการอบรมมาทดสอบด้วยสถิติ paired t test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยโดยรวมด้านคลินิก และด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน นิเทศ และการวิจัย การพยาบาลวิกฤตผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรม และหลังการอบรม (n=39)

การรับรู้สมรรถนะ โดยรวม	X	SD	SD _d	95% CI	t-test	df	p-value (Sig. 1-tailed)
ก่อนการอบรม	107.03	25.30	28.29	-30.25 to -11.91	-4.65	38	<0.01
หลังการอบรม	128.10	18.85					

* $p<0.01$

5. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม

ผลการวิจัย พบว่า ก่อนการอบรมผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะ ด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต เท่ากับ 71.31 คะแนน (SD=17.67) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 21 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่ากับ 100 คะแนน หลังการอบรมผู้เข้าอบรมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต เท่ากับ 84.76 คะแนน (SD=13.74) คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 42 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 100 คะแนน เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกก่อนการอบรมและหลังการอบรมมาทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารก และเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม (n=39)

การรับรู้ สมรรถนะด้าน คลินิก	X	SD	SD _d	95% CI	t-test	df	P -value (Sig. 1-tailed)
ก่อนการอบรม	71.31	17.07	18.83	-19.57 to - 7.36	4.46	38	<0.01*
หลังการอบรม	84.77	13.75					

*p<0.01 (X=mean; SD=standard deviation; SD_d = standard deviation of mean difference
CI=confident interval)

อภิปรายผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต สามารถอภิปรายได้ดังนี้

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านคลินิกของการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต โดยมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินและวางแผนการพยาบาล⁶ ทั้งนี้ เนื่องจากการปฏิบัติงานพยาบาลเป็นการกระทำต่อมนุษย์ จะมีความผิดพลาดหรือมีความเสี่ยงต่อการกระทำไม่ได้ เพราะจะส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการ การปฏิบัติของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ สมรรถนะพื้นฐาน¹¹ โดยในการจัดอบรมบนสถานการณ์จริง ผู้เข้าอบรมมีโอกาสได้สัมผัสกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอยู่ตลอดเวลาที่ฝึกปฏิบัติงาน ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว¹² เพื่อเพิ่มมาตรฐานในการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลและสร้างผลลัพธ์ที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย การฝึกอบรมที่เน้นความสามารถควรนำไปใช้กับการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพทุกด้าน¹³ ทั้งนี้ รูปแบบการจัดการอบรม ประกอบด้วย วิธีการที่หลากหลายทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยมีวิทยากรและอาจารย์นิเทศที่มีความรู้และประสบการณ์สูง พยาบาลวิชาชีพผู้ที่ประสบความสำเร็จในการดูแลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต ร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดในภาวะวิกฤต ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การเชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทั้งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความสำคัญ และความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตให้ปลอดภัยอย่างมีมาตรฐาน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁴

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ผ่านการอบรมมีการรับรู้สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การจัดการ การพัฒนาคุณภาพ การสื่อสารและสัมพันธภาพ ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นวัตกรรมและการวิจัยอยู่ในระดับมาก¹⁵ ผู้เข้าอบรมมีความคิดเห็นด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นวัตกรรมและการวิจัยเฉลี่ยสูงสุด¹⁶ ทั้งนี้ สถาบันที่จัดการอบรมได้จัดให้มี

การอำนวยความสะดวกแก่ผู้เข้าอบรม โดยสนับสนุนให้มีบรรณารักษ์สนับสนุนการสืบค้นหนังสือในห้องสมุด รวมทั้งสืบค้นฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมบทความวิจัยทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษได้ตลอดระยะเวลา 4 เดือนของการฝึกอบรม ซึ่งเป็นไปตามประกาศของสภาการพยาบาล เรื่อง เกณฑ์การจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางและการบริหารหลักสูตร พ.ศ. 2557¹⁷ ที่กำหนดให้การจัดการเรียนการสอนจะต้องมีห้องสมุดที่มีหนังสืออย่างเพียงพอ รวมทั้งมีฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์สำหรับการสืบค้นเอกสารทางวิชาการฉบับเต็ม (full text) เป็นไปตามมาตรฐานสากล สอดคล้องกับการศึกษา¹⁸ ให้ข้อเสนอแนะว่า นอกจากสมรรถนะหลักด้านการพยาบาลวิกฤตตามที่สภาการพยาบาลกำหนด หลักสูตรควรสนับสนุนให้ผู้ผ่านการอบรมมีทักษะการเรียนรู้และพัฒนาแบบต่อเนื่องตลอดชีวิต (lifelong learning) ควบคู่ไปด้วย เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาวิชาชีพ

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย โดยรวมทั้ง 2 ด้าน คือ 1) ด้านคลินิก และ 2) ด้านวิชาชีพ ภาวะผู้นำ การสอน การนิเทศ และการวิจัยในการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตก่อนการอบรมและหลังการอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถนะการพยาบาลโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ทั้งด้านความรู้ความสามารถทางการพยาบาล ด้านเทคนิคการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินและวางแผนการพยาบาล การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ การมีมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร¹¹ ทั้งนี้ ผู้ผ่านการอบรมมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในด้านคลินิกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยพัฒนาให้มีการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการให้บริการผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ซึ่งเป็นผลจากบริบทการปฏิบัติงานที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจปฏิบัติและเน้นการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาล ผลการศึกษานี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาเบื้องต้น เพื่อพัฒนาหลักสูตรอบรมระยะสั้นทางการพยาบาลฉุกเฉินในประเทศแทนซาเนีย ที่มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการ ให้สามารถตัดสินใจปฏิบัติและเน้นการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลในสภาวะฉุกเฉินได้แม่นยำ¹⁹ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่มุ่งหวังให้ผู้ผ่านการอบรมมีความรู้ความสามารถในเรื่องเกี่ยวกับนโยบายสุขภาพและบทบาทพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตรวมทั้งครอบครัว อย่างไรก็ตาม การพัฒนาแนวทางมาตรฐานทางการพยาบาลเฉพาะทางที่สอดคล้องกับสมรรถนะที่ผู้ผ่านการอบรมรับรู้ได้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับพยาบาลในทางปฏิบัติ ควรจะนำไปปฏิบัติได้จริง โดยมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกเพื่อความถูกต้องและคุณภาพของแนวปฏิบัติ และเอกสารมาตรฐานการศึกษาตามกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการศึกษาในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ systematic review²⁰ ให้ข้อเสนอถึงผลลัพธ์การพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล โดยสมาคมพยาบาลและสมาคมวิชาการ ควรให้มีการประเมินความสามารถและรับรองระดับความสามารถของพยาบาลดูแลวิกฤต เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติทางคลินิก รวมทั้งการประเมินคุณภาพการฝึกอบรม และการรับรองมาตรฐานการพยาบาลในการดูแลต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถสะท้อนการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตของผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤต ซึ่งเป็นการศึกษาผลในระยะสั้นหลังสิ้นสุดการอบรม โดยทางหลักสูตรมีแผนการติดตามประเมินสมรรถนะผู้ผ่านการอบรมในระยะยาว เมื่อได้มีโอกาสกลับไปปฏิบัติงาน เพื่อสะท้อนการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตในระยะยาว นอกจากนี้ ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนว่าก่อนเข้ารับการฝึกอบรมยังไม่ค่อยมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตอย่างเป็นระบบ ในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานช่วงแรกยังไม่มี ความเข้าใจในความซับซ้อนของปัญหา ต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมาก แต่ในระยะหลังกระบวนการเรียน มีการสะท้อนคิดร่วมกันของสมาชิกในกลุ่ม และการได้เห็นตัวอย่างกรณีศึกษาที่หลากหลาย รวมทั้งการร่วม รับฟังการนำเสนอ กรณีศึกษาที่มีการเจ็บป่วยวิกฤตและซับซ้อน ทำให้เข้าใจในเนื้อหามากขึ้นและทำให้เห็น ส่วนที่จะสามารถนำไปพัฒนาในหน่วยงาน รวมทั้งก่อนการเข้ารับการอบรมไม่ได้นำข้อมูลงานวิจัยมาประกอบ กับการทำงาน หลังจากเข้ารับการอบรมแล้วทำให้เล็งเห็นความสำคัญของการนำงานวิจัยหรือบทความไปใช้ ในการทำงานมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการติดตามประเมินสมรรถนะผู้ผ่านการอบรมในระยะยาว เมื่อได้มีโอกาสกลับไปปฏิบัติงาน เพื่อสะท้อนการรับรู้สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลทารกและเด็กวิกฤตในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืน ต่อการพัฒนา รวมทั้งประสานความร่วมมือให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามหลักการของการเรียนรู้ตลอด ชีวิต (lifelong learning)
2. ควรทำการประเมินสมรรถนะของผู้ผ่านการอบรม โดยใช้วิธีการสะท้อนแบบ 360 องศา ทั้งจาก ผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เป็นภาพสะท้อนที่ครบวงจรและสร้างความเชื่อถือได้ของ ผลการประเมิน
3. ควรนำสมรรถนะที่ผู้ผ่านการอบรมมีผลประเมินระดับสูง หรือที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับต่ำ มาออกแบบการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการอบรมรุ่นต่อ ๆ ไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ผู้เขียนทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความนี้ โดยมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของบทความวิจัย

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

การวิจัยในครั้งนี้ ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใด ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เสียสละเวลาและให้ข้อมูลเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Newborn mortality [Internet]. Geneva: WHO; 2021[updated 2024; cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>
2. Unicef. Under-five mortality [Internet]. USA: Unicef; 2021[updated 2024; cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>
3. World Health Organization. Children: Improving survival and well-being [Internet]. Geneva: WHO; 2020[updated 2024; cited 2023 Jan 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

4. Thai Nursing Council. The 2014 announcement of Thai Nursing Council entitled criteria for specific nursing training program development and program management. Rachakitchanubeksa 2024;131(special section 38d):28. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Neonatal mortality rate [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022[updated 2024; cited 2023 Jan 2]. Available from: <http://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1439> (in Thai)
6. Committee of Program of Nursing Specialty in Neonatal and Pediatric Critical Care Nursing. Program of Nursing Specialty in Neonatal and Pediatric Critical Care Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. Khon Kaen: Faculty of Nursing; 2020. (in Thai)
7. Wangruangsatid R, Thongrat Y, Wanchai A, Rangsiyanon J. Perceived neonatal critical care nurse practitioner competencies of trainees completing the neonatal critical care nurse practitioner program. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(4):185-93. (in Thai)
8. Phonphotthanamat W. A comparative study of verifying the content validity of a research instrument with the IOC, CRV and CVI. RSU Library Journal 2022;28(28):169-92. (in Thai)
9. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research appraising evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins;2014.
10. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika 1951;16:297-334.
11. DeVellis R. Scale development: theory and applications. Thousand Okas, CA: Sage;2017.
12. Watcharaach J, Meelai W, Pitaksil A, Kampang P. Competency in critical neonatal care of professional nurses, Health Service Provider Board Office 6, Ministry of Public Health. Journal of Health Science Research 2017;11(1);99-109. (in Thai)
13. Akl D, Zaghamir D, Elsehrawy M, Saadoon H, Farahat A, Saadoon M. Effectiveness of competency-based training on nurses' performance regarding oxygen administration safety for children with respiratory disorders. International Journal of Africa Nursing Sciences 2024;20:100754.
14. Wangruangsatid R, Thongrat Y, Wanchai A, Rangsiyanon J. Perceived neonatal critical care nurse practitioner competencies of trainees completing the neonatal critical care nurse practitioner program. Journal of Nursing and Health Care 2017;35(4):185-93. (in Thai)
15. Ket-in V, Sriyasak A, Boonthum S, Julsiri A, Jamrit Y. An evaluation of nursing specialty in neonatal critical care nurse practitioner, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi province. Journal of The Royal Thai Army Nurse 2019;20(3):154-65. (in Thai)
16. Sukupunyaruk M, Lhekchum S, Kaewphuek N. Evaluation results of the training program for specialized nursing courses in nursing for critically ill patients (adults). Journal of Health Science 2014;23(3):492-500. (in Thai)

17. Royal Gazette. Announcement of the nursing council on the criteria for the preparation of specialized nursing training courses and curriculum management 2024.
Rachakitchanubeksa [Internet]. 2024 [updated 2024; cited 2024 Aug 15];131(special section 38):28. Available from: http://www.cnethai.org/CCNE/attach_files/special_54d0463185761.pdf (in Thai)
18. Ruaisungnoen W, Saensom D, Silarat M, Surit P, Methakarnjanasak N, Somjaivong B, et al. Perceived knowledge and skills acquisition and among trainees finished the short course program in critical care nursing (adult). *Journal of Nursing Science & Health* 2020;43(4):158-70. (in Thai)
19. Cunningham C, Brysiewicz P, Sepeku A, White L, Murray B, Lobue N, et al. Developing an emergency nursing short course in Tanzania. *AFEM* 2017;7(4):147-50.
20. Lee H, Kim DJ, Han JW. Developing nursing standard guidelines for nurses in a neonatal intensive care unit: a delphi study. *Healthcare (Basel)* 2020 Sep 4;8(3):320.

ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี*

สาวิตรี แยมศรีบัว พย.ม.** ภัทร์พิชชา ครูทางคะ ค.ด.***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 232 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ แบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกายและการเรียน และแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองสวนปรง (Suanprung Stress Test-20, SPST-20) โดยเครื่องมือแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกายและการเรียน ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกายและการเรียน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 0.66 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ มีผลกระทบต่อสุขภาพกายอยู่ในระดับน้อย มีผลกระทบต่อการเรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด และมีผลกระทบต่อความเครียดอยู่ในระดับสูง เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) ดังนั้น สามารถนำผลการวิจัย ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เหมาะสม เพื่อลดการใช้สื่อสังคมออนไลน์และป้องกันผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์

คำสำคัญ: การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความเครียด ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน

วันที่รับบทความ 3 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 25 กรกฎาคม 2567

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก มหาวิทยาลัยปทุมธานี

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ
อีเมล phatphitcha.kru@gmail.com

The relationship between social media usage and its impact on nursing students at Pathumthani University*

Savitree Yamsribua M.N.S.** Phatphitcha Kruthangka Ph.D.***

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between social media usage and the impact of social media use on nursing students at Pathumthani University. The sample consisted of 232 nursing students who were selected by proportional stratified random sampling. The instruments used for data collection included a demographic questionnaire, a social media usage questionnaire, a physical health and learning impact questionnaire, and the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20). The content validity of the physical health and learning impact questionnaire was verified by three experts, yielding values for index of item objective congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 for all items. The reliability test for the social media usage questionnaire and the physical health and learning impact questionnaire obtained Cronbach's alpha coefficients of 0.80 and 0.66, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman rank correlation coefficient.

The results showed that the nursing students had a crazy level of social media usage. There was a low level of physical health impact, the lowest level of learning impact, and a high level of stress. When analyzing the relationship between social media usage and the impact of social media use, it was found that physical health impact, learning impact, and stress had a low positive correlation with social media usage at a statistically significant ($p < .05$). Therefore, the research results can be used as guidelines for planning appropriate teaching and learning activities to reduce the use of social media and prevent its impact.

keywords: social media usage; stress; physical health impact; learning impact

Received 3 May 2024 Revised 21 July 2024 Accepted 25 July 2024

*This research was supported by Pathumthani University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Pathumthani University

***Lecturer, Faculty of Nursing, King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang,
Corresponding author, E-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลรวมถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เข้ามามีส่วนสำคัญในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิตของพยาบาล จากการศึกษาของ Daige¹ พบว่า การทำงานและการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในปัจจุบัน ได้มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น อีกในอนาคต ซึ่งเป็นที่น่ากังวลต่อผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาล ซึ่งรวมถึงกลุ่มนักศึกษาพยาบาล ที่จะเป็พยาบาลวิชาชีพในอนาคตด้วย จากการศึกษาแนวโน้มการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า จำนวนกว่า 1 ใน 3 ของนักศึกษาพยาบาล มีระดับของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น²

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลมีหลายวัตถุประสงค์ เช่น เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ทั้งในระบบและการเรียนรู้ตามอัธยาศัย พื้นที่สื่อสังคมออนไลน์เหล่านี้ เป็นเสมือนพื้นที่ที่สาม (third space) ในการส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งการเรียนรู้แบบเผชิญหน้าและการเรียนรู้ทางออนไลน์ โดยมีจุดเด่น 4 ประการ ประกอบด้วย การใช้สื่อสังคมออนไลน์ใช้เพื่อการเข้าถึงแหล่งที่มาของข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ สร้างความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ ให้ความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ อีกทั้ง ยังมีข้อเสนอให้สถาบันการศึกษาได้จัดเตรียมทรัพยากรในการสร้าง ชุมชนการเรียนรู้ทางออนไลน์ให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติงานพยาบาล³ นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อความบันเทิง เพื่อหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อเข้าร่วมสังคม การปฏิบัติงานและการเรียนรู้ร่วมกับพยาบาล เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการปฏิบัติงานของ นักศึกษาพยาบาล และเพื่อการแสวงหาโอกาสในการทำงานและความก้าวหน้าทางวิชาชีพ⁴⁻⁵

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ได้เข้้ามามีบทบาทในการสนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้และการปฏิบัติงานของ นักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากสื่อสังคมออนไลน์นั้นเป็นพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน ทางออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้ว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์จะช่วยในการเรียนรู้ของ นักศึกษาพยาบาลพยาบาล แต่หากมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระยะเวลาที่มากเกินไป อาจส่งผลต่อนักศึกษา พยาบาลทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านการเรียน และด้านอารมณ์ได้⁶⁻⁷

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มากเกินไป ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ปักผ่อน ไม่เพียงพอ และเสียสุขภาพตา ปวดเมื่อยตามตัว^{4,8} และนักศึกษาพยาบาลที่ใช้สมาร์ทโฟนมีการรับรู้ภาวะ สุขภาพในระดับกลาง โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟน ว่ายังมี การใช้เพิ่มสูงขึ้น ย่อมรับรู้ภาวะทางสุขภาพตนเองลดน้อยลง⁹ ส่วนการใช้สื่อสังคมออนไลน์ด้านการเรียนนั้น ส่วนใหญ่ใช้เพื่อประโยชน์ต่อการค้นคว้าหาความรู้ อีกทั้งยังส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดทักษะการเรียนรู้ ด้วยตนเองมากขึ้น แต่หากนักศึกษามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป อาจส่งผลเสียทางด้านการเรียนได้ โดยทำให้ความสนใจในการเรียนกับอาจารย์ลดน้อยลง⁷ นอกจากนี้ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ยังส่งผลกระทบต่อ ด้านอารมณ์หรือจิตใจ เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมจากสื่อสังคมออนไลน์ และได้รับอิทธิพลด้านอารมณ์และ ความคิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์¹⁰ จนบางครั้งส่งผลทำให้เกิดความเครียดได้¹¹ อีกทั้ง นักศึกษาที่มีการ ติดสื่อสังคมออนไลน์สามารถทำนายความเครียดได้⁶ ซึ่งถ้าหากมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างเหมาะสม สามารถใช้เพื่อความบันเทิง โดยช่วยในการผ่อนคลายจากความเครียด คลายความเหงา เป็นที่ระบายอารมณ์ ของนักศึกษาได้เป็นอย่างดี⁴ แต่จากการศึกษาของทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ และคณะ¹² พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มที่จะมีภาวะการเสพติดการใช้สื่อสังคมออนไลน์ นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มีแนวโน้มที่จะยอมรับพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมในทางออนไลน์ เช่น เนื้อหาที่ไม่เหมาะสมทางเพศ รวมทั้งการนำเสนอข้อความที่ไม่เหมาะสม

มีการใช้ถ้อยคำเชิงลบกับบุคคลทางออนไลน์ การใช้ภาษาที่หยาบคายไม่เหมาะสม และการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย¹³⁻¹⁴ ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในอนาคต ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจและมาตรการในการดำเนินการที่เหมาะสม เช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลกระทบทั้งต่อสุขภาพกายต่อการเรียน และความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน และผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาถึงผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี ยังไม่ปรากฏชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการนำไปบูรณาการกับการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับพฤติกรรมนักศึกษา และกำหนดเป็นแนวทางในการควบคุมและแก้ไขปัญหาพฤติกรรม และผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

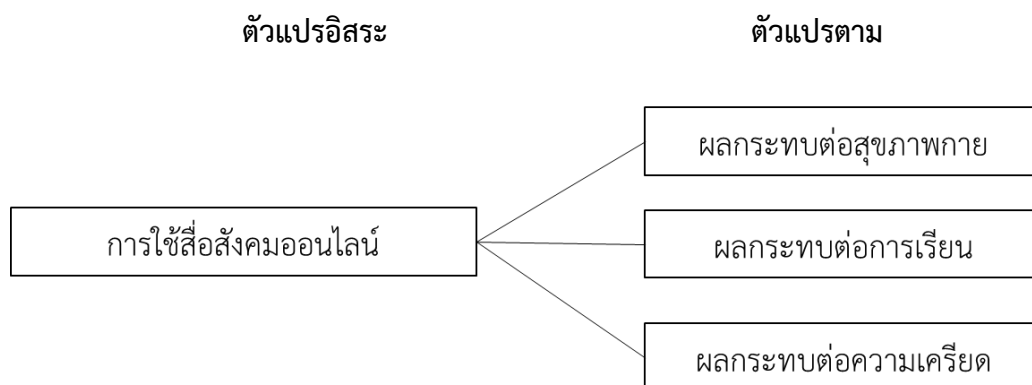
1. เพื่อศึกษาการใช้สื่อสังคมออนไลน์และผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน และผลกระทบต่อความเครียด ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์¹⁵ กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล โดยผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาพกาย^{4,8} ผลกระทบต่อการเรียน⁷ และผลกระทบต่อความเครียด⁶ รายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlation research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบ จากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 457 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม (inclusion criteria) คือ นักศึกษาพยาบาลที่เรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1 โดยกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล 0.20 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 193 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มอีก ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 232 คน วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (proportional stratified random sampling) ตามสัดส่วนขนาดของนักศึกษาพยาบาลแต่ละชั้นปี ประกอบด้วย นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1 จำนวน 63 คน ชั้นปี 2 จำนวน 65 คน ชั้นปี 3 จำนวน 51 คน และชั้นปี 4 จำนวน 53 คน โดยในแต่ละชั้นปี ใช้การวิธีการคัดเลือกตามสะดวก (convenience sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี ระดับผลการเรียน (GPAX) อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ ช่วงเวลาที่เข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ จำนวนชั่วโมงที่เข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ ในวันธรรมดาและวันหยุด การเข้าใช้บริการเครือข่ายออนไลน์ และคิดว่าตนเองติดสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่ รวมจำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้พัฒนามาจากแบบทดสอบของ ชาญวิทย์ พรนภดล และเอชรา วสุพันธ์จิต¹⁵ ได้ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ระดับ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ฉันใช้ทุกครั้งทันทีที่ว่าง หรือมีโอกาสนั้น” “ฉันพูดกับคนในสังคมออนไลน์มากกว่าคนรอบข้างในชีวิตจริง” เป็นต้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ใช่เลย 1 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่น่าใช่ 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นน่าจะใช่ และ 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นใช่เลย มีคะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งระดับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 21-30 หมายถึง ติดสื่อสังคมออนไลน์ คะแนน 11-20 หมายถึง คลั่งไคล้ และคะแนน 0-10 หมายถึง ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์¹⁵

ตอนที่ 3 แบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกายและผลกระทบต่อการเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็นผลกระทบต่อสุขภาพกาย จำนวน 4 ข้อ ตัวอย่างคำถาม คือ “ตาพร่ามัว” และผลกระทบต่อการเรียน จำนวน 4 ข้อ ตัวอย่างคำถาม คือ “ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ระหว่างเรียนทำให้ความสามารถในการเรียนมีน้อยลง” รวมจำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง ไม่มีอาการตามข้อความในประโยคนั้น 2 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นบางวัน 3 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นบ่อย และ 4 หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นเป็นทุกวัน มีเกณฑ์การแปลผลด้านสุขภาพกายและด้านการเรียนตามหลักของ เบสท์¹⁶ คือ ช่วงคะแนนเฉลี่ย

3.41-4.00 หมายถึง มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย/ด้านการเรียนอยู่ในระดับมากที่สุด ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.81-3.40 หมายถึง มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย/ด้านการเรียนอยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.21-2.80 หมายถึง มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย/ด้านการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.61-2.20 หมายถึง มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย/ด้านการเรียนอยู่ในระดับน้อย และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.60 หมายถึง มีผลกระทบด้านสุขภาพกาย/ด้านการเรียนอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดสวนปรุง (ฉบับปรับปรุง) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress Test-20: SPST-20) เป็นแบบวัดความเครียดที่พัฒนาขึ้น โดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ¹⁷ ซึ่งเป็นแบบวัดความเครียดที่เหมาะสมสำหรับประเมินโดยสำรวจดูว่าในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ในข้อใดเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถามบ้าง มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียดเลย ไปจนถึง 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด แล้วทำการรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด เพื่อนำมาแปลผล มีคะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยมีเกณฑ์การประเมินแบ่งระดับความเครียด ออกเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0-23 เครียดน้อย คะแนน 24-41 เครียดปานกลาง คะแนน 42-61 เครียดสูง และคะแนน 62 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย สำหรับแบบประเมินการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และแบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกายและผลกระทบต่อการเรียน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และปรับปรุงแบบทดสอบตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.66 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 0.60 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹⁸ ก่อนนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ผ่านการรับรองโครงการวิจัย เลขที่ PTU-REC 031/2566 วันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของนักศึกษา ให้นักศึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลังไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อผลการเรียนและการดำเนินชีวิตของนักศึกษา เมื่อนักศึกษายินยอมให้ข้อมูล จึงให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิเก็บไว้เป็นหลักฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยไปที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบสอบถามพร้อมกับเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยและเอกสาร

ยินยอมในการทำวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2567 จากนั้นผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามกลับและตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ได้แบบสอบถามกลับจำนวน 232 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยสถิติ shapiro-wilk test พบว่า ผลกระทบด้านสุขภาพกาย มีค่า 0.926 ($p<.001$) ผลกระทบด้านจิตใจ มีค่า 0.781 ($p<.001$) และผลกระทบด้านจิตใจ มีค่า 0.983 ($p=.006$) ซึ่งมีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์ของเบสท์¹⁶ คือ 1) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.81-1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันมาก 2) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.51-0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง 3) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.21-0.50 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ 4) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 0.01-0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก และ 5) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ภูมิหลังของตัวอย่างวิจัยเป็นนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยปทุมธานี จำนวน 232 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 223 คน (ร้อยละ 96.12) มีอายุเฉลี่ย 20.39 ปี (SD 1.91) ผลการเรียนส่วนมาก อยู่ในระดับ 3.01-3.50 จำนวน 124 คน (ร้อยละ 53.45) ใช้อุปกรณ์โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด จำนวน 231 คน (ร้อยละ 99.57) รองลงมา คือ ไอแพด/แท็บเล็ต จำนวน 160 คน (ร้อยละ 68.97) ช่วงเวลาในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนมากเป็นช่วงกลางวัน (19.00-24.00 น.) จำนวน 131 คน (ร้อยละ 56.47) ในวันธรรมดานักศึกษาเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ 5-6 ชั่วโมง จำนวน 95 คน (ร้อยละ 40.95) ส่วนในวันหยุดนักศึกษาเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ มากกว่า 6 ชั่วโมง จำนวน 128 คน (ร้อยละ 55.17) เข้าใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน tiktok มากที่สุด จำนวน 86 คน (ร้อยละ 37.07) รองลงมา คือ instagram จำนวน 85 (ร้อยละ 36.64) และส่วนมากคิดว่าตนเองติดสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 183 คน (ร้อยละ 78.88) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล (n=232)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เพศ		
หญิง	223	96.12
ชาย	9	3.88
อายุ		
อายุเฉลี่ย 20.39 ปี (SD = 1.91, Min = 18 ปี, Max = 28 ปี)		
ระดับผลการเรียน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.50	2	0.86
2.51-3.00	63	27.16
3.01-3.50	124	53.45
3.51-4.00	43	18.53
อุปกรณ์ที่ใช้ในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์		
โทรศัพท์มือถือ	231	99.57
ไอแพด/แท็บเล็ต	160	68.97
โน้ตบุ๊ก	110	47.41
คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	12	5.17
ช่วงเวลาในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์		
ช่วงเช้า (05.00-11.00 น.)	12	5.17
ช่วงกลางวัน (11.00-16.00)	48	20.69
ช่วงเย็น (16.00-19.00 น.)	39	16.81
ช่วงกลางคืน (19.00-24.00 น.)	131	56.47
ช่วงหลังเที่ยงคืน (00.00-05.00 น.)	2	
จำนวนชั่วโมงในวันธรรมดาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	4	1.72
3-4 ชั่วโมง	77	33.19
5-6 ชั่วโมง	95	40.95
มากกว่า 6 ชั่วโมง	56	24.14
จำนวนชั่วโมงในหยุดที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ชั่วโมง	3	1.29
3-4 ชั่วโมง	35	15.09
5-6 ชั่วโมง	66	28.45
มากกว่า 6 ชั่วโมง	128	55.17
การเข้าใช้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์		
Facebook	30	12.93
Instagram	85	36.64

ตารางที่ 1 ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล (n=232)
(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
Twitter	4	1.72
Line	3	1.29
Messenger	9	3.88
TikTok	86	37.07
Youtube	15	6.47
คิดว่าตนเองติดสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่		
ติด	183	78.88
ไม่ติด	49	21.12

2. ผลการวิเคราะห์การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวม พบว่า นักศึกษาส่วนมาก มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ จำนวน 129 คน (ร้อยละ 55.60) รองลงมา คือ ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 63 คน (ร้อยละ 27.16) และติดสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 40 คน (ร้อยละ 17.24) ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามชั้นปี พบว่านักศึกษามีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ทุกชั้นปี โดยชั้นปีที่ 1 จำนวน 37 คน (ร้อยละ 56.92) ชั้นปีที่ 2 จำนวน 38 คน (ร้อยละ 59.38) ชั้นปีที่ 3 จำนวน 27 คน (ร้อยละ 52.94) และชั้นปีที่ 4 จำนวน 27 คน (ร้อยละ 51.92) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล (n=232)

ชั้นปี	จำนวน (คน)	พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์					
		ไม่ติดสื่อสังคมออนไลน์		คลั่งไคล้		ติดสื่อสังคมออนไลน์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปี 1	65	22	33.85	37	56.92	6	9.23
ปี 2	64	13	20.31	38	59.38	13	20.31
ปี 3	51	13	25.49	27	52.94	11	21.57
ปี 4	52	15	28.85	27	51.92	10	19.23
รวม	232	63	27.16	129	55.60	40	17.24

3. ผลการวิเคราะห์ของระดับของผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีผลกระทบต่อสุขภาพกายอยู่ใน ระดับน้อย ($M=1.87$, $SD=0.57$) มีผลกระทบต่อการเรียนอยู่ใน ระดับน้อยที่สุด ($M=1.30$, $SD=0.30$) และมีผลกระทบต่อความเครียดอยู่ใน ระดับสูง ($M=50.30$, $SD=17.08$) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับของผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน และผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษาพยาบาล (n=232)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	M	SD	min	max	แปลผล
ด้านสุขภาพกาย	4	1.87	0.57	1.00	4.00	น้อย
ด้านการเรียน	4	1.30	0.30	1.00	3.00	น้อยที่สุด
ด้านความเครียด	100	50.30	17.08	20.00	97.00	สูง

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล พบว่า ผลกระทบต่อสุขภาพกาย ผลกระทบต่อการเรียน และผลกระทบต่อความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ($r_s=0.27$, $p<.001$, $r_s=0.31$, $p<.001$ และ $r_s=0.41$, $p<.001$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล (n=232)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r_s)	ระดับความสัมพันธ์
ผลกระทบต่อสุขภาพกาย	0.27**	ต่ำ
ผลกระทบต่อการเรียน	0.31**	ต่ำ
ผลกระทบต่อความเครียด	0.41**	ต่ำ

** $p<.01$

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ระดับการใช้สื่อสังคมออนไลน์และผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยปทุมธานี สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

นักศึกษาส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับคลั่งไคล้ โดยนักศึกษาส่วนใหญ่ใช้โทรศัพท์มือถือในการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด มีการใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ 5-6 ชั่วโมง ในวันธรรมดา และมากกว่า 6 ชั่วโมง ในวันหยุด ช่วงเวลาในการเข้าใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนมากเป็นช่วงกลางวัน (19.00-24.00 น.) ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มคนในยุคของเจนเนอเรชั่น Z เติบโตมาพร้อมกับโลกที่อยู่ต่อหน้าจอเทคโนโลยีของการสื่อสาร เรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากอินเทอร์เน็ต อีกทั้ง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการเรียนการสอนที่มีเนื้อหาค่อนข้างมากและมีการฝึกปฏิบัติกับผู้รับบริการที่ต้องให้การดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัย จึงทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดจากการเรียนในช่วงกลางวันได้ จึงทำให้นักศึกษามีการเข้าถึงเครือข่ายสังคมออนไลน์ในช่วงกลางวัน เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเรียนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ ศรารณะวงศ์ และคณะ⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า นิสิตส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ค่อนข้างถี่ และมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน และส่วนใหญ่เข้าถึงเครือข่ายออนไลน์ในช่วง 18.00-21.00 น. มากที่สุด

ผลกระทบต่อสุขภาพกายจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อสุขภาพกายของนักศึกษาอยู่ในระดับน้อย โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น คือ การปวดเมื่อยตามตัว ข้อมือ และ

เหนื่อยล้าทางสายตา ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเรียนการสอนที่หนัก จึงทำให้ไม่มีเวลาออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย จึงเป็นสาเหตุทำให้เมื่อมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นเวลานาน จะมีอาการปวดเมื่อยตามตัวมากกว่าบุคคลที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิตร จันทรอัป¹⁹ ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ผลกระทบและศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้สื่อทางสังคมออนไลน์ ก่อให้เกิดผลกระทบจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทางด้านสุขภาพกาย อาจเกิดนิ้วล็อกและการหยุดชะงักการเติบโตของร่างกาย เนื่องจากขาดการออกกำลังกาย และผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบอีกว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบต่อสุขภาพกายในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การเข้าใช้งานผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย มีผลกระทบต่อสุขภาพกาย คือ มีอาการปวดหลัง เมื่อยข้อมือ และหัวไหล่ สอดคล้องกับจุฑามาศ กิตติศรี และคณะ⁹ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่เป็นตัวอย่างวิจัยมีการใช้สมาร์ทโฟนและการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับกลาง โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมการใช้สมาร์ทโฟนว่า ยังมีการใช้เพิ่มสูงขึ้นยอมรับรู้ภาวะทางสุขภาพตนเองลดน้อยลง

ผลกระทบต่อการเรียนจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาอยู่ในระดับน้อยที่สุด ทั้งนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในช่วงกลางคืนมากที่สุด อาจส่งผลเชื่อมโยงไปยังผลกระทบต่อการเรียน ทำให้มีพฤติกรรมการนอนไม่หลับหรือนอนดึกแล้วตื่นสาย ไม่มีสมาธิในการเรียนและอาจส่งผลทำให้ผลการเรียนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของประวิตร จันทรอัป¹⁹ ที่พบว่า การใช้สื่อทางสังคมออนไลน์ทำให้นักเรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงของเวลานอนส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการนอนไม่หลับ และส่งผลต่อการทำงานของสมอง ทำให้สมองมีการตอบสนองลดลง ไม่มีสมาธิ ความจำไม่ดี ขาดความสนใจหรือรับผิดชอบต่อการเรียน ทำให้ผลการเรียนลดลง และผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังพบอีกว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบต่อการเรียนในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาลักษณ์ ธรรมดวงศรี⁷ ที่พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาส่งผลให้ความสนใจในการเรียนมีน้อยลง ในส่วนผลการศึกษาของ Fauzi และคณะ²⁰ ที่ทำการวิเคราะห์อิทธิพลของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่ได้มีอิทธิพลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 โดยพบว่า แม้นักศึกษาพยาบาลที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ในระดับที่แตกต่างกัน แต่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจขึ้นอยู่กับรูปแบบและวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมและถูกวิธี

ผลกระทบต่อความเครียดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อความเครียดของนักศึกษาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่ารูปแบบการจัดการเรียนการสอนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เน้นการจัดการเรียนการสอนเชิงรุก (active learning) ด้วยกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมกระบวนการพัฒนาผู้เรียนทางปัญญา ทักษะการปฏิบัติ ภายใต้หลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และกฎหมายทางวิชาชีพ นักศึกษาจะต้องมีความกระตือรือร้น และพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อยู่ตลอดเวลา เพื่อพัฒนาความรู้ของตนเอง ให้ทันสมัยอยู่เสมอ เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ในปัจจุบัน และพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการที่อยู่ในความดูแลได้รับความปลอดภัย ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประวิตร จันทรอัป¹⁹ ที่พบว่า การใช้สื่อเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ก่อให้เกิดผลกระทบในด้านอารมณ์หรือภาวะทางจิตใจที่ส่งผลต่อความคิด อารมณ์และความรู้สึกรู้สีก่อให้เกิดอาการหวาดระแวง ซึมเศร้า มีความเครียด และอารมณ์หงุดหงิดง่าย และหากมีการใช้สื่อสังคม

ออนไลน์ติดต่อกันเป็นเวลานานมากเกินไปอาจก่อให้เกิดปัญหาโรคติดต่อสังคม ช่วงเวลาที่ไม่ได้ใช้มักจะมีอาการกระวนกระวายใจหรือหงุดหงิด แม้จะพยายามที่จะควบคุมการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ของตนเองแต่ไม่สามารถควบคุมได้ และอาจเป็นสาเหตุของการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว โรคสมาธิสั้นตามมาได้ และผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบอีกว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลกระทบต่อความเครียดในระดับต่ำ เนื่องจากเมื่อได้เข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์จะช่วยให้เกิดความรู้สึกดีและมีความสุขที่ได้ใช้งาน ช่วยผ่อนคลายจากความเครียดได้ แต่หากมีการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป และได้รับอิทธิพลด้านอารมณ์และความคิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช วุฒิ ชูประดิษฐ์ และสุภัทร ชูประดิษฐ์⁶ ที่พบว่า นักศึกษาที่มีการติดสื่อสังคมออนไลน์สามารถทำนายความรู้สึกว่าเหงา ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยีมีการใช้อุปกรณ์การสื่อสารและการเข้าถึงช่องทางการสื่อสารออนไลน์ได้สะดวกมากขึ้น แต่พึงระวังผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มหนึ่งที่ต้องใช้เทคโนโลยีสารสนเทศหรือช่องทางออนไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารและการเรียนรู้ให้เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่างมีสติ รับรู้ถึงวัตถุประสงค์ของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพื่อตอบสนองตามความต้องการของตนเองไม่มากและไม่น้อยเกินไป จะสามารถช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ทั้งต่อสุขภาพกาย การเรียน และความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารหรืออาจารย์ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ หรืออาจจะต้องมีการคัดกรองนักศึกษาที่มีพฤติกรรมติดสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มเติม เพื่อเฝ้าระวัง และควบคุมผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของนักศึกษาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้
2. ผู้บริหารหรืออาจารย์ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้มีความเหมาะสมกับนักศึกษามากขึ้น โดยเน้นการส่งเสริมทักษะทางสังคมและการบริหารจัดการความสมดุลระหว่างการใช้อุปกรณ์สื่อสารสังคมออนไลน์กับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกับบุคคลที่แท้จริง ให้สอดคล้องกับการเรียนการสอนในปัจจุบันและการปฏิบัติงานในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นเพียงการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้สื่อสังคมออนไลน์เท่านั้น การวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการใช้อุปกรณ์สื่อสารสังคมออนไลน์ของนักศึกษาว่า ประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมมากขึ้น และสามารถนำไปต่อยอดพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมที่สามารถช่วยให้การใช้อุปกรณ์สื่อสารสังคมออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Daigle A. Social media and professional boundaries in undergraduate nursing students. *J Prof Nurs* 2020;36(2):20-3.
2. Kaur A, Kaur A. Impact of mobile phone usage on academic stress among nursing students. *Nursing & Midwifery Research Journal* 2022;18(3):157-65.
3. Giroux CM, Moreau KA. Nursing students' use of social media in their learning: a case study of a Canadian School of Nursing. *BMC nursing* 2022;21(1):195.
4. Sarawanawong J, Fyeted K, Ngernpoolsap D, Chantrdee W. Online social media usage behaviors of undergraduate student, Kasetsart University. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University* 2017;10(2):16-31. (in Thai)
5. Alharbi M, Kuhn L, Morphet J. Undergraduate nursing students' adoption of the professional identity of nursing through social media use: a qualitative descriptive study. *Nurse Educ Today* 2020;92:104488.
6. Chupradit PW, Chupradit S. The influences of social media addiction on mental health status among university students in Thailand. *Suthiparithat Journal* 2022;36(3),188-207. (in Thai)
7. Thamduengsri S. Social network usage behaviors of Rajabhat Mahasarakham University's students [Dissertation]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2019.
8. Nowell SB, Thompson K. Relationship between social media use and sleep quality of undergraduate nursing students at a Southeastern University[dissertation]. TN: University of Tennessee;2020.
9. Kitisri C, Nokham R, Phetcharat K. A smartphone using behavior and health status perception of nursing students. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University* 2017;5(1):19-34. (in Thai)
10. Vannucci A, Ohannessian CM. Social media use subgroups differentially predict psychosocial well-being during early adolescence. *J Youth Adolesc* 2019;48:1469-93.
11. Hou Y, Xiong D, Jiang T, Song L, Wang Q. Social media addiction: its impact, mediation, and intervention. *Cyberpsychology: Journal of psychosocial research on cyberspace* 2019;13(1):article4.
12. Thongmeekhaun T, Saetiauw S, Juntaveemuang V, Kitrungrrote T, Paenkaew J. Online social network using behavior among nursing students of Boromarajonaniccollege of Nursing, Songkhla. *Journal of Nursing, Siam University* 2020;21:67-77. (in Thai)
13. O'Connor S, Odewusi T, Smith PM, Booth RG. Digital professionalism on social media: The opinions of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 2022;111:105322.
14. Zhu X, Hu H, Xiong Z, Zheng T, Li L, Zhang L, et al. Utilization and professionalism toward social media among undergraduate nursing students. *Nurs Ethics* 2021;28(2):297-310.

15. Pornnoppadol C, Vasupanrajit A. Internet addiction. Bangkok: Prayoonsanthai Printing Limited Partnership;2013. (in Thai)
16. Best JW. Research in Education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall;1977.
17. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapunya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. Journal of Suanprung Psychiatric Hospital 1998;13(3):1-20. (in Thai)
18. Taber KS. The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. Res Sci Educ 2018;48:1273-96. (in Thai)
19. Jun-up P. Behavior and aftermath of social media usage of senior high school students in Phitsanulok [Dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2017. (in Thai)
20. Fauzi R, Saaiddin NI, Ibrahim NS, Abdullah SS. Effect of Social Media Addiction on Academic Performance among Nursing Students. MJN 2021;13(1):3-9.

ความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดชนิดไม่ทราบสาเหตุของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์

เบญญาภา พิภักษ์วัน ปร.ด.* จันทนา โรเจอร์สัน ปร.ด.**

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกสันหลังคดชนิดไม่ทราบสาเหตุ เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของผู้ที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดทั้งหมด เป็นปัญหาหนึ่งที่พบได้ในนักเรียนเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น เกิดจากความเครียดหลายประการแต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่ชัดเจน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียนประถมศึกษา เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประเมินหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ของโรงเรียนเทศบาล 3 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 427 คน ดำเนินการวิจัยโดยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงด้วยแบบสอบถาม และการตรวจกระดูกสันหลังคดด้วยวิธี Adam's forward bending test ซึ่งมีค่า test-retest reliability เท่ากับ 0.90 และในกรณีที่ผลการตรวจเป็นบวก จะได้รับการตรวจความเอียงของกระดูกสันหลังด้วย scoliometer ซึ่งมีค่า inter-rater reliability เท่ากับ 0.80-0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการศึกษาไม่พบนักเรียนที่มีภาวะกระดูกสันหลังคด นักเรียนใช้กระเป๋าน้ำหนักเหมาะสม ไม่เกิน 15% ของน้ำหนักตัว ร้อยละ 99.76 อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กิจกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้น ควรมีการรณรงค์เกี่ยวกับการมีค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายในนักเรียนชั้นประถมศึกษา เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคด

คำสำคัญ : จังหวัดนครสวรรค์ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ภาวะกระดูกสันหลังคด

วันที่รับบทความ 31 กรกฎาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 2 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 3 ตุลาคม 2567

*อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล chuntana@bcnsprnw.ac.th

Risk of idiopathic scoliosis among primary school students within schools in the urban areas of Nakhon Sawan Province

Benyapa Pipatpawan Ph.D.* Chuntana Rogerson Ph.D.**

Abstract

Idiopathic scoliosis is the most common cause of all abnormal curvature of the spine. It is a common problem in students as they enter adolescence. It is caused by several risk factors, but these factors are not well studied. This research aimed to study the risk as well as the relationship between demographic data and risk factors for scoliosis in primary school children. It was a descriptive correlational study. The sample consisted of 427 primary school students in grades 5-6 of three municipal schools in the Muang district, Nakhon Sawan Province. The Research was conducted by asking for demographic data and risk factors using a questionnaire and scoliosis screening using Adam's forward bending test, which has a test-retest reliability of 0.90. In case that the test result was positive, the spine tilt was examined using a scoliometer, which has an inter-rater reliability of 0.80-0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study showed that no students with scoliosis were found. Almost all students (99.76%) used bags with an appropriate weight, not exceeding 15% of their body weight. Age, gender, weight, height, and body mass index had a positive relationship with scoliosis with statistical significance ($p < .001$). Exercise had a negative relationship with scoliosis statistically significant ($p < .05$). Therefore, there should be campaigns regarding appropriate body mass index and promotion of exercise in primary school students to reduce the risk of scoliosis.

keywords: Nakhon Sawan Province; primary school students; scoliosis

Received 31 July 2024 Revised 2 October 2024 Accepted 3 October 2024

*Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

บทนำ

ภาวะกระดูกสันหลังคดชนิดไม่ทราบสาเหตุ (adolescent idiopathic scoliosis) เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุดของภาวะกระดูกสันหลังคดทั้งหมดในกลุ่มเด็กนักเรียน โดยเป็นภาวะที่แนวกระดูกสันหลังมีความโค้งเอียงไปทางด้านซ้ายหรือขวาอย่างผิดปกติ จนส่งผลกระทบต่อความสบายและการดำเนินชีวิต อาจทำให้เจ็บปวด เคลื่อนไหวลำบาก และการทำงานของปอดลดลง มักพบในระยะก่อนเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งมีการพัฒนาการของกระดูกสันหลังยังไม่เต็มที่ ในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยมักไม่มีอาการ แต่อาจส่งผลร้ายแรงตามมาได้ หากสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จะสามารถรักษาให้หายได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน¹ ประเทศในแถบเอเชียมีการศึกษา พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีภาวะกระดูกสันหลังคด ตั้งแต่อายุ 0.4–7.0²⁻⁸ โดยพบอุบัติการณ์เด็กที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดในเขตเมืองมากกว่าชนบท^{3,5} ประเทศไทยมีรายงานการศึกษาอัตราความชุกของภาวะกระดูกสันหลังคดในจังหวัดปทุมธานี กรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ ในนักเรียนช่วงอายุ 9-15 ปี พบร้อยละ 4.46-21.14⁹⁻¹¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบต่อเด็กทางด้านร่างกาย ในกรณีหากมีความคดเอียงของกระดูกสันหลังมากกว่า 60 องศาขึ้นไป จะส่งผลให้ขนาดช่องว่างภายในทรวงอกลดลง ทำให้ปอดไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ เกิดอาการหายใจลำบาก เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม อาการปวดหลังเรื้อรัง กล้ามเนื้อตึง และถ้าความคดเอียงมากกว่า 90 องศาทำให้เกิดอาการเจ็บปวดและมีความผิดปกติของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง¹² และพบว่าอาการปวดหลังและหายใจลำบาก อาจรบกวนการนอนหลับ¹³⁻¹⁴ ด้านจิตใจ เด็กที่มีกระดูกสันหลังคดมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเอง รู้สึกเขินอาย หรือแยกตัวจากสังคม ทำให้เด็กสูญเสียเอกลักษณ์ เกิดความเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี¹⁵⁻¹⁶ ด้านบุคลิกภาพผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดอาจมีรูปร่างที่ไม่สมมาตร ไหล่หรือสะโพกไม่เท่ากัน ลำตัวเอียง ซี่โครงหรือหน้าอกยื่นมาด้านหน้า ส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในตนเองและภาพลักษณ์ โดยพบว่าเด็กที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดอาจมีปัญหาในการออกกำลังกาย อาจรู้สึกเหนื่อยง่ายและมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย หรือในบางรายอาจประสบปัญหาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การนั่ง การยืน การเดิน หรือการก้ม¹⁷ จากปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กนี้ จำเป็นต้องได้รับการป้องกันและดูแลรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ มาตรการที่สำคัญ คือ การตรวจคัดกรองหาความเสี่ยง และศึกษาปัจจัยการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคด

การตรวจคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดทำได้หลายวิธี วิธีที่ได้รับความนิยม ได้แก่ adam's forward bending test เป็นวิธีการคัดกรองด้วยการวัดความสมมาตรของกระดูกสันหลัง และการคัดกรองโดยเครื่องมือวัดความโค้งของกระดูกสันหลัง (scoliometer) เพื่อวัดความเอียงของหลัง ทั้งสองวิธีมีการใช้ที่แพร่หลาย ราคาถูก ใช้งานง่าย มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับที่สูง โดย scoliometer ถือว่าเป็นอุปกรณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่นและความไวต่อการทำนายกระดูกสันหลังคดได้ในระดับที่ดีมาก (ร้อยละ 87-100)¹⁸ การศึกษาทั่วโลกสนับสนุนให้มีการคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดในโรงเรียน เพื่อให้สามารถแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่ยังไม่มีความรุนแรง โดยพบว่า การคัดกรองเด็กที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดและช่วยส่งต่อเพื่อรักษา ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะกระดูกสันหลังคด ทำให้ไม่ต้องได้รับการผ่าตัดที่มีค่าใช้จ่ายสูง^{1,19}

นอกจากการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคด ที่กล่าวมาแล้ว ยังจำเป็นต้องค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียน ที่เกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า ถ้าพ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัวมีภาวะกระดูกสันหลังคด อาจส่งผลให้ลูกมีภาวะกระดูกสันหลังคดได้ หรือเด็กที่เป็นแฝดใบเดียวกัน มีโอกาสเกิดภาวะกระดูกสันหลังคดถึงร้อยละ 73²⁰ ปัจจัยทางกายภาพ เช่น อายุ โดยมีข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและงานวิจัยว่า ควรคัดกรองเพศหญิง ตั้งแต่อายุ 10-12 ปี และเพศชายควรอายุ 13-14 ปี²¹⁻²³ โดยส่วนมาก พบว่า เพศหญิงมีอัตราความชุกการเกิดมากกว่าเพศชาย ในอัตราส่วน 7-10:1 คน

เพราะเพศหญิงในวัยนี้ มีความสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีผลต่อความโค้งงอของกระดูกไขสันหลัง ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) พบว่า เด็กผู้หญิงที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยมีแนวโน้มการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคดมากขึ้น^{24,5} กล่าวคือ ค่าดัชนีมวลกายเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอ ส่งผลเสียต่อความหนาแน่นของมวลกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นโครงสร้างของกระดูกและกล้ามเนื้อ ดังนั้น จึงเป็นไปได้ว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกสันหลังคด นอกจากนี้ ยังมีรายงานเกี่ยวกับเด็กที่ถนัดมือซ้ายมีแนวโน้มมีภาวะกระดูกสันหลังคดได้มากกว่า²⁵⁻²⁶ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเพิ่มแรงต่อกระดูกสันหลัง ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับกระเป๋านักเรียน ซึ่งน้ำหนักกระเป๋านักเรียนที่เหมาะสม ควรหนักไม่เกินร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัวตามหลักสรีรวิทยาและชีวกลศาสตร์²⁷ การสะพายกระเป๋าเป้แบบสะพายด้วยไหล่ข้างเดียว ทำให้มีการยกของไหล่สูงขึ้น มีการเอียงของลำตัว อังเชิงกราน ทำให้มุมมองระหว่างเชิงกรานและกระดูกสันหลังส่วนล่างมีมุมมองกว้างขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดหลัง²⁸⁻²⁹ หากน้ำหนักกระเป๋ามากควรใช้เป็นกระเป๋าสะพายสองสาย²⁹ และจากศึกษากิจกรรมทางกายและระยะเวลาของกลาวัส และคณะ³⁰ พบว่า การใช้เวลากับกิจกรรมที่ใช้มือถืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ หรืออุปกรณ์สื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกระดูกสันหลังคดและกิจกรรมทางกายที่ใช้แรง เช่น เดิน วิ่ง เล่นกีฬาต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีภาวะกระดูกสันหลังคด³⁰⁻³¹

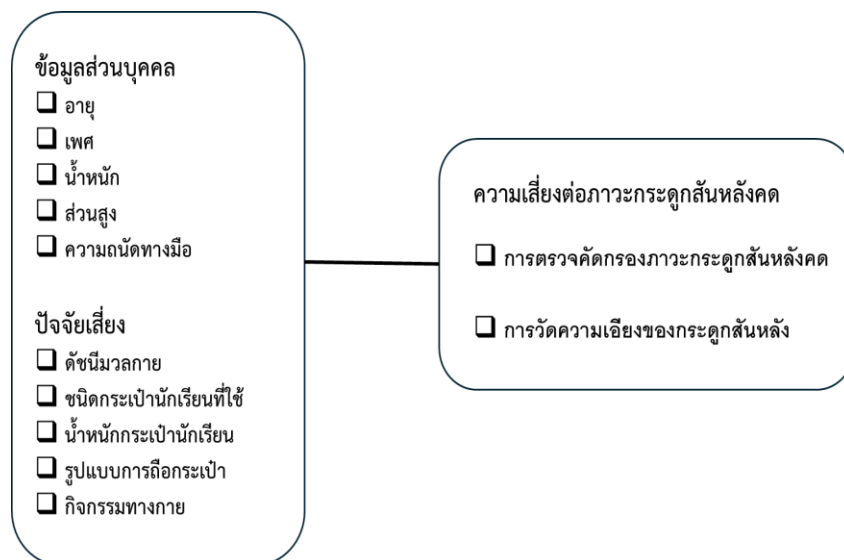
จากข้อมูลที่ได้รวบรวมเกี่ยวกับการศึกษาภาวะกระดูกสันหลังคด พบว่า ในประเทศไทยยังมีการศึกษาน้อยมาก ข้อมูลการจัดกระจายเฉพาะบางพื้นที่ บางประเด็น แต่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคดมีแนวโน้มมากขึ้น อาจเป็นเพราะสังคมในปัจจุบันที่ใช้เทคโนโลยี อุปกรณ์การสื่อสารในการศึกษาเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สมาร์ทโฟน รวมถึงการใช้ในรูปแบบการบันเทิงที่เข้ามาในชีวิตประจำวันได้ตลอดเวลา หรือระยะเวลาในการใช้งานอุปกรณ์สื่อสารมากเกินไปในแต่ละวันของเด็กนักเรียน แต่ขาดการคำนึงถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพที่อาจตามมาได้ ตลอดจนมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เน้นความสะดวก การกินอาหารที่ไม่เหมาะสมที่มีผลต่อค่าดัชนีมวลกายทั้งมากและน้อยเกินไป โดยเฉพาะในเขตเมืองที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง รวมทั้งมีกิจกรรมการออกกำลังกายลดลง จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ล้วนมีผลต่อปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาความเสี่ยง และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียนประถมศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ต่อนักเรียน ผู้ปกครอง และโรงเรียน ซึ่งข้อมูลสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หากตรวจพบความผิดปกติ และการป้องกันภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาจากปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบ นอกจากนี้ ยังเป็นแนวทางในการศึกษาต่อยอด เพื่อพัฒนาการศึกษาวิจัยในภาพรวมในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนเทศบาลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ต่อภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนเทศบาล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคด และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียนชั้นประถมศึกษาของโรงเรียนเทศบาล 3 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ โดยศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงมิถุนายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5- 6 ของโรงเรียนเทศบาล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวนทั้งสิ้น 8 โรงเรียน มีจำนวนนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 รวมทั้งสิ้น 1,069 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5- 6 ของโรงเรียนเทศบาล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) และจากเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออกตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (n) โดยการใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan³² โดยคำนวณจากขนาดของประชากรนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 จำนวน 1,069 คน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 283 คน ทั้งนี้ เพื่อเป็นการสำรวจความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในโรงเรียนเทศบาล 3 แห่ง และทำการสำรวจข้อมูลในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ทุกคน เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 427 คน

วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยแบ่งกลุ่มโรงเรียนตามจำนวนนักเรียนเป็นขนาดใหญ่ กลาง และเล็ก และสุ่มเลือกกลุ่มละ 1 โรงเรียน ได้ 3 โรงเรียน จากทั้งหมด 8 โรงเรียน และคัดเลือกนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จากเกณฑ์คัดเข้าตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) อายุ 9-12 ปี 2) เรียนอยู่ในชั้นประถมปีที่ 5 และ 6 3) เป็นผู้ไม่มีความผิดปกติแต่กำเนิด 4) สื่อสารได้ ปฏิบัติตามคำสั่งได้ 5) ได้รับความยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

จากผู้ปกครอง โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) มีประวัติเคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง 2) มีความผิดปกติโครงสร้างของกระดูกสันหลังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากทั้ง 3 โรงเรียน เท่ากับ 427 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการตรวจภาวะกระดูกสันหลังคด ด้วยวิธี Adam's forward bending test เป็นวิธีการคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดที่นำเชื่อถือ สามารถตรวจสอบความผิดปกติของกระดูกสันหลังคดได้ โดยการให้กลุ่มตัวอย่าง ยืนเท้าชิดกันมือสองข้างประกบกัน เข่าเหยียดตรง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ก้มหลังลงช้า ๆ ผู้ตรวจจะยืนทางด้านหลังของเด็กนักเรียนและสังเกตความไม่สมมาตรของกระดูกสันหลังโดยให้สายตาอยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลัง โดยสังเกตบริเวณกระดูกสันหลังระดับอกและกระดูกสันหลังระดับเอว หากกระดูกสันหลังปกติ หรือมีความสมมาตรจะบันทึกผลเป็นค่าลบ โดยการหาความเที่ยง ความคงที่ของเครื่องมือ โดยการทำการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) จากผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 2 โดยห่างกัน 1 สัปดาห์ ทำการทดสอบซ้ำ และประเมินค่าความสอดคล้องของผลการทดสอบโดยใช้สูตรการหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การศึกษาครั้งนี้ มีค่า test-retest reliability เท่ากับ 0.90

2. แบบบันทึกการวัดความเอียงของกระดูกสันหลังด้วย scoliometer เป็นแบบที่เป็น application ใน smart phone เพื่อวัดความเอียงของหลัง ใช้งาน มีความน่าเชื่อถืออยู่ในระดับที่สูง โดย scoliometer ถือว่าเป็นอุปกรณ์ที่มีค่าความเชื่อมั่น และความไวต่อการทำนายกระดูกสันหลังโค้งได้ในระดับที่ดีมาก (ร้อยละ 87-100)¹⁸ โดยในการตรวจวัดความเอียงของ scoliometer ของผู้วิจัยคนที่ 1 ผู้วิจัยคนที่ 2 และผู้ช่วยวิจัย นำค่าที่วัดได้มาหาค่า inter-rater reliability ค่าเท่ากับ 0.80-0.89 ในกรณีที่ผลการตรวจ adam's forward bending test มีผลเป็นบวก ต้องได้รับการประเมินโดยการวัดความเอียงของกระดูกสันหลังด้วย scoliometer และหากพบว่า ความเอียงของกระดูกสันหลังของนักเรียนเท่ากับหรือมากกว่า 5 องศา จะถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มมีภาวะกระดูกสันหลังคด

การศึกษานี้ มีผู้วิจัย 2 คน โดยผู้วิจัยหลักได้รับการอบรมการตรวจกระดูกสันหลังคดในเด็ก adam's forward bending test จากการอบรม public health specialist program on adolescent and child health management at Nanyang Polytechnique, Singapore) เรื่องการตรวจคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคด และการใช้ scoliometer ในการตรวจวัดความเอียงของกระดูกสันหลัง และเป็นผู้สอนนักศึกษาพยาบาล เรื่อง การพยาบาลเด็กที่มีปัญหากระดูกกล้ามเนื้อและข้อ และได้ฝึกทักษะให้กับผู้ร่วมวิจัยและผู้ช่วยวิจัย

3. แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ พันธุกรรม น้ำหนัก ส่วนสูง ความถนัดทางมือ ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย ชนิดกระเป๋านักเรียนที่ใช้ น้ำหนักกระเป๋านักเรียน รูปแบบการถือกระเป๋า และกิจกรรมทางกาย โดยการแปลผลคะแนนของค่าดัชนีมวลกาย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้²⁴

<15.99	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์มาก
16≤BMI≤18.49	หมายถึง	ต่ำกว่าเกณฑ์
18.5≤BMI≤24.9	หมายถึง	ปกติ
มากกว่าเกณฑ์ 25≤BMI≤29.99	หมายถึง	มากกว่าเกณฑ์
อ้วน>30	หมายถึง	อ้วน

กิจกรรมทางกาย แบ่งเป็นกิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์ และกิจกรรมการออกกำลังกาย โดยแปลผลคะแนน กิจกรรมทางกาย ดังนี้³⁰

กิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์

น้อยกว่า 120	นาทีต่อวัน	เท่ากับ	1 คะแนน
มากกว่า 121	นาทีต่อวัน	เท่ากับ	2 คะแนน

กิจกรรมการออกกำลังกาย

30-120	นาทีต่อสัปดาห์	เท่ากับ	1 คะแนน
121-150	นาทีต่อสัปดาห์	เท่ากับ	2 คะแนน
150	นาทีขึ้นไปต่อสัปดาห์	เท่ากับ	3 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามทั้งสองส่วนได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 2 ท่าน นักกายภาพบำบัด 1 ท่าน นำมาหาค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงค์และความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence: IOC) มีค่าระหว่าง .67-1.00 หลังจากนั้นนำไปทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดสอบใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน วิเคราะห์ความเข้าใจข้อคำถาม พบว่าค่า reliability ทั้งฉบับ เท่ากับ .94

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่ SPRNW-REC 007/2024 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดขั้นตอนการศึกษา โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงเหตุผลและขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และเริ่มจากผู้ศึกษาแนะนำตัวต่อหน้ากลุ่มตัวอย่าง และเชิญเข้าร่วมโครงการศึกษาตามความสมัครใจ โดยชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา อธิบายให้ทราบถึงวิธีการตอบแบบสอบถาม เวลาที่จะใช้ และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาหรือออกจากการศึกษาได้ตามต้องการ โดยไม่มีผลต่อการเรียนหรือก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และมีการนำเสนอเป็นภาพรวม โดยนำไปใช้ในทางวิชาการเท่านั้น

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนที่เป็นสถานที่เก็บข้อมูล ระยะเวลาเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2567
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล จำนวน คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก และติดต่อผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจง และอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามจนมีความเข้าใจดี

ทุกประการ จึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมในโครงการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและการทำกิจกรรมการสังเกต และการตรวจด้วย adam's forward bending test ซึ่งนักเรียนแต่ละคนจะได้รับการตรวจ 2 ครั้ง ในรายที่พบความผิดปกติ มีการแปลผลเป็นบวก (positive) ต้องทำการตรวจวัดความเอียงของกระดูกสันหลังด้วย scoliometer ร่วมด้วย โดยการตรวจซ้ำ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการตรวจก่อน ซึ่งใช้เวลาในการตรวจ ประมาณ 15-20 นาที หลังตรวจเสร็จผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจให้กลุ่มตัวอย่างทราบทันที

5. ให้ความรู้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 และ 6 เรื่องภาวะกระดูกสันหลังคด พร้อมสาธิตการตรวจคัดกรองกระดูกสันหลังคด เป็นเวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับน้ำหนักกระเป๋ากับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคดของนักเรียนประถมศึกษา โดยการใช้โปรแกรม SPSS เพื่อหาสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเข้าคัดกรอง ทั้งหมด 427 คน เพศชาย 204 คน คิดเป็นร้อยละ 47.77 เพศหญิง 223 คน คิดเป็นร้อยละ 52.22 กลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 9-12 ปี อายุเฉลี่ย 10.56 (SD=0.86) ความสูงอยู่ระหว่าง 120-180 เซนติเมตร มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 147.38 เซนติเมตร (SD=9.55) น้ำหนักอยู่ระหว่าง 20-85 กิโลกรัม มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 40.28 กิโลกรัม (SD=12.36) กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีกระดูกสันหลังปกติ รายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของนักเรียน (N=427)

ตัวแปร	โรงเรียนที่ 1	โรงเรียนที่ 2	โรงเรียนที่ 3	รวม (คน)	ร้อยละ
เพศ					
ชาย	100	47	57	204	47.77
หญิง	85	80	58	223	52.22
อายุเฉลี่ย	10.61,	10.55,	10.48,	10.56 (Mean)	0.86 (SD)
ส่วนเบี่ยงเบน	SD=.97	SD=.76	SD=.75		
ส่วนสูง	123-180	123-170	120-173	147.38 (Mean)	9.55 (SD)
น้ำหนัก	23-83	20-80	23-85	40.28 (Mean)	12.36 (SD)

2. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคดที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย ระหว่าง 10.35 ถึง 29.41 และมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 18.37 (SD=4.10) ความถนัดของมือกลุ่มตัวอย่าง มีความถนัดของมือขวาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 96.72 รูปแบบการถือกระเป๋า พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้กระเป๋าสะพายสองสาย คิดเป็นร้อยละ 80.79 กลุ่มตัวอย่าง มีน้ำหนักกระเป๋าคือ ไม่เกินร้อยละ 10-15 ของน้ำหนักตัว จำนวนร้อยละ 99.76 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีกิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์น้อยกว่า 120 นาทีต่อวัน คิดเป็น

ร้อยละ 92.74 กิจกรรมการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมการออกกำลังกายที่ 30-120 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 47.07 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ จำนวน ปัจจัยเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคด (N=427)

ปัจจัย	โรงเรียนที่ 1	โรงเรียนที่ 2	โรงเรียนที่ 3	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย	18.62	18.59	18.26	18.37	
ส่วนเบี่ยงเบน	(SD=4.41)	(SD=.76)	(SD=3.96)	(SD=4.10)	
ต่ำกว่าเกณฑ์มาก	63	45	40	148	34.66
ต่ำกว่าเกณฑ์	37	38	33	108	25.29
ปกติ	67	39	35	141	33.02
มากกว่าเกณฑ์	18	5	7	22	5.15
อ้วน	6	0	2	8	1.87
ความถนัดของมือ มือขวา	182	123	109	413	96.72
รูปแบบการถือกระเป๋า					
สะพายหลังสองสาย	128	110	92	359	84.07
น้ำหนักกระเป๋า (IQR=1.2, MD=1.4)					
น้ำหนัก 0.5-1.39 kg	72	75	53	200	46.84
น้ำหนัก 1.4-2.79 kg	79	39	47	165	38.64
น้ำหนักมากกว่า 2.8 kg ขึ้นไป	34	13	15	62	14.52
มากกว่าเกณฑ์	18	5	7	22	5.15
น้ำหนักกระเป๋า	184	127	115	426	97.76
ระหว่าง 10-15%BW					
กิจกรรมทางกาย (activity)					
กิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์					
น้อยกว่า 120 นาทีต่อวัน	169	117	110	396	92.74
กิจกรรมการออกกำลังกาย					
30-120 นาทีต่อสัปดาห์	106	52	43	201	47.07
121-150 นาทีต่อสัปดาห์	63	65	68	196	45.90

3. ความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกระเป๋ากับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคดของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb}=.231, .154, .391, .297, p<.01$) ส่วนปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าดัชนีมวลกาย ($r_{pb}=.377, p<.01$) แต่กิจกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{pb}=-.012, p<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างน้ำหนักกระเป๋ากับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด (N=427)

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด	
	r	sig
อายุ	.231	.000**
เพศ	.154	.001**
น้ำหนัก	.391	.000**
ส่วนสูง	.297	.000**
ดัชนีมวลกาย	.377	.000**
ชนิดกระเป๋านักเรียน	.008	.867
การใช้กระเป๋านักเรียน	.008	.867
กิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์	.023	.639
กิจกรรมการออกกำลังกาย	-.012	.013*

หมายเหตุ **p<.01, *p<.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย ร้อยละ 47.77 เพศหญิง ร้อยละ 52.22 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 10.56 (SD=.86) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมบัติ คุณากรสวัสดิ์ และคณะ¹⁰ ศึกษาความชุกของ กระดูกสันหลังคดในเด็กอายุ 11-13 ปี แตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่าง มีช่วงอายุกว้าง ตั้งแต่ 6-17 ปี^{5,19} ส่วนสูงเฉลี่ย เท่ากับ 147.38 เซนติเมตร (SD=9.55) ใกล้เคียงกับการศึกษาของ จอง และคิม²⁴ ที่กลุ่มตัวอย่างมีความสูงเฉลี่ย เท่ากับ 143.72 (SD=10.98) ต่างจากการศึกษาของ โชว์ และคณะ¹⁹ ที่กลุ่มตัวอย่าง มีความสูงเฉลี่ยที่ 159.60 (SD=11.89) น้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 40.28 กิโลกรัม (SD=12.36) สอดคล้องกับการศึกษาของ จอง และคิม²⁴ ซึ่งมีน้ำหนักเฉลี่ย เท่ากับ 38.74 (SD=12.70) ต่างจากการศึกษา ของ โชว์ และคณะ¹⁹ ที่มีน้ำหนักเฉลี่ยที่ 48.75 (SD=12.11) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย เท่ากับ 18.37 (SD=4.09) สอดคล้องกับการศึกษาของ จอง และคิม²⁴ ที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.31 (SD=2.65) ต่างจาก การศึกษาของ โชว์ และคณะ¹⁹ ที่มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 18.94 (SD=3.62) กลุ่มตัวอย่างมีความถนัดของ มือขวาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 96.72 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ รุ่งทิพย์ ดวงแก้ว และคณะ⁹

ความสัมพันธ์ของน้ำหนักกระเป๋ากับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ อธิบายได้ ดังนี้ เพศหญิงมีความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคดมากกว่าเพศชาย^{3, 33-34} ส่วนสูงมี ความสัมพันธ์ทางบวก หมายความว่า นักเรียนที่มีลักษณะสูงและผอม เสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด โดยอธิบาย ได้ว่า ส่วนสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อโครงสร้างของกระดูกสันหลัง ทั้งความยาวและความโค้ง ทำให้เอ็น ยึดตามไม่ทัน จึงอาจเกิดการหมุนตัวของกระดูกผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกสันหลังคดได้^{33, 35-37} อายุที่ เพิ่มขึ้น พบว่า ในนักเรียนหญิงเมื่ออายุที่ 13-14 ปี จะมีความสูงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับ 9 ขวบ และ 6 ขวบ¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Cai และคณะ³⁸ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูก สันหลังคด โดยอธิบายว่า ในเด็กหญิงจะพบในช่วงอายุ 11-13 ปี เด็กที่มีความสูงมากกว่าคนอื่นในช่วงอายุ เดียวกัน จะมีความยาวของกระดูกเพิ่มขึ้นมากกว่าปีละ 2 เซนติเมตร

สำหรับปัจจัยเสี่ยง พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด ซึ่งค่าดัชนีมวลกายเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอ ส่งผลเสียต่อความหนาแน่นของกระดูกและ

มวลกล้ามเนื้อ และกระทบต่อลักษณะโครงสร้างของกล้ามเนื้อและกระดูก¹⁹ การศึกษาของ ปารมิตา และคณะ³⁹ สนับสนุนแนวคิดนี้ โดยชี้ว่าเด็กที่มีค่าดัชนีมวลกายยิ่งน้อย โอกาสเกิดภาวะกระดูกสันหลังคด ยิ่งมาก แม้การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 แต่มีผลการศึกษา แตกต่างจากที่ผ่านมา คือ ค่าดัชนีมวลกายมากสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด กล่าวคือ ค่าดัชนีมวลกายมากเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กาดันซาริตี และคณะ⁴⁰ ที่พบว่า เด็กหญิงและเด็กชายที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 36 มีภาวะกระดูกสันหลังคดมากกว่าเด็กที่มี ค่าดัชนีมวลกายปกติ

ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น รูปแบบกระเป่า วิธีการใช้กระเป่า และกิจกรรมทางหน้าจอโทรศัพท์ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคด สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ ดวงแก้ว และคณะ⁹ และชู และคณะ⁴¹ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เพรस्ता และคณะ²⁸ ที่พบว่า การสะพายกระเป่าเป้ ด้วยไหล่ข้างเดียว ทำให้เกิดการเอียงของอุ้งเชิงกราน ทำให้มุมองศาระหว่างเชิงกรานและกระดูกสันหลัง ส่วนล่างมีมุมองศากว้างขึ้น ทำให้เกิดการปวดหลัง สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่ พบว่า การใช้กระเป่าเป้ แบบสะพายด้วยไหล่ข้างเดียว เป็นสิ่งไม่ควรทำ เพราะทำให้มีการยกของไหลสูงขึ้น มีการเอียงของลำตัวและ เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อบ่าคอ (trapezius) หากน้ำหนักกระเป่ามาก ควรใช้เป็นกระเป่าเป้สะพาย สองสาย²⁹

ผลการศึกษา ยัง พบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด กล่าวคือ นักเรียนหญิงที่มีการออกกำลังกายน้อย เสี่ยงต่อภาวะกระดูกสันหลังคดได้มากกว่า นักเรียนหญิงที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอและเป็นนักกีฬา สอดคล้องกับการศึกษาของ เดอแอสซิส และคณะ⁴² ที่ว่าการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับโรคกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Qi และคณะ³¹ ทบทวนและสังเคราะห์วรรณกรรม พบว่า การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก และเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องอย่างมากกับภาวะกระดูกสันหลังคด

การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน พบว่า ความรู้ ความเข้าใจ การจัดการตนเอง และการตัดสินใจเพื่อสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี มีความเข้าใจ เรื่อง การออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 44.17 ถึงแม้จะมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลในระดับดี โดยครูอนามัยและครอบครัวเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ⁴³ ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการ ดูแลเด็กวัยเรียน โดยใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จึงมีความจำเป็นเพื่อสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามาเสริมพลัง และร่วมมือในการดูแล โดยสร้างความร่วมมือกับครอบครัวและโรงเรียน⁴⁴ ในการดูแลเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม ทำให้เด็กวัยเรียนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล และปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกสันหลังคด ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักกระเป่า และกิจกรรมทางกาย ด้านการออกกำลังกาย โดยในการคัดกรอง ภาวะกระดูกสันหลังคด ควรเน้นการคัดกรองนักเรียนหญิงที่มีลักษณะผอมสูง มวลกล้ามเนื้อน้อย และการ ออกกำลังกาย เพื่อเฝ้าระวังและลดความเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคด รวมถึงการได้รับคำแนะนำและการรักษา ตั้งแต่ระยะที่เริ่มมีความผิดปกติ

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งครอบครัว โรงเรียน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การส่งต่อรักษาได้รวดเร็ว และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. โรงเรียน ควรจัดให้มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ
 - 1.1 คัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคด และความเสี่ยงของภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยเฉพาะนักเรียนช่วงอายุ 9-15 ปี ที่เป็นช่วงที่พัฒนาการของกระดูกและกล้ามเนื้อยังไม่คงที่
 - 1.2 ให้ความรู้กับครูและนักเรียน เรื่องภาวะกระดูกสันหลังคด ปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน เพื่อการคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดเบื้องต้นได้รวดเร็ว และส่งต่อเพื่อรับการตรวจรักษาได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก
 - 1.3 ส่งเสริมให้เด็กนักเรียนออกกำลังกาย และเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย รวมทั้งความรู้เรื่องการดูแลค่าดัชนีมวลกาย เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคด
2. ครอบครัว ควรได้รับการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกระดูกสันหลังคด การคัดกรองความผิดปกติเบื้องต้น และการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ในการเกิดภาวะกระดูกสันหลังคด ได้แก่ การออกกำลังกาย การจัดหากระเป๋าที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลโภชนาการ
3. พยาบาลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะพยาบาลครอบครัว และพยาบาลอนามัยโรงเรียน ควรมีบทบาท ดังนี้
 - 3.1 การประสานการทำงานในเชิงรุกกับกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียนและครอบครัว โดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกระดูกสันหลังคด และมาตรการที่สำคัญด้านการคัดกรองความผิดปกติอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
 - 3.2 พัฒนาด้านวิชาการ และการวิจัยเกี่ยวกับภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียน ให้กว้างขวางและชัดเจนมากขึ้น เพื่อผลักดันเป็นนโยบายการคัดกรองภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ยังมีจำนวนของกลุ่มตัวอย่างน้อย ขอบเขตอายุของกลุ่มประชากรแคบ ใช้นักเรียนที่มีอายุเพียง 9-12 ปี และกลุ่มตัวอย่างเป็นเฉพาะนักเรียน โรงเรียนในเขตเทศบาล อาจยังไม่เป็นตัวแทนที่ครอบคลุมเด็กนักเรียนในเขตเมืองทั้งหมด ที่จะทำการศึกษาภาวะกระดูกสันหลังคดในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาของจังหวัด และยังไม่ได้ศึกษาครอบคลุมถึงมิติครอบครัว และบทบาทของพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มประชากร เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาและชั้นมัธยมต้น ที่อายุระหว่าง 9-15 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น และหลากหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอครอบคลุม และทำการศึกษปัจจัยเสี่ยงภาวะกระดูกสันหลังคดในนักเรียน เปรียบเทียบแต่ละช่วงวัย และแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ควรศึกษาบทบาทพยาบาลในการประยุกต์ใช้การดูแลแบบองค์รวม ทั้งในการให้ความรู้เพื่อป้องกันทั้งในโรงเรียน ผู้ปกครอง และรวมถึงการให้การพยาบาลเด็กที่มีภาวะกระดูกสันหลังคดทั้งระยะเริ่มแรก จนถึงระยะที่ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

References

1. World Health Organization. Screening programs: a short guide, Increase effectiveness, maximize benefits and minimize harm [Internet]. Geneva: WHO; 2020[Update 2020; cited 2024 Feb 6]. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054782>.
2. Haryono IR, Prastowo NA. Prevalence of scoliosis in elementary school students aged 8-11. JPES 2018;16(3):587-94.
3. Sung S, Chae HW, Lee HS, Kim S, Kwon JW, Lee SB, et al. Incidence and surgery rate of idiopathic scoliosis: a nationwide database study. Int J Environ Res Public Health 2021;18:8152.
4. Din AM, Abdul Latiff AM, Subandi NN. Associated factors of growth with the prevalence of adolescent idiopathic scoliosis among female primary school children in Kuala Langat. Mal J Med Health Sci 2021;17(3):273-83.
5. Zou Y, Lin Y, Meng J, Li J, Gu F, Zhang R. The prevalence of scoliosis screening positive and its influencing factors: a school-based cross-sectional study in Zhejiang Province, China. Front Public Health 2022;10:1-8.
6. Singh H, Shipra, Sharma V, Sharma I, Sharma A, Modeel S, et al. The first study of epidemiology of adolescent idiopathic scoliosis shows lower prevalence in females of Jammu and Kashmir, India. Am J Transl Res 2022;14(2):1100-6.
7. Xu S, Li K, Jin L, Dong Y, Liang Y, Liu C, et al. Distribution of scoliosis in 2.22 million adolescents in mainland China: a population-wide analysis. J Glob Health 2024;14:04117.
8. The National University Health System. Does scoliosis only affect children? [Internet]. Singapore: The National University Health System; 2024[updated 2024 May 29; cited 2024 June 4]. Available from: <https://www.nuhsplus.edu.sg/article/does-scoliosis-only-affect-children>
9. Duangkaew R, Limcharoensuk W, In-ud P, Boonruang P. Prevalence and physical factors of adolescent idiopathic scoliosis in schoolchildren aged 10-15 years in Taklong municipality Pathumtani province. Thai J Phys Ther 2016;38(3):114-27. (in Thai)
10. Kunakornsawat, S, Popan, N, Piyaskulkaew, C, Pruttikul, P, Pluemvitayaporn, T, Kittithamvongs, P. Prevalence of idiopathic scoliosis in Thai female students aged 11-13 years. J Med Assoc Thai 2017;100(5):533-8.
11. Assapun J, Sanguanpong R. The prevalence and associated factors of adolescent idiopathic scoliosis in students aged 9-13 years in Khlong Dan district, Samutprakan province. Samut Prakan: Huachiew Chalermprakiet University; 2017. (in Thai)
12. Pleumwittayaporn T. Scoliosis in children and teenagers [Internet]. [Update 2022; cited 2024 Feb 6]. Available from: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/pediatric-and-adolescent-idiopathic-scoliosis> (in Thai)

13. Makino T, Kaito T, Sakai Y, Takenaka S, Yoshikawa H. Health-related quality of life and postural changes of spinal alignment in female adolescents associated with back pain in adolescent idiopathic scoliosis: a prospective cross-sectional study. *Spine* 2019;44(14):E833-40.
14. An JK, Berman D, Schulz J. Back pain in adolescent idiopathic scoliosis: a comprehensive review. *J Child Orthop* 2023;17(2):126-40.
15. Kaya MH, Erbahçeci F, Alkan H, Kocaman H, Büyükturan B, Canlı M, et al. Factors influencing of quality of life in adolescent idiopathic scoliosis. *Musculoskelet Sci Pract* 2022;62:102628.
16. Ragborg LC, Dragsted C, Ohrt-Nissen S, Andersen T, Gehrchen M, Dahl B. Health-related quality of life in patients 40 years after diagnosis of an idiopathic scoliosis. *Bone Joint J* 2023;105(2):166-71.
17. Du C, Yu J, Zhang J, Jiang J, Lai H, Liu W, et al. Relevant areas of functioning in people with adolescent idiopathic scoliosis on the international classification of functioning, disability and health: the patients' perspective. *J Rehabil Med* 2016;48:806-14.
18. Płaszewski M, Grantham W, Jespersen E. Screening for scoliosis-new recommendations, old dilemmas, no straight solutions. *World J Orthop* 2020;11(9):364-79.
19. Zhou J, Wang Y, Xie J, Zhao Z, Shi Z, Li T, et al. Scoliosis school screening of 139,922 multi-ethnic children in Dali, southwestern China: a large epidemiological study. *iScience* 2023;26(12):1-12.
20. Fadzan M, Bettany-Saltikov J. Etiological theories of adolescent idiopathic scoliosis: past and present. *The Open Orthop J* 2017;11:1466-89.
21. Wong HK, Hui JH, Rajan U, Chia HP. Idiopathic scoliosis in Singapore schoolchildren: a prevalence study 15 years into the screening program. *Spine* 2005;30(10):1188-96.
22. Labelle H, Richards SB, De Kleuver M, Grivas TB, Luk KD, Wong HK, et al. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: an information statement by the scoliosis research society international task force. *Scoliosis* 2013;8:1-6.
23. Dunn J, Henrikson NB, Morrison CC, Blasi PR, Nguyen M, Lin JS. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: systematic evidence review for the U.S. preventive services task force. *JAMA* 2018;319(2):173-87.
24. Jeon KK, Kim DI. Low body mass index levels and idiopathic scoliosis in Korean children: a cross-sectional study. *Children* 2021;8(7):1-7.
25. Arienti C, Buraschi R, Donzelli S, Zaina F, Pollet J, Negrini S. Trunk asymmetry is associated with dominance preference: results from a cross-sectional study of 1029 children. *Braz J Phys Ther* 2019;23(4):324-8.
26. Theodorou E, Hadjicharalambous M, Tryfonidis M. School scoliosis screening: the influence of dominant limbs and gender. *Adolescents* 2024;4:62-74.

27. Kaewmunee W, Sasiangkul S, Khonthieng A, Aming M, Chaiyawijit S. Correlations between posture, weight and usage patterns of trolley school bags with musculoskeletal pain in junior primary school students. *Thai J Phys Ther* 2021;43(3):164-75. (in Thai)
28. Presta V, Galuppo L, Mirandola P, Galli D, Pozzi G, Zoni R, et al. One-shoulder carrying school backpack strongly affects gait swing phase and pelvic tilt: a case study. *Acta Biomed* 2020;91(3-S):168-70.
29. Chen YL, Nguyen HT, Chen Y. Influence of school bag loads and carrying methods on body strain among young male students. *Int J Ind Ergon* 2021;1(82):103095.
30. Glavaš J, Rumboldt M, Karin Ž, Matkovic R, Bilic-Kirin V, Buljan V. et al. The impact of physical activity on adolescent idiopathic scoliosis. *Life* 2023;13:1180.
31. Qi X, Peng C, Fu P, Zhu A, Jiao W. Correlation between physical activity and adolescent idiopathic scoliosis: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2023;24:978.
32. Rathachatrannon W. Determining an appropriate sample size for social science research: the myth of using Taro Yamane and Krejcie & Morgan method. *JIRGS* 2019;8(1):11-28. (in Thai)
33. Kim S, Uhm JY, Chae DH, Park Y. Low body mass index for early screening of adolescent idiopathic scoliosis: a comparison based on standardized body mass index classifications. *Asian Nurs Res* 2020;14:24-9.
34. Miyagi M, Saito W, Imura T, Nakazawa T, Shirasawa E, Kawakubo A, et al. Body composition in Japanese girls with adolescent idiopathic scoliosis. *Spine Surg Relat Res* 2020;5(2):68-74.
35. Smit TH. Adolescent idiopathic scoliosis: the mechanobiology of differential growth. *JOR Spine* 2020;3(4):1-13.
36. Addai D, Zarkos J, Bowey AJ. Current concepts in the diagnosis and management of adolescent idiopathic scoliosis. *Childs Nerv Syst* 2020;36(6):1111-9.
37. Zhou L, Yang H, Hai Y, Hai JJ, Cheng Y, Yin P, et al. Scoliosis among children in Qinghai-Tibetan plateau of China: a cross-sectional epidemiological study. *Front Public Health* 2022;10:983095.
38. Cai Z, Wu R, Zheng S, Qiu Z, Wu K. Morphology and epidemiological study of idiopathic scoliosis among primary school students in Chaozhou, China. *Environ Health Prev Med* 2021;26(1):71.
39. Parmitha IAJA, Kinandana GP, Andayani NLN, Saraswati NLPKG. The relationship between body mass index and vertebral rotation deformity in adolescents with idiopathic scoliosis. *PTJI* 2024;5(1):38-42.
40. Catanzariti JF, Rimetz A, Genevieve F, Renaud G, Mounet N. Idiopathic adolescent scoliosis and obesity: prevalence study. *Eur Spine J* 2023;32(6):2196-202.

41. Hu M, Zhang Z, Zhou X, Gao R, Wang C, Ma J, et al. Prevalence and determinants of adolescent idiopathic scoliosis from school screening in Huangpu district, Shanghai, China. *Am J Transl Res* 2022;14(6):4132-8.
42. de Assis SJ, Sanchis GJ, de Souza CG, Roncalli AG. Influence of physical activity and postural habits in schoolchildren with scoliosis. *Arch Public Health* 2021;79(1):63.
43. Kittiboonthawal P, Chernchum J, Cheutong S. Health literacy and health behaviours of school-aged children. *JMSD* 2022;7(2):71-84. (in Thai)
44. Santos F, Sousa H, Gouveia ER, Lopes H, Peralta M, Martins, et al. School- based family-oriented health interventions to promote physical activity in children and adolescents: a systematic review. *AJHP* 2023;37(2):243-62.

การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดลิ้นหัวใจ*

ชาญณรงค์ ประสารก ก พย.บ.**

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

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ กระบวนการพัฒนามี 2 ขั้นตอน คือ 1) ยกร่างเครื่องมือ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักปราชญ์ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จำนวน 10 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และยกร่างข้อคำถามของแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร ได้ข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน 6 ข้อ ระดับปฏิสัมพันธ์ 5 ข้อ และระดับวิจารณ์ญาณ 5 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ และ 2) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล พยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่รับยารวาร์ฟาริน จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.84

สรุปผลเนื้อหาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมการวัดระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ คุณภาพเครื่องมือมีค่าความตรงและความเชื่อมั่นผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับเครื่องมือใหม่ อย่างไรก็ตาม ควรมีการวิเคราะห์แบบวัดเป็นรายข้อ และวัดความตรงเชิงโครงสร้าง เพื่อให้แบบวัดมีคุณภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การเลือกรับประทานอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่าตัดลิ้นหัวใจ พัฒนาเครื่องมือ วาร์ฟาริน

วันที่รับบทความ 23 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 6 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 19 กรกฎาคม 2567

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประเมินคุณภาพแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารวาร์ฟารินหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล smaliw@kku.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

The development of food selection health literacy measurement for heart valve surgery patients*

Channarong Prasankok B.N.S.**

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

Abstract

This research was part of quasi-experimental research. It aimed to develop and evaluate the quality of the food selection health literacy (FSHL) measurement for patients after heart valve surgery. The development process consisted of two steps: 1) Drafting a questionnaire by applying Nutbeam's health literacy framework and reviewing relevant scientific literature; which included in-depth semi-structured interviews with 10 post heart valve surgery patients, content analysis of the data, and drafting questions for food selection health literacy measurement. A 16-item questionnaire was finalized. The items were divided into three levels: six items for functional level, five items for interactive level, and five items for critical level. A 5-point Likert scale was used for the instrument. 2) instrument quality verification by five experts, including nursing instructors, professional nurses, and pharmacists. The content validity index (CVI) was 1.00. The reliability of the instrument was tested in 30 patients after heart valve surgery who were taking warfarin. The Cronbach's alpha coefficient was 0.84.

The items of the FSHL measurement covered functional, interactive, and critical HL levels. The instrument demonstrated good content validity and reliability, meeting the standard criteria for new instruments. However, item analysis and structural validity should be further conducted to improve the instrument's quality.

keywords: food selection; health literacy; heart valve surgery; instrument development; warfarin

Received 23 March 2024 Revised 6 June 2024 Accepted 19 July 2024

*This article is part of the thesis entitled Evaluation of Psychometric Property of Health Literacy Measurement Related to Diet Selection among Patients Receiving Warfarin Therapy Post Heart Valve Surgery

**Student in the Master of Nursing Science Program, Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kean University

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

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

บทนำ

โรคลิ้นหัวใจ (valvular heart disease; VHD) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของประชากรทั่วโลกสูงถึง ร้อยละ 9.8 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ร้อยละ 2.37¹ แนวทางการรักษาโรคลิ้นหัวใจในปัจจุบันจะเป็นการขยายลิ้นหัวใจด้วยบอลลูน การซ่อม หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจผ่านสายสวน และการผ่าตัด ผู้ป่วยหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดลิ้นหัวใจ หรือใส่ลิ้นหัวใจเทียมแบบโลหะจะได้รับการยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) เพื่อป้องกันลิ่มเลือดอุดตัน² อย่างไรก็ตาม ยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ (narrow therapeutic index) ทำให้ยาเกิดปฏิกิริยากับยาชนิดอื่น หรืออาหารอื่น ๆ ได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดออกง่ายสูงถึง ร้อยละ 0.1-3.7 ต่อปี³

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน มีทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม เพศ อายุ น้ำหนักตัว การสูบบุหรี่ แต่ปัจจัยที่สำคัญและพบได้บ่อย คือ อาหารที่รับประทาน ร้อยละ 16.88 ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ ร้อยละ 60-80 ไม่สามารถตัดสินใจเลือกอาหารที่เหมาะสมในขณะที่รับประทานยาได้ เนื่องจากไม่มั่นใจว่าอาหารชนิดใดมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินหรือไม่อย่างไร⁴

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน จำนวน 8 ราย ที่เข้ารับการรักษาศูนย์หัวใจศิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยมีอุปสรรคในการอ่านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ไม่เข้าใจเนื้อหาความรู้ที่ระบุในคู่มือผู้ป่วย และเมื่อเกิดข้อสงสัย ไม่สามารถสอบถาม หรือสื่อสารกับทีมสุขภาพได้ รวมถึงไม่ทราบวิธีการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หรือแหล่งข้อมูลอื่น ข้อมูลเหล่านี้สะท้อนถึงการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงชุดข้อมูลความรู้ การทำความเข้าใจข้อมูล การสื่อสารและนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโดยไม่จำเป็น⁵ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าว บุคลากรสุขภาพที่ให้การดูแลจำเป็นต้องประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้รับประทานยาวาร์ฟาริน เพื่อให้การส่งเสริมและคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา และลดอัตราการเข้านอนในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุจากภาวะเลือดออกง่ายหรือภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้⁴⁻⁵ แต่อย่างไรก็ตาม จากการสืบค้นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงดังกล่าวยังไม่พบปรากฏ

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ สื่อสารข้อมูล ประเมินและใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง⁶ การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุคคลจะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁷ ความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาวาร์ฟาริน มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหารซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับยาวาร์ฟารินให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้³ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นดังกล่าว

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน มีการพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ และมีความหลากหลายทั้งด้านองค์ประกอบ ระดับการวัด และความเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มประชากร ตามประเด็นและบริบทสังคมวัฒนธรรม แบ่งเป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพแบบทั่วไป แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ

เฉพาะโรคและแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทสังคมวัฒนธรรม⁹ และแบ่งการวัด 3 ระดับ คือ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ⁶ การวัดความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่จะใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เช่น rapid estimate of adult literacy in medicine (REALIM) หรือ แบบ short form-TOFHLA และ newest vital sign (NVS)¹⁰ อย่างไรก็ตาม แบบวัดความรู้ดังกล่าว จะเป็นการวัดความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องทั่วไป ซึ่งยังไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร รวมถึงแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพที่วัดได้ในระดับพื้นฐาน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการวัด ทั้ง 3 ระดับ ทั้งความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ¹¹⁻¹² การศึกษาในครั้งนี้ จึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินที่ครอบคลุมการวัด ทั้ง 3 ระดับ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพครั้งนี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทิม⁶ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้ โดยมีการวัดความรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานในการฟัง พูด อ่าน เขียนที่จำเป็นในการทำ ความเข้าใจและการปฏิบัติ ระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) คือ ทักษะพื้นฐานทาง พหุปัญญาและทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การประเมินข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ และระดับ วิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะการวิเคราะห์และประยุกต์ใช้ข้อมูล การศึกษานี้นำกรอบ แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทิมมาเป็นโครงสร้างของเครื่องมือร่วมกับทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการสร้างข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง หลังจากยกร่างข้อคำถามในแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพแล้ว มีการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) และประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยวิเคราะห์จากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยทีมผู้วิจัยกร่าง เครื่องมือตามกระบวนการพัฒนา และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุง แก้ไขข้อคำถาม เพื่อความเหมาะสมตามข้อเสนอแนะและทดสอบการใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจง เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพรินที่มารับการรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์โรคหัวใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างจะคัดเลือกตาม คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน อย่างน้อย 3 เดือน อายุ 18 ปีขึ้นไป

มีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน การมองเห็น การพูด ความจำ และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม จำนวน 10 ราย และ 2) ขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปใช้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่รับยาแอสไพรินตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แนวคำถามกึ่งโครงสร้างในการสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างข้อคำถามจากกรอบแนวคิดนี้ปิม⁶ ร่วมกับบททวนหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้ข้อคำถาม ปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) ท่านได้รับข้อมูลเรื่องโรคการรักษา การรับประทานยาจากใคร และแหล่งใดบ้าง (2) ท่านมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร จากที่ท่านได้อ่านได้ฟัง อย่างไร ท่านมีปัญหาใดที่ยังไม่เข้าใจ (3) ท่านบอกเล่าข้อมูลข่าวสารที่ท่านทราบให้กับคนอื่นฟังอย่างไร (4) หากท่านมีข้อสงสัยเรื่องโรค การรักษา การรับประทานยา ท่านจะหาข้อมูลอย่างไร วิธีการใด จากใคร แหล่งใด (5) ท่านนำข้อมูล หรือสิ่งที่ท่านรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน อย่างไร มีสิ่งใดที่ท่านยังไม่ได้ทำ หรือทำไม่ได้ เพราะเหตุใด แนวคำถามดังกล่าวผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ โดยมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขข้อคำถามที่ขึ้นาคำตอบ ข้อคำถามที่เป็นศัพท์เฉพาะที่เข้าใจยาก และข้อคำถามที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดันไม่อยากจะตอบภายหลัง การปรับแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จึงนำแนวคำถามกึ่งโครงสร้างนี้ไปใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

2) แบบประเมินสำหรับหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) กำหนดการให้คะแนน 1-4 คะแนน คือ 1 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ 2 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์เล็กน้อย ควรปรับปรุงอย่างมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยนับจากข้อคำถามที่ได้รับการประเมิน 3 และ 4 คะแนน จากผู้เชี่ยวชาญทุกคนหารด้วยจำนวนข้อคำถามทั้งหมด

3) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่รับยาแอสไพริน จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย การวัดความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 6 ข้อ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ 5 ข้อ และระดับวิจารณ์ญาณ 5 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert rating scales) 5 ระดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือและประเมินคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1) ภายหลังผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม และพยาบาลที่คลินิกแอสไพริน เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บข้อมูลและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ขอความร่วมมือพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ณ คลินิกแอสไพริน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมจะให้ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

3) สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 10 ราย¹³ จากนั้น ยกร่างแนวคำถามในแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร และนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (CVI)

4) นำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหารที่ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา โดยนำไปใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยที่เคยสัมภาษณ์ จำนวน 30 ราย⁷

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองด้านจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2564 เลขที่ HE641129 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาพยาบาลที่ได้รับ และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วมีสิทธิที่จะไม่ตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ไม่มีการระบุตัวบุคคล และข้อมูลจะไม่ถูกนำไปใช้ในกรณีใด ๆ นอกเหนือจากการศึกษาครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ผลเชิงเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม และจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกัน จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) และดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน

ขั้นตอนที่ 3 หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากการนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพไปทดสอบใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 30 ราย

ผลการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ผลการพัฒนาเครื่องมือ และผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. ผลการพัฒนาเครื่องมือ ได้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ โดยเรียงระดับตั้งแต่ระดับน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน ระดับน้อย คือ 2 คะแนน ระดับปานกลาง คือ 3 คะแนน ระดับมาก คือ 4 คะแนน และระดับมากที่สุด คือ 5 คะแนน โดยยกร่างได้เป็นข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็นความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 6 ข้อ ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 5 ข้อ รายละเอียดในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน					
1) ท่านต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการอ่านตัวหนังสือในคู่มือ แผ่นพับ หรือสื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่อธิบายถึงอาหารที่ควรและไม่ควรรับประทานขณะรับประทานยาแอสไพริน					
2) มีบางคำในคู่มือ แผ่นพับ หรือ สื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่ท่านไม่เข้าใจว่าหมายถึงอะไร					
3) ท่านเข้าใจตัวเลขที่ระบุในคู่มือ ฉลากยา บัตรนัด แผ่นพับ หรือ สื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ					
4) ท่านสามารถอ่านและเข้าใจเนื้อหาทั้งหมดในคู่มือ แผ่นพับ หรือ สื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ					
5) ท่านสามารถเล่าข้อมูลให้ผู้อื่นฟังได้อย่างเข้าใจ เช่น เล่าให้สมาชิกในครอบครัวฟังว่าเนื้อหาในคู่มือ แผ่นพับ หรือสื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ แนะนำเรื่องอะไร อย่างไร					
6) ท่านรู้จักอาหารทุกชนิดในคู่มือ แผ่นพับ หรือ สื่อความรู้การปฏิบัติตัวอื่น ๆ ที่แนะนำให้ท่านเลือกรับประทาน หรือหลีกเลี่ยง เช่น ผัก ผลไม้ เครื่องดื่มต่าง ๆ เป็นต้น					
ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์					
7) เมื่อสงสัยว่าอาหารที่ท่านจะรับประทานนั้น สามารถรับประทานได้หรือไม่ ท่านจะพยายามค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมด้วยตนเอง					
8) เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ท่านจะสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ เกี่ยวกับชนิดของอาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแอสไพริน					
9) เมื่อท่านสงสัยเกี่ยวกับอาหารบางชนิดว่าสามารถรับประทานได้หรือไม่ ท่านจะปรึกษาคนอื่นที่รับประทานยาแอสไพรินเหมือนกัน					
10) เมื่อไม่แน่ใจว่าอาหารที่ท่านชอบรับประทานมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาหรือไม่ ท่านจะตัดสินใจรับประทานไปก่อนโดยไม่ได้ปรึกษาใคร					
11) ท่านสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการเลือกรับประทานอาหารกับผู้ป่วยคนอื่น ที่รับประทานยาแอสไพรินเหมือนกัน					

ตารางที่ 1 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน (ต่อ)

คำถาม	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ					
12) ท่านมีวิธีที่จะบอกว่าข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหารที่ท่านมีอยู่นั้นมีความน่าเชื่อถือ					
13) ท่านนำข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งมาพิจารณา เพื่อการตัดสินใจเลือกชนิดอาหารที่สามารถรับประทานได้					
14) เมื่อมีปัญหา หรืออุปสรรคในการเลือกอาหาร ท่านมีวิธีการจัดการปัญหาได้ด้วยตนเอง					
15) ท่านสามารถปรับเปลี่ยนเมนูอาหาร หรือแลกเปลี่ยนชนิดอาหารเพื่อเลือกอาหารที่ไม่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาแอสไพริน					
16) เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ หรือข้อมูลที่สับสนมา ท่านจะสอบถามเพิ่มเติมกับผู้รู้ เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล หรือนักโภชนาการ เพื่อความมั่นใจ					

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ จำนวน 2 ท่าน พยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหัวใจ จำนวน 1 ท่าน และเภสัชกรประจำวาร์ฟารินคลินิก จำนวน 2 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม (item-content validity index: I-CVI) ได้ค่า เท่ากับ 1.0 โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ไขคำถาม จำนวน 3 ข้อ เพื่อความกระชับและชัดเจนยิ่งขึ้น โดยข้อที่ 6 แก้ไขเป็น "ท่านรู้จักชื่อของอาหารทุกชนิดในคู่มือที่แนะนำให้ท่านหลีกเลี่ยง หรือเลือกรับประทาน" ข้อที่ 15 แก้ไขเป็น "ท่านสามารถปรับเปลี่ยนเมนูอาหารที่ชอบรับประทานด้วยวัตถุดิบที่ไม่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา" และข้อที่ 16 แก้ไขเป็น "เมื่อท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลที่ค้นคว้า ท่านจะสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้ที่มีความรู้ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร เพื่อความมั่นใจ" และจากการหาค่าดัชนีวัดความถูกต้องของเนื้อหาทั้งชุดของแบบสอบถาม (scale-content validity index: S-CVI) ได้ เท่ากับ 1.0

2.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยนำแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพไปใช้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 30 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาคได้ เท่ากับ .84 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน พัฒนาจากกรอบแนวคิดของนันทิมาที่ครอบคลุมระดับการวัด ทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน

ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ⁶ โดยนำมาพัฒนาโครงสร้างของแบบวัดความรู้ ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากหลักเชิงประจักษ์ มาพัฒนาเป็นข้อคำถามกึ่งโครงสร้าง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ทำให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนาเป็นข้อคำถามที่ครอบคลุมระดับการวัดทั้ง 3 ระดับ และมีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ส่วนใหญ่จะเป็นการพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในภาพ และมีข้อคำถามย่อย จำนวน 2-3 ข้อ ที่เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจ¹⁴

แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหารมีความน่าเชื่อถือ เนื้อหาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของนัทิม⁶ ผ่านการตรวจคุณภาพเครื่องมือ ด้วยการทดสอบหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาแบบรายข้อและทั้งฉบับ มีค่าเท่ากับ 1.0 ถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพการสร้างเครื่องมือใหม่ที่ดีควรมีค่าตั้งแต่ .80 ขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าที่มีความเหมาะสมในการนำไปใช้เป็นเครื่องมือวิจัย¹⁵ อย่างไรก็ตาม ได้มีการปรับแก้ข้อคำถาม จำนวน 3 ข้อตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ ทำให้ได้แบบวัดที่มีความกระชับ ชัดเจน และเข้าใจง่ายขึ้น¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการรับประทานอาหาร โดยนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับยาแอสไพริน จำนวน 30 ราย และหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่า เท่ากับ .84 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือใหม่ที่กำหนดให้มีค่า ตั้งแต่ .70 ขึ้นไป¹⁷ แสดงว่าแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้ อธิบายได้ว่า ขนาดของค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับจำนวนข้อคำถาม หรือความยาวของแบบสอบถาม โดยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพในการศึกษานี้ มีจำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ประกอบกับข้อคำถามมีความกระชับและไม่ยาวมากเกินไป ซึ่งอาจส่งผลต่อความตั้งใจในการตอบแบบวัดความรู้ของผู้ป่วย และการนำแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้กับขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ทำให้เพียงพอต่อการหาค่าความเชื่อมั่นที่มีความน่าเชื่อถือ¹⁸

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพนี้ มีความเฉพาะเจาะจงกับการเลือกรับประทานอาหารในผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่รับประทานยาแอสไพริน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เนื่องจากมีค่าดัชนีการวัดคุณภาพของเครื่องมืออยู่เกณฑ์ที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรรายข้อเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อจะนำไปสู่การปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อไป

References

1. Krittayaphong R, Karaketklang K, Yindeengam A, Janwanishstaporn S. Heart failure mortality compared between elderly and non-elderly Thai patients. J Geriatr Cardiol 2018;15:718–24.
2. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation 2021;143:e72–227.

3. Dangas GD, Weitz JI, Giustino G, Makkar R, Mehran R. Prosthetic heart valve thrombosis. *J Am Coll Cardiol* 2016;68:2670–89.
4. Al-Momany NH, Makahleh ZM, Al-Omari NA, Al-Sarayreh HA, Momani RO. Analysis of factors that interrupt with INR control in the first anticoagulation clinic monitoring Jordanian patients. *Clin Appl Thromb Hemost* [Internet]. 2019 Jan-Dec [cited 2024 Mar 12];2019;25. Available from: <https://doi.org/10.1177/1076029619870252>
5. Nasser S, Mullan J, Bajorek B. Challenges of older patients' knowledge about warfarin therapy. *J Prim Care Community Health* 2012;3:65–74.
6. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 2008;67:2072–8.
7. Chahardah-Cherik S, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2018;6:65–75.
8. Ferland G, Chahine S, Presse N, Dube MP, Nigam A, Blostein M, et al. Increasing dietary vitamin k intake stabilizes anticoagulation therapy in warfarin-treated patients with a history of instability: a 24-week randomized controlled trial (OR36-04-19) [abstract]. *Curr Dev Nutr* 2019;3(Suppl 1):1146.
9. Haun JN, Valerio MA, McCormack LA, Sørensen K, Paasche-Orlow MK. Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J Health Commun* 2014;19(Suppl 2):302–33.
10. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018;138:e48–74.
11. Srison P, Hachuck W, Ratchapakdee P, Uppasarn W. Health literacy and self-care behavior among post valvular heart surgery patients. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office* 2019;25(1):1-13. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnorthnurse/article/view/211775> (in Thai)
12. Fang MC, Machtinger EL, Wang F, Schillinger D. Health literacy and anticoagulation related outcomes among patients taking warfarin. *J Gen Intern Med* 2006;21:841-6.
13. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qual Health Res* 2017;27:591-608.
14. Cabellos-García AC, Martínez-Sabater A, Castro-Sánchez E, Kangasniemi M, Juárez-Vela R, Gea-Caballero V. Relation between health literacy, self-care and adherence to treatment with oral anticoagulants in adults: a narrative systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 October 4[cited 2024 Mar 12];18(1):1157. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6070-9>

15. 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 and Health 2022;45(1):99–111. (in Thai)
16. 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)
17. Hair JF, Hult GTM, Ringer CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications;2014.
18. Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. Educ Psychol Meas 2010;70:394–400.

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัลลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ : การวิจัยนําร่อง

เกียรติวรรณ การสะอาด พย.บ.*

วาสนา รวยสูงเนิน ปร.ด.** รชฏ มาลา พ.บ.***

บทคัดย่อ

การศึกษานําร่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดหัวใจเป็นครั้งแรก จำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม 2567 เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความวิตกกังวลแบบมาตรวัดด้วยสายตาสีเขียว และแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยคือ สื่อดิจิทัลให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการผ่าตัดหัวใจ ความยาว 12 นาที พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตามทฤษฎี self-regulation theory และผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังให้ข้อมูลด้วยสถิติ repeated measures ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูล หลังได้รับข้อมูล 30 นาที และ 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัดหัวใจ เท่ากับ 35 (SD 12.90), 25 (SD 0.00) และ 15 (SD 12.09) ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากก่อนให้ข้อมูลเทียบกับ 30 นาทีหลังการให้ข้อมูล และ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดตามลำดับ ($p < 0.05$) กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือในทุกกิจกรรมขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 9 คน (ร้อยละ 90) สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมฯ ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาขณะอยู่ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลด้วยสื่อดิจิทัลก่อนนำไปใช้งาน

คำสำคัญ: การผ่าตัดหัวใจ ข้อมูลเตรียมความพร้อม ความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

วันที่รับบทความ 21 มีนาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 4 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 26 มิถุนายน 2567

*นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

***อาจารย์ ภาควิชาคัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Preparatory information provided through digital media reduces anxiety and promotes treatment adherence among cardiac surgery patients: A pilot study

Keattiwat Kansaard B.N.S.*

Wasana Ruaisungnoen Ph.D.** Rachata Mala M.D.***

Abstract

This pilot study aimed to investigate the effects of a preparatory information for intensive care unit admission provided through digital media on anxiety and treatment adherence among cardiac surgery patients. A single-group pretest-posttest design was used with a convenience sample of 10 patients scheduled for first time cardiac surgery. Data was collected in January 2024. The instruments used for data collection were a demographic data record form, the visual analogue scale (VAS) for anxiety-horizontal type, and a treatment adherence assessment form. The 12-minutes preparatory information digital media was developed by the researchers using the concept of providing preparatory information based on the Self-Regulation Theory. It was validated by five experts and revealed a content validity index of 1.0. Descriptive statistics and repeated measures ANOVA were used for descriptive and pretest-posttest analyses, respectively.

The results showed that the mean anxiety scores before intervention, at 30 minutes after intervention, and at 48 hours after cardiac surgery were 35 (SD 12.90), 25 (SD 0.00), and 15 (SD 12.09), respectively; which reduced significantly from before intervention to 30 minutes after intervention and 48 hours after the surgery, respectively ($p < 0.05$). Additionally, 90% ($n=9$) of the patients fully adhered to the treatment instruction in the intensive care unit. The study concluded that digital preparatory information reduces anxiety and promotes treatment adherence in cardiac surgery patients admitted in the intensive care unit. However, further research with an adequate sample size should be conducted to confirm these findings before implementation.

keywords: cardiac surgery; heart surgery; preparatory information; anxiety; treatment adherence behavior

Received 21 March 2024 Revised 4 June 2024 Accepted 26 June 2024

*A student of the Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Associate professor, Adult Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: waskir@kku.ac.th

***Lecturer, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

การผ่าตัดหัวใจเป็นวิธีการรักษาเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพของโรคหัวใจและหลอดเลือด ในกรณีที่มีการรักษาด้วยยาและหัตถการไม่ใช่ทางเลือก แม้ว่าในปัจจุบันการรักษาโรคหัวใจมีวิธีการหลากหลายมากขึ้นด้วยความก้าวหน้าของวิทยาการด้านการแพทย์ จำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยังคงมีจำนวนคงที่อย่างต่อเนื่อง ดังรายงานของฐานข้อมูล the society of thoracic surgeons adult cardiac surgery แสดงสถิติจำนวนผู้ป่วยผู้ใหญ่ผ่าตัดหัวใจ ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศอื่น ๆ อีก 6 ประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2010-2021 ที่มากกว่าสองแสนรายต่อปี ยกเว้นในปี ค.ศ. 2020 ที่มีจำนวนลดลงเล็กน้อย จากการเกิดโรค COVID-19¹ สำหรับในประเทศไทย รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลของรัฐแสดงแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2566 โดยเพิ่มมากขึ้นมากกว่า 1,000 รายต่อปี² สถิติดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2565 ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 106 เป็น 112 และ 124 รายต่อปี ตามลำดับ³

การผ่าตัดหัวใจ เป็นการผ่าตัดบริเวณทรวงอกผ่านเข้าไปสู่หัวใจเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพให้ระบบไหลเวียนเลือดและการทำงานของหัวใจกลับสู่ระบบปกติ หรือทำงานได้ใกล้เคียงเดิม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ตามวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิดและการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด⁴ โดยที่การผ่าตัดหัวใจแบบปิดเป็นการผ่าตัดหัวใจที่ไม่ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมขณะผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เป็นการผ่าตัดที่ระหว่างการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการทำให้หัวใจหยุดเต้นชั่วคราวและใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมทำหน้าที่แทน⁵ ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิดหรือแบบเปิดล้วนเป็นหัตถการที่ซับซ้อน ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน มีผลกระทบต่อระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายหลังการผ่าตัด ดังนั้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะต้องย้ายไปเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยวิกฤต (intensive care unit: ICU)⁶

ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจมักจะมีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย เริ่มตั้งแต่แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค ระยะรอการผ่าตัด ระยะเข้ารับการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด⁷ จากการที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการผ่าตัดหัวใจเป็นการรักษาที่อันตราย จำเป็นต้องนอนรักษาตัวใน ICU ประกอบกับ การขาดประสบการณ์ตรงไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเองในอนาคตหลังผ่าตัด ทำให้มีการคาดการณ์ในทางลบเกี่ยวกับสภาวะหลังการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาลงใน ICU และการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดหัวใจ นอกจากนี้ ในระยะหลังผ่าตัด สิ่งแวดล้อมภายใน ICU ที่ไม่คุ้นเคย ทั้งจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ ลักษณะความเจ็บป่วยรุนแรงของผู้ป่วยรอบข้าง สภาวะของตนเองในฐานะผู้ป่วยวิกฤตที่ต้องอาศัยอุปกรณ์พยุงชีพ และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น จากการที่ผู้ป่วยประเมินว่าสถานการณ์ไม่คุ้นเคยเหล่านั้น เป็นสิ่งที่คุกคามความปลอดภัยและความสามารถในการควบคุมตนเอง จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวลในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะการพักฟื้นหลังผ่าตัดใน ICU 48 ชั่วโมงแรก⁸ ทั้งนี้ การให้ข้อมูลต่าง ๆ ก่อนผ่าตัดที่ครอบคลุมสถานการณ์เสมือนจริงที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญหลังการผ่าตัด จะช่วยลดการคาดการณ์ในทางลบลดความวิตกกังวล และเตรียมการในการปรับตัวเมื่อเผชิญความวิตกกังวลได้⁹ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงโดยที่ไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษาหลังการผ่าตัดได้¹⁰

ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยตามข้อมูลหรือคำแนะนำที่ได้รับจากบุคลากรทางด้านสุขภาพแล้วปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจและต่อเนื่อง¹¹ ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่เข้ารับการรักษาลงใน ICU มีความวิตกกังวลในระดับสูง⁸ หากปัจจัยที่กระตุ้นความวิตกกังวลไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้น จนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว

จากบุคลากรได้ หรือจดจำคำแนะนำที่เคยได้รับมาก่อนผ่าตัดไม่ได้¹² ผู้ป่วยจึงแสดงพฤติกรรมด้านร่างกายที่ตอบสนองต่อความวิตกกังวล โดยเริ่มจากความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า หวาดระแวง สงสัย ความวิตกกังวลระดับปานกลาง ผู้ป่วยจะเริ่มไม่สนใจคำแนะนำและปฏิบัติตามน้อยลง ความวิตกกังวลระดับมาก ผู้ป่วยจะแสดงความหวาดระแวงมากขึ้น กระสับกระส่าย กระวนกระวาย ควบคุมตัวเองไม่ได้ สายหน้าปฏิเสธ ไม่รับฟังคำแนะนำจากบุคลากร ผู้ป่วยบางรายจะเริ่มมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก และในระดับความวิตกกังวลสูงมาก ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมตื่นตระหนก ไม่รับรู้ข้อมูลใด ๆ ขาดการตัดสินใจที่มีเหตุผล โดยแสดงพฤติกรรมที่ไม่มีจุดหมาย ชวนเฉย รุนแรง หรือต่อสู้ พยายามลุกจากเตียง ดึงท่อช่วยหายใจ หรือสายระบายต่าง ๆ ให้หลุด เป็นต้น⁸ พฤติกรรมดังกล่าวสะท้อนผลกระทบจากระดับความวิตกกังวลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ข้อมูลจากการสังเกตผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในหออภิบาลผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (cardiovascular-thoracic intensive care unit: CVT-ICU) โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 5 ราย หลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมงแรก พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 5 ราย พยายามลุกจากเตียงและตื่นมาก หายใจด้านเครื่องช่วยหายใจ จนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ อัตราการเต้นหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง และอัตราการหายใจเร็วขึ้น เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกเตียง ผู้ป่วย 3 ราย ดึงท่อช่วยหายใจหลุด จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจกลับทันที จำนวน 2 ราย และผู้ป่วย 1 ราย ดึงสายระบายทรวงอกหลุด ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่สายระบายทรวงอกใหม่ทันที ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการขาดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การบาดเจ็บของหลอดลม ภาวะปอดแฟบ ภาวะปอดติดเชื้อ เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจกลับซ้ำทันทีหรือภายใน 48 ชั่วโมง หลังการดึงท่อช่วยหายใจ ซึ่งพบได้มากถึง ร้อยละ 70¹³⁻¹⁴ รวมทั้งการเกิดภาวะหัวใจถูกบีบรัดหรือภาวะเลือดออกมากจากการที่ผู้ป่วยดึงสายระบายทรวงอกหลุด ซึ่งพบมากถึง ร้อยละ 15¹⁵ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาใน ICU นานขึ้น ผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลต่อตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล เช่น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น¹⁶

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจทั้ง 5 ราย ข้างต้น เมื่อมีอาการคงที่และถอดท่อช่วยหายใจแล้ว ให้ข้อมูลว่า เมื่อตนเองพ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแล้วได้พบสภาพแวดล้อมใน ICU ทำให้รู้สึกหวาดกลัว เป็นกังวลต่อสภาพแวดล้อมที่แปลกตาและน่ากลัว รวมถึงการมีอุปกรณ์ต่าง ๆ มากมายตามร่างกายที่ไม่เคยเห็นมาก่อน การมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่ที่ไม่รู้ว่าจะขยับร่างกายได้อย่างไร ความรู้สึกอึดอัดที่คาท่อช่วยหายใจ ทำให้สื่อสารความต้องการไม่ได้ จึงพยายามหาวิธีการสื่อสารโดยการเคาะเตียง ดิ้นลุกจากเตียง หรือดึงท่อช่วยหายใจให้หลุด ทั้งนี้ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าแม้จะเคยได้รับข้อมูลจากแพทย์และพยาบาลก่อนผ่าตัด ข้อมูลที่ได้รับไม่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น ทำให้ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว เช่น การสื่อสารขณะใส่ท่อช่วยหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยหัตถการทางการแพทย์หรือการผ่าตัดที่ไม่คุ้นเคย และทำให้เกิดความวิตกกังวลได้สูง การได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนทำหัตถการหรือการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลที่ลดลงและการให้ความร่วมมือในการรักษาที่มากขึ้น¹⁷⁻¹⁹ ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่ให้แก่ช่วยให้ผู้ป่วยคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคตที่สอดคล้องตามความเป็นจริง หรือใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งด้านกระบวนการดูแลรักษา ความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้น และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงและสามารถควบคุมกำกับตนเอง เมื่อเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคยได้ดียิ่งขึ้นตามทฤษฎีควบคุมกำกับตนเอง²⁰

ทฤษฎีควบคุมกำกับตัวเอง (self-regulation theory) โดย Leventhal and Johnson เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยด้วยการให้ข้อมูลต่อการเผชิญเหตุการณ์ในทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ต้องเตรียมทำหัตถการหรือการผ่าตัดที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน โดยทฤษฎีกล่าวถึง การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) ที่มีองค์ประกอบของข้อมูล 4 ชนิด คือ ข้อมูลชนิดบ่งบอกรายละเอียดกระบวนการดูแลรักษา (procedural information) ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกจากการตอบสนองต่อกระบวนการรักษา (sensory information) ข้อมูลชนิดคำแนะนำพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ (behavioral information) ในกระบวนการรักษา และข้อมูลชนิดแนะนำวิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจต่อความวิตกกังวล (coping information) ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้สำหรับการเตรียมความพร้อมล่วงหน้า สำหรับผู้ป่วยก่อนการรักษาหรือหัตถการ²⁰

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลศรินครินทร์ในปัจจุบัน มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ตั้งแต่การมาพบแพทย์เพื่อวางแผนการผ่าตัดที่ห่อผู้ป่วยนอก โดยการให้ข้อมูลผู้ป่วยสำหรับเตรียมผ่าตัด เป็นการให้คำแนะนำด้วยวาจาโดยแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการเตรียมตัวมานอนโรงพยาบาลในวันก่อนผ่าตัด วิธีการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดหลังการผ่าตัด ร่วมกับแจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนมาผ่าตัดให้ผู้ป่วยนำกลับไปศึกษาที่บ้าน โดยที่ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการส่งไปปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อเตรียมความพร้อมด้วยการฝึกหายใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลอีกครั้งเมื่อเข้านอนโรงพยาบาลที่ห่อผู้ป่วยสามมือน้อย 1 วันก่อนเข้าผ่าตัด จากพยาบาลประจำห่อผู้ป่วยหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ วิศวแพทย์ นักกายภาพบำบัด ในรูปแบบการเยี่ยมผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย เป็นการให้ความรู้ด้วยการอธิบายด้วยวาจาเนื้อหาโดยรวมเกี่ยวกับการผ่าตัด ปัญหาที่อาจเกิดจากการผ่าตัด และวิธีปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมผ่าตัด ซึ่งมีระยะเวลาในการให้ข้อมูลที่จำกัด ทั้งนี้ วิธีการและเนื้อหาข้อมูลที่ให้มีความหลากหลายตามประสบการณ์ความชำนาญของบุคลากร นอกจากนี้ การให้ข้อมูลในระยะวิกฤตหลังการผ่าตัดหัวใจในห่อผู้ป่วย CVT-ICU เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหลังผ่าตัดและมีอาการคงที่ ใช้รูปแบบการแนะนำอธิบายด้วยวาจาสั้น ๆ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย แนวทางการรักษา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังอาการที่ผู้ป่วยกำลังได้รับการดูแลรักษาอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีความวิตกกังวลของการรับรู้ด้วยระดับความรุนแรงของโรคและการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งการขาดความสามารถในการสื่อสารเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ

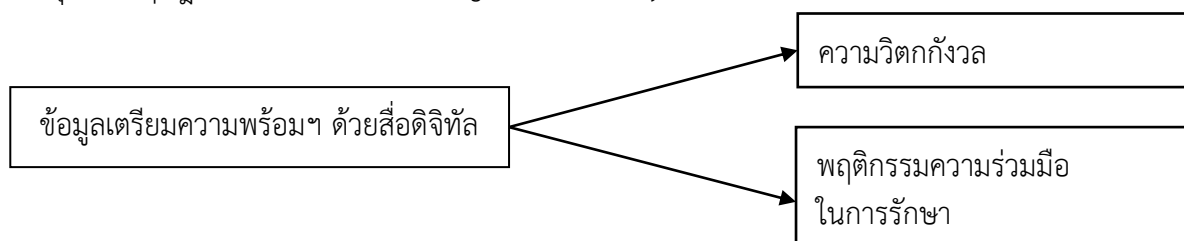
Shi และคณะ²¹ ได้ทำการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ พบว่า การให้ข้อมูลความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังมีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบว่า มีโปรแกรมหรือรูปแบบการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการทำการหัตถการหรือการผ่าตัดต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงสูงที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่พบผลลัพธ์ในทางที่ดี คือ ผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สามารถวางแผนหรือใช้วิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมในสถานการณ์จริง และให้ความร่วมมือต่อการรักษาเป็นอย่างดี^{8,22,23}

การใช้สื่อดิจิทัลในการให้ข้อมูลมีข้อดี คือ สามารถสื่อสารแสดงภาพสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมได้ใกล้เคียงความเป็นจริง ทำให้เกิดภาพจำลอง (schema) ที่คุ้นเคยเมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์จริง และผู้ป่วยสามารถนำกลับมาดูซ้ำเมื่อตามต้องการ เช่น การศึกษาของ Yildirim และคณะ¹⁰ ใช้สื่อวิดีโอในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผลการศึกษา พบว่า สื่อวิดีโอสามารถช่วยลดความวิตกกังวลและอาการที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ เนื่องจากเป็นข้อมูลในวิดีโอทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดมากขึ้น ระดับความวิตกกังวลจึงลดลง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อที่ใช้และ

ให้ความร่วมมือในการรักษาหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี การศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon และคณะ²⁴ ที่ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย เกี่ยวกับการดูแลรักษาหลังการผ่าตัดและคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลมีระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

แต่อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนการศึกษา พบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น เพศหญิงมีความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย²⁵ ผู้ป่วยวัยสูงอายุมักมีความวิตกกังวลมากกว่าวัยอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความวิตกกังวลต่ำกว่า จากการที่สามารถหาวิธีได้มาซึ่งข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการที่จะเผชิญสถานการณ์หลังผ่าตัดได้ดีและเหมาะสมกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ว่ารุกรานแรงมากกว่ามักจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่รับรู้ความรุนแรงน้อยกว่า²⁶ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านโรคและการรักษา เช่น ชนิดของโรค ระดับความรุนแรงของโรค ภาวะโรคร่วม และประเภทของการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดแบบวางแผนหรือการผ่าตัดฉุกเฉิน ล้วนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด¹⁴ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ต้องนำมาพิจารณาเมื่อดำเนินการวิจัย เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ

จากการศึกษาสถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ด้วยหัตถการหรือการผ่าตัดที่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้ แต่ยังไม่พบการศึกษาที่ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมที่เฉพาะเจาะจง สำหรับการเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตผ่านสื่อดิจิทัลหลังการผ่าตัดหัวใจ การศึกษานำร่องนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวใน ICU หลังการผ่าตัดหัวใจผ่านสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาขณะอยู่ใน ICU ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 10 ราย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตัวเอง (self-regulation theory) เป็นกรอบแนวคิดงานวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษานำร่องทำการศึกษาในเดือนมกราคม 2567 เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลองในผู้ป่วยนัดมาผ่าตัดหัวใจ จำนวน 10 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตด้วยสื่อดิจิทัลในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจในระยะก่อนได้รับข้อมูล หลังการได้รับข้อมูลทันที และ 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด และเพื่อศึกษาพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาขณะรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตหลังการผ่าตัดหัวใจ โดยมีสมมติฐานของงานวิจัย ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการได้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัลลดลงหลังให้ข้อมูลทันทีและหลังการผ่าตัด 48 ชั่วโมง และ 2) คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาใน ICU อยู่ในระดับดี

ประชากร คือ กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจครั้งแรกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจตามนัดครั้งแรก ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า

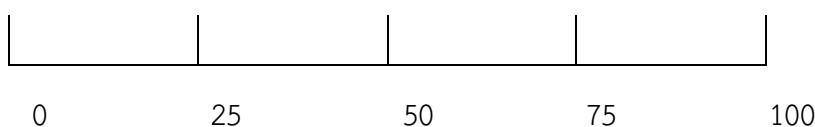
สู่งานวิจัย (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการผ่าตัดหัวใจตามนัดครั้งแรกตาม การวินิจฉัยของแพทย์ ไม่เคยเข้ารับการรักษาใน ICU รู้สึกตัวดีก่อนผ่าตัด สามารถสื่อสารด้วยการดูและฟัง ภาษาไทยได้ มีความสามารถในการรับรู้ปกติ ประเมินโดยแบบทดสอบสมรรถภาพสมองอย่างง่าย (abbreviated mental test : AMT) ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัดโดยเร่งด่วน ไม่สามารถได้รับข้อมูลครบ 2 ครั้ง และเกณฑ์การนำผู้ป่วยออกจากโครงการวิจัย (withdrawal of participant criteria) คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดระยะเวลา ได้แก่ ผู้ป่วยหลังผ่าตัด หัวใจที่ไม่รู้สึกตัวหรือเสียชีวิต ไม่สมัครใจอยู่รักษาต่อในโรงพยาบาล และขอถอนตัวออกจากการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษานำร่อง โดยอ้างอิงขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณที่อ้างอิงการกระจายตัวของข้อมูลแบบ noncentral t-distribution โดยกำหนดอำนาจจำแนกที่ 80% ได้กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย¹⁶

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สิทธิในการรักษา และคะแนนประเมิน AMT ข้อมูลเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ระดับสมรรถภาพของหัวใจก่อนผ่าตัด ชนิดการผ่าตัด²⁷ ระยะเวลาในการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม The richmond agitation and sedation scale (RASS) และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยผู้วิจัย (ผู้เขียนคนที่ 1) เป็นผู้ใช้แบบประเมิน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล ใช้แบบวัด Anxiety-the one-item visual analogue scale (VAS)-horizontal เป็นมาตรวัดความวิตกกังวลแบบเส้นตรงด้วยสายตาชนิดแนวนอน ใช้ประเมินความวิตกกังวลทั้งก่อนและหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม แบบประเมินมีลักษณะเป็นเส้นตรง ประกอบด้วย ความยาว 10 เซนติเมตร ปลายปิดซ้ายมือแสดงว่าไม่มีความวิตกกังวล แทนค่าคะแนน 0 คะแนน และความวิตกกังวลจะสูงขึ้นเรื่อยไปทางขวามือจนถึงปลายปิดขวามือ หมายถึง มีความวิตกกังวลมากที่สุด แทนค่าคะแนน 100 คะแนน²⁸ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 The one-item visual analogue scale (VAS)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเนื้อหาของข้อมูลเตรียมความพร้อมในสื่อดิจิทัล มีจำนวน 4 ด้าน 19 ข้อ ประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยพยาบาลหัวหน้าเวรหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เป็นผู้ประเมินแปลผลแบบประเมิน ดังนี้ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือทุกอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำทุกอย่าง มีค่าคะแนน 2 คะแนน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือบางอย่าง หมายถึง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำบางครั้ง เช่น ผู้ป่วยพยายามจะดื่งท่อช่วยหายใจให้หลุด เมื่อเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแล้ว

ผู้ป่วยจึงปฏิบัติตาม มีค่าคะแนน 1 คะแนน และผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ โดยเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำแล้วแต่ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตาม มีค่าคะแนน 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 5 ราย ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ด้วยวิธีวิเคราะห์ cronbach's alpha coefficient ได้ระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ส่วนเครื่องมือ anxiety-VAS ทำการทดสอบประมาณค่าความเที่ยงด้วยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest methods) หาค่าความเชื่อมั่นของมือในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ จำนวน 5 ราย ของหอผู้ป่วย CVT-ICU ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความคงที่ (stability coefficient: rtt) 0.71 ถือว่ามีค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้

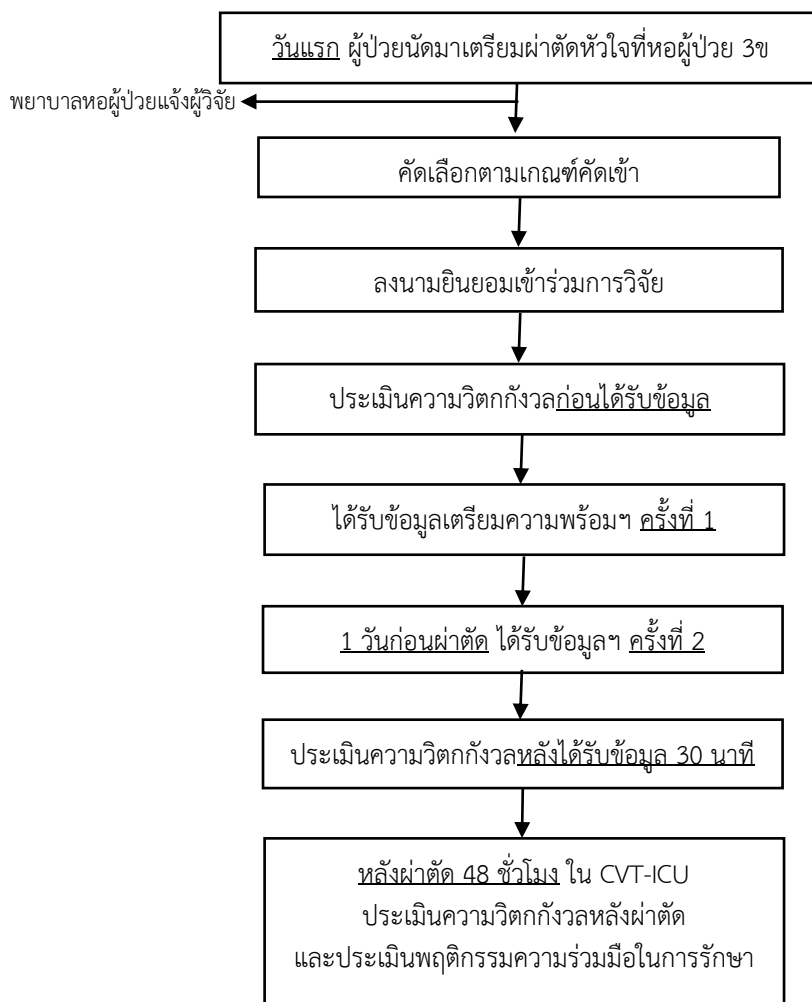
2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย เป็นสื่อดิจิทัลการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม ตามทฤษฎี self-regulation theory ชนิดวิดีโอ ความยาว 12 นาที เนื้อหาวิดีโอ ประกอบด้วย ข้อมูลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ มี 4 ด้าน ดังนี้ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการดูแลรักษา ที่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจจะได้รับขณะอยู่ใน ICU 2) ข้อมูลอธิบายความรู้สึกที่อาจจะเกิดขึ้น หรือสิ่งที่ผู้ป่วยอาจจะเผชิญระหว่างเข้ารับการรักษาใน ICU หลังผ่าตัด เช่น ความรู้สึกไม่สบายหลังผ่าตัด ความรู้สึกปวดแผล 3) ข้อมูลแนะนำพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติตลอดการรักษาใน ICU โดยเน้นการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ เช่น การฝึกหายใจตามจังหวะเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัดและต่อต้านการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ไม่ดึงท่อช่วยหายใจหรือสายระบายต่าง ๆ ออกเอง และ 4) ข้อมูลแนะนำวิธีเผชิญปัญหาและปรับตัว เช่น การทำสมาธิฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว ผู้ป่วยรู้สึกสบาย และปรับตัวได้ดีขึ้น^{8,12,18-19}

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.0 แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดหัวใจ จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ผู้ป่วยประเมินว่า สื่อใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ระยะเวลาของสื่อเหมาะสมไม่นานเกินไป ภาพที่ปรากฏน่าสนใจ ไม่น่ากลัว ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย น้ำเสียงเหมาะสมน่าฟัง เมื่อทดสอบความรู้เกี่ยวกับข้อมูลในสื่อพบว่า ผู้ป่วยสามารถตอบได้ตรงทั้งหมด แสดงถึงความเป็นไปได้ในการนำสื่อดิจิทัลไปใช้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อม

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย

พยาบาลประจำหอผู้ป่วย 3x สอบถามถึงความสนใจเข้าร่วมงานวิจัยกับผู้ป่วยที่นัดมาเข้ารับการผ่าตัดหัวใจในวันแรกที่เข้านอนโรงพยาบาล หากมีผู้ป่วยสนใจพยาบาลแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อเข้าพบและประเมินผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยอธิบายชี้แจงการดำเนินงานวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทดลอง ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามยินยอม หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลฯ และให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัล ครั้งที่ 1 เป็นเวลา 12 นาที จากนั้น 1 วันก่อนผ่าตัด ผู้วิจัยให้ข้อมูลด้วยสื่อดิจิทัลซ้ำเป็นครั้งที่ 2 และประเมินความวิตกกังวล 30 นาทีหลังจากให้ข้อมูล หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ผู้วิจัย

ประเมินความวิตกกังวล ร่วมกับประเมินพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีกระบวนการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้ เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661478 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งแจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกระบวนการดูแลรักษาที่พึงได้รับจากบุคลากรและโรงพยาบาล ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวม เพื่อประโยชน์ของงานวิจัยนี้เท่านั้น ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรม SPSS version 28 ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95% ($\alpha=0.05$) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลระยะก่อนและหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการให้ข้อมูล หลังการให้ข้อมูล 30 นาที และหลังผ่าตัดหัวใจ 48 ชั่วโมง ด้วยสถิติ repeated measures ANOVA เนื่องจากมี assumption of compound symmetry
4. วิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน เป็นเพศชาย จำนวน 9 คน (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ย 59.90 ปี สถานภาพสมรส 9 คน (ร้อยละ 90) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 คน (ร้อยละ 40) เป็นส่วนใหญ่ รองลงมา ระดับสูงกว่าปริญญาตรี 2 คน (ร้อยละ 20) ประกอบอาชีพรับราชการและเกษตรกร (ร้อยละ 60) มีโรคประจำตัว 6 คน (ร้อยละ 60) ได้รับการผ่าตัดชนิดเปลี่ยนหรือซ่อมแซมลิ้นหัวใจมากที่สุด 7 คน (ร้อยละ 70) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 80) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดชนิดอื่นมาก่อน กลุ่มตัวอย่าง 9 คน (ร้อยละ 90) ใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมในการผ่าตัด โดยระยะเวลาเฉลี่ยในการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม (cardiopulmonary bypass: CPB) เฉลี่ย 93.02 นาที และใส่ท่อช่วยหายใจกลับหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 9 คน (ร้อยละ 90)
2. ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลเท่ากับ 35 (ร้อยละ 60, SD 12.90) ค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล 30 นาทีเท่ากับ 25 (ร้อยละ 100, SD 0.00) และความวิตกกังวลเฉลี่ย 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหัวใจเท่ากับ 15 (ร้อยละ 60, SD 12.09) ดังตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลกับหลังได้รับข้อมูล 30 นาที มีความแตกต่างกันโดยระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.037$) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลกับ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหัวใจ มีความแตกต่างกันโดยระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล 30 นาที กับ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดหัวใจ มีความแตกต่างกันโดยระดับความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.037$) ดังตารางที่ 2
3. การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ 48 ชั่วโมง หลังการผ่าตัด มีหัวข้อการประเมิน 4 ด้าน จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการรักษา จำนวน 8 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 90) 2) ด้านการให้ความร่วมมือ 9 คน (ร้อยละ 90) และ 4) ด้านการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับคำแนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการปรับตัว จำนวน 5 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือทุกกิจกรรม 7 คน (ร้อยละ 70) ซึ่งพบข้อที่ให้ความร่วมมือบางอย่าง คือ การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ มีท่าที่ที่สงบ การไอและฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการความปวด

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคะแนนของความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัล

คะแนน ความวิตกกังวล	ก่อนให้ข้อมูล		หลังให้ข้อมูล ครั้งที่ 2 30 นาที		หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
	35	12.91	25	0.00	15	12.91

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามช่วงเวลา

ช่วงเวลา	ช่วงเวลา	ความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ย	Sig. ^b
ก่อนได้รับข้อมูล	หลังได้รับข้อมูล 30 นาที	10.00*	0.037
ก่อนได้รับข้อมูล	หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	20.00*	<0.001
หลังได้รับข้อมูล 30 นาที	หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง	10.00*	0.037

*. The mean difference is significant at the .05 level

b. Adjustment for multiple comparisons: Least Significant Difference

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความวิตกกังวล

ผลการศึกษานำร่องครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวใน ICU ด้วยสื่อดิจิทัลก่อนการผ่าตัด มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 3 ช่วงเวลา เมื่อเปรียบระหว่างก่อนได้รับข้อมูล กับหลังได้รับข้อมูล 30 นาที และหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง และเปรียบเทียบระหว่างหลังได้รับข้อมูล 30 นาทีกับ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ($p < .05$) ผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 ราย ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับเข้ารับรักษาตัวใน ICU ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มีออกแบบตามทฤษฎี self-regulation theory²⁰ 4 ประเภท ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาใน ICU หลังผ่าตัดหัวใจ ข้อมูลบอกความรู้สึกที่อาจเกิดกับผู้ป่วยหลังการผ่าตัดหัวใจขณะรักษาตัวใน ICU เช่น ปวด ไม่สบาย นอนไม่หลับ ถูกรบกวน ข้อมูลคำแนะนำเพื่อการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ใน ICU และการปรับตัวด้านจิตใจต่อความวิตกกังวล และข้อมูลคำแนะนำการปฏิบัติตัวใน ICU ผ่านทางสื่อดิจิทัลที่จำลองสถานการณ์ใน ICU ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ มีภาพจำต่อเหตุการณ์ (schema) เมื่อเผชิญเหตุการณ์จริง จึงสามารถแปลความหมายต่อสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่ และสามารถควบคุมตนเองต่อเหตุการณ์เฉพาะหน้า ความรู้สึกถูกคุกคามต่อความปลอดภัยลดลง ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงและให้ความร่วมมือต่อการรักษาตามคำแนะนำในสื่อ

ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาดพิรุณ กุณโอง¹⁸ ที่พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeon และคณะ²⁴ ซึ่งพบว่าหลังได้รับการพยาบาลด้วย audiovisual media-based ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีความวิตกกังวลและความเครียดต่อสภาพแวดล้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเทียบกับก่อนได้รับข้อมูล ซึ่งผลการศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

ผลการวิจัยนาร่องครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวใน ICU ด้วยสื่อดิจิทัลก่อนการผ่าตัดให้ความร่วมมือในการรักษาทุกกิจกรรม จำนวน 9 คน (ร้อยละ 90) อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัล จำนวน 2 ครั้ง ในการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และจดจำจากข้อมูลที่ชัดเจนผ่านทางสื่อซ้ำ¹³ นอกจากนี้ ข้อมูลทั้ง 4 ประเภท ตามทฤษฎี self-regulation theory²⁰ สอดคล้องกับสถานการณ์จริง ทำให้ผู้ป่วยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลแนะนำการปฏิบัติตัวควบคู่กับข้อมูลการเผชิญและปรับตัว ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมกำกับพฤติกรรมตนเองได้จึงเกิดความร่วมมือในการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีกิจกรรมบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือไม่ครบทุกด้าน คือ การหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ทำที่ที่สงบ การไอและฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการจัดการความปวด ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อรู้สึกตัวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกใน ICU ช่วงแรกอาจจะลืมวิธีการปฏิบัติตัวที่เคยได้รับ เมื่อพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติมผู้ป่วยจึงปฏิบัติตาม และหลังผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างบางรายปวดแผลมากจนไม่อยากจะเคลื่อนไหวร่างกาย สำหรับฝึกหายใจที่มีประสิทธิภาพและต้องควบคุมความปวด ด้วยการให้ยา

ผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ จำเนียร พัฒนจักร และคณะ²⁹ ที่พบว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อชนิดวิดีโอสำหรับผู้ป่วยที่จะเข้ารับการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจให้ความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติถึง 7.14 เท่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้นศยา โพธิพันธ์¹⁹ ซึ่งพบว่า การให้ข้อมูลก่อนการตรวจสวนหัวใจในโปรแกรมการดูแลแบบเอื้ออาทร ให้ความร่วมมือต่อการตรวจสวนหัวใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 แต่เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีการเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมได้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานาร่องครั้งนี้สนับสนุนว่า การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวใน ICU ด้วยสื่อดิจิทัล มีแนวโน้มช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจขณะรักษาตัวใน ICU หลังการผ่าตัดหัวใจได้ ซึ่งเป็นการสนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎี self-regulation theory²⁰ ในการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจ ร่วมกับจุดเด่นของการใช้สื่อดิจิทัลที่ทำให้เห็นภาพเสมือนจริงก่อนเผชิญสถานการณ์และสามารถดูซ้ำ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และจดจำนำไปสู่การปรับตัวเพื่อลดความวิตกกังวลและควบคุมกำกับพฤติกรรมตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเข้ารับรักษาตัวใน ICU ด้วยสื่อดิจิทัล ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงถึงบทบาทอิสระของพยาบาลที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขั้นสูง โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลมีจุดเด่นในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อเตรียมตัวต่อกระบวนการรักษาที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล สำหรับผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึงและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะเดียวกันสามารถนำมาให้ข้อมูลซ้ำได้เพื่อให้เกิดการจดจำที่ดี สำหรับผู้ป่วยที่อาจหลงลืมหรือขาดสมาธิในการได้รับข้อมูลครั้งแรก แต่อย่างไรก็ตาม การนำสื่อดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นเฉพาะหน่วยงานที่มีบริบท

แตกต่างจากที่อื่น ๆ เช่น ลักษณะสภาพแวดล้อม และกระบวนการดูแลรักษาใน ICU เพื่อให้เป็นไปตามข้อมูลเตรียมความพร้อมในทฤษฎี self-regulation theory²⁰ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการนำไปขยายผลใช้ในหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีสภาพแวดล้อมและระบบบริการแตกต่างกัน จึงควรมีการปรับเนื้อหาและภาพที่แสดงในสื่อตามบริบทจริงหากมีการนำไปใช้งาน นอกจากนี้ การวัดระดับความวิตกกังวล โดยใช้ Anxiety-VAS ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้สเกลแบ่งแบบ มีเลขกำกับ 5 ระดับที่ 0, 25, 50, 75, และ 100 ถึงแม้ว่าจะมีความสะดวกในทางคลินิก แต่ทำให้ขาดความละเอียดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างจะเลือกตอบเฉพาะตำแหน่งที่มีตัวเลขกำกับ จึงอาจพิจารณาเลือกใช้สเกลการวัดที่ละเอียดมากขึ้นในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยนำร่องที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 10 ราย และเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ถึงแม้ผลการศึกษามีแนวโน้มที่จะสนับสนุนสมมติฐานการศึกษาทั้ง 2 ข้อ แต่ไม่อาจยืนยันผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมด้วยสื่อดิจิทัลต่อความวิตกกังวลและความร่วมมือในการรักษาขณะอยู่ใน ICU ในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจได้ นอกจากนี้ การวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการศึกษานี้ ไม่สามารถวัดเปรียบเทียบก่อนและหลังได้ เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์แตกต่างกันระหว่างก่อนการได้รับข้อมูลและหลังการได้รับข้อมูล จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอ มีการออกแบบควบคุมตัวแปรที่ดี เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิก

References

1. Kim KM, Arghami A, Habib R, Daneshmand MA, Parsons N, Elhalabi Z, et al. The society of thoracic surgeons adult cardiac surgery database: 2022 update on outcomes and research. *Ann Thorac Surg* 2023 Mar;115(3):566–74.
2. Jacobs JP, Shahian DM, Prager RL, Edwards FH, McDonald D, Han JM, et al. Introduction to the STS national database series: outcomes analysis, quality improvement, and patient safety. *Ann Thorac Surg* 2015;100(6):1992–2000.
3. Cardiovascular thoracic intensive care unit. Srinagarind hospital adult cardiac surgery database: 2020 update. Khon Kaen: Cardiovascular thoracic intensive care unit, Srinagarind hospital;2020.
4. Vervoort D, Meuris B, Meyns B, Verbrugghe P. Global cardiac surgery: access to cardiac surgical care around the world. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2020 Mar;159(3):987-996.e6.
5. Chanmayka T. General knowledge of thoracic surgery Vol. 1. Khon Kean: Surgical Department, Faculty of Medicine, Khon Kean University;2021.
6. Stephens RS, Whitman GJR. Postoperative critical care of the adult cardiac surgical patient part I: routine postoperative care. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 Jul 21[cited 2023 Aug 11];43(7):1477–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25962078/>
7. Elgazzar SE, Qalawa SAA, Hassan AMA. Impact of educational programme on patient's health outcomes following open heart surgeries. *Nurs Open* 2023;10(3):3028-41.

8. Gezginici E, Goktas S, Orhan BN. The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nurs Crit Care* 2022 Jan 20;27(1):113–9.
9. Noor Hanita Z, Khatijah LA, Kamaruzzaman S, Karuthan C, Raja Mokhtar RA. A pilot study on development and feasibility of the ‘MyEducation: CABG application’ for patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *BMC Nurs* 2022 Dec 1;21(1).
10. Yildirim M, Akbal S, Turkoglu M. The effect of self-affirmation on anxiety and perceived discomfort in patients who have undergone open-heart surgery: a randomized controlled trial. *Appl Nurs Res* 2023 Aug 1;72:151687.
11. Zorina O, Fatkulina N, Saduyeva F, Omarkulov B, Serikova S. Patient adherence to therapy after myocardial infarction: a scoping review. *Patient Preference Adherence* 2022;16:1613–22.
12. Gültekin Y, Özçelik Z, Akinci SB, Yorganci HK. Evaluation of stressors in intensive care units. *Turk J Surg* 2018;34(1):5–8.
13. Moran HRM, Maguire D, Maguire D, Kowalski S, Jacobsohn E, Mackenzie S, et al. Association of earlier extubation and postoperative delirium after coronary artery bypass grafting. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 2020 Jan 1;159(1):182–90.
14. Shoji CY, De Figueiredo LC, Calixtre EM, Rodrigues CDA, Falcão ALE, Martins PP, et al. Reintubation of patients submitted to cardiac surgery: a retrospective analysis. *Rev Bras Ter Intensiva* 2017;29(2):180–7.
15. Senst B, Kumar A, Diaz RR. Cardiac surgery [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2024[Cited 2023 Aug 5]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532935/>
16. Beverly A, Brovman EY, Malapero RJ, Lekowski RW, Urman RD. Unplanned reintubation following cardiac surgery: incidence, timing, risk factors, and outcomes. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2016 Dec 1;30(6):1523–9.
17. Thaweessombat S, Fukfon K, Suwansirichareon A. Effects of pre and post-operative information program on quality of life and anxiety of patients undergoing open heart surgery, Chiangrai Prachanukroh Hospital. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2021;32(2):105–19. (in Thai)
18. Kunnahong Y, Ua-kit N. The effect of preparatory information program on anxiety in patients undergoing open heart surgery. *Kuakarun Journal of Nursing* 2021;28(1):20–32. (in Thai)
19. Photipun U, Toskulkao T, Changmai S. The effects of caring generosity program on anxiety and patient cooperation in coronary angiography. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital* 2021;17(2):89–102. (in Thai)
20. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychol Health* 1998 Jul;13(4):717–33.

21. Shi W, Ghisi GLM, Zhang L, Hyun K, Pakosh M, Gallagher R. A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes. *European journal of cardiovascular nursing* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Sep 3];21(7):643–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35134883/>
22. Aardoom JJ, Loheide-Niesmann L, Ossebaard HC, Riper H. Effectiveness of ehealth interventions in improving treatment adherence for adults with obstructive sleep apnea: meta-analytic review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 Feb 1[cited 2023 Aug 10];22(2):e16972. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32130137/>
23. Khan D, Fjorbaek A, Andreasen JJ, Thorup CB, Dinesen B. Cardiac surgery patients' e-health literacy and their use of a digital portal. *Health Educ J* [Internet]. 2018 Feb 19[cited 2023 Jun 30];77(4):482–94. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0017896918756435>
24. Jeon JY, Kim DH, Kang K. Effect of audiovisual media-based nursing information on environmental stress, anxiety, and uncertainty in patients undergoing open-heart surgery. *Medicine (United States)* 2023 Feb 22;102(8):E33001.
25. Kwankhao K. Illness experience and self in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery. *Southeast Bangkok journal*. 2019;5(1):69-87. (in Thai)
26. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders global health Estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017[cited 2023 Aug 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
27. Macchi C, Polcaro P, Cecchi F, Zipoli R, Sofi F, Romanelli A, et al. One-year adherence to exercise in elderly patients receiving postacute inpatient rehabilitation after cardiac surgery. *Am J Phys Med Rehabil* 2016 Aug 23;88(9):727–34.
28. Hernandez-Palazon J, Fuentes-Garcia D, Falcon-Arana L. Visual analogue scale for anxiety and amsterdam preoperative anxiety scale provide a simple and reliable measurement of preoperative anxiety in patients undergoing cardiac surgery. *Int Cardiovasc Res J* 2015;9(1):1-6.
29. Pattanajak C, Ruaisungnoen W. Effect of preparatory information on anxiety and procedural adherence among patients undergoing coronary angiogram. *Journal of Nursing Science & Health* 2018;41(3):10–9. (in Thai)

การแปลและประเมินคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย*

พิมพ์ชนก ทองคำจันทร์ พย.บ.** บุษบา สมใจวงษ์ ปร.ด.***

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัย ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอกระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการแปลเครื่องมือด้วยการแปลแบบย้อนกลับและทดสอบกับผู้ใช้ภาษาเดียว

ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินฉบับภาษาไทยมีกระบวนการแปลที่ทัดเทียมด้านภาษา เนื้อหา และความหมาย เทียบเท่ากับแบบประเมินชุดต้นฉบับภาษาต่างประเทศ ศึกษาความเที่ยงตรงของแบบประเมิน โดยวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้เท่ากับ 0.98 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมิน โดยการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องวัยผู้ใหญ่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาครวมของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.977 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมของแบบประเมินทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0.716-0.856

คำสำคัญ: กระบวนการแปลเครื่องมือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง รูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง สมรรถนะแห่งตน

วันที่รับบทความ 7 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 29 กรกฎาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2567

*เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล bussom@kku.ac.th

Translation and quality assessment of the stoma self-efficacy scale Thai version*

Pimchanok Thongcumjan B.S.N.** Busaba Somjaivong Ph.D.***

Abstract

This article was part of a research project that aimed to describe the translation process and test the quality of the stoma self-efficacy scale Thai version. The researchers used a back-translation technique with the monolingual test.

The results revealed that the Thai version of the stoma self-efficacy scale was equivalent to the foreign language original version in terms of language, content, and semantics. The validity of the stoma self-efficacy scale Thai version was calculated by analyzing the item objective congruence index (IOC) and obtained the IOC index for all items of 0.98. Reliability was examined by applying the scale in 30 hospitalized adult colorectal patients undergoing stoma surgery. Cronbach's alpha for the Thai version of the stoma self-efficacy scale was 0.977, with item-total correlation coefficients ranging from 0.716-0.856.

keywords: translation process; patients undergoing colostomy surgery; stoma; self-efficacy

Received 7 February 2024 Revised 29 July 2024 Accepted 1 August 2024

*A part of the Master of Nursing Science in Adult Nursing Thesis, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

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

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น ในปี ค.ศ. 2020 มีผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1.93 ล้านคนทั่วโลก และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.20 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2040¹ การผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลักในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง² คิดเป็นร้อยละ 16.69 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 56.22 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ตรง³ การผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องหรือการผ่าตัดทำทวารเทียม เป็นหัตถการที่สร้างให้มีรูเปิดของลำไส้บริเวณผนังหน้าท้อง เพื่อเป็นทางระบายออกของอุจจาระ⁴ รูเปิดที่ถูกสร้างขึ้นไม่มีกล้ามเนื้อหูรูดแตกต่างจากทวารหนักปกติ จึงไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายแก๊สและของเสียได้ และจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ในการรองรับสิ่งขับถ่าย⁵ น้ำย่อยและเอนไซม์ proteolytic ที่ปนออกมากับสิ่งขับถ่ายมีฤทธิ์ในการกัดกร่อนและก่อให้เกิดการระคายเคือง ส่งผลให้ผู้ป่วย ร้อยละ 36.30-73.40 เกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องจากการสัมผัสสิ่งขับถ่าย⁶ ผู้ป่วย ร้อยละ 63 ต้องเผชิญกับการรั่วซึมของอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย อย่างน้อย 1 ครั้ง หลังผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง⁷ ร้อยละ 55 ต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องกลิ่น และร้อยละ 19 ระบุว่าปัญหาจากการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและความรู้สึกจำกัดกิจกรรมทางสังคม⁸

Nasiriziba และคณะ⁹ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความมั่นใจของผู้ป่วยในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือการรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อความมั่นใจและแรงจูงใจของผู้ป่วยในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ในขณะเดียวกันผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องต่ำจะเกิดปัญหาในด้านการปรับตัวเข้าสู่สังคมหลังผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง¹⁰ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (social learning theory) โดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดาชื่อ Albert Bandura การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เฉพาะเจาะจง เป็นตัวกำหนดกระบวนการคิด อารมณ์ แรงบันดาลใจ แรงจูงใจ และการรับรู้อุปสรรคของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceive self-efficacy) ร่วมกับความคาดหวังต่อผลลัพธ์จากการปฏิบัติกิจกรรม (outcome expectation) จะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลเลือกลงมือปฏิบัติกิจกรรม ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่สงสัยในความสามารถของตนเองจะแสดงพฤติกรรมในการหลบหลีกหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว¹¹ จากแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จะช่วยให้บุคลากรในทีมสุขภาพทราบถึงการรับรู้และความมั่นใจของผู้ป่วยต่อความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ตลอดจนความวิตกกังวลและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง นำไปสู่การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและมีสมรรถนะในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง พบว่า Bekkers และคณะ¹² ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma self-efficacy scale) แบบประเมินดังกล่าว พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ของ Bandura แบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma care self-efficacy) และการรับรู้ความสามารถในการเข้าสังคม (social self-efficacy) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้รับการแปลมาแล้วในภาษาจีน¹³ ตุรกี¹⁴ และอินโดนีเซีย¹⁵ แต่ยังไม่พบการแปลเป็นฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยจึงสนใจแปลและประเมินคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย การแปลแบบประเมินหรือเครื่องมือมาตรฐานที่สร้างจากวัฒนธรรมอื่น เพื่อนำมาใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคนไทยจำเป็นต้องมีการตรวจสอบความเท่าเทียมด้านเนื้อหา (content equivalence) และความหมาย (semantic equivalence) ทดลองใช้เครื่องมือและวิเคราะห์ความเที่ยงของเครื่องมือ เพื่อให้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความน่าเชื่อถือ¹⁶

บทความนี้ นำเสนอกระบวนการแปลและตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินฯ ที่แปลนั้น โดยการแปลเครื่องมือในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้ขั้นตอนการแปลเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมของบรินลิน¹⁷ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีผู้นิยมใช้ในการแปลเครื่องมือที่สร้างจากวัฒนธรรมอื่น ประกอบด้วย 1) การแปลเครื่องมือต้นฉบับ (translation) 2) การแปลย้อนกลับ (back translation) 3) การตรวจสอบความถูกต้องในการแปลเครื่องมือฉบับแปลจากต้นฉบับและฉบับแปลย้อนกลับ (examination of original, translation and blind back translation) 4) การทดสอบเบื้องต้น (pilot testing) และ 5) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (examination) โดยคาดหวังว่าจะได้เครื่องมือประเมินการรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ที่มีความเท่าเทียมด้านภาษากับเครื่องมือที่พัฒนามาจากวัฒนธรรมอื่น และสามารถนำมาใช้ได้ในปีของวัฒนธรรมไทย

วิธีการวิจัย

การแปลแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma self-efficacy scale) จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของ Brislin¹⁷ ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อเจ้าของเครื่องมือเพื่อขออนุญาตแปลแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma self-efficacy scale) จากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นฉบับภาษาไทย

2) หลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการแปลแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma self-efficacy scale) จากฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

3) ผู้วิจัยได้ส่งแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญแปลแบบประเมินย้อนกลับ ได้แก่ เป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะ 2 ภาษา (bilingual translator) คือ ภาษาไทยและภาษาต่างประเทศตามต้นฉบับ ไม่เคยเห็นหรืออ่านเครื่องมือต้นฉบับ (foreign version I) ไม่ใช่ผู้ที่แปลเครื่องมือจากต้นฉบับเป็นภาษาไทย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี และปฏิบัติงานที่เป็นอิสระต่อกัน¹⁷⁻¹⁸ โดยผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลที่สามารถใช้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้เป็นอย่างดี จบการศึกษาระดับปริญญาเอกจากประเทศสหรัฐอเมริกา 1 ท่าน และประเทศออสเตรเลีย 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน ไม่เคยเห็นเครื่องมือดังกล่าวมาก่อน รวมถึงปฏิบัติงานอย่างเป็นอิสระต่อกัน แปลข้อคำถามในแบบประเมินย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ

4) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับแปลย้อนกลับทั้ง 2 ฉบับ ส่งให้เจ้าของเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทยที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว ไปตรวจสอบเที่ยงตรงของแบบประเมิน โดยวัดค่า

ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน (index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง มากกว่า 15 ปี จำนวน 1 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98

6) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ไปทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 30 ราย¹⁹ เนื่องจากแบบประเมินต้นฉบับได้รับการพัฒนาและทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เก็บข้อมูลในระยะ 7 วันหลังผ่าตัด เพื่อให้สอดคล้องกับวิธีการศึกษาในแบบประเมินต้นฉบับ

ประชากรที่ศึกษาและวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2566-10 สิงหาคม 2566

1. เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ก งานการพยาบาลศัลยกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ จังหวัดขอนแก่น และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ≥ 60 ปี จะได้รับการประเมินภาวะหลงลืมโดยใช้แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อคำถาม²⁰ หากคะแนนคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 ข้อ เท่ากับ 40-56 คะแนน จะได้รับการคัดออกเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีภาวะหลงลืมขณะสอบถามและไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2.2 ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างอาการไม่คงที่ ได้แก่ สัญญาณชีพผิดปกติ และ/หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและสิทธิในการรักษาพยาบาล และแบบบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ผ่าตัด การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ชนิดของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง การรักษาร่วมก่อนการผ่าตัด โรคประจำตัว

2) แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ได้รับการแปลมาจาก stoma self-efficacy scale ซึ่งพัฒนาโดย Bekkers และคณะ ในปี ค.ศ. 1996 ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ สำหรับประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง มีค่าความเชื่อมั่นจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาครวมเท่ากับ 0.94 หลังวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถามและภาพรวมของแบบประเมิน ผู้พัฒนาแบบประเมินต้นฉบับได้คัดข้อคำถามออก จำนวน 7 ข้อ เหลือ 22 ข้อ เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ภายในตัว แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย จึงประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น ส่วนที่ 1 การรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma care self-efficacy) จำนวน 13 ข้อ และส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถในการเข้าสังคม (social self-efficacy) จำนวน 9 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (likert scale) แทนระดับความมั่นใจของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับ 1 หมายถึง ไม่นั่นใจเลย ระดับ 2 หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย ระดับ 3 หมายถึง มั่นใจปานกลาง ระดับ 4 หมายถึง มั่นใจมาก และระดับ 5 หมายถึง มั่นใจมากที่สุด คะแนนรวมที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 22-110 คะแนน คะแนนรวมที่มากขึ้น หมายถึง ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากขึ้น ซึ่งทางผู้วิจัยได้มีการแบ่งระดับคะแนน เพื่อแปลความหมาย ดังนี้ 22-50 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ 51-80 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง และ 81-110 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอรับการพิจารณาและอนุมัติงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว จึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 10 พฤษภาคม 2566-10 สิงหาคม 2566 ในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเป็นครั้งแรก จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม 3ก ในวันที่ 7 หลังผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลข HE661199 รับรองเมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา ด้วยสถิติความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ
- 2) วิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบประเมินด้วยค่าดัชนี ความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน (index of item objective congruence)
- 3) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง ทั้งฉบับ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach alpha coefficient) และวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อคำถาม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายใน (corrected item-total correlation)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.67 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 46.67 (อายุเฉลี่ย 56 ± 4.76 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมและไม่ได้รับการรักษาอื่นร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 63.33 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการกำหนดตำแหน่งรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องก่อนผ่าตัด ร้อยละ 86.67 ได้รับการวินิจฉัยมะเร็ง

ลำไส้ตรงมากที่สุด ผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องชนิด colostomy และมีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องเป็นชนิด end colostomy มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ผลการตรวจสอบแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการเปรียบเทียบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับแปลย้อนกลับกับต้นฉบับภาษาต่างประเทศ พบว่า แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทยมีกระบวนการแปลที่มีความเที่ยมด้านภาษา เนื้อหา และความหมายเทียบเท่ากับชุดฉบับภาษาต่างประเทศ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม ก่อนนำไปใช้จริงผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาได้มีการปรับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทและสังคมไทยมากขึ้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนและสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการตรวจสอบแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ต้นฉบับ	ฉบับแปลจากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ คนที่ 2	ฉบับปรับความชัดเจนของ คำถาม
การรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma care self-efficacy)				
1. Apply the stoma collection materials before leakages appear	การใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายก่อนที่จะเกิดการรั่วซึม	Using equipment to collect excrement before leakage occurs.	Using stoma appliance before leakage	การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายก่อนที่จะเกิดการรั่วซึม
2. Prevent leakages (including manufacturing defects)	การป้องกันการรั่วซึม (รวมถึงค้นหาข้อบกพร่อง)	Preventing leakages (including searching for defects)	Preventing leakage (including finding defect)	การป้องกันการรั่วซึม (รวมถึงการค้นหาความเสี่ยงที่อาจส่งผลให้เกิดการรั่วซึม)
3. Take care of the stoma correctly at home	การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ที่บ้าน	Taking care of the abdominal stoma correctly when being at home	Corrective care for a stoma at home	การดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ที่บ้าน
4. Prevent skin problems	การป้องกันปัญหาที่ผิวหนัง	Prevention of skin problems	Preventing skin problem	การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
5. Prevent stoma bleeding and damage	การป้องกันเลือดออกที่ลำไส้เปิดทางหน้าท้องและการบาดเจ็บของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง	Prevention of bleeding and injury of the abdominal stoma	Preventing bleeding and trauma on stoma	การป้องกันเลือดออกที่รูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและการบาดเจ็บของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
6. Apply the stoma collection materials in the way you are taught	การใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายในแบบที่ได้รับการสอน	Using equipment to collect excrement in the way that you have been taught.	Using stoma appliance the way you were trained	การใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายในแบบที่ท่านได้รับการสอน
7. Prevent obstructions	การป้องกันการอุดตัน	Prevention of obstruction	Preventing obstruction	การป้องกันการอุดตันภายในรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
8. Follow the stoma therapist's instructions for managing the stoma	การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง	Following the instructions of experts in caring for abdominal stoma	Compliance with specialist advice on stoma care	การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการตรวจสอบแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ต้นฉบับ	ฉบับแปลจากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	ฉบับปรับความชัดเจนของคำถาม
9. Follow doctor's advice for taking care of your stoma and proper nutrition	การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องและโภชนาการ	Following the instructions of doctor in caring for abdominal stoma and nutrition aspect	Compliance with physician advice on stoma care and nutrition	การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและโภชนาการ
10. Take care of the stoma correctly outdoors	สามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้ถูกวิธีเมื่ออยู่นอกบ้าน	Ability in caring of the abdominal stoma in the right way when being outdoor	Ability in corrective care for a stoma when being outside	สามารถดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้ถูกวิธีเมื่ออยู่นอกบ้าน
11. Take care of the stoma when ill	สามารถดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องได้เมื่อเกิดความผิดปกติ	Ability in caring of the abdominal stoma when having abnormal condition	Ability in stoma care when abnormality occurs	สามารถดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้เมื่อเกิดความผิดปกติ
12. Wear most of the clothes you like	สวมใส่เสื้อผ้าในแบบที่คุณชอบมากที่สุด	Wearing the clothes, in the way you like the most	Wearing clothes in style you like the most	สามารถสวมใส่เสื้อผ้าในแบบที่ท่านชอบมากที่สุด
13. Carry out light duties in and around the house (for instance washing up and gardening)	สามารถทำงานเบาๆ ในและรอบบริเวณบ้านได้ (เช่น ซักผ้า ทำสวน)	Ability to do light activities, in and around the house (e.g. washing, gardening)	Ability in doing light chores in and surround the house (e.g. wash clothes, gardening)	สามารถทำงานเบาๆ ในบ้านและรอบบริเวณบ้านได้ (เช่น ซักผ้า ทำสวน)
การรับรู้ความสามารถในการเข้าสังคม (social self-efficacy)				
14. Make new friends and acquaintances	ทำความรู้จักและสร้างความสนิทสนมกับเพื่อนใหม่	Getting to know and building intimacy with new friends	Acquaintance and familiarity with new friends	การทำความรู้จักและสร้างความสนิทสนมกับเพื่อนใหม่
15. Travel by train or bus	เดินทางโดยรถไฟหรือรถบัส	Traveling by train or bus	Travelling by train or bus	การเดินทางโดยรถไฟหรือรถโดยสารประจำทาง
16. Tell close friends about the stoma	บอกกับเพื่อนสนิทเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	Telling close friends about the abdominal stoma.	Telling your closest friends about stoma	การบอกเล่าเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องให้กับเพื่อนหรือคนที่ท่านรู้จัก
17. Tell other people about the stoma	บอกกับคนอื่น ๆ เกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	Telling other people about the abdominal stoma	Telling other people about stoma	การบอกกับคนอื่น ๆ ทั่วไปเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
18. Go out shopping and visit people	ออกไปซื้อของหรือไปมาหาสู่กับผู้คน	Going out for shopping or visiting people	Going shopping or visiting others	การออกไปซื้อของหรือการไปมาหาสู่กับผู้คน
19. Go out to a restaurant, cafe, or cinema the way you did before the stoma	ออกไปร้านอาหาร ร้านกาแฟ หรือโรงภาพยนตร์ได้แบบที่เคยไป	Going out to a restaurant, coffee shop, or cinema as before	Going out to restaurant, coffee shop, or movie theater as usual	การออกไปร้านอาหารร้านกาแฟ หรือโรงภาพยนตร์ในแบบที่ท่านเคยไป
20. Sleep away from home at a friend's house where they know about the stoma	นอนค้างคืนบ้านเพื่อนที่รับรู้เกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง	Staying overnight at a friend's house who knows about the abdominal stoma	Staying overnight at friend's house who knew about stoma	การไปนอนค้างคืนบ้านเพื่อนหรือคนสนิทที่รับรู้เกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการตรวจสอบแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (ต่อ)

ต้นฉบับ	ฉบับแปล จากต้นฉบับ	แปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 1	แปลย้อนกลับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิคนที่ 2	ฉบับปรับความ ชัดเจนของคำถาม
21. Sleep away from home at a friend's house where they do not know about the stoma	นอนค้างคืนที่บ้านเพื่อนที่ไม่รู้เกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง	Staying overnight at a friend's house who do not know about the abdominal stoma	Staying overnight at friend's house who does not know about stoma	การไปนอนค้างคืนที่บ้านเพื่อนหรือคนสนิทที่ไม่รู้เกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง
22. Go on holidays (just like you did before the stoma)	ไปพักผ่อนในวันหยุด (เหมือนเช่นที่คุณเคยทำมาก่อน)	Going on holidays (Like you've done before)	Going on vacation (like you used to do)	การไปพักผ่อนในวันหยุด (ในแบบที่ท่านเคยทำก่อนมีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง)

ภายหลังปรับข้อความให้มีความชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยได้นำผลคะแนนของแต่ละข้อความจากการตอบแบบประเมินทั้งหมดมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาครวมของแบบประเมินทั้งฉบับ จำนวน 22 ข้อ เท่ากับ 0.977 และผลการวิเคราะห์การแสดงความสัมพันธ์ของข้อความแต่ละข้อกับข้อความทั้งหมดและข้อความอื่น ๆ อยู่ระหว่าง 0.716-0.856 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงค่าสหสัมพันธ์ในแต่ละข้อความและสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เมื่อลบข้อความนั้นออก ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (n=30)

ข้อที่	Corrected item-total correlation	Cronbach' Alpha if item delete
การรับรู้ความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง (stoma care self-efficacy)		
1.การเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายก่อนที่จะเกิดการรั่วซึม	.799	.976
2.การป้องกันการรั่วซึม (รวมถึงการค้นหาข้อบกพร่องที่อาจส่งผลให้เกิดการรั่วซึม)	.716	.976
3.การดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ที่บ้าน	.837	.976
4.การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.840	.975
5.การป้องกันเลือดออกที่รูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องและการบาดเจ็บของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.840	.975
6.การใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่ายในแบบที่ท่านได้รับการสอน	.818	.976
7.การป้องกันการอุดตันของรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.829	.976
8.การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.754	.976
9.การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง และด้านโภชนาการที่เหมาะสม	.856	.975
10.สามารถดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้ถูกวิธีเมื่ออยู่นอกบ้าน	.844	.975
11.สามารถดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้เมื่อเกิดความผิดปกติ	.741	.976
12.สามารถสวมใส่เสื้อผ้าในแบบที่ท่านชอบมากที่สุด	.844	.976
13.สามารถทำงานเบาๆ ในบ้านและรอบบริเวณบ้านได้ (เช่น ซักผ้า ทำสวน)	.797	.976
การรับรู้ความสามารถในการเข้าสังคม (social self-efficacy)		
14.การทำความรู้จักและสร้างความสนิทสนมกับเพื่อนใหม่	.774	.976
15.การเดินทางโดยรถไฟหรือรถโดยสารประจำทาง	.834	.976

ตารางที่ 2 แสดงค่าสหสัมพันธ์ในแต่ละข้อคำถามและสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เมื่อลบข้อคำถามนั้นออก ที่ระดับนัยสำคัญ .05 (n=30) (ต่อ)

ข้อที่	Corrected item-total correlation	Cronbach' Alpha if item delete
16.การบอกเล่าเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องให้กับเพื่อนหรือคนที่ท่านรู้จัก	.797	.976
17.การบอกกับคนอื่น ๆ ทั่วไปเกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.797	.976
18.การออกไปซื้อของหรือการไปมาหาสู่กับผู้คน	.797	.976
19.การออกไปร้านอาหาร ร้านกาแฟ หรือโรงภาพยนตร์ในแบบที่ท่านเคยไป	.820	.976
20.การนอนค้างคืนบ้านเพื่อนที่รับรู้เกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.761	.976
21.การนอนค้างคืนบ้านเพื่อนที่ไม่รู้เกี่ยวกับรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง	.804	.976
22.การไปพักผ่อนในวันหยุด (เหมือนเช่นที่เคยทำมาก่อน)	.820	.976

อภิปรายผลการวิจัย

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องได้รับการพัฒนา โดย Bekkers และคณะ¹² เพื่อศึกษาบทบาทของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adaptation) ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง งานวิจัยต้นฉบับได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วย จำนวน 59 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เก็บข้อมูลในระยะ 7 วัน 4 เดือน และ 1 ปี หลังผ่าตัด การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความจำเป็นต่อกระบวนการพัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วยในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง เพื่อประเมินระดับความมั่นใจและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความสามารถในการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง การแปลแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทยได้ดำเนินการตามกระบวนการแปลเครื่องมือของบริสลิน¹⁷ อย่างเคร่งครัด โดยการแปลย้อนกลับจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของภาษาและการส่งเครื่องมือฉบับแปลย้อนกลับให้เจ้าของเครื่องมือชุดต้นฉบับพิจารณาความเท่าเทียมด้านภาษา เนื้อหาและความหมาย ก่อนการนำแบบประเมินไปใช้ได้มีการปรับภาษาหรือขยายความในบางข้อคำถาม เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยและสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนตรงตามวัตถุประสงค์ของคำถาม ได้แก่ คำว่า “ป้องกันปัญหาที่ผิวหนัง” ขยายเป็นคำว่า “ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง” เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากถึง ร้อยละ 36.30-73.40 จากการกีดเซาะของสิ่งขับถ่ายและความเปียกชื้น⁶ ดังนั้น ความสามารถในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังในข้อคำถามจึงเฉพาะเจาะจงกับผิวหนังบริเวณรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องมากกว่าผิวหนังทั่วไป คำว่า “รถบัส” ปรับเป็นคำว่า “รถโดยสารประจำทาง” เนื่องจากในบริบทสังคมไทยมีการใช้งานรถโดยสารประจำทางที่หลากหลาย เช่น รถเมล์ รถทัวร์ รถสองแถว แต่คำว่า รถบัส ไม่ปรากฏความหมายในพจนานุกรม²¹ การปรับภาษาหรือขยายความในบางข้อคำถาม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sutthida Phongphanngam และ Helen W. Lach²² ซึ่งเสนอแนะว่า กระบวนการแปลใช้เครื่องมือข้ามวัฒนธรรมจำเป็นต้องมีการปรับการใช้คำ เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมไทยมากขึ้น

การประเมินคุณภาพของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยได้ประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหา เมื่อเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมินได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 แสดงให้เห็นว่าแบบประเมินมีความตรงและสามารถนำไปใช้ได้²³ ประเมินความ

เชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคฉบับรวม ทั้ง 22 ข้อ ได้เท่ากับ 0.977 ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ควรมีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป เพื่อแสดงว่า แบบประเมินนั้นเมื่อนำไปเก็บกับกลุ่มตัวอย่างใด ๆ แนวทางการตอบคำถามจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน หรือเมื่อนำไปวัดซ้ำผลที่ได้จะใกล้เคียงหรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม²⁴ วิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ในแต่ละข้อคำถาม เทากับ 0.716-0.856 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามในแต่ละข้อมีความสอดคล้องข้อคำถามอื่น ๆ และสอดคล้องกับภาพรวมของแบบประเมิน²⁵

สรุปผลการวิจัย

การแปลแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย ใช้เทคนิคการแปลแบบย้อนกลับ กระบวนการแปลเป็นไปตามมาตรฐาน ได้รับการแปลย้อนกลับและตรวจสอบโดยอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามในแบบประเมินฉบับแปลย้อนกลับจากเจ้าของเครื่องมือ ประเมินคุณภาพของแบบประเมินด้วยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา เมื่อเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของแบบประเมินพบว่า มีความตรงเชิงเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของแบบประเมิน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคฉบับรวม พบว่า มีความเชื่อมั่นในระดับสูงและมีความสอดคล้องกันระหว่างข้อคำถามภายในแบบประเมินและภาพรวมของแบบประเมินทั้งฉบับ เมื่อวิเคราะห์จากค่าสหสัมพันธ์ภายในของข้อคำถาม ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพียงครั้งเดียว ในระยะ 7 วันหลังผ่าตัด ซึ่งควรมีการวัดซ้ำเพื่อประเมินค่าความเชื่อมั่นเพิ่มเติม จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น แต่เนื่องจากหลังประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการสอนและสาธิตการดูแลรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้อง จึงอาจส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเปลี่ยนแปลงไป จึงไม่สามารถทดสอบซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดิมได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล หน่วยงานที่จะนำแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทยไปใช้ อาจจำเป็นต้องมีการประชุมชี้แจงเพื่อสื่อสารและทำความเข้าใจในบางข้อคำถามแก่บุคลากรก่อนการนำไปใช้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ Professor Bart van den Borne ที่อนุญาตให้แปลเครื่องมือ Stoma self-efficacy scale และพิจารณาความเหมาะสมของภาษาในเครื่องมือชุดแปลย้อนกลับ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาแปลย้อนกลับเครื่องมือแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ที่มีรูเปิดลำไส้ทางหน้าท้องฉบับภาษาไทย

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209–49.

2. Kim S, Kim MH, Oh JH, Jeong SY, Park KJ, Oh HK, et al. Predictors of permanent stoma creation in patients with mid or low rectal cancer: results of a multicentre cohort study with preoperative evaluation of anal function. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel* 2020;22(4):399–407.
3. Banaszkiwicz Z, Woda ŁP, Zwoliński T, Tojek K, Jarmocik P, Jawieński A. Intestinal stoma in patients with colorectal cancer from the perspective of 20-year period of clinical observation. *Przegląd Gastroenterol* 2015;10(1):23–7.
4. Engida A, Ayelign T, Mahteme B, Aida T, Abreham B. Types and Indications of colostomy and determinants of outcomes of patients after surgery. *Ethiop J Health Sci* 2016;26(2):117–20.
5. Ambe PC, Kurz NR, Nitschke C, Odeh SF, Möslin G, Zirngibl H. Intestinal ostomy. *Dtsch Arzteblatt Int* 2018;115(11):182–7.
6. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A, Maida A, Ricciardi R, Calabrò GE. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: what we need to know from a public health perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2022;20(1):79.
7. Bulkley JE, McMullen CK, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Krouse RS. Ongoing ostomy self-care challenges of long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer* 2018;26(11):3933–9.
8. Krogsgaard M, Kristensen HØ, Furnée EJB, Verkuijl SJ, Rama NJ, Domingos H, et al. Life with a stoma across five European countries-a cross-sectional study on long-term rectal cancer survivors. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer* 2022;30(11):8969–79.
9. Nasiriziba F, Saati M, Haghani H. Correlation between self-efficacy and self-esteem in patients with an intestinal stoma. *Br J Nurs Mark Allen Publ* 2020;29(16):S22–9.
10. Woodhead EL, Northrop L, Edelstein B. Stress, Social Support, and Burnout Among Long-Term Care Nursing Staff. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc* 2016;35(1):84–105.
11. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company;1997.
12. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW, van Berge-Henegouwen GP. Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy. *Psychosom Med* 1996;58(2):183–91.
13. Wu HKM, Chau JPC, Twinn S. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nurs* 2007;30(3):186.
14. Karacay P, Toğluk E, Karadag A. The validity and reliability of the Stoma Self-Efficacy Scale: A methodological study. *Int J Nurs Pract* 2020;26(6):e12840.

15. Zainuddin M, Syam Y, Yusuf S. Translation of self-efficacy scale (SCSES) stoma care instruments Indonesia version: Test validity and reliability. *Enferm Clínica* 2020;30: 439–43.
16. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U and I Inter Media;2010. (in Thai)
17. Brislin. The wording and translation of research instrument. In: Lonner WL, Berry JW, editors. *Field methods in cross-cultural research*. New Bury Park, CA: Sage;1986: p. 137-64.
18. Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2018;23(2):170–9.
19. Srisatidnarakul B. Translation of research instruments in foreign languages and quality control. *J Res Curric Dev* 2014;4(2):49–61.
20. Sangna R, Pinyopornpanish K, Jiraporncharoen W, Angkurawaranon C. Validation of a 14-item self-reporting questionnaire for the screening of dementia in the elderly. *Validation of a 14-item questionnaire for the screening of dementia in the elderly. Journal of Mental Health of Thailand* 2020;28(3):199–210. (in Thai)
21. Office of the Royal Society. *Royal Institute Dictionary* 2011 [Internet]. Bangkok: Office of the Royal Society;2011[updated 2024; cited 2024 May 12]. Available from: <https://dictionary.orst.go.th/> (in Thai)
22. Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural Instrument Translation and Adaptation: Challenges and Strategies. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019;23(2):170–9.
23. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschr Voor Onderwijsres* 1977;2(2):49–60.
24. Bolarinwa OA. Principles and Methods of Validity and Reliability Testing of Questionnaires Used in Social and Health Science Researches. *Niger Postgrad Med J* 2015;22(4):195.
25. Ferketich S. Focus on psychometrics: Aspects of item analysis. *Res Nurs Health* 1991;14(2):165–8.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน
ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น***

สายสมร ลีลดาภักทรกุล พย.ม.** กาญจนศรี สิงห์ภู วท.ม***
ภาวินี สายบุ่งคล้า ส.ม.**** สมศักดิ์ เทียมเก่า พ.บ.*****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระยะเวลาที่มาได้รับการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มาได้รับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559-31 มกราคม 2560 จำนวนทั้งหมด 188 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วย จำนวน 30 รายก่อนการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ multiple logistic regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 65.4 มาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ (≤ 270 นาที) ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาที่มาได้รับการรักษาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 นาที ($OR_{adj} 3.31, 95\% CI = 1.47-7.48$) ระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 กิโลเมตร ($OR_{adj} 2.35, 95\% CI = 1.04-5.28$)

คำสำคัญ: ระยะเวลาที่มารักษา โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน

วันที่รับบทความ 25 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 26 สิงหาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 28 สิงหาคม 2567

*ได้รับทุนสนับสนุนจากกลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**พยาบาลชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล psaisa@kku.ac.th

***พยาบาลเชี่ยวชาญ นักวิชาการพยาบาลอิสระ

****นักวิชาการสถิติโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****ศาสตราจารย์ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Factors related with onset to hospital among acute ischemic stroke patients in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University*

Saisamon Leeladapattarakul M.S.N.** Karnchanasri Singhpoo M.Sc.***

Pawinee Saibungkla M.P.H.**** Somsak Tiamkao M.D.*****

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to study the hospital arrival time and factors related to onset to hospital for treatment of acute ischemic stroke patients at Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. The study included all acute ischemic stroke patients who received medical care at the Emergency Department of Srinagarind Hospital from June 1, 2016 to January 31, 2017, totaling 188 patients.

The research instruments consisted of a patient demographic data interview form and an interview form for information about disease and seeking treatment at the hospital. These instruments had been verified by 5 experts. The interview forms were tested with 30 patients before the study. The data were analyzed using descriptive statistics. Factors associated with hospital arrival time were analyzed using Multiple logistic regression analysis.

The findings found that 65.4% of patients arrived at the hospital within the treatment time criteria (≤ 270 minutes). The results of the correlation analysis found that the most significant factors related to onset to hospital for the treatment time were travel time from the place of onset symptoms to hospital ≤ 60 min (OR adj 3.31, 95% CI=1.47-7.48) and distance from the place of stroke onset to hospital ≤ 60 km (OR adj 2.35, 95% CI=1.04-5.28).

keywords: onset to hospital; cerebrovascular disease; acute ischemic stroke

Received 25 June 2024 Revised 26 August 2024 Accepted 28 August 2024

*This research funding was supported by The North-Eastern Stroke Research Group, Khon Kaen University, Thailand.

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

***Registered Nurse, Independent nursing scholar

****Statistician, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

*****Professor, Department of Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่หลอดเลือดสมองอุดตันทั้งจากหลอดเลือดสมองตีบหรือหลอดเลือดสมอง มีลิ่มเลือดอุดตันทันทีเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนที่ เนื่องจากเป็นโรคที่นำมาซึ่งความสูญเสียของสมองอย่างถาวร เกิดความพิการและเสียชีวิตได้¹⁻³ โดยพบว่า โรคสมองขาดเลือดนี้ เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของหลายประเทศทั่วโลก ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองลงมาจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ประมาณ 795,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใหม่ 600,000 คนต่อปี ความชุกของการเกิดโรค 269 คนต่อประชากร 100,000 คน และเสียชีวิต 140,000 คนต่อปี ซึ่งเป็นไปทางเดียวกันกับประเทศในยุโรปที่มีความชุกของการเกิดโรค 94.6 และ 141.3 คนต่อประชากร 100,000 คน ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ⁴ ซึ่งต้องเสียค่ารักษาประมาณ 29 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี เป็นค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล ค่ายา และค่าทำกายภาพบำบัด สำหรับประเทศไทยและประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) ก็เช่นกัน จากสถิติสาธารณสุข ปี 2557-2561 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 และมีแนวโน้มสูงขึ้น พบอัตราการตาย 38.7 43.3 48.7 47.8 และ 47.1 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ ในปี 2562 ประเทศไทย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 คิดเป็น จำนวน 206 คนต่อประชากร 100,000 คน และปี 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 328 คนต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มสูงมากขึ้น เกิดความพิการร้อยละ 50-60 และอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า ร้อยละ 17- 80 ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁵⁻⁷ โดยพบว่าร้อยละ 70 เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อัตราเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 20⁸

ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับขนาดบริเวณที่เกิดโรค และระยะเวลาการเกิดโรค โดยพบว่า สมองจะเสียการทำงานอย่างถาวร เมื่อเกิดอาการนานกว่า 3-6 ชั่วโมง หรือ 180-360 นาที การรักษาโรคนี้ จึงมีเป้าหมายช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่เกิดอาการให้เร็วที่สุด เพื่อช่วยลดความพิการและอัตราการตาย เช่นเดียวกับการสถาบันประสาทวิทยา ร่วมกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการวางระบบช่องทางด่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน (stroke fast tract) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 3.0-4.5 ชั่วโมงแรก หรือ 180-270 นาที หลังเกิดอาการ มีโอกาสหายเป็นปกติสูง เกิดความพิการลดลง โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยลง และจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹ แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษา มักจะมีอาการนาน มากกว่า 180 นาที มีเพียงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่านั้น ที่มารับการรักษาภายใน 180 นาที หลังเกิดอาการ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย ที่พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพียง ร้อยละ 10 เท่านั้น ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 180 นาที หลังเกิดอาการ¹⁰⁻¹¹ ดังนั้น การรักษาที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ในปัจจุบัน การรักษาด้วย thrombolytic therapy โดยให้ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) ภายใน 270 นาที หลังเกิดอาการ เป็นที่ยอมรับ เนื่องจากช่วยลดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งในประเทศไทยรู้จักกันในนาม stroke fast track ให้บริการในโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ระบบประสาททั่วประเทศ จากการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ภายใน 180 นาที และประเมินติดตามด้วย barthel index modified ranking score และ glasgow outcome scale ในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่า ผู้ป่วยไม่เกิดทุพพลภาพหรือลดการเกิดทุพพลภาพได้อย่างน้อย ร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับยาหลอก ในระยะเวลา 12 เดือน¹² และในผู้ป่วยที่ได้รับ rt-PA ในระยะเวลา 180 ถึง 270 นาที เมื่อติดตามผู้ป่วยไป 90 วัน¹³⁻¹⁴ สามารถลดทุพพลภาพได้ ร้อยละ 7.2

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษา ได้แก่ อาการเริ่มต้น เวลาที่เกิดอาการ ความรุนแรงของโรค บุคคลที่เกี่ยวข้องขณะเกิดอาการ และสถานที่ขณะเกิดอาการ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเริ่มต้นแบบทันทีทันใดจะมารับการรักษาเร็ว ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือมีอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ จะมารับการรักษาที่ล่าช้า ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมกและเกิดอาการขณะอยู่ที่ทำงานจะมารับการรักษาเร็ว อีกทั้ง จากการศึกษา พบว่า การใช้บริการรถฉุกเฉิน ระบบส่งต่อ ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการจนถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาตั้งแต่เดินทางมาถึงห้องฉุกเฉิน จะมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลใช้ระยะเวลาในการเดินทางมากและเป็นผู้ให้มารับการรักษาไม่ทัน ในระยะเวลาตามเกณฑ์ที่กำหนด¹⁵⁻¹⁷

นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการให้ยาล่าช้าหลังจากเกิดอาการภายใน 4 ชั่วโมง หรือ 240 นาที ในโรงพยาบาลยังพบว่า เวลาเฉลี่ยที่มาถึงแผนกฉุกเฉิน คือ 71 นาที ($\text{mean} \pm \text{SD} = 82.7 \pm 57.7$)¹⁸ และในโรงพยาบาลรามธิบดี ผู้ป่วยใช้เวลาเฉลี่ยถึง 95.25 นาที¹⁹ แสดงให้เห็นว่าการล่าช้าก่อนเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นระยะเวลาที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดได้ (cut off point) ภายใน 270 นาที จากการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาข้างต้น มีผลการศึกษาที่สอดคล้องมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ปัจจัยด้านระยะทางและระยะเวลาการเดินทางถึงโรงพยาบาลหรือระบบส่งต่อที่จะนำสู่การกำหนดเครือข่ายระบบ stroke fast tract เป็นสิ่งที่ต้องศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารับรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เพื่อนำผลการศึกษามาพิจารณากำหนดระบบเครือข่าย stroke fast tract แนวทางการให้ความรู้รณรงค์ให้ประชาชนเข้าใจการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ให้มีโอกาสดำรับยา rt-PA ภายในระยะเวลาที่กำหนดจำนวนมากขึ้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดทุพพลภาพของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระยะเวลาที่มารับการรักษาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาที่มารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันทุกราย เข้ารับการรักษา ณ แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559-31 มกราคม 2560 ตามเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันและนอนรักษาในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
- สามารถสื่อสารด้วยวาจาเข้าใจ (หากผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ จะสัมภาษณ์ญาติผู้ใกล้ชิดที่มีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ญาติที่อยู่ในเหตุการณ์ หรืออาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน)

- ได้รับความยินยอมในการสัมภาษณ์โดยลายลักษณ์อักษร

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA จากโรงพยาบาลอื่น และนำส่งมารักษาต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ผู้ป่วยที่มีอาการเกิน 72 ชั่วโมง ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคร่วม

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สถานที่เกิดอาการ บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ กิจกรรมขณะที่เกิดอาการ อาการแรกที่ผิดปกติในการป่วยครั้งนี้ อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาล วิธีการเดินทางมาโรงพยาบาล สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ก่อนถึงโรงพยาบาล ระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล และระยะเวลาเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบด้านความถูกต้องและความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญอาจารย์แพทย์สาขาโรคหลอดเลือดสมอง และด้านระเบียบวิธีวิจัย รวม 5 ท่าน รวมทั้งได้ทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อปรับภาษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และมีความเหมาะสมกับการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพใน stroke unit และนักวิชาการสาธารณสุข สังกัดงานเวชกรรมสังคม ที่ผ่านการอบรมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลและทำความเข้าใจรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นโครงการศึกษาย่อยที่ศึกษาเฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จากโครงการวิจัยหลักที่ศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 37 แห่ง เขตจังหวัดร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ โดยการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 591111 ลงวันที่ 27 เมษายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระยะเวลาที่มารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันในโรงพยาบาล โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression analysis) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (backward elimination) นำเสนอระดับความสัมพันธ์ด้วย adjusted

odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 (95% confidence interval; 95% CI) โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ STATA version 10.0

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน จำนวนทั้งหมด 188 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 อายุเฉลี่ย 64.8 ปี (SD=12.5 ปี) ส่วนมากสถานภาพคู่ ร้อยละ 76.1 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า ร้อยละ 70.2 มีฐานของรายได้ต่อเดือน เท่ากับ 800 บาท โรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.8 ตารางที่ 1 ส่วนมากผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับ no significant disability despite symptoms ร้อยละ 26.6 รองลงมา คือ ระดับ moderately severe disability ร้อยละ 23.9 อาการแรกที่ผิดปกติ คือ อาการอ่อนแรง และเคลื่อนไหวไม่ได้ ร้อยละ 67.0 และเป็นอาการที่ทำให้มาโรงพยาบาลถึง ร้อยละ 66.5 สถานที่เกิดอาการ ส่วนใหญ่เกิดในบ้าน ร้อยละ 82.4 และเกิดอาการขณะนอน/หลังตื่นนอน ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่ญาติ สายตรง/ญาติ เพื่อน/คนรู้จักนำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 94.6 วิธีการเดินทางมาถึงโรงพยาบาลโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 78.7 ผู้ป่วยไม่ได้ไปใช้บริการสถานบริการสุขภาพอื่นก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 64.4 ระยะทางเฉลี่ยจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 33.3 กิโลเมตร (ค่าต่ำสุด 0.7: ค่าสูงสุด 750.0) ระยะทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล มากกว่า 60 กิโลเมตร ร้อยละ 34 ระยะเวลาดำเนินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 60.0 (ค่าต่ำสุด 5.0 : ค่าสูงสุด 600.0) โดยใช้ระยะเวลาเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึง โรงพยาบาลมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 44.7 ส่วนมาก ร้อยละ 65.4 ระยะเวลามารับการรักษาเร็ว (≤ 270 นาที) ตารางที่ 1 และ 2

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการมารับการรักษาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น (multiple logistic regression analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 นาที (OR_{adj} 3.31, 95% CI=1.47-7.48) และระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 กิโลเมตร (OR_{adj} 2.35, 95% CI= 1.04-5.28) ส่วนปัจจัยอื่น ได้แก่ อาการผิดปกติด้านการพูด/ลิ้นแข็ง โรคเบาหวาน และอาการชา เป็นปัจจัยป้องกันในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเป็นปัจจัยที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้ากว่าเกณฑ์ ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=188)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง		
No symptoms at all (คะแนน 0)	4	2.1
No significant disability despite symptoms (คะแนน 1)	50	26.6
Slight disability (คะแนน 2)	34	18.1
Moderate disability (คะแนน 3)	30	16.0
Moderately severe disability (คะแนน 4)	45	23.9
Severe disability (คะแนน 5)	25	13.3

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=188) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่เกิดอาการ		
บุคคลที่อยู่ด้วยขณะเกิดอาการ		
ในบ้าน	155	82.4
นอกบ้าน	33	17.6
ไม่มี	26	13.8
สามี/ภรรยา	62	38.2
สมาชิกในครอบครัว คนที่อาศัยในบ้าน	79	48.8
เพื่อน/คนรู้จัก	21	13.0
กิจกรรมขณะที่เกิดอาการ		
นอน/หลังตื่นนอน	64	34.0
นั่งดูทีวี/นั่งเล่น	51	27.1
รับประทานอาหาร	20	10.6
ทำงาน	19	10.1
ทำกิจกรรมในห้องน้ำ	12	6.4
ซื้อของ/เดินเล่น	11	5.9
กิจกรรมอื่น ๆ (ทำอาหาร ออกกำลังกาย ขับรถ)	11	5.9
อาการแรกที่ผิดปกติ*		
อ่อนแรง/เคลื่อนไหวไม่ได้	126	67.0
ปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท	56	29.8
ความผิดปกติด้านการพูด/ลิ้นแข็ง	93	49.5
วิงเวียนศีรษะ/เดินเซ	63	33.5
มองเห็นผิดปกติ	12	6.4
ความรู้สึกตัวผิดปกติ	22	11.7
ชา	25	13.3
ปวดศีรษะ	6	3.2
เกร็ง	6	3.2
อาการอื่น ๆ (แน่นหน้าอก กลืนลำบาก)	4	2.1
อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล*		
อ่อนแรง/เคลื่อนไหวไม่ได้	125	66.5
ปากเบี้ยว หลับตาไม่สนิท	54	28.7
ความผิดปกติด้านการพูด/ลิ้นแข็ง	100	53.2
วิงเวียนศีรษะ/เดินเซ	56	29.8
มองเห็นผิดปกติ	11	5.9
ความรู้สึกตัวผิดปกติ	22	11.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล (n=188) (ต่อ)

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการมารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ชา	23	12.2
ปวดศีรษะ	6	3.2
เกร็ง	5	2.7
อาการอื่น ๆ (ความดันโลหิตสูง แขนงอก กลืนลำบาก)	4	2.1
บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาล		
มาเอง	3	1.6
ญาติสายตรง/ญาติ เพื่อน/คนรู้จัก	183	94.6
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	2	1.1
วิธีการเดินทางมาถึงโรงพยาบาล		
รถส่วนตัว	148	78.7
รถฉุกเฉิน/รถโรงพยาบาล	35	18.6
รถสวัสดิการชุมชน/รถรับจ้าง	5	2.7
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ก่อนถึงโรงพยาบาล*		
ไม่ได้ไป	121	64.4
โรงพยาบาลชุมชน	42	22.3
โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	26	13.8
คลินิกเอกชน/โรงพยาบาลเอกชน	8	4.3
ระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล (กิโลเมตร)		
1-30	92	48.9
31-60	32	17.0
>60	64	34.0
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 33.3 (0.7 : 750.0)		
ระยะเวลาเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล (นาที)		
1-30	68	36.2
31-60	36	19.1
>60	84	44.7
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 60.0 (5.0 : 600.0)		

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะเวลารับการรักษาในโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่มารับการรักษาเร็ว (≤ 270 นาที)	123	65.4
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 105.0 (8.0 : 268.0)		
ระยะเวลาที่มารับการรักษาช้า (> 270 นาที)	65	34.6
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด) 660.0 (278.0 : 4320.0)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่มารับการรักษาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลัน โดยคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น (multiple logistic regression analysis)

ปัจจัย	ระยะเวลามารับการรักษา		Crude OR	Adjusted OR
	≤270	>270	OR	(95% CI)
ระยะเวลาในการเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที	83(79.8)	21(20.2)	4.35	3.31(1.47-7.48)
ระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 กิโลเมตร	95(76.6)	29(23.4)	4.21	2.35(1.04-5.28)
อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล คือ ความผิดปกติด้านการพูด/ลิ้นแข็ง	60(60.0)	40(40.0)	0.60	0.40 (0.19-0.84)
โรคเบาหวาน	28(51.9)	26(48.1)	0.44	0.38(0.18-0.78)
อาการแรกที่เกิดผิดปกติ คือ อาการชา	13(52.0)	12(48.0)	0.52	0.31(0.11-0.87)

Goodness-of-fit=0.23, ROC=0.77

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.4 มารับการรักษาในระยะเวลาตามเกณฑ์ (<270 นาที) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 105 นาที โดยพบระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาล เฉลี่ย 33.3 กิโลเมตร และระยะเวลาเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 60 นาที ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น¹⁶ ที่มักพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับการรักษาช้ากว่าเกณฑ์ (>270 นาที) เป็นสัดส่วนที่มากกว่า โดยพบผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ภายใน 180 นาที เพียงร้อยละ 26.8²⁰ และพบระยะเวลาดังแต่เกิดอาการจนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉลี่ย 1,907.3 นาที²¹ จากการศึกษาครั้งนี้ ที่พบผลต่างจากการศึกษาอื่น อาจเพราะการกำหนดระยะเวลาการมารับการรักษา ตามเกณฑ์เป็น 270 นาที ซึ่งมากกว่าการศึกษาอื่นที่กำหนด 180 นาที สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ไม่ไกลจากแหล่งชุมชน ทำให้การเดินทางเข้าถึงโรงพยาบาลสะดวกใช้ระยะเวลาเดินทาง ภายใน 60 นาที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ระยะเวลาดังแต่เกิดอาการจนเดินทางมาถึงห้องฉุกเฉินมีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับการมารับการรักษาช้า นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เกิดอาการที่บ้าน ร้อยละ 82.4 มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย ขณะเกิดอาการ ร้อยละ 86.7 และเดินทางโดยรถส่วนตัว ร้อยละ 78.7 จึงสามารถนำส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้เร็ว เช่นเดียวกับหลายการศึกษา^{15,22} ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วยขณะเกิดอาการ จะสามารถพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่อยู่บ้านคนเดียว ปัจจัยเรื่องมีบุคคลอื่นนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล และขณะเกิดอาการมีผู้อื่นอยู่ด้วยจะทำให้ผู้ป่วยมารักษาตามเกณฑ์ได้มากกว่า ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 60.2 อายุเฉลี่ย 64.8 ทำให้ไม่สะดวกที่จะเดินทางมาโรงพยาบาล ต้องรอบุคคลในครอบครัวนำส่งโรงพยาบาล และแสดงถึงว่า ผู้ป่วยไม่ทราบว่าสามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินไปรับที่บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่าบุคคลที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อระยะเวลามารับการรักษาของผู้ป่วย²³ โรคประจำตัว โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มาพบแพทย์สม่ำเสมอ และมักได้รับคำแนะนำว่าถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ หรืออาจเคยมีอาการผิดปกติอื่นที่มาพบแพทย์แบบเร่งด่วนมาแล้ว จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ตระหนักถึงความผิดปกติและรีบมาพบแพทย์โดยเร็วกว่ากลุ่มอื่น การศึกษานี้ มีข้อดีในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและขยาย

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาทัน จากเดิม 3 ชั่วโมงเป็น 4.5 ชั่วโมง หรือ 270 นาที เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้า ทำให้เห็นถึงความแตกต่างของการมาทันเวลาของผู้ป่วยและปัจจัยที่มีผล และปัจจัยป้องกันในการมารับการรักษา

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มารับการรักษาในระยะเวลาตามเกณฑ์ ภายใน 270 นาที โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษา ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 นาที และระยะห่างจากสถานที่เกิดอาการถึงโรงพยาบาล ≤ 60 กิโลเมตร ส่วนปัจจัยอาการผิดปกติด้านการพูด/ลิ้นแข็ง โรคเบาหวาน และอาการขา เป็นปัจจัยป้องกัน ในการมารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเป็นปัจจัยที่อาจจะทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาช้ากว่าเกณฑ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองกับประชาชน ทั้งระบบการรักษาการนำส่ง และสถานพยาบาลที่สามารถให้การรักษาโรคได้ โดยเฉพาะอาการที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง และความสำคัญของการมารับการรักษาอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
2. ควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาประจำที่โรงพยาบาล
3. ควรประชาสัมพันธ์เรื่องระบบบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน และ app fast tract เพื่อให้ประชาชนสามารถเรียกรถพยาบาลฉุกเฉินได้ โดยไม่ต้องรอญาติ
4. พัฒนาสถานบริการหรือโรงพยาบาลให้สามารถรักษาผู้ป่วย ด้วยระบบ stroke fast tract ได้ทุก ๆ 60 กิโลเมตร หรือมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการแล้วเสร็จ ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2560-2561 แต่เนื่องจากทีมผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานอยู่หน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบงานด้านการบริการ การดูแลสุขภาพในทุกระยะของสังคม โดยเฉพาะภาระรับผิดชอบระบบการจัดการโดยตรงในช่วงวิกฤตโควิด-19 ระบาด ทำให้เว้นช่วงการเขียนรายงานออกไปอย่างไรก็ดี ผลวิจัยและข้อมูลเหล่านี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีอาจปฏิเสธได้

References

1. World Health Organization. World Stroke Campaign [Internet]. Geneva: WHO;2015[updated 2024; cited 2019 Sep 3]. Available from: <http://www.world-stroke.org/advocacy/worldstroke-campaign>.
2. Ratanakorn D, Keandoungchun J, Sittichanbuncha Y, Laothamatas J, Tegeler CH. Stroke fast track reduces time delay to neuroimaging and increases use of thrombolysis in an academic medical center in Thailand. J Neuroimaging 2012;22:53-7.

3. NINDS. What is stroke? [Internet]. USA: NINDS;2007[updated 2024; cited 2024 Feb 16]. Available from: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/stroke/stroke.htm>
4. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurg* 2011;76(Suppl 6):S85–90.
5. Tiamkao S. Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology* 2021;37(4):54-60. (in Thai)
6. Niltarach P, Poonphol S. Mortality rate within 30 days of the patients present with malignant middle cerebral occlusion in Stroke Unit, Rajavithi Hospital. *Thai Journal of Neurology* 2022;38(4):21-8. (in Thai)
7. Bandasak R, Narksawat K, Tangkanakul C, Chinvarun Y, Siri S. Association between hypertension and stroke among young Thai adults in Bangkok, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011;42(5):1241–8.
8. Dharmasaroja P. Baseline characteristics of patients with acute ischemic stroke in a suburban area of Thailand. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2008;17(2):82–5.
9. Institute of Neurology. Stroke nursing guidelines for general nurses (Complete edition). Bangkok: Institute of Neurology;2015.
10. Kwiatkowski TG, Libman RB, Frankel M, Tilley BC, Morgenstern LB, Lu M, et al. Effects of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke at one year, National Institute of Neurological Disorders and Stroke Recombinant Tissue Plasminogen Activator Stroke Study Group. *N Engl J Med* 1999;340(23):1781–7.
11. Klungman P. Selected factors associated with seeking treatment after the onset acute stroke elderly patients [Dissertation]. Khon Kaen: Khon Kaen Univ;2013. (in Thai)
12. Klungman P, Saengsuwan J. Selected factors associated with seeking treatment after the onset acute stroke elderly patients. *J Nurs Assoc Thai, North-Eastern Division* 2012;30(4):141–6. (in Thai)
13. Eissa A, Krass I, Bajorek BV. Optimizing the management of acute ischemic stroke: a review of the utilization of intravenous recombinant tissue plasminogen activator (tPA). *J Clin Pharm Ther* 2012;37(6):620–9.
14. Ringleb PA, Schellinger PD, Schranz C, Hacke W. Thrombolytic therapy within 3 to 6 hours after onset of ischemic stroke: useful or harmful? *Stroke* 2002;33(5):1437–41.
15. Panyaprachoom P. The factors related to seeking treatment at a hospital using a stroke fast track referral network system with acute stroke patients [Dissertation]. Bangkok: Thammasat University;2016. (in Thai)
16. Shephard TJ. Exploratory investigation of a model of patient delay in seeking treatment after the onset of acute ischemic stroke [Doctoral dissertation]. Virginia: Virginia Commonwealth University School of Nursing;2004.

17. Khantichitr P, Sanchaisuriya P, Thepphawan P. Time-to-treatment of Stroke patients: experience from Ubon Ratchathani Province, Thailand. *Journal of health systems research* 2016;10(3):277-88. (in Thai)
18. Chen CH, Huang P, Yang YH, Liu CK, Lin TJ, Lin RT. Pre-hospital and in-hospital delays after onset of acute ischemic stroke-a hospital-based study in Southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23(11):552-9.
19. Binthaisong T, Panpakdee O, Orathai P, Ratanakorn D. Factors related to onset arrival time in patients with acute stroke. *Kuakarun Journal of Nursing* 2013;20(1):15-29. (in Thai)
20. Srila P, Baotun R, Prakphon P, Chanpen U. Factors related to the time to hospital arrival after the onset of acute stroke patients. *Phraphutthabat Hospital Journal of Clinical Medicine Education Center Phrapokklao Hospital* 2019;30(1):7-15. (in Thai)
21. Phokham S. Stroke expressway perceived in acute ischemic stroke patients Somdej Phrayuparaj Kranuan hospital Khon Kaen province. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2000;15(4),66-75. (in Thai)
22. Khamsareeruk J, Jitpanya C. Factors related to the duration of treatment of patients with acute ischemic stroke. *Journal of the Police Nurses* 2019;7(2):106-19. (in Thai)
23. Kothari R, Jauch E, Broderick J, Brott T, Sauerbeck L, Khoury J, et al. Acute stroke: delays to presentation and emergency department evaluation. *Ann Emerg Med* 1999;33(1):3-8.

ศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิม และการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน*

สุนทรพร วันสุพงศ์ วท.บ.** สุนนา สัมฤทธิ์รินทร์ พย.ม.*** ฉันทา ภาเคน พย.ม.****
พงษ์ลัดดา ปาระลี พย.ม.**** ศิรินันท์ วรรณจันทร์ พย.บ.**** ธนัท ทังไพศาล พ.บ.*****

บทคัดย่อ

บทนำ การคัดแยกอย่างถูกวิธีและรวดเร็วในห้องฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย การคัดแยกด้วยแอปพลิเคชันจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการข้อมูล ประมวลผลและตัดสินใจระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้ถูกต้องแม่นยำ ลดความผิดพลาดในการทำงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมและการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 15 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 738 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึงวันที่ 21 เมษายน 2567

เครื่องมือที่ใช้วิจัย เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมและเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

วิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความพึงพอใจของพยาบาล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลของความถูกต้องในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินระหว่างกลุ่มที่คัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแบบดั้งเดิมกับกลุ่มที่คัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ใช้สถิติ chi-square

ผลการวิจัย ผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชันมีความถูกต้อง 76.83% เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการดั้งเดิมมีความถูกต้อง 67.61% ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และความพึงพอใจของพยาบาลอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .68

คำสำคัญ: การคัดแยก ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

วันที่รับบทความ 7 สิงหาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 กันยายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2567

*แหล่งทุน: ทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ (R2R), 2567, KKU.

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล sumasum@kku.ac.th

****พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์

*****อาจารย์นายแพทย์ สาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Comparing the efficacy of patient triage in traditional and app-based at emergency department*

Suntaraporn Wunsupong B.S.N.** Sumana Sumritrin M.S.N.*** Chananta Phaken M.S.N.****
Pongladda Paralee M.S.N.**** Sirinun Wunnajun B.S.N.**** Thanat Tangpaisarn M.D.*****

Abstract

Introduction: Triage in the emergency department is a critical process for prioritizing patients based on the urgency of their conditions to provide the most effective and safest care for those with the most severe symptoms. Effective and rapid triage can reduce the risk of complications or death in emergency patients. Traditional triage methods involve assessment by experienced nurses who rely on clinical observation and judgment, but errors may occur due to factors such as fatigue or external influences. The integration of mobile applications for triage can enhance the accuracy of assessments. These applications assist nurses in managing data and making quick and precise decisions, thereby reducing errors and improving patient safety.

Objective: To compare the accuracy of triaging emergency and accident patients between traditional triage methods and those using a mobile application. To assess the satisfaction of nurses with the use of the mobile application for triage.

Research Methodology: This research is a quasi-experimental study. The sample group of nurses was divided into two groups: a control group using traditional triage and an experimental group using the mobile application for triage, with 15 participants in each group. The patients involved in the study numbered 738. Data collection occurred from January 24 to April 21, 2024. **Research Tools:** The traditional triage criteria for emergency and accident patients. The triage criteria for emergency and accident patients using the mobile application.

Data Analysis: Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to analyze general information about the sample group and nurse satisfaction. The accuracy of triage between the traditional method and the mobile application method was compared using the chi-square statistic.

Research Results: The accuracy of triaging emergency and accident patients using the mobile application was 76.83%, compared to 67.61% with the traditional method, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). Additionally, the satisfaction of nurses using the mobile application for triage was rated as high, with a mean score of 4.23 and a standard deviation of 0.68.

keywords: triage; emergency and accident patients; application for triage

Received 7 August 2024 Revised 25 September 2024 Accepted 2 October 2024

*Funding sources: Routine to Research: (R2R), Khon Kaen University, 2024

**Professional level nurse, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital

***Professional level nurse, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital Corresponding author,

E-mail: sumasum@kku.ac.th

****Registered nurse, Accident and Emergency Department, Srinagarind Hospital

*****Emergency physician, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

บทนำ

สถานการณ์ความแออัดของห้องฉุกเฉิน ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การคัดแยกผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ¹ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามความเร่งด่วน² พยาบาลต้องประเมินสภาพผู้ป่วยในครั้งแรกอย่างรวดเร็ว รวบรวมข้อมูลและตัดสินระดับความรุนแรงที่เหมาะสม การคัดแยกผู้ป่วยจะต้องมีความถูกต้องแม่นยำ และคลาดเคลื่อนสูงกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 25-35 และต่ำกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 5^{3,4} การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของโรค การทำนายการใช้ทรัพยากรในการบริหารจัดการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน⁵ รวมถึงความรู้และประสบการณ์ของพยาบาล ปัจจุบันโรงพยาบาลทั่วประเทศ มีเครื่องมือการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินแบบ 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 resuscitation ระดับที่ 2 emergency ระดับที่ 3 urgency ระดับที่ 4 semi urgency ระดับที่ 5 non urgency ตามระดับความเร่งด่วน โดยประยุกต์จาก emergency severity index (ESI) ที่ได้รับการยอมรับในด้านของความตรงและความเชื่อมั่น ($k=0.46-0.91$) ของเครื่องมือจาก American college of emergency physicians (ACEP)⁶ และ emergency nurse association (ENA)⁷

สถิติผู้รับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ปี 2564-2566 จำนวน 54,390 42,643 และ 52,007 ราย ตามลำดับ หน่วยงานมีการประเมินคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แต่ยังคงขาดความต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน⁸ พบว่า พยาบาลคัดแยกถูกต้อง ร้อยละ 67.50 คัดแยกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 32.50 โดยมีการคัดแยกสูงกว่าเกณฑ์และต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.40 และ 4.10 ตามลำดับ สำหรับการคัดแยกที่ต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจมากขึ้นเฉลี่ย 1-2 รายต่อเวร จากการสัมภาษณ์เจาะลึกพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 10 คน พบว่า พยาบาลขาดทักษะในการคัดแยก เกณฑ์การคัดแยกมีหลายข้อ พยาบาลต้องสอบถามอาการทั้งหมดเพื่อตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และการบันทึกข้อมูลการคัดกรองลงในแบบฟอร์มแบบเดิมทำให้ไม่สะดวก จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีการพัฒนาแอปพลิเคชันจากเกณฑ์การคัดแยก แต่ทดสอบการใช้งานจากสถานการณ์ผู้ป่วยจำลอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย⁹ หรือมีการทดลองและประเมินผลกับกลุ่มตัวอย่างบุคลากรอื่นที่ไม่ได้ทำหน้าที่ประจำในการคัดแยก¹ และไม่มี การประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน⁹

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาเปรียบเทียบผลของการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมกับการคัดแยกแบบใหม่ด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งแอปพลิเคชันจะเป็นเครื่องมือในการช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการข้อมูล ประมวลผลและตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้ถูกต้องแม่นยำ ลดความผิดพลาดในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย⁹ ทำให้พยาบาลมีความมั่นใจและพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น⁸

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมกับการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน
2. ประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

สมมุติฐาน

1. ผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชันคัดแยกถูกต้องมากกว่าการคัดแยกแบบดั้งเดิม
2. คะแนนความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชันมีระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ นำแนวคิดการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามมาตรฐานสากล จาก emergency severity index (ESI)⁶ ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้เป็นแนวทางในการตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลุ่มอาการหรือการวินิจฉัยโรคและความจำเป็นที่ต้องช่วยกู้ชีพหรือความต้องการหัตถการการรักษาชีวิต 2) สัญญาณชีพที่เป็นเกณฑ์อันตราย 3) ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ โดยระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1 Resuscitation) คือจำเป็นต้องช่วยกู้ชีพหรือหัตถการการรักษาชีวิต 2) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ESI 2 Emergency) ผู้ป่วย Fast Tract (Stroke, MI, Head injury) มีความเสี่ยงสูง/การรับรู้สติไม่ปกติ /ปวดรุนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตราย 3) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 3 Urgent) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร 2 อย่างขึ้นไป 4) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ESI 4 Less Urgent) ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร 1 อย่าง และ 5) ผู้ป่วยทั่วไป (ESI 5 Non Urgent) ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและนำใช้เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน บรรจุในเว็บไซต์แอปพลิเคชัน REDCap KKU¹¹ โดยติดตั้งโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ จะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดการข้อมูล ประมวลผลและตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้ถูกต้องแม่นยำ ลดความผิดพลาดในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมกับการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชันที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ พยาบาลหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มารับบริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

1.2 กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างพยาบาล โดยมีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ พยาบาลที่มีคุณลักษณะปฏิบัติงาน 2 ปี ขึ้นไป ที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 30 คน มีความสมัครใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเป็นกลุ่มควบคุมที่จะได้ทำการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิม จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลองซึ่งพยาบาลจะได้ทำการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน จำนวน 15 คน

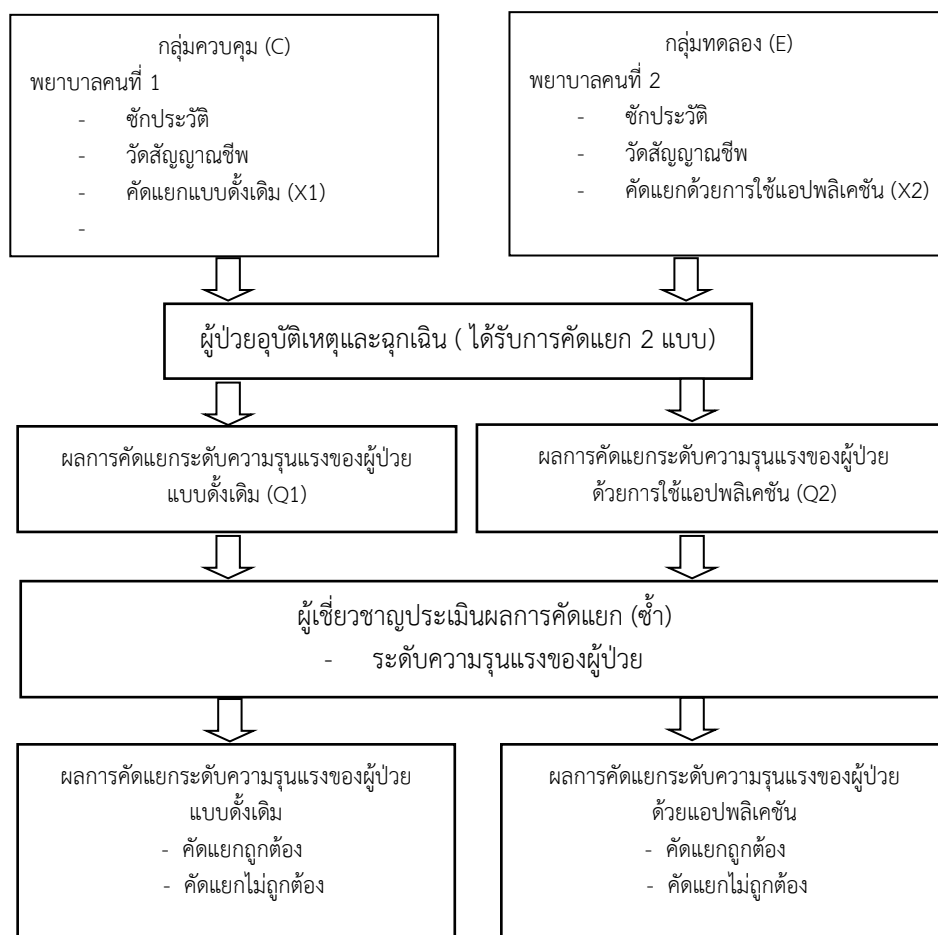
1.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยมาใช้บริการที่หน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มารับบริการอื่น ๆ เช่น ล้างแผล ฉีดยา และนัดมาติดตามอาการ จำนวน 738 คน ระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึงวันที่ 21 เมษายน 2567 โดยมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จากงานวิจัยเรื่องการศึกษาคุณภาพการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์⁸ เปรียบเทียบสัดส่วนความถูกต้อง ระหว่าง 2 กลุ่ม ที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดให้การทดสอบสมมติฐานไม่ระบุทิศทาง ระดับความน่าเชื่อถือที่ 95% อำนาจการทดสอบเท่ากับ ร้อยละ 80 งานวิจัยต้องการให้เกิดการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยถูกต้อง ร้อยละ 80 คำนวณจากสูตร¹²

$$n = \left[\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{P_{01}+P_{10}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_{10}+P_{01}-(P_{01}-P_{10})^2}}{(P_{10}-P_{01})} \right]^2$$

กำหนดให้ $Z_{(\alpha/2)}$ = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=0.05$) มีค่าเท่ากับ 1.96 Z_{β} = ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อ $\beta=0.20$ (power= 80%) มีค่าเท่ากับ 0.84 P_{01} = สัดส่วนการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยได้ถูกต้อง ในกลุ่มควบคุม=0.675 P_{10} = สัดส่วนการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยได้ถูกต้อง ในกลุ่มทดลอง=0.80

2. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ ใช้รูปแบบที่มีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีการเปรียบเทียบผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยคัดแยกแบบดั้งเดิมกับการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน โดยกลุ่มควบคุมพยาบาลคนที่ 1 จะมีการซักประวัติ วัตถุประสงค์ และคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมและให้ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และกลุ่มทดลอง พยาบาลคนที่ 2 จะมีการซักประวัติ วัตถุประสงค์ และคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ให้ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ขณะที่พยาบาลทั้งสองกลุ่มทำการทดลอง จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องของการคัดแยกทั้งสองแบบ โดยการสังเกตการณ์ของพยาบาลเชี่ยวชาญที่เป็น Goal Standard ซึ่งงานวิจัยนี้ กำหนดให้พยาบาลเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ที่ผ่านการอบรม มีคุณสมบัติดังนี้ 1) มีประสบการณ์การทำงานที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี 2) มีประสบการณ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี และ 3) ผ่านการอบรมการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วย SESI version 3.0 ทดสอบความรู้และทำแบบทดสอบผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 ขึ้นไป โดยกำหนดให้พยาบาลเชี่ยวชาญ 2 ท่าน สังเกตการณ์ที่หน้างาน กรณีความเห็นไม่ตรงกัน จะมีพยาบาลเชี่ยวชาญ คนที่ 3 เป็นผู้ตัดสินระดับความรุนแรง โดยอิงคู่มือการคัดแยกและใช้เกณฑ์ 2 ใน 3 มีลักษณะดังแผนผังที่ 1



แผนผังที่ 1 รูปแบบการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิม มีการดำเนินการพัฒนาโดยทีมแพทย์และพยาบาล โดยประยุกต์มาจากการคัดแยกและจัดลำดับของผู้ป่วยฉุกเฉินของ emergency severity index version 4¹⁰ เป็นเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในการบริการผู้ป่วยที่มีรับบริการของ ณ จุดคัดแยก ของหน่วยผู้ป่วยนอกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งหน่วยงานมีการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินครั้งแรกในปี พ.ศ. 2533 ปรับเกณฑ์ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับระบบบริการในปี พ.ศ. 2550, 2555, 2560 แบ่งการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยเป็น 3, 4 และ 5 ระดับตามลำดับ จนมาถึงปี พ.ศ. 2566 มีการปรับเกณฑ์การประเมินจำนวนครั้งการหายใจและชีพจร เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามมาตรฐาน ESI version 4.0 (Emergency severity index version 4.0) และใช้มาจนถึงปัจจุบัน

2) เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยการใช้แอปพลิเคชันบรรจุในเว็บไซต์แอปพลิเคชัน REDCap KKU¹¹ โดยติดตั้งโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาจากเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบบดั้งเดิม ของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง^{2,5-8} มีเนื้อหาองค์ประกอบ การตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ความรุนแรงระดับ 1 คือ หัวข้อความจำเป็นต้องมีการกู้ชีพ/หัตถการการรักษาชีวิตหรือไม่ ระบุรายละเอียดหัตถการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ การให้สารน้ำอย่างรวดเร็ว การให้ยาในผู้ป่วยแพ้รุนแรง การให้เลือด เป็นต้น ความรุนแรงระดับ 2 ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มบริการช่องทางด่วน (stroke, myocardial infarction, head injury) ระบุรายละเอียดผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง เช่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบ มีโอกาสฆ่าตัวตาย เข้ม tím ต่ำ/เปลี่ยน หัวข้อเป็นการรับรู้สติที่เปลี่ยนไปจากเดิม/ปรับหัวข้อปวดรุนแรง ให้ระบุคะแนนความปวด 0-10 คะแนน และระบุสัญญาณชีพตามกลุ่มอายุ ความรุนแรงระดับ 3 เพิ่มรายละเอียดให้ระบุทรัพยากรที่ต้องใช้ ได้แก่ ส่งส่งส่ง ตรวจ ถ่ายภาพรังสี ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การให้สารน้ำ การฉีดยา การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การทำหัตถการ และไม่ต้องใช้ทรัพยากร ความรุนแรงระดับ 4 ฉุกเฉินไม่รุนแรง (SESI 4): less urgent ความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากร 1 อย่าง ความรุนแรงระดับ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (SESI 5): non-urgent ผู้ป่วยทั่วไป ไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร เมื่อพยาบาลนำเข้าข้อมูลบนแอปพลิเคชัน ระบบจะประมวลผลระดับการคัดแยกให้พยาบาลทราบทันที สามารถนำผลข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ และข้อมูลจากเครื่องโทรศัพท์จะเชื่อมต่อไปยังเครื่องคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน สามารถที่จะแสดงผลรายงานได้

3) คู่มือการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Srinagarind emergency severity index; SESI) version 3.0 โดยสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์¹² ซึ่งมีเนื้อหา ประกอบด้วย เกณฑ์การตัดสินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ESI 1) : resuscitation หัวข้อความจำเป็นต้องมีการกู้ชีพ/หัตถการการรักษาชีวิตหรือไม่ อธิบายอาการนำที่พบบ่อย การวินิจฉัยที่พบบ่อย ความรุนแรง ระดับ 2 ฉุกเฉินวิกฤต (SESI 2): emergency ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มบริการช่องทางด่วน (stroke, myocardial infarction, head injury) มีความเสี่ยงสูง/การรับรู้สติไม่ปกติ/ปวดรุนแรง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์อันตราย แบ่งตามกลุ่มอายุ ความรุนแรงระดับ 3 ฉุกเฉินเร่งด่วน (SESI 3): urgent ความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากร มากกว่าหรือเท่ากับ 2 อย่าง ความรุนแรงระดับ 4 ฉุกเฉินไม่รุนแรง (SESI 4): less urgent ความจำเป็นต้องใช้ทรัพยากร 1 อย่าง ความรุนแรงระดับ 5 ผู้ป่วยทั่วไป (SESI 5): non-urgent ผู้ป่วยทั่วไป และไม่ใช้ทรัพยากร

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ข้อมูลผู้ป่วยในเครื่องคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน ประกอบด้วย ข้อมูลอายุ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความดันโลหิต ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดแดง ค่าระดับความปวด และอาการสำคัญ ช่วงเวลาที่เข้ารับบริการ เข้า บ่าย ดึก ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจหลังการคัดแยก การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การรักษาสุดท้าย ได้แก่ การรับเป็นผู้ป่วยใน การเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต จำหน่าย กลับบ้าน ส่งต่อโรงพยาบาลอื่นและเสียชีวิต

2) แบบบันทึกอิเล็กทรอนิกส์ข้อมูลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุงาน ประสบการณ์การคัดแยก ประสบการณ์การอบรมการคัดแยก

3) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้อแอปพลิเคชัน มีข้อคำถาม 10 ข้อลักษณะ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ แปลผลระดับความพึงพอใจมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 ระดับมาก 3.51-4.50 ระดับปานกลาง 2.51-3.50 ระดับน้อย 1.51-2.50 และระดับน้อยที่สุด 1.00-1.50

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .90⁸

2. เกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้อแอปพลิเคชัน แอปพลิเคชัน สร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Srinagarind emergency severity index) version 3.0 ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์สาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลห้องฉุกเฉินที่มีประสบการณ์การทำงานที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยมากกว่า 5 ปี จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 โดยพยาบาล 3 คน ทดลองใช้อแอปพลิเคชันในการคัดแยกผู้ป่วย 50 คน คำนวณจำนวนผู้ป่วยตาม The 10-times rule¹³

3. คู่มือการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Srinagarind emergency severity index; SESI) version 3.0 โดยสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และงานบริการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เครื่องมือมีการวัดความสอดคล้องและความน่าเชื่อถือระหว่างผู้เชี่ยวชาญ 3 คน (Inter-rater reliability)¹⁴ ได้ค่า เท่ากับ .96

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย ผู้วิจัยจัดอบรม เรื่อง ความรู้การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้แก่ พยาบาลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทำแบบทดสอบประเมินความรู้ทุกคนผ่านเกณฑ์มากกว่า 80% ส่วนกลุ่มทดลอง 15 คน จะได้รับการจัดอบรมวิธีการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยการใช้อแอปพลิเคชันและทดลองใช้อแอปพลิเคชันจนคล่อง ประกอบด้วยรายละเอียดการเข้าโปรแกรม การกรอกข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ประมวลผลข้อมูลระดับความรุนแรงของผู้ป่วยของแอปพลิเคชันและตอบข้อซักถามวิธีการปฏิบัติอย่างละเอียด

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึงวันที่ 21 เมษายน 2567

3. นำผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ได้จากสองกลุ่มมาเปรียบเทียบผลของความถูกต้องในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่คัดแยกโดยใช้อแอปพลิเคชันกับกลุ่มที่คัดแยกแบบดั้งเดิม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาความถูกต้อง และผลการคัดแยกระดับความรุนแรงต่ำ-สูงกว่าเกณฑ์

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่างผู้ป่วยและพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบผลของความถูกต้องในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่คัดแยก คัดแยกแบบดั้งเดิมกับกลุ่มที่คัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และ chi-square

3. ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยได้รับการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE661516 รับรอง ณ วันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย คำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัย หลักประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลต่อผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ทั้งสิ้น การรักษาและการดูแลกลุ่มตัวอย่างจะเป็นไปตามมาตรฐาน เท่าเทียมกัน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างบางคนปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับไม่นำชื่อมาเปิดเผย และจะนำผลประเมินที่ได้สรุปออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. **ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย** ผู้ป่วยจำนวน 738 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.70) ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 36.18) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย non trauma (ร้อยละ 90.38) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมารับบริการในช่วงเวรเช้า (ร้อยละ 61.11) กลุ่มอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลสูงสุดคือ อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 22.63) รองลงมา คือ อาการเกี่ยวกับระบบประสาทและสมอง (ร้อยละ 18.70) ส่วนใหญ่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินเป็นการจำหน่ายกลับบ้าน (ร้อยละ 80.89)

2. **ผลการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยแบบดั้งเดิมและการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน** พบว่า ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นระดับที่ 2 emergency การคัดแยกแบบดั้งเดิม (ร้อยละ 50.41) การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน (ร้อยละ 51.76) และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยรองลงมาเป็นระดับที่ 3 urgency การคัดแยกแบบดั้งเดิม (ร้อยละ 24.66) การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน (ร้อยละ 20.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่คัดแยกแบบดั้งเดิมและการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

ระดับความรุนแรงของผู้ป่วย	การคัดแยกแบบดั้งเดิม (n=738 ราย)		การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน (n=738 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับที่ 1 resuscitation	47	6.37	60	8.13
ระดับที่ 2 emergency	372	50.41	382	51.76
ระดับที่ 3 urgency	182	24.66	148	20.05
ระดับที่ 4 less urgency	124	16.80	103	13.96
ระดับที่ 5 non urgency	13	1.76	45	6.10

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมกับการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า มีความถูกต้อง ร้อยละ 76.83 ซึ่งมากกว่าการคัดแยกแบบดั้งเดิมที่มีความถูกต้อง ร้อยละ 67.61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ($p < 0.05$) ดังแสดงตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบดั้งเดิมและการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

ผลการคัดแยก	การคัดแยกแบบดั้งเดิม (738 คน)		การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน (738 คน)		chi-square	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คัดแยกถูกต้อง	499	67.61	567	76.83	466.10	<.05*
คัดแยกไม่ถูกต้อง	239	32.38	171	23.17	465.44	
ต่ำกว่าเกณฑ์	55	7.45	27	3.66	-	
สูงกว่าเกณฑ์	184	24.93	144	19.51	-	

4. ผลการประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

4.1 ลักษณะทั่วไปของพยาบาล จำนวน 15 คน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานที่หน่วยผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 43.33) พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 31-35 ปี (ร้อยละ 27.63)

4.2 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แอปพลิเคชันในการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 4.23 SD=.68 และพยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุดในหัวข้อความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ ค่าเฉลี่ย 4.63 (SD=.49) ซึ่งผลการศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังแสดงตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน

หัวข้อความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ย (N=15)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (N=15)	ระดับความพึงพอใจ
ความเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนได้	4.63	.49	มากที่สุด
เนื้อหาครอบคลุมครบถ้วน	4.33	.61	มาก
ช่วยตัดสินใจระดับความรุนแรงได้ง่าย	4.30	.70	มาก
มั่นใจในการตัดสินใจระดับความรุนแรง	4.30	.47	มาก
มีความเหมาะสมกับผู้รับบริการ	4.20	.66	มาก
มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.17	.65	มาก
คุณภาพการทำงานเพิ่มขึ้น	4.13	.63	มาก
ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก สะดวกในการใช้งาน	4.10	.71	มาก
สวยงาม สร้างสรรค์และทันสมัย	3.87	.82	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวมของแอปพลิเคชัน	4.23	.68	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความถูกต้องของการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า มีความถูกต้องร้อยละ 76.83 ซึ่งมากกว่าการคัดแยกแบบดั้งเดิมที่มีความถูกต้องร้อยละ 67.61 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า การคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ช่วยเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกได้เป็นอย่างดี อธิบายได้ว่า การคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน เริ่มจากการพัฒนารูปแบบการคัดแยกด้วยเทคโนโลยี โดยการบรรจุนำเข้าข้อมูลมาตรฐานตามเกณฑ์การคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วย 5 ระดับ ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อจัดการข้อมูลที่สำคัญ ในการประเมินภาวะคุกคามต่อชีวิต สัญญาณชีพอันตรายในแต่ละช่วงอายุ คะแนนความปวด ความเสี่ยง และการคาดการณ์การใช้ทรัพยากรให้ชัดเจนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ ระบบอิเล็กทรอนิกส์จะวิเคราะห์ และประมวลผลข้อมูลออกมาผ่านแอปพลิเคชัน สามารถติดตั้งได้ทั้งโทรศัพท์มือถือและติดตั้งโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน เมื่อนำเข้าข้อมูลเกณฑ์การคัดแยกในแอปพลิเคชันการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนระดับ 1 ระดับ 2 และ 3 ในการทำงานวิจัยนี้ มีการนำลักษณะอาการ การวินิจฉัย หัตถการที่เป็นการจัดการรักษาภาวะคุกคามต่อชีวิต สัญญาณชีพอันตรายในแต่ละช่วงอายุ คะแนนความปวด มากำหนดโดยให้แอปพลิเคชันช่วยในการตัดสินใจระดับรุนแรงของผู้ป่วย โดยระบบจะประมวลผลการคัดแยกทันที ซึ่งพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้ ในการดูแลผู้ป่วย และมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ใช้งาน ให้มีความรู้ความเข้าใจการคัดแยกและทักษะในการใช้งาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hon Lon Tam² ซึ่งแอปพลิเคชันจะช่วยลดความคลาดเคลื่อน ลดปัญหาเรื่องความยุ่งยากซับซ้อนในการจดจำสัญญาณชีพที่อันตราย และใช้งานได้ง่ายถึงพยาบาลจะมีประสบการณ์น้อย ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็น การคัดแยกมีความแม่นยำเพิ่มขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธา จิวนารายณ์¹⁸ วรางคณา สายสิทธิ์ และคณะ¹¹ น้ำทิพย์ อิมวัฒน์กุล¹ และ Savatmongkornkul และคณะ¹⁹ ที่มีการพัฒนาแอปพลิเคชัน กำหนดเกณฑ์ในการนำเข้าสู่ข้อมูลที่มีความสำคัญและจำเป็น ต่อการตัดสินใจในการคัดแยกนำมาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการคัดแยก ประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ให้ผลความถูกต้องค่อนข้างสูงและลดความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกไม่ถูกต้อง อธิบายได้ว่า ผลการคัดแยกโดยใช้แอปพลิเคชันและอิเล็กทรอนิกส์ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรมีความเห็นว่ามีคามง่าย สะดวกในการใช้งาน เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน เมื่อนำไปปฏิบัติจริง ทำให้สามารถคัดแยกได้แม่นยำขึ้น

ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการคัดแยกด้วยการใช้แอปพลิเคชัน พบว่า พยาบาลมีความพึงพอใจระดับมากต่อการใช้แอปพลิเคชันในการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ย 4.23 SD=.68 และพยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุดในส่วนข้อความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ ค่าเฉลี่ย 4.63 (SD=.49) แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในเนื้อหาแอปพลิเคชัน ขั้นตอนการใช้งานไม่ยุ่งยาก สะดวกในการใช้งาน แอปพลิเคชันช่วยตัดสินใจระดับความรุนแรงได้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ทำให้เพิ่มคุณภาพการทำงาน มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการคัดแยกระดับความรุนแรงผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธา จิวนารายณ์¹⁸ โดยบุคลากรที่ทำหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับปานกลางถึงสูง บุคลากรเห็นด้วยว่าแอปพลิเคชันมีความง่ายและสะดวกต่อการใช้งาน มีความเข้าใจในการใช้งาน ใช้งานง่ายไม่ซับซ้อน เมื่อนำไปปฏิบัติจริงช่วยให้บุคลากรคัดแยกผู้ป่วยได้แม่นยำมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ อิมวัฒน์กุล¹ ผู้คัดแยกมีความมั่นใจและพึงพอใจต่อการใช้งาน BAHT mobile application และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savatmongkornkul และคณะ¹⁹ ผู้ใช้งานให้ข้อคิดเห็นว่า โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ที่ออกแบบสามารถใช้งานได้ง่ายกว่าการคัดแยกแบบใช้กระดาษ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งต่อไปในขั้นตอนการพัฒนาเกณฑ์การคัดแยกประเภทผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพของการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย
2. ในการนำผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละหน่วยงาน และต้องมีการอบรมพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยด้วยการใช้แอปพลิเคชัน ก่อนการปฏิบัติงานจริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว.พนอ เตชะอริก APN สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ และ พว.อุบล จ้วงพานิช APN สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำการเขียนบทความวิจัย ขอขอบคุณผู้ป่วยและพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ และแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานประจำ (R2R) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2567 มา ณ ที่นี้ด้วย

References

1. Imwatanakul N. Effectiveness of triage mobile application compares with paper based. Royal Thai Air Force Medical Gazette [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 1];65(2):1–9. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/rtafmg/article/view/216093> (in Thai)
2. Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future direction. BMC Emerg Med [Internet]. 2018 Dec 20 [cited 2024 Aug 1];18:58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6302512/>
3. Davis JW, Dirks RC, Sue LP, Kaups KL. Attempting to validate the overtriage/undertriage matrix at a level I trauma center. J Trauma Acute Care Surg [Internet]. 2017 Dec [cited 2024 Aug 1];83(6):1173–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5732627/>
4. Abdelwahab R, Yang H, Teka HG. A quality improvement study of the emergency centre triage in a tertiary teaching hospital in northern Ethiopia. Afr J Emerg Med [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2024 Sep 15];7(4):160–6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X16302099>
5. Gilboy N, Tanabe P, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI) a triage tool for emergency department care implementation handbook 2012 edition [Internet]. MD: Agency for healthcare Research and Quality; 2011[cited 2024 Sep 15]. Available from: https://www.academia.edu/37512031/Emergency_Severity_Index_ESI_A_Triage_Tool_for_Emergency_Department_Care_Implementation_Handbook_2012_Edition
6. American College of Emergency Physicians. ACEP home [Internet]. TX: ACEP; 2024[cited 2024 Sep 15]. Available from: <https://www.acep.org/>
7. Emergency Nurses Association. Emergency nurses association [Internet]. IL: Emergency Nurses Association; 2024[cited 2024 Sep 12]. Available from: <https://www.ena.org/>

8. Larthum K, Pearkao C. A study of quality of emergency patient triage at Srinagarind Hospital. NIGRC KKU [Internet]. 2017[cited 2024 Sep 12]2017:MMP27. Available from: <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/60/nigrc2017/pdf/MMP27.pdf> (in Thai)
9. Threechormwaree C. The development of an emergency room triage model on triage nurse frontier point Thawatburi Hospital. Journal of Research and Health Innovative Development [Internet]. 2022 Nov 24 [cited 2024 Sep 9];3(3):37–48. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/259455> (in Thai)
10. Moon SH, Cho IY. The effect of competency-based triage education application on emergency nurses' triage competency and performance. Healthcare (Basel) 2022 Mar 22;10(4):596.
11. Saisit W, Thammasiri D, Hengpraprom S, Hengpraprom K, Arahung W, Worathititanan B, et al. Developing artificial intelligence for triage at the emergency department, Nakhon Pathom Hospital. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center [Internet]. 2022 Aug 15 [cited 2024 Sep 10];39(3):349-58. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/257068> (in Thai)
12. Viratsetthasin K. Research and development. Journal of Research and Curriculum Development [Internet]. 2018 Jul 2 [cited 2024 Aug 3];8(1):30–41. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jrcd/article/view/131675> (in Thai)
13. Department of Emergency Medicine & Accident and emergency nursing services. Srinagarind Emergency Severity Index (SESI) [Internet]. Khon Kaen: Srinagarind hospital; 2024[Updated 2024; cited 2024 Sep 12]. Available from: https://Users/Admin/Downloads/5D86383EA83BEB8A6876DF434DFE3AC981AAA214_SESI%20algorithm%20-2.11.65.pdf
14. REDCap [Internet]. Khon Kaen: REDCap; 2024[Updated 2024; cited 2024 Sep 12]. Available from: <https://md.redcap.kku.ac.th/>
15. Memon MA, Ting H, Cheah JH, Thurasamy R, Chuah F, Cham TH. Sample size for survey research: review and recommendations. JASEM [Internet]. 2020 Jun 25 [cited 2024 Aug 3];4(2): i–xx. Available from: https://jasemjournal.com/wp-content/uploads/2020/08/Memon-et-al_JASEM_-Editorial_V4_Iss2_June2020.pdf
16. Acharya R, Gastmans C, Denier Y. Emergency department triage: an ethical analysis. BMC emergency medicine [Internet]. 2011[cited 2024 Aug 1];11(1):16. Available from: https://www.researchgate.net/figure/Emergency-Severity-Index-ESI-Triage-Algorithm-v-4-Five-Levels_fig1_51701713
17. Frost J. Inter-rater reliability: definition, examples & assessing [Internet]. [n.p.]: Statistics by Jim; 2022[updated 2024; cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://statisticsbyjim.com/hypothesis-testing/inter-rater-reliability/>
18. Chiewnaray S, Khongwattanasupa N. Development of triage model for accident and emergency patients, Kamphaeng Phet Hospital. Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2024;4(1):44-58. (in Thai)
19. Savatmongkornkul S, Yuksen C, Suwattanasilp C, Sawanyawisuth K, Sittichanbuncha Y. Is a mobile emergency severity index (ESI) triage better than the paper ESI? Intern Emerg Med 2017;12(8):1273-7.

สายใยครอบครัวที่ตัดไม่ขาด: การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในบริบทสังคมอีสาน ด้วยวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง

อรรพรรณ ดวงมังกร พย.ม.* ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**
ลดาวัลย์ พันธุ์พาณิชย์ ปร.ด.*** ประมวล พิมพ์เสน ศศ.ม.****

บทคัดย่อ

เป็นที่ตระหนักรู้ว่าทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ส่งผลให้มีผู้ป่วยเรื้อรังทุพพลภาพและติดเตียงเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์นี้มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อครอบครัวที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ทำให้ต้องอุทิศตนแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน แม้มีความพยายามสนับสนุนจากหน่วยงานระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลมาระดับหนึ่ง แต่ยังคงปรับข้อมูลนำเข้าเป็นระยะและให้มีความเฉพาะกลุ่ม รวมถึงสังคมยังขาดข้อมูลเชิงลึกถึงการรับรู้ คุณค่าการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวของผู้ดูแล ในบริบทความเชื่อในสังคมอีสานซึ่งเป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญสู่การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคิด ความเชื่อ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงตามบริบท สังคมอีสาน เพื่อเติมเต็มช่องว่างของความรู้ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง โดยศึกษาบริบทและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 7 คน ผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน และผู้นำชุมชน 8 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์แก่นความคิด ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566

ผลการวิจัย พบแก่นความคิด 3 ประเด็น คือ การให้ความหมายของการดูแล การรับมือต่อปัญหาในการดูแล และการหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ ได้แก่ ประเด็นที่ (1) การให้ความหมายของการดูแล แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1.1) เป็นบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.2) เป็นสายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ ตัดไม่ขาด 1.3) เป็นความสงสาร (เหลือโตน) และ 1.4) เป็นการทำบุญ ส่วนประเด็นที่ (2) การรับมือต่อปัญหาในฐานะผู้ดูแล ผู้ดูแลรับมือต่อปัญหาในการดูแล 3 วิธี คือ 2.1) “ทำใจ” คือ การยอมรับสถานการณ์ของตนเองและไม่คิดมากเกินไป 2.2) “คงความหวัง” และ 2.3) “สร้างความสมดุล” และประเด็นที่ (3) การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 3.1) พึ่งตนเอง 3.2) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในบริบทสังคมอีสานที่เป็นการรับรู้และให้คุณค่าเชิงบวก รวมถึงมีความเหนียวแน่นกลมเกลียวของความสัมพันธ์ในครอบครัวอีสาน ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การออกแบบปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการดูแลด้วยการรับรู้เชิงบวกของผู้ดูแลในบริบทสังคมอื่น ๆ ให้เกิดความสมดุลและความผาสุกทางจิตใจ แก่ผู้ดูแลในครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ: การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง ครอบครัวอีสาน ความคิดความเชื่อ ความผูกพันในครอบครัว
ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลในครอบครัว

วันที่รับบทความ 26 มิถุนายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 9 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 13 ตุลาคม 2567

*นักศึกษาลัทธิพุทธปรัชญาคุณูปกต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

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

****ประธานศูนย์วัฒนธรรมเฉลิมราชจังหวัดขอนแก่น

An unbreakable family bond: A focused ethnographical study of perceptions of bedridden patient caregivers in Isan context

Aurawan Doungmungkorn M.N.S.* Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Ladawan Panpanit Ph.D.*** Pramuan Phimsen M.A.****

Abstract

It is recognized that the world, including Thailand, has entered the aging society, which brings with it an increasing number of chronically disabled and bedridden patients. This situation significantly impacts the families responsible for caring for these patients, placing on them the burden of providing dedicated, unpaid care. Despite the efforts of health service organizations to develop the capabilities of caregivers to some extent, the input data still needs to be adjusted periodically and be specific to each group. Additionally, society still lacks in-depth information on caregivers' perception and value of caring for patients in the family within the context of beliefs in Isan society, which is crucial input data for developing policy proposals and designing care strategies that align with the service recipients.

This research aimed to explain the thoughts and beliefs in caring for bedridden patients within the context of Isan society to fill the knowledge gap, using a focused ethnographic research method. The study examined the contexts and experiences of 39 informants related to patients in a community in Khon Kaen Province, including 7 stroke survivors, 10 family caregivers, 14 sub-district health service personnel, and 8 community leaders. Data were collected through participant observation, field notes, in-depth interviews, and analysis of emergent themes. Data trustworthiness had been ensured through triangulation technique. The data collection took place between July and December 2023.

The research findings identified three main themes: defining the meaning of care, coping with caregiving challenges, and finding resources to address the challenges. As follows:

1. Defining the meaning of care: Care was understood in four ways: 1.1) As a role and duty of the family, 1.2) As an unbreakable relationship or unbreakable bond within the family that cannot be abandoned, 1.3) As compassion (Luea Ton), and 1.4) As a form of making merit. 2. Coping with caregiving challenges: Caregivers addressed challenges in three ways by: 2.1) "Tam Jai", which was accepting their situation and not overthinking it, 2.2) "maintaining hope", and 2.3) "creating balance". 3. Finding resources to address the challenges, which relied on two aspects: 3.1) Self-reliance, and 3.2) Seeking resources for help.

The research results indicated that the caregivers' perception in the Isan social context is positive and valuing. The findings also highlighted the strong and harmonious relationship of Isan families. These insights can inform the design of practices to promote care with positive perception of caregivers in other social contexts, contributing to create balance and psychological well-being for family caregivers.

keywords: focused ethnographic research; Isan family; beliefs; family bonding; bedridden patients; family caregivers

Received 26 June 2024 Revised 9 October 2024 Accepted 13 October 2024

*A student of the Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

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

****President of Chalerm Raj Cultural Center, Khon Kaen Province

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease or stroke) เป็นโรคที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุหลักของความพิการและการเสียชีวิต พบว่า โรคนี้เป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ทั่วโลก รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) และทำให้เกิดความพิการที่รุนแรง จากการสำรวจประชากรขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World stroke organization: WSO)¹ พบว่า ในปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 101 ล้านคน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ประมาณ 6.5 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่กว่า 12.2 ล้านรายต่อปี และ 1 ใน 4 ของผู้ที่อายุ 25 ปีขึ้นไป จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตประชากรกลุ่มนี้¹

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ health data center (HDC) รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 163,823 คน เสียชีวิต 15,698 คน และในปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566-เมษายน 2567) รายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน 123,997 คน เสียชีวิต 9,771 คน² ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในสถานการณ์ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมถึง พบว่า ภาวะโรคหลอดเลือดสมองที่มีความชุกมากในผู้สูงอายุ นั้น มีความชุกสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งสูงขึ้นอย่างชัดเจนในผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี³

ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ผลกระทบทางด้านร่างกายโรคหลอดเลือดสมองทำให้มีความบกพร่อง ข้อจำกัดในการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกาย มีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย เกิดภาวะความพิการ มีการบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความผิดปกติของการพูด อ่าน เขียน ประสาทสัมผัสที่เปลี่ยนแปลงไป มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ไม่สามารถบอกให้ผู้อื่นเข้าใจตนเองได้ทั้งที่พูดไม่ได้หรือพูดไม่ชัด ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลงจนถึงไม่รู้สึกรู้สีกตัว บางรายที่ไม่สามารถขับเคลื่อนด้วยตนเองได้ ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เกิดการสำลักอาหารได้ง่าย ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ ประสิทธิภาพทางเพศลดลง เกิดแผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ^{4,7} ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีมุมมองต่อตนเองในด้านลบ รู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ไม่สามารถคิดและตัดสินใจเองได้ รู้สึกเป็นภาระ สูญเสียคุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกอาย ความจำเสื่อม มีอารมณ์แปรปรวน บางครั้งอาจหัวเราะและร้องไห้โดยไม่มีเหตุผล มีอาการโรคซึมเศร้า ซึ่งมักพบในช่วง 6 เดือน ถึง 2 ปีภายหลังเกิดโรค โดยผู้ป่วยมัก หงุดหงิด เหนื่อย อ่อนเพลีย และเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้ามาก ๆ จะทำให้หมดหวัง พบถึงร้อยละ 30-50 ผู้ป่วยที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือที่เรียกว่า “อัมพาต” ทำให้เกิดปัญหาระยะยาวที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยและครอบครัว⁷ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ พบว่า ความพิการที่หลงเหลือในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ต้องมีผู้ดูแลที่บ้าน ไม่สามารถทำบทบาทบิดามารดาสามี หรือภรรยาได้เช่นเดิม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ผู้ดูแลต้องแบกรับความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร ทำให้เกิดผลกระทบต่อการดูแลในครอบครัว มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ คือ ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ ทำงานหารายได้ไม่เต็มที่ ไม่ได้ทำงาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ในขณะที่มีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพต่าง ๆ เช่น เตียงนอน ที่นอนลม ผ้าอ้อมอนามัย เครื่องดูดเสมหะ ค่าอาหารทางการแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น^{5,9} อีกทั้ง

ยังส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบด้านจิตวิญญาณหลายประการ เช่น ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) การเติบโตส่วนบุคคล (personal growth) และความเป็นอิสระในตนเอง (autonomy) ความหมายสูงสุด และจุดประสงค์ของชีวิตหลังโรคหลอดเลือดสมอง และปฏิสัมพันธ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual interaction) เช่น ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นที่มีความเชื่อเดียวกัน¹⁰

จากสถานการณ์และผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง แสดงให้เห็นถึงรับภาระในการดูแล และครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่รับผิดชอบในการดูแลที่สำคัญ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องอุทิศตนดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้รับค่าจ้าง แม้มีความพยายามสนับสนุนจากหน่วยงานระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลมาระดับหนึ่ง แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคและความท้าทายในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่มีความพิการหลงเหลือกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำรงชีวิต จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการศึกษาวิจัยในผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงจากโรคอื่น ๆ แต่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลผู้รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองติดบ้านติดเตียงในบริบทอีสานยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ความเข้าใจส่วนนี้ อันจะสามารถใช้เป็นข้อมูลนำเข้าที่สำคัญสู่การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายและการออกแบบการดูแลที่สอดคล้องกับผู้รับบริการต่อไป

การวิจัยนี้ ทำในบริบทสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย หรือเรียกชื่อเฉพาะว่า “อีสาน” ซึ่งมีความคิดความเชื่อเฉพาะ สำหรับครอบครัวอีสาน การที่จะอยู่กันอย่างเหนียวแน่นหรือว่าเปราะบางขึ้นอยู่กับความคิดความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การทำหน้าที่ และบทบาทในครอบครัว¹¹ มีวิถีปฏิบัติที่สืบทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น และมีประเพณีวัฒนธรรมที่ใกล้เคียงกับประชาชนที่อาศัยในเขตลุ่มแม่น้ำโขงอื่น ๆ อาทิ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป. ลาว) นับถืออำนาจเหนือธรรมชาติร่วมกับศาสนาพุทธ ให้ความสำคัญแก่การทำบุญเพื่อการได้รับสิ่งดี ๆ ตอบแทนในอนาคต ดังเห็นได้จากประเพณี “ฮีต 12 คอง 14” ซึ่งฮีต 12 คือ จารีตที่กำหนดพิธีทำบุญรายเดือน 1-12 บุญใน 12 เดือน ส่วนคอง 14 เป็นธรรมเนียมปฏิบัติในครอบครัวในสังคม โดยเฉพาะให้ความสำคัญกับความเป็นครอบครัวเดียวกัน ให้ความสำคัญเคารพผู้ใหญ่ ความกตัญญูต่อบิดามารดา บุพการี และสมาชิกผู้สูงอายุในครอบครัว นับถือว่าท่านเหล่านั้น เป็นผู้มีพระคุณ เนื่องจากเป็นผู้ให้ชีวิตและเลี้ยงดูมาจนเติบโตใหญ่ มีบุคลิกเป็นคนง่าย ๆ ใช้ชีวิตอยู่กับธรรมชาติในการ “หาอยู่ หากิน” อ่อนน้อมถ่อมตนกับผู้ใหญ่ และ “เกรงใจ” กับคนแปลกหน้า¹²⁻¹³ ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงมีความเกรงใจต่อบุคลากรสุขภาพ ไม่กล้าถาม ไม่กล้าซัก ไม่กล้าเรียกร้องใด ๆ เมื่อกลับบ้านการเรียนรู้ในการดูแลจากโรงพยาบาลจึงมีจำกัด และเมื่ออยู่ที่บ้านการเรียกร้องให้คนแปลกหน้ามาให้บริการ เพื่อพัฒนาศักยภาพยังมีความจำกัด

ทั้งนี้ ได้ศึกษาในวัฒนธรรมอีสานซึ่งจะมองเห็นจุดแข็งบางประการที่คิดว่าเป็นสาระสำคัญที่จะนำมาสู่การออกแบบในการสร้างข้อเสนอแนะทางการพยาบาลของการดูแลที่จะส่งผลถึงศักยภาพและความคิดความเชื่อทางบวกให้กับครอบครัวเหล่านั้นได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความคิด ความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามบริบทสังคมอีสาน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายความคิดความเชื่อในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของครอบครัวตามบริบทสังคมอีสาน ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแบบเจาะจง (focused ethnography) ศึกษาบริบทและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลผ่านบุคลากรสุขภาพและแกนนำสุขภาพชุมชนในพื้นที่ (gate keeper) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 คน ผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน และผู้นำชุมชน 8 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 39 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึงเดือนธันวาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้ด้านแนวคิด ทฤษฎีและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก 3) แบบบันทึกการสังเกตและ 4) แนวทางการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้ป่วยนอนติดบ้านติดเตียง แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขการส่งเสริมสนับสนุนให้ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมถึงข้อจำกัดในการดูแล โดยแนวคำถามได้ผ่านการเห็นชอบจากทีมวิจัย ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมแล้ว และมีการปรับแนวคำถามที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่น่าสนใจมีความสำคัญเกี่ยวเนื่องที่สามารถนำมาอธิบายความหมายและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษา¹⁴ หลังการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละสัปดาห์ 3) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง และสมุดบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยขอนแก่น เสนอต่อนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้นำชุมชนขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่

2) ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยเคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล ไม่เปิดเผยชื่อ คำนึงถึงประโยชน์และความเท่าเทียมในการเข้าร่วมการวิจัย

3) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง ธันวาคม 2566 โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เช่น กิจกรรม Big cleaning day โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การสัมภาษณ์เชิงลึกใช้เวลา 45-60 นาที อย่างน้อย 2 ครั้งต่อรายในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแล จนได้ข้อมูลอิ่มตัว คือ ได้ข้อมูลซ้ำ ๆ เดิม ไม่พบข้อมูลที่ผิดขึ้นใหม่ และมีความเพียงพอของข้อมูล สามารถสรุปประเด็นที่น่าสนใจของการศึกษา นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพระดับตำบล 14 คน จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 3-6 คน

กลุ่มเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 8 คน จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 4 คน เพื่อเป็นการเพิ่มเติมและยืนยันข้อมูล รวมถึงศึกษาข้อมูลจากเอกสารของพื้นที่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามรายงาน Belmont และ GCP in Social and Behavioral Research เลขที่ HE662142 รับรองวันที่ 26 กรกฎาคม 2566-25 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนกระบวนการวิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขณะสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูล แสดงสีหน้าหรือความรู้สึกไม่สบายใจ สะท้อนใจ ร้องไห้ ผู้วิจัยจะหยุดถามคำถาม และให้โอกาสผู้ให้ข้อมูลได้พูดถึงความคิด ความรู้สึก หากผู้ให้ข้อมูลต้องการ แหล่งช่วยเหลือ ผู้วิจัยจะดำเนินการส่งต่อและยินดีต่อการสัมภาษณ์ การศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผู้ให้ข้อมูลแสดงออก ถึงความรู้สึกสะเทือนใจ ร้องไห้ ขณะให้ข้อมูล มีเพียงน้ำเสียงเครือ น้ำตาคลอจากความรู้สึกซาบซึ้งใจของผู้ป่วย ที่มีต่อผู้ดูแล หรือความสงสารเห็นใจผู้ป่วยของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นักวิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยใช้แนวทางการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อแยกให้เห็นองค์ประกอบทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูล จำแนกประเภทของปรากฏการณ์ วิเคราะห์ ตีความ จำแนกประเด็นที่โดดเด่น ประเด็นย่อย¹⁵ เกี่ยวกับความคิดความเชื่อต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามวัฒนธรรมอีสาน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของงานวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล เริ่มตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนถึงขั้นของการวิเคราะห์ข้อมูล¹⁶ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูล (data triangulation) เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการตรวจสอบข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันตามช่วงเวลา (time) สถานที่ (space) และบุคคล (person)¹⁷ หลังจากเข้าศึกษาข้อมูลในพื้นที่ เป็นเวลา 6 เดือน (prolonged engagement) ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยมีการสร้างความน่าเชื่อถือได้ให้กับงานวิจัย ด้วยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยวางแผนและดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัย มีการถอดเทป แบบคำต่อคำ และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์ โดยการฟังเทปซ้ำ ร่วมอภิปรายกับอาจารย์ที่ปรึกษา (peer debriefing) ทุกสัปดาห์ และผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) จากการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยแต่ละครั้งกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบและยืนยันความถูกต้อง ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยไม่นำความรู้สึกและประสบการณ์เดิมมาเกี่ยวข้อง ส่วนการยืนยันผล (confirmability) ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวน ตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติเกี่ยวกับเรื่องความคิดความเชื่อต่อบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงตามวัฒนธรรมอีสาน และพยายามไม่นำความคิดเห็นมาตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว ดำเนินการทำตามขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้กำหนดไว้¹⁸

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ในจำนวนผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 7 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 5 คน สถานภาพสมรสคู่ทั้งหมด เพศชาย 2 คน มีสถานภาพสมรสคู่ 1 คน หย่าร้าง 1 คน มีอายุน้อยสุด 55 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี อายุโดยเฉลี่ย 67 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke survivor: SS)

ข้อมูล	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ระยะเวลา ที่ป่วย (ปี)	โรค ประจำตัว	รายได้หลัก	รายได้ ครอบครัว (บาท/ปี)	สุขภาพ ปัจจุบัน (ADL)
SS01	หญิง	55	ป.4	คู่	4	DM, HT	ลูกชาย	50,000	แข็งแรง (20)
SS02	หญิง	75	ป.4	คู่	3	HT	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง (20)
SS03	หญิง	62	ป.4	คู่	2	DM, HT	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง (20)
SS04	ชาย	59	ม.3	หม้าย	2	ไม่เคย ตรวจ	พิการ	50,000	พิการ ข้อมือ ขา (17)
SS05	ชาย	62	ป.4	คู่	3	HT ไขมันสูง	เกษตรกรรม รับจ้าง สูงอายุ	50,000	แข็งแรง (20)
SS06	หญิง	83	ป.4	คู่	10	DM, HT	สูงอายุ พิการ ลูก	20,000	ติดเตียง (0)
SS07	หญิง	75	ป.4	คู่	2	ไม่มี	สูงอายุ ลูก หลาน	50,000	แข็งแรง (20)

สำหรับผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน เป็นผู้ป่วยเพศหญิง 7 คน สถานภาพสมรสคู่ 6 คน เป็นหม้าย 1 คน เพศชาย 3 คน มีสถานภาพสมรสคู่ ทั้ง 3 คน มีอายุตั้งแต่ 50 ปี และอายุมากที่สุด 83 ปี ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวจะมีคุณลักษณะที่แตกต่างกันไปในแต่ละบทบาท ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดา 2 คน 2) ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสภรรยาดูแลสามี 3 คน 3) ผู้ดูแลที่เป็นสามีดูแลภรรยา 1 คน 4) ผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาวดูแลมารดา 2 คน และ 5) ผู้ดูแลที่เป็นพี่หรือน้อง 2 คน ดังตารางที่ 2 นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มผู้บริหารขององค์กรบริหารส่วนตำบล 4 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล 4 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregivers: CG) 10 คน รวมเป็น 39 คน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver: FCG)

ข้อมูล	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพสมรส	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	โรคประจำตัว	รายได้หลัก	รายได้ครอบครัว (บาท/ปี)	สุขภาพปัจจุบัน
FCG01	หญิง	64	ป.4	คู่	ภรรยา	4	DM, HT ไขมันสูง	เกษตรกร สูงอายุ	50,000	แข็งแรง
FCG02	หญิง	60	ป.4	คู่	ภรรยา	2	ไม่มี	ไม่ได้ทำงาน ได้จากลูก	50,000	แข็งแรง
FCG03	ชาย	83	ป.4	คู่	บิดา	2	ไม่มี	ผู้สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง
FCG04	หญิง	58	ม.3	คู่	น้องสาว	0.6	HT	เกษตรกร น้องสาว	50,000	แข็งแรง
FCG05	ชาย	48	ป.6	คู่	สามี	3	DM, HT ไขมันสูง	เกษตรกร รับจ้าง	50,000	แข็งแรง
FCG06	หญิง	82	ป.4	หม้าย	มารดา	3	DM, HT	สูงอายุ ลูก	50,000	แข็งแรง
FCG07	หญิง	57	ป.6	คู่	บุตรสาว	10	HT	เกษตรกร น้อง	50,000	แข็งแรง
FCG08	ชาย	61	ป.4	คู่	พี่ชาย	6	ไม่มี	เกษตรกร รับจ้าง	50,000	แข็งแรง
FCG09	หญิง	50	ม.6	คู่	บุตรสาว	12	ไม่มี	เกษตรกร รับจ้าง	70,000	แข็งแรง
FCG10	หญิง	65	ป.4	คู่	ภรรยา	3	ไม่มี	เกษตรกร	20,000	แข็งแรง

ผลการวิจัยสรุปประเด็นได้ ดังนี้ (1) ความคิดความเชื่อในการให้ความหมาย ได้แก่ 1.1) คือบทบาทหน้าที่ของครอบครัว 1.2) คือสายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ตัดไม่ขาด 1.3) เป็นความสงสาร (เหลือใจ) และ 1.4) คือการทำบุญ ส่วนประเด็นที่ (2) การรับมือต่อปัญหาในฐานะผู้ดูแล พบ 3 ด้าน คือ 2.1) ทำใจ 2.2) มีความหวัง และ 2.3) สร้างความสมดุล และประเด็นที่ (3) การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาที่เผชิญ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 3.1) พึ่งตนเอง 3.2) แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ รายละเอียดดังนี้

1. ความคิดความเชื่อ การให้ความหมาย ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จัดเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม รายละเอียด ดังนี้

1.1 บทบาทหน้าที่ของครอบครัว การทำตามบทบาทหน้าที่ที่ดีของการเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความรับผิดชอบ เสียสละ ท่วมเท กตัญญู เป็นความรับผิดชอบ เป็นการทำบุญ ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา ที่ต้องดูแลลูกชาย แม้ว่าจะแต่งงานมีครอบครัวของตัวเองแล้ว แต่เมื่อเลิกกันและไม่ได้ผูกพันกันมาก ภรรยาและลูกไม่ดูแล ก็ต้องมาอยู่กับบิดา หรือ มารดา เป็นผู้ดูแลจนกว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจะเสียชีวิตก่อน หรือตายจาก นอกจากนี้ ยังมีบุตรสาวที่ต้องดูแลมารดา ป่วยเรื้อรังนอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดบ้านติดเตียง เป็นเวลา 10 ปี ด้วยความเชื่อในเรื่องบทบาทหน้าที่ของลูกที่ดี การตอบแทนพระคุณ ความรักความสงสารเห็นอกเห็นใจ ให้ความสำคัญมาก ไม่อยากให้มารดาได้รับความทุกข์ทรมาน หรือความไม่สุขสบายจากการเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำพูด “พ่อแม่นี้สิจึงได้ขึ้นบ่เลี้ยงหม่นบ่สิ้นนะ กะสิเลี้ยงลูกสิ้นตัว เป็นพ่อ พ่อกะเฒ่า ๆ แม่กะเฒ่า ๆ จึงซี้ละเนาะลูกเนาะ จักว่าสิเฮ็ดจังได้..พอนั้นละเป็นผู้โงมเป็นผู้เฮ็ดอยู่เนี่ย แม่กะเป็นผู้ทำอาหารให้กิน.....สิเฮ็ดจัง กะสิได้เลี้ยงสิ้นตัวลูกเนาะ เลี้ยงกะจังได้คนมันตายเป็นกะจังฮอดมือพุ่นแหลว หม่นบ่สิ้น กะสิเฮ็ดจังสิ้นตัวจังสิได้ มันไปไสบ่รอด” (ผู้ดูแลเป็นบิดา อายุ 83 ปี ดูแลลูกชาย อายุ 50 ปีหลังผ่าตัดสมองพูดสื่อสารไม่ได้ ส่งเสียงอ้อ ๆ อ้า ๆ เอ้อ ๆ อยู่ติดเตียง ลูกนั่งได้ เดินเองไม่ได้เคลื่อนย้ายต้องอุ้มและใส่รถเข็น)

“ไอ้วเก็บบ่ป็นะกว่าจะกินเองได้กว่าเขาจะนั่งได้พิงเก้าอี้ก็เลยนั่งป้อนมาได้เรื่อย ๆ ที่นี้บอกลองกินเองเขาก็ค่อยสู้ของเขาเก็บบ่หรือปกว่านี้แหละถึงกินเองได้” (ภรรยาที่ดูแลสามีติดบ้านติดเตียง)

1.2 สายสัมพันธ์หรือสายแนนของครอบครัวที่ทิ้งไม่ได้ตัดไม่ขาด โดยส่วนมากจะสื่อถึงความรัก ความผูกพัน การเป็นคู่ครอง คู่ชีวิตกันมา มีวาสนาต่อกันตั้งแต่ชาติก่อน มีสายใยความผูกพันต่อเนื่องกันมาความห่วงใยเอาใจใส่ เป็นสายเลือดเดียวกัน ที่มีความเชื่อมโยงกันในครอบครัวตามความเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาให้มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นความผูกพันในครอบครัวที่มีความเกี่ยวโยงกันระหว่าง สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง หรือเครือญาติกัน ล้วนถูกกำหนดมาแล้วทั้งสิ้น ในบริบทของผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือมารดาดูแลบุตร ด้วยความรู้สึถึงความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยเอาใจใส่ ปลอ่ยทิ้งไม่ได้ (ถื้มบ่ได้) สงสาร ดูแลกันจนตายจาก เพราะมีความเชื่อว่า เป็นบุญเป็นกรรมที่ได้อยู่ร่วมกันมานานหลายปี จึงดูแลด้วยความรัก ความเอาใจใส่ ทุ่มเท เสียสละ ความเป็นพี่น้องกัน สายเลือดเดียวกัน ตัดไม่ขาดทิ้งไม่ได้ ถ้าไม่ดูแลกันก็ไม่มีใครดูแล

ตัวอย่างคำพูด “มันอยู่น่ากันแต่ได้แล้วจังได้...ปาด...(เสียงสูง ลากเสียงยาว) เบ็งคักเบ็งแหน อีหลี เบ็งแล้วกะบ่มีคนไปเปลี่ยน..บ่แม่นว่าโพดเค้ คั่นบ่แม่นว่าสองเดือน มื้อเว้นมื้อมื่อเว้นมื่อ บาดนี้กะมาเว้นเป็นอาทิตย์ ออกจากมื่อเว้นมื่อเป็นเดือน หลังจากนั้นกะมาห่างเป็นอาทิตย์” (สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบทบาทเป็นภรรยาดูแลสามี ภรรยาสูงอายุ ดูแลสามีสูงอายุ ป่วยเป็นหลอดเลือดสมองมา 4 ปี สภาพเริ่มป่วยนอนติดเตียงอ่อนแรงครึ่งซีกทรงตัวไม่ได้ พูดสื่อสารไม่ได้ ส่งเสียงอ้อ ออ กินอาหารเองไม่ได้ ใส่สายให้อาหารทางจมูก ต้องพึ่งพาการดูแลทั้งหมด ดูแลความสะอาดร่างกาย ทำกายภาพบำบัด ดูแลให้ได้รับประทานยา พาไปพบแพทย์แผนปัจจุบันตามนัดอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับใช้แพทย์ทางเลือก การนวด การขอขมาผีบรรพบุรุษ อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ ปัจจุบันพยายามช่วยตัวเอง ลูกเดินจับราวรอบเตียง รับประทานอาหารเองที่ถูกจัดเตรียมไว้ให้ แสดงออกทางอารมณ์ได้เหมาะสมอารมณ์ดี)

“ในใจนี้ คือ อ้อเราก็คือเป็นมาด้วยกันตอนที่ชาติ ๆ เขาก็ทำงานเราอยู่บ้านแต่ว่าเขาเป็นเราก็คือต้องดูแลเราปลอ่ยทิ้งไม่ได้เราสงสารคิดว่ายังงี้ก็อยู่ด้วยกันมาเราจะทิ้งกันไม่ได้ ทิ้งได้ใจผัวมีแผลผ่าแผลเย็บยาวแผลเย็บแม็ก 46 ตัว พอกลับบ้านก็ดูแลทุกอย่างต้มข้าวต้ม ไม่ได้หลับไม่ม่เวลาพักผ่อน” (ภรรยาที่ดูแลสามีป่วยเป็นหลอดเลือดสมอง 2 ปี หลังผ่าเอาเลือดคั่งออกเริ่มแรกรนอนติดเตียง พูดสื่อสารไม่ได้ ต้องช่วยเหลือกิจกรรมทุกอย่าง อาหารต้องป้อน ภรรยาทำกายภาพบำบัดให้ทุกวัน ร่วมกับการรักษาอื่น ๆ ทั้งฝังเข็ม ฝังยาจีน ฝังยาสมุนไพรนวด ปัจจุบันอาการดีขึ้น เริ่มพุงหัดเดิน ไข้ไม่เท่า แสดงอารมณ์ทางสีหน้าได้เหมาะสมอารมณ์ดี การฟื้นตัวเร็ว)

“กะเป็นน้องนี้ละเนาะ กะว่าเป็นน้องเป็นสายเลือดเดียวกันนี้แหลว...มันกะทิ้งกันบ่ได้เนาะ พ่อแม่ตายมาสิเป็นสิบกว่าปีแล้ว ที่แรกกะอยู่พุ่นกะอยู่กับพี่ชายนี้ละ พี่ชายตายกะเลยมาอยู่เนี่ย.... มันยากลำบากยามมาส่งข้าวส่งน้ำ ยามฝนตกไปจั่งสิ้นแหลว กะได้เฮ็ดนั่นเฮ็ดนี้ เสื้อผ้ากะได้มาซักให้ เพราะซักเองบ่ทันได้” (พี่ชายที่ดูแลน้องชาย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงข้างซ้าย พูดคุยพอรู้เรื่อง แต่ช้า ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กินข้าวได้เอง เข้าห้องน้ำเอง แต่การทรงตัวไม่ดี แขนขาอ่อนแรง สวมเสื้อผ้าได้เอง พี่ชายซักเสื้อผ้าให้

ทำอาหารส่งอาหารให้ ผู้ป่วยพักอยู่บ้านสวนพี่ชาย ซึ่งเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง พื้นเป็นดิน เตียนนอนผู้ป่วย อยู่ใต้ถุนบ้านบนดิน เป็นเตียงไม้ไม่มีที่กัน ขนาดประมาณ 3x5 ฟุต เวลานอนจะกางมุ้ง มีห้องน้ำอยู่ใต้ถุนบ้าน โถสุขภัณฑ์เป็นแบบนั่งยอง)

1.3 เป็นความสงสาร (เหลือโตน) สื่อความหมายถึงความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย สงสาร ไม่อยากให้เสียใจไม่อยากเห็นความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของผู้ป่วย (ทนดูไม่ได้) ปล่อยทิ้งไม่ได้ ทั้งกันไม่ได้ (ลืมไปได้) รวมถึงสื่อความคิดความเชื่อในการดูแลว่าเป็นการทำบุญ มีความเต็มใจในการกลายมาเป็นผู้ดูแลด้วยความเชื่อว่าจะได้เป็นการทำบุญ ทำบุญโดยการดูแลบุพการี ดูแลคุ้มครองของตน

“กะคิดว่าเฮาจะต้องดูแลกะ มันบ่มีผู้ดูแลน้า...เพราะว่าลาวเป็นแม่เฮาต้องดูแลลาวแหมกะ เฮาอยากให้ลาวเฮากะเลยต้องดูแลแหมกะ..เหลือโตน เหลือโตนมันต้องดูแลมันเป็นหน้าที่น๊ะ กะบ่อยาก ให้เลาเป็นหยิ่งน๊ะ กะต้องดูแลเลาตัว...มันคือหน้าที่แหมกะ มันต้องเฮ็ดแหมกะ มีหน้าที่กะต้องทำให้มันดี มันกะคือหน้าที่แหมกะ มันสิทิ้งได้จั่งได้ละ” (บุตรสาวดูแลมารดาป่วย 12 ปี ก่อนเป็นหลอดเลือดสมองมีภาวะ ต้อหินที่ตา ลูกสาวดูแลมาตลอด มีความรักความผูกพันในครอบครัวดี เมื่อมารดาเจ็บป่วย มีพี่สาวมาช่วยดูแล พี่ที่อยู่ต่างจังหวัดส่งเงินมาช่วย นำอาหารเสริมมาให้บำรุงมารดา ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว)

“ฮักพ่อฮักแม่กะเหลือโตนเพิ่นย่านเพิ่นเสียใจ” (บุตรสาวดูแลมารดาป่วยมา 10 ปี นอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 3 ปี)

1.4 คือการทำบุญ มีความเชื่อว่าการได้ทำหน้าที่บิณฑบาตผู้ดูแลผู้ป่วย ตนเองได้ทำด้วยความเต็มใจเสียสละร่างกาย แรงใจ สละเวลา และเสียโอกาสในการเข้าสังคม เป็นการสร้างคุณงามความดี เป็น การทำบุญ เพื่อให้เกิดสิ่งที่ดี ๆ ในชีวิตจากผลของการทำบุญ

ตัวอย่างคำพูด “กะถือว่าเป็นการทำบุญที่เฮาได้ดูแลพ่อแม่” (บุตรสาว อายุ 57 ปี ดูแลมารดา อายุ 83 ปี ป่วยติดเตียง)

“กะว่าบุญมีกะว่ามีบุญตัว คือจั่งทำบุญไว้ตัว กะคิดว่าจั่งซี ไปสื่อนี้ ยายนี้ไปเฮ็ดบุญนี้ไปตลอด ไปวัดไปหยั่งนี้ไปจำวัดทุกวัด ว่าแต่เพิ่นเป็นงาน ไปอยู่เทื่อละ 7 คืน เทื่อละ 5 คืน 3 คืน ไปวัดบ้านไผ่หลวงปู่... นี้ไปทุกปี กะคิดอยู่ว่าเป็นอย่างบุญ บุญเฮ็ดสร้างมาดีเพิ่นได้ดูแลได้เบิ่ง กะว่าจั่งซีแหลว” (ผู้ป่วยหญิง อายุ 75 ปีได้รับการดูแลจากสามีและบุตรสาว)

“มันภูมิใจตัวเองที่ดูแลแก่ได้ เพราะไม่มีใครมาช่วยเหลือ แล้วก็คิดว่าทำบุญไปในตัว ถ้าเราทำ บาบมันก็กรรมของเราด้วย” (ภรรยาที่ดูแลสามีหลังผ่าตัดสมอง นอนติดเตียง พุดไม่ได้ ค่อย ๆ ฟื้นตัวดีขึ้นจน ช่วยตัวเองได้บ้าง ใช้เวลานาน 1 ปี)

2. การรับมือกับปัญหาในฐานะผู้ดูแล เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ที่มีสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วยอย่างกะทันหัน ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยก็จะทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก บางครอบครัวมีสมาชิกหลายคนก็ได้รับการช่วยเหลือในหลายด้าน บางครอบครัวก็ต้องพึ่งตนเอง ประเด็นที่พบในครอบครัวที่ใช้รับมือ เมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ ได้แก่ การทำใจ การมีความหวัง และการสร้างความสมดุล รายละเอียด ดังนี้

2.1 การทำใจ เมื่อเจอสภาวะวิกฤต ในที่สุดเมื่อคิดถึงคำสอนตามการรับรู้ในหลักธรรมของศาสนา พุทธก็พยายามทำความเข้าใจว่าไม่มีวิกฤตใดที่คงอยู่ตลอดไป และผู้คนส่วนมากก็สามารถเอาชนะวิกฤตได้ วิกฤตเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต และเป็นโอกาสอันยิ่งใหญ่ในการเรียนรู้และเติบโต ไม่มีความสุข หรือความทุกข์ที่ จีรังยั่งยืน ทุกอย่างมีเกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ดังนั้น จึงเกิดการยอมรับกับสภาพที่ต้องเผชิญและพยายามทำ ตามบทบาทหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด

ตัวอย่างคำพูด “หื้อเฉย ๆ นะคล้าย ๆ ว่าเราให้ใจเค้าก็หายใจบางครั้งก็มีด่าเราบ้างนะเรา เลยบอกอย่าบ่บักก็ตายคล้ายก็รอดเราพูดหยอกเค้าอะนะแกก็ข้าแต่ก็เอื้อดูแลกันดี ๆ ไป...คนทุกข์กว่าเราก็

มีอะบางคนที่ไม่มีบ้านจะอยู่ใช้ไหมเราก็พอมืออยู่เราก็อยู่ไปเราก็พอมือกินเก็บผักไปเราก็คิดแบบนี้จะคิดแบบปลงแล้วอะนะ...ปลงเพราะว่ามันรอดตายคนเรามันไม่แน่นอนไม่อนใช้ไหมคุณหมอเลยปลงก็ไม่ว่าจะไปเรียกร้องอะไรเราก็ไม่ว่าจะตายวันไหน” (ภรรยาคุณแลสาม)

“กะคิดว่าเจ้าของ คั้นไปจิ้งจิกกะคานนี้กะเป็นแล้ว ๆ ไป แต่ว่าคั้นไปกินไปทานแล้วกะแล้วสมมุติบุญมีงาน จิ้งจิก ลังเทอมมีคนตาย ทำบุญในบ้าน คั้นบ่แล้วลาวลึงเทือเฮาซักร้านออกไปทางมันไปยากจิ้งจิกกะฝากเพิ่น เฮากะบ่ได้ไป แม่นฉั่นกะบ่ซีเรียส” (เมื่อภรรยาที่คุณแลสามไม่ได้ไปร่วมกิจกรรมสังคม)

2.2 การมีความหวัง เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต จะได้รับผลกระทบต่องาน หรือสิ่งเร้าที่ทำให้บุคคลอ่อนล้า หดพลัง สิ่งที่จะช่วยให้บุคคลฟื้นฟูความมีพลังหรือกำลังใจในการคิดแก้ปัญหาส่วนหนึ่งคือ การมีความหวังเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดจุดเปลี่ยน จุดที่สิ่งต่าง ๆ สามารถขึ้นหรือลงได้ ความหวัง ทำให้ผู้ที่มีความเข้มแข็งในการหลุดพ้นจากวิกฤตนี้ เพราะความหวังนำไปสู่การลงมือทำ ในทางกลับกัน ความสิ้นหวังมีความหมายเหมือนกันกับการยอมแพ้

“บ่ให้เป็นนียัง มีอันได้กะหากินอันนั้น กะว่าจิ้งนี้ละ ให้น่ากะให้ 7-8 ไฮ พี่เขยอยู่กรุงเทพกะดูแลอยู่ แม่มีอยู่ พี่มีอยู่บ่ต้องไปคิดหยั่ง ลือยากตายเฮ็ดหยั่ง ตายมันสิได้กินนียัง” (มารดา อายุ 82 ปี พุดลอบใจบุตรชาย อายุ 62 ปี ที่มีความคิดอยากตาย)

2.3 การสร้างสมดุล เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะวิกฤตในครอบครัวผู้ดูแลหลักต้องทำบทบาทหน้าที่หลายอย่างในขณะเดียวกัน ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งร่างกายและจิตใจ เมื่อเวลาผ่านไปก็จะเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับตัว และเยียวยาจิตใจของตนเอง เพื่อให้คงอยู่ในสถานะที่ไม่เป็นทุกข์ หาวิธีการผ่อนคลายให้กับตนเอง

“ยามเครียดอะติ ยามเครียด ออกมาข้างนอกจิ้งจิกละ ออกมาอยู่กับม้อนกับไหม เบิ่งโทรสับเล่นแทน กะเข้าไป...ยามลาวเว่วยากๆเว่วย่าเข้าใจ กะฮ้ายแทนนิดหน่อย กะออกมาเล่น แต่ส่วนมากสิเป็นยามกลางคืน ยามกลางคืนหยั่งจะตีสาวสิว่าลาวนั้ง ลาวสิว่าลาวย่าง ทั้ง ๆ ที่ลาวนอนอยู่ ลาวกะสิว่า เนี่ยมาเอาแม่มนอนกะมะ แม่นอน แม่นั่ง แม่นั่ง แม่นั่ง คือกะเพิ่นสิมเพิ่นหลงเพิ่นเบลอ แม่ฟังซ้อยเด้อ ตั้งสติ ๆ เดี่ยวนี้เจ้านอน เจ้าหม่ำ บ่แม่น ๆ ภู่นั่ง ๆ ลาวว่า”

“บ่เป็นกังวล (ตอบอย่างมั่นใจ เสียงสูง) หมอว่า ปวด แม่คืออารมณ์ดีแะ อ้าว มันได้เกิดกับแล้วเนาะ กะบ่ซีเรียสแล้วมันได้เกิดกับแล้วเนาะ มีแต่ฉั่นอยากหัว กะว่าอยู่ยากันดี ๆ มีแต่อยากหัวละ (หัวเราะ) เลี้ยวจิ้งจิก บ่ดีกว่าจะเป็นจิ้งจิกเนาะอยู่ยากันลาวบ่มีอาการ”

3. การหาแหล่งประโยชน์ช่วยแก้ไขปัญหาคะเผชิญ ผู้ดูแลในครอบครัว นอกจากจะต้องยอมรับตอบสนองต่อการเผชิญความทุกข์ ภาวะวิกฤตของครอบครัว เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงแล้ว ต้องมีการปรับตัว ปรับแนวคิด เพื่อให้คงสภาวะความสมดุลของการใช้ชีวิตในครอบครัว ซึ่งต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนทั้งทางด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และด้านจิตใจ ด้วยวิธีการ ดังนี้

3.1 พึ่งตนเอง พบว่า ในด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นมีอาการผู้ดูแลจะพึ่งตนเอง ตั้งแต่การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถตนเองหรือการจ้างเหมา ขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลก็ไปเยี่ยม ฝาก ดูแลเอง ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลก็ใช้เงินเก็บออมที่มีอยู่ ขายสินทรัพย์บางส่วน เช่น ทองรูปพรรณ โครเกอร์ ผลิตทางการเกษตร ข้าว มันสำปะหลัง เป็นต้น อาหารสำหรับผู้ป่วยก็จัดเตรียมตามธรรมชาติที่มีในหมู่บ้าน มีผัก มีปลาเป็นส่วนใหญ่

ตัวอย่างคำพูด “ค่าใช้จ่ายได้จากเงินสูงวัยกะ 600 กะพิกการนำ เท่งพ่อเท่งแม่ กะขายข้าวควายเม็ดคอกนึ่ง ควายหก เจ็ดโต เกลี้ยง” (ภรรยา อายุ 64 ปี คุณแลสาม 3 ปี)

“เสียค่ากินค่าอยู่ ช่วงแรกแกลกินข้าวไม่ได้ก็ไปซื้อน้ำผลไม้มาให้ พวกน้ำองุ่น แอปเปิ้ล น้ำผักผลไม้ ให้กินอย่างเดียวทีละ 200-300 มาอัดใส่ตู้เย็น แกลกินข้าวได้นิดหน่อยก็เลยเอาพวกนี้มาเสริมให้ เราก็พอมีอยู่เราก็อยุไป เราก็พอมีกิน เก็บผักไปเราก็คิดแบบนี้ละ...ตอนที่เขาทำงานมีเงินเก็บมีทองก็เลยขาย เอาออกมาใช้หมด ชายหมด” (ภรรยา อายุ 60 ปี ดูแลสามี 2 ปี)

3.2 แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ นอกจากผู้ดูแลและพึ่งตนเองแล้ว ยังแสวงหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวม ที่ได้รับรู้และพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับผู้ป่วย ในส่วนของสถานบริการภาครัฐได้รับการสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ ผู้พิการ ของใช้จำเป็น (ผ้าอ้อมอนามัย) จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) การติดตามเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อสม. และซีจีในการดูแลความสะอาดร่างกาย บ้านเรือน การนัดพ่อนคลาย และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ ในส่วนญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หน่วยงานบริการภาครัฐ และสิ่งเหนือธรรมชาติตามความเชื่อ ได้แก่ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร ใช้น้ำมันกดนวด การนวดกล้ามเนื้อพ่อนคลาย การรับประทานอาหารเสริม การขอหมากับผีบรรพบุรุษ ผีปอบ การแสวงหาที่พึ่งทางใจ เช่น การสวดมนต์ การไปหาหมอ

ตัวอย่างคำพูด “ลาวตั้งออก (สายให้อาหารทางจมูก) โอ๊ะซึ่งซึ่งกะเลยพอกินได้ทีแรกกะใส่ขวดนมให้ดูดเลยดูดคือเด็กน้อยดูดไปๆเขาบาดหนิลาวบ่มีเลยหุงข้าวเหลวมาใส่เป็นของรสไกรสหมูกะไปซื้ออยู่ตลาดเงินเดือนลาวบ่พอดอกอัน 600 นะเด็กน้อยกะเอาไปละ” (น้องสาวอายุ 58 ปี ดูแลพี่ชายที่นอนติดเตียง)

“เว้าจั่งซี่ละ สมมติว่าหะแปดพ่อลาวแม่ลาวเนาะ (บิดามารดาที่เสียชีวิตแล้วเป็นสาเหตุในการป่วย) กะหาเพื่อนันกะให้ลูกเต้า ส่วงเขาสะเค้อมีแต่เว้าจั่งซี่....กะเว้าไปซื้อ ๆ นีละ กะแบบว่าอียังเป็นทางใจเว้าไปซื้อ ๆ แห่ว บ่มีแนวสิรักษาเหมเนาะ บาดนี้ลาวคีนมาแล้ว สติมาแล้วเดะ เว้าบ่ได้ หัดเว้า” (เป็นการบอกกล่าวผีบรรพบุรุษด้วยวาจา เพื่อขอขมา)

อภิปรายผลการวิจัย

ข้อค้นพบของการวิจัยนี้ ให้ผลชัดเจนถึงสภาพการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในหลากหลายมุมมอง ในบริบทสังคมอีสาน ซึ่งย้ำให้เห็นคุณค่าทางวัฒนธรรม พลวัตของครอบครัว และความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่เป็นปัจจัยเงื่อนไข ตามประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ดังนั้น การอภิปรายผลการวิจัยจึงขอนำเสนอตามแก่นความคิดที่ได้ คือ ความหมายของการดูแล การรับมือกับความท้าทายในการดูแล และการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวมี ดังนี้

1. ความหมายของการดูแล

1.1 การดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นบทบาทและหน้าที่ของครอบครัว สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความคิดความเชื่อความคาดหวังทางวัฒนธรรมในสังคมไทย-อีสาน ที่ว่าการดูแลถือเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวเป็นหลัก โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิด สังคมไทย และอีสานให้ความสำคัญกับความกตัญญูเป็นอย่างมาก โดยการดูแลผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยถือเป็นหน้าที่ตามธรรมชาติซึ่งสอดคล้องกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมของเอเชียอื่น ๆ ซึ่งยึดถือครอบครัวเป็นแหล่งพุ่มพิทักษ์ให้ความรู้สึกปลอดภัยทางสังคม^{19,20}

1.2 การดูแลในฐานะมีความผูกพัน มีความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงภายในครอบครัว ผู้ดูแลเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษาความผูกพันในครอบครัวที่แน่นแฟ้น โดยมองว่าการดูแลไม่เพียงแต่เป็นความรับผิดชอบเท่านั้น แต่ยังเป็นส่วนที่แท้จริงของความสัมพันธ์ในครอบครัวอีกด้วย การเชื่อมต่อนี้

ถูกมองว่าไม่มีวันแตกหักถูกทำลาย และการดูแลเอาใจใส่จะกลายเป็นวิธีแสดงความรัก กตัญญู และความใกล้ชิดทางอารมณ์ภายในหน่วยครอบครัว²¹

1.3 การดูแลเป็นการแสดงความรักความเห็นอกเห็นใจ (เหลือโตน) ผลการค้นพบนี้ สอดคล้องกับหลักพุทธศาสนา "เหลือโตน" ซึ่งเป็นแนวคิดที่แสดงถึงพันธสัญญาทางศีลธรรมที่จะแสดง ซึ่งสิ่งที่สังคมคาดหวัง ความเห็นอกเห็นใจและความเมตตาต่อผู้อื่น โดยเฉพาะผู้เป็นบุพการี การดูแลในแง่นี้กลายเป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจทางศีลธรรม โดยที่ผู้ดูแลแสดงความเห็นอกเห็นใจอย่างไม่มีเงื่อนไขต่อผู้ป่วย แม้จะต้องเผชิญกับการเสียสละส่วนตัวก็ตาม คุณค่าทางวัฒนธรรมนี้ อาจช่วยเสริมสร้างความมุ่งมั่นของผู้ดูแล แม้ว่าพวกเขาจะเผชิญความยากลำบากที่ท้าทายก็ตาม²²

1.4 การดูแล คือการทำบุญสร้างกุศลในชีวิต เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำบุญ: ผู้ดูแลหลายคนแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นวิธีการทำบุญในบริบทไทย-อีสาน พุทธการทำบุญด้วยการเลี้ยงดูถือเป็นวิธีสะสมกรรมดี ความเชื่อในเรื่องรางวัลทางจิตวิญญาณของการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลค้นพบความหมายที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นในบทบาทของตน ซึ่งอาจช่วยลดภาระทางอารมณ์และจิตใจของการดูแลได้^{22,23}

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ความหมายของการดูแลในบริบทสังคมอีสาน ประเทศไทยเป็นการผสมผสานระหว่างหน้าที่ การเชื่อมโยงทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และจิตวิญญาณ ค่านิยมเหล่านี้ไม่เพียงแต่กำหนดวิธีการดูแลเท่านั้น แต่ยังมียุทธวิธีต่อแรงจูงใจเบื้องหลังการดูแลอีกด้วย

2. การรับมือกับความท้าทายในการดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยพึ่งพา นับเป็นภาระต่อผู้ดูแลที่บ้าน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวใช้กลยุทธ์การรับมือต่อปัญหา ด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

2.1 “ทำใจ” (ยอมรับสถานการณ์ที่ไม่น่าอภิมรณ โดยไม่คิดกังวลต่อเรื่องที่เกิดขึ้นมากเกินไป) การ “ทำใจ” นี้ เป็นวิธีการรับมือที่มีความเฉพาะตนของสังคมไทยแนวคิดไทยอันเป็นเอกลักษณ์ที่ หมายถึงการยอมรับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ โดยไม่กังวลหรือวิตกกังวลจนเกินไป กลยุทธ์การรับมือนี้ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับจิตใจให้เข้าใจความจริงที่เกิดขึ้นได้ โดยไม่ปล่อยให้ความเครียดครอบงำพวกเขา การยอมรับข้อจำกัดเป็นวิถีปฏิบัติตาม และท้าทายในการดูแลนี้ ผู้ดูแลระบุว่า ให้มุ่งความสนใจไปที่ปัจจุบันและรักษาความมั่นคงทางอารมณ์ไว้ ซึ่งแนวคิด “ทำใจ” นี้ ได้รับอิทธิพลคำสอนจากคำสอนทางพุทธศาสนา มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับคำสอนทางพุทธศาสนาที่ส่งเสริมให้คนมีสติและการไม่ยึดติดกับอดีตที่ผ่านมา²⁴

2.2 อยู่กับ “ความหวัง” ใช้ความหวังหล่อเลี้ยงใจ ผู้ดูแลและครอบครัว กล่าวถึงความสำคัญของการรักษาความหวังไว้ว่า “เป็นการสร้างความหวังว่า ผู้ป่วยพึ่งพา สามารถช่วยตนเองได้สักวัน มีการพึ่งพา มีศรัทธาว่าในอนาคตจะมีสภาพที่ดีขึ้น กลวิธีนี้ช่วยเป็นเกราะป้องกันทางจิตวิทยาต่อความสิ้นหวัง การรักษาความหวังสอดคล้องกับความเชื่อทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่ว่าสิ่งต่าง ๆ จะดีขึ้นในที่สุด แม้จะเผชิญกับความท้าทายที่สำคัญก็ตาม เป็นการมองโลกในแง่ดีบวก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการที่ครอบครัวต้องทุ่มแรงกายแรงใจอย่างมากในการรักษาสภาพความพยายาม เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

2.3 การสร้างสมดุลระหว่างชีวิต การทำงาน และการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลายคนประสบปัญหากับการสร้างสมดุลระหว่างความรับผิดชอบในการดูแลกับด้านอื่น ๆ ของชีวิต รวมถึงงานและเวลาส่วนตัว ผลการศึกษานี้ พบว่า แม้ต้องเผชิญกับความยากลำบาก แต่ผู้ดูแลก็สามารถสร้างความสมดุลได้ สามารถรับมือกับความต้องการของผู้ดูแลได้ดี อย่างไรก็ตาม การที่จะบรรลุความสมดุลนี้ได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ หรือแหล่งข้อมูลในชุมชน ความสมดุลนี้เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน

ภาวะเหนื่อยหน่ายหรือภาวะหมดไฟ โดยมีคำแนะนำว่าให้ใช้เวลาในการดูแลเป็นช่วง ๆ ไม่ใช่เวลายาวนานต่อเนื่องจนเกิดความเหนื่อยล้า และควรมีพื้นที่ส่วนบุคคลของผู้ดูแลเพื่อก่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุข²⁵

3. การแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวมีอยู่

แก่นความคิดที่ 3 เป็นเรื่องการแสวงหาแหล่งประโยชน์และใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

3.1 การพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาตนเองเป็นคาถาแห่งความสำเร็จที่ชาวพุทธทุกคนคุ้นเคย เพราะคุ้นคำคุ้นความคิดตั้งแต่เกิด สอดคล้องกับคำผญาสอนใจชาวอีสานว่า “อย่าสรวังสุขย่อนบุญเขาเอามาเผ็ง” และพุทธสุภาษิตที่ว่า “อิตตา หิ อิตตโน นาโถ” หรือ ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน จึงเป็นคำสอนกลายเป็นความฝังแน่นทางความคิดการให้คุณค่าของทรัพยากรที่สำคัญในผู้ให้ข้อมูล ผู้ดูแลหลายคนรู้สึกว่าเขาต้องพึ่งพาตนเองในการจัดการงานดูแลประจำวัน แก้ปัญหา และจัดการกับความเครียด ความรู้สึกพึ่งพาตนเองนี้อาจเกิดจากทั้งบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่เน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคลภายในครอบครัวและความท้าทายในทางปฏิบัติ เช่น การเข้าถึงบริการสนับสนุนการดูแลอย่างเป็นทางการที่จำกัดในพื้นที่ชนบท อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการพึ่งพาตนเองสามารถส่งเสริมความสามารถ ในการหยัดยืนด้วยตนเอง แต่อาจนำมาซึ่งความรู้สึกโดดเดี่ยวและเหนื่อยล้า ท้อถอยได้หากผู้ดูแลขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ²⁶

3.2 การขอรับความช่วยเหลือจากภายนอก การขอความช่วยเหลือจากภายนอก ได้แก่ บุคลากรจากหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน องค์การบริหารในพื้นที่ หรือเครือข่ายทางโซเชียล ในบางกรณี สมาชิกในครอบครัวและผู้นำชุมชน มีบทบาทสำคัญในการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลหลัก โดยการให้การดูแลแบบบรรเทาหรือให้ความช่วยเหลือทางการเงิน อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความพร้อมของการสนับสนุนจากภายนอกไม่สม่ำเสมอ อีกประการหนึ่ง คือ โอกาสการเข้าถึงข้อมูลและการบริการ การให้ความช่วยเหลือ ยังมีความแตกต่างตามเงื่อนไขทางพื้นที่บริการ การศึกษา และเศรษฐกิจ ความแตกต่างนี้ เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการกระจายบริการสนับสนุนการดูแลอย่างเท่าเทียมกันทั่วประเทศ²⁷

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ เน้นย้ำถึงธรรมชาติของการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ที่ฝังแน่นทางบริบทสังคมวัฒนธรรมอีสาน โดยความหมายของการดูแลที่ได้รับอิทธิพลจากหน้าที่ของครอบครัว ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ ความเห็นอกเห็นใจ และความเชื่อทางจิตวิญญาณ ผู้ดูแลใช้กลยุทธ์การรับมือที่หลากหลาย ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดวัฒนธรรมไทย-อีสาน เช่น "ทำใจ" และพยายามสร้างสมดุลระหว่างการดูแลกับความรับผิดชอบในชีวิตอื่น ๆ สุดท้ายนี้ การพึ่งพาความช่วยเหลือทั้งตนเองและภายนอก เน้นย้ำถึงความจำเป็นของระบบการสนับสนุนที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ทรัพยากรการดูแลขาดแคลน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงหรือนโยบายใด ๆ ที่มุ่งสนับสนุนผู้ดูแลควรเข้าใจความเฉพาะทางวัฒนธรรมพื้นที่ ควรมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทั้งเครือข่ายการดูแลครอบครัวทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลงานวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการพยาบาลในระดับปฐมภูมิในการทำความเข้าใจและให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว สามารถให้การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมทั้งรูปแบบการดูแลรักษาแผนปัจจุบันโดยสถานพยาบาล และผสมผสานการแพทย์ทางเลือกการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฟื้นหายเร็วขึ้น ทั้งจากการใช้แพทย์แผนจีน การฝังเข็ม ยาจีน การแพทย์แผนไทย การนวด การใช้สมุนไพร รวมถึง

การขอขมาต่อสิ่งเหนือธรรมชาติ ตามความคิดความเชื่อของชุมชน เพื่อเพิ่มขวัญและกำลังใจทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยพัฒนาการวางแผนการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในรายโรคอื่น ๆ ได้ เพื่อการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ภายใต้ความคิดความเชื่อแบบเดิมและแบบใหม่

References

1. Kim J, Olaiya MT, De Silva DA, Norrving B, Bosch J, De Sousa DA, et al. Global stroke statistics 2023: Availability of reperfusion services around the world. *Int J Stroke* 2024;19(3):253-70.
2. World Stroke Organization. Global stroke fact sheet 2024 [Internet]. Geneva: WHO;2024[updated 2024; cited 2024May 2]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
3. Majavong M. Stroke in the elderly. *Journal of Thai Stroke Society* 2019;18(1):59-74. (in Thai)
4. Seesawang J, Rungnoi N. Nursing care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Nursing Science Journal of Thailand* 2016;34(3):10-8. (in Thai)
5. Nilnate N. Risk factors and prevention of stroke in hypertensive patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2019;20:51-7. (in Thai)
6. Poovatanaruk N, Nakawiro P. Prevalence and associated factors of caregiver burden among stroke patients. *Journal of preventive medicine association of thailand* 2020;10(1):1-11. (in Thai)
7. Chantira R, Sansuwan R, Heeaksorn C. Care for stroke patients with a multidisciplinary team. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2017;18:49-55. (in Thai)
8. American Stroke Association. Effects of stroke [Internet]. USA: American Stroke Association; 2019[updated 2021; cited 2021 March 1]. Available from: http://www.Stroke Association.org/Strokeorg/About Stroke/Effects Stroke/ Effect-of stroke_UCM_308534+ subhome page.jsp
9. Stroke Association. Effects of stroke [Internet]. UK: Stroke Association; 2021[updated 2021; cited 2021 March 1]. Available from: <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke>
10. Owolabi MO. Impact of stroke on health-related quality of life in diverse cultures: the Berlin-Ibadan multicenter international study. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:81.
11. Auai Nang. Take a chance on Sai Nan in Khulu Nang Ua, in arts and culture. *Silpa* 1995;16(8):45-47. (in Thai)
12. Jongudomkarn D, Forgeron P, Siripul P, Finley A. My child you must have patience and kreng jai: thai parents and child pain. *Journal of Nursing Scholarship* 2012;44(4):323-31.

13. Jongudomkarn D, Camfield L. Exploring the quality of life of people in North Eastern and Southern Thailand. *Social Indicators Research* 2006;78(3):489-529.
14. Chirawatkul S. Qualitative research in nursing profession. 2nd ed. Khon Kaen: Siriphan Offset Press; 2012. (in Thai)
15. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 9th ed. Chichester: Wolters Kluwer Health; 2018.
16. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. 4th ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2017.
17. Denzin NK. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. London: Routledge; 2017.
18. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *N Dir Eval* 1986;1986(30):73-84.
19. Kitreerawutiwong N, Anders RL. Family caregivers of elderly stroke survivors in Thailand: an integrated review of the literature. *J Aging Health* 2007;19(1):4-14.
20. Liu M, Tinker A. Family caregiving for the elderly in China and Thailand: a comparative study. *Ageing Int* 2001;26(1-2):54-73.
21. Phongtankuel V, Adelman RD. Caregiving for older adults: a role for cultural factors in shaping perceptions and behavior. *J Am Geriatr Soc* 2018;66(7):1372-9.
22. Wachholtz A, Sambamthoori U. National trends in prayer use as a coping mechanism for health concerns: changes in prayer use between 2002 and 2007. *J Relig Health* 2013;52(4):1356-68.
23. Phongphit S, Hewison K. Thai Buddhism and well-being: an analysis of merit-making in Thai communities. Chiang Mai: Silkworm Books; 2001. (in Thai)
24. Chunharas S, Davies D. The concept of "Tam Jai" in Thai caregivers of persons with dementia: acceptance as a coping mechanism. *Dementia* 2019;18(7-8):2639-52.
25. Thammatacharee N, Tisayaticom K. Barriers to and facilitators of providing care for stroke survivors: a qualitative study of Thai family caregivers. *Asian Nurs Res* 2014;8(3):197-202.
26. Thanakwang K, Soonthorndhada K. Perceived roles and caregiving challenges among Thai family caregivers of older adults with chronic illness. *J Cross Cult Gerontol* 2011;26(3):243-55.
27. Inthiran T, Srithamrongsawat S. Social networks and healthcare-seeking behavior of family caregivers of stroke patients in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2015;46(4):659-70.

ความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา*

ขวัญสุดา บุญทศ ปร.ด.** สมสกุล นีละสมิต ปร.ด.***
มนฤดี มโนรัตน์ ปร.ด.**** อรรพรรณ ดวงมังกร พย.ม.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายมุมมองต่อความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตและผู้ดูแล เป็นการศึกษาในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทใน 2 ตำบลในจังหวัดขอนแก่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 9 คน และผู้ดูแล 21 คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเฮอร์เมนิวติกส์

ผลการวิจัย พบว่า มุมมองต่อความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 4 แก่นสาระหลัก ได้แก่ 1) ทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย 2) ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ 3) ทุกข์เพราะขาดรายได้และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย และ 4) ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์เป็นภาระต่อครอบครัว

ข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ไม่เพียงแต่การดูแลด้านร่างกาย แต่ยังต้องคำนึงถึงการสนับสนุนทางสังคม การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน และการเสริมสร้างความรู้สึกว่าผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองยังมีคุณค่าในครอบครัวและสังคม การนำความเข้าใจเหล่านี้ ไปประยุกต์ใช้ในแนวทางการดูแลที่จะช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความทุกข์ทางจิตใจ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง

วันที่รับบทความ 4 ตุลาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 30 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับบทความ 1 พฤศจิกายน 2567

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น

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

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

****อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*****พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Psychological suffering among stroke survivors as perceived by patients and caregivers: A phenomenological study*

Kwansuda Boontoch Ph.D.** Somsakhool Neelasmith Ph.D.***
Monrudee Manorat Ph.D.**** Aurawan Doungmungkorn M.N.S.*****

Abstract

This phenomenological research aimed to describe the perspectives on the psychological suffering of stroke survivors according to the perceptions of survivors and caregivers. The study was conducted in semi-urban and semi-rural areas in 2 sub-districts in Khon Kaen Province. The key informants were 9 stroke survivors and 21 caregivers. Data were collected by using in-depth interviews, non-participant observation, and field notes, during August to December 2021. Data were analyzed based on the Hermeneutic phenomenological research methodology.

The results of the study found that the perspectives on psychological suffering of stroke survivors consisted of 4 main themes: 1) suffering due to physical limitations, 2) suffering due to lack of visitors and help, 3) suffering due to lack of income and debt from illness, and 4) suffering due to feeling useless and a burden to the family.

This research highlights the importance of taking care of mental health in stroke survivors, not only physical care, but also taking into account social support, financial assistance, and fostering a sense that stroke survivors are still valuable in the family and society. Applying these understandings to the care guidelines will effectively reduce stroke survivors' psychological suffering.

keywords: psychological suffering; stroke survivors; stroke

Received 4 October 2024 Revised 30 October 2024 Accepted 1 November 2024

*This study was supported by the Khon Kaen Emergency Medical Service Foundation

**Lecturer, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing,
Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: kwaboo@kku.ac.th

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

****Lecturer, Department of Midwifery, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*****Professional level nurse, Khon Kaen Hospital

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยง โดยมีพยาธิสภาพสำคัญ 2 อย่าง คือ เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงจากเส้นเลือดสมองตีบและหรือตัน จากการมีลิ่มเลือดไหลมาอุดตันหลอดเลือด การมีไขมันสะสมในหลอดเลือด และเส้นเลือดสมองแตกจากการมีแรงดันในหลอดเลือดสูง (ความดันโลหิตสูง) การขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ทำให้สมองไม่ได้รับสารอาหารและออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อสมองเสียหายและเป็นต้นเหตุของการเสียชีวิตได้ หากไม่เสียชีวิตก็จะมีภาวะพิการและหรือภาวะทุพพลภาพที่นำไปสู่การเกิดความทุกข์ด้านจิตใจ ทั้งในผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก¹ ทั่วโลกพบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่โรคหลอดเลือดสมองกว่า 122 ล้านคนต่อปี ดังนั้น จึงมีผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์มากขึ้น

โรคหลอดเลือดสมองสามารถนำไปสู่ปัญหาทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม โดยเฉพาะปัญหาจากความพิการที่เป็นอาการหลงเหลือภาวะความพิการหรือทุพพลภาพ ผู้ที่พบได้บ่อยในผู้ที่รอดชีวิตโรคหลอดเลือดสมองสามารถส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยทั่วไปภาวะทุพพลภาพ ประกอบด้วย 1) อัมพาตหรือการอ่อนแรงข้างหนึ่งของร่างกาย 2) ความผิดปกติในการพูดและการกลืน ที่รอดชีวิตจากบารายอาจมีปัญหาในการสื่อสาร เช่น ภาวะผิดปกติด้านภาษา (aphasia) และปัญหาการกลืนอาหาร (dysphagia) 3) ปัญหาด้านประสาทสัมผัส บางรายอาจสูญเสียการรับรู้ถึงตำแหน่งของอวัยวะในร่างกายหรือรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิและสัมผัสผิดปกติที่ข้างได้รับผลกระทบจากโรคหลอดเลือดสมอง 4) ความเมื่อยล้าทางกายและจิตใจ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน 5) ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า^{2,3} ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ที่รอดชีวิตจาก นอกจากนี้ ยังมีความยากลำบากในการจำ การคิด ความตระหนัก ความสนใจ การเรียนรู้ และการตัดสินใจ ความยากลำบากในการพูดหรือเข้าใจคำพูด มีปัญหาในการควบคุมหรือแสดงอารมณ์ ปัญหา การควบคุมกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ อัมพาต อ่อนแรง หรือมีนงอาการปวดแขนขา โดยเฉพาะในมือหรือเท้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพอากาศที่หนาวเย็น ความยากลำบากในการเคี้ยวหรือกลืน ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล เหล่านี้ ล้วนก่อให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจแก่ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง⁴

ความทุกข์ทางจิตใจเป็นประเด็นด้านสุขภาพจิตที่สำคัญ เนื่องจากจะเป็นต้นเหตุของการเกิดความผิดปกติหรือพยาธิสภาพด้านจิตใจที่สำคัญ คือ การเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีการศึกษาและพบได้มากถึงร้อยละ 34-42.9^{5,6} และจากการการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้ความสำคัญของความทุกข์ทางจิตใจตามการรับรู้มี 4 ลักษณะ คือ 1) รับผิดชอบและอยากตาย 2) ตายดีกว่าอยู่อย่างพิการ 3) ไม่มีความสุขในชีวิตและมีแต่ความยากลำบาก 4) ชีวิตไม่มีความหมายและอยู่ไปก็เป็นภาระ⁷ ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอธิบายความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่เจ็บปวดในชีวิต ซึ่งเป็นระยะที่ยังไม่สามารถยอมรับกับความพิการได้ แต่เมื่อยอมรับปรับใจ และเข้าสู่ระยะที่ยอมรับความทุกข์ทางจิตใจจากความพิการได้ พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักจะมีมุมมองเชิงบวกจากการเจ็บป่วย ซึ่งบางคนใช้เวลากว่า 1-6 เดือน การศึกษาในประเทศจีน พบว่า⁸ ผู้รอดชีวิตที่พักฟื้นในชุมชนยังคงเผชิญกับความเครียดทางจิตใจและการขาดความสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม โดยเฉพาะการฟื้นฟูด้านจิตใจและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วย ซึ่งการขาดความช่วยเหลือจากสังคมและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความทุกข์ในระยะยาว เช่นเดียวกับอีกหนึ่งการศึกษา พบว่าการขาดเครือข่ายทางสังคมส่งต่อการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่า ผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มที่จะรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคมซึ่งนำไปสู่ความเครียดทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญ การขาดเครือข่ายสนับสนุนส่งผลให้มีอุปสรรคต่อการกลับ

เข้าสู่สังคมและกิจกรรมที่มีความหมายในชีวิตประจำวัน⁹ การศึกษาเหล่านี้ สะท้อนให้เห็นว่าความทุกข์ทางจิตใจเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจอย่างมากในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว” ดำเนินการโดยดารุณี จงอุดมการณ์ และคณะ มีระยะเวลาทำวิจัยในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งในระยะแรกของโครงการที่ศึกษาสถานการณ์ของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล 5 ราย ในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท 2 ตำบล ของจังหวัดขอนแก่น ที่มีระบบการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นทางการ โดยมีบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นผู้เชื่อมประสานการดูแลระหว่างการเจ็บป่วยในแต่ละระยะหลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบางส่วนยังขาดเครือข่ายช่วยเหลือ รับรู้คุณค่าตนเองต่ำ มีความแปรปรวนทางอารมณ์ จากการที่ต้องพึ่งพาครอบครัว ทั้งด้านการดูแลและเศรษฐกิจ จากความยากลำบากในการดำเนินชีวิตหลังรอดชีวิตในระยะยาว ซึ่งมีความขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาว่า ในระยะยาวผู้รอดชีวิตมักปรับตัวได้และมีมุมมองเชิงบวกในการดำเนินชีวิต⁷ ประโยชน์และคุณค่าของหลักฐานเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ที่เผชิญกับภาวะทุกข์จากความเจ็บป่วยหลักฐานประเภทนี้ มีประโยชน์ในการประเมินความต้องการ ค่านิยม การรับรู้ และประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ ชุมชน และผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และมีความสำคัญต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพที่ซับซ้อน¹⁰

ประสบการณ์ความทุกข์ทางจิตใจของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยรับรู้ได้ตามบริบทวัฒนธรรม เลื่อนไหลตามบริบท เงื่อนไขของแต่ละบุคคลการทำความเข้าใจ การศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองต่อความคิดของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จึงจะช่วยเปิดเผยสถานการณ์ด้านจิตสังคมในผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และเปิดเผยมุมมองต่อความทุกข์ทางจิตใจจากการเจ็บป่วย คณะผู้วิจัยเห็นว่ามุมมองด้านความทุกข์ทางจิตใจที่พบในการศึกษาเบื้องต้นนี้ เป็นสิ่งที่น่าสนใจและมีความสำคัญในมิติของสุขภาพจิตอย่างมาก จึงมีคำถามว่า ความทุกข์ทางจิตใจของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตและผู้ดูแล เป็นอย่างไร คณะผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชและกลุ่มผู้สนใจด้านสุขภาพจิต จึงมีความสนใจศึกษาเพื่ออธิบายมุมมองรวมถึงความทุกข์ทางจิตใจของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลว่าเป็นอย่างไร ดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและอธิบายความทุกข์ทางจิตใจ ตามมุมมองร่วมของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กรอบแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์ มีรากฐานจากแนวคิดของ ฮันส์-เกออร์ก กาดาเมอร์ (Hans-Georg Gadamer) และมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Martin Heidegger) ซึ่งเชื่อว่าการเข้าใจประสบการณ์ของมนุษย์จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทและประวัติศาสตร์ของบุคคลนั้นด้วย¹¹ มาเป็นฐานในการศึกษา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “การพัฒนาต้นแบบ เพื่อพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชน ในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว” ในระยะของการศึกษาสถานการณ์ปัญหา ในพื้นที่ 2 ตำบล ของจังหวัดขอนแก่น โดยใช้มุมมองที่หลากหลาย ทั้งจากผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ดูแลที่เป็นทางการที่ใกล้ชิด เพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมและหลากหลาย¹² ต่อความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลในพื้นที่ 2 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักบนฐานคิดของการวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์เมนิวติกส์ (hermeneutic phenomenology) ผู้วิจัยจึงศึกษาในผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้มีประสบการณ์ตรง และการเลือกแบบบอกต่อ (snowball sampling) โดยเลือกศึกษาในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองผ่านมาแล้ว มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ ไม่มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรง จำนวน 9 คน และผู้ดูแลที่เป็นทางการของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 10 คน นอกจากนี้ ยังทำการศึกษาจากผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข 11 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลัก 30 คน¹³ ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยหลักในประเด็นนี้ เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการวิจัยเชิงคุณภาพ มาตั้งแต่ครั้งศึกษาระดับปริญญาเอก ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 และที่ผ่านมาผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและเรียนรู้ การวิจัยเชิงคุณภาพจากรายงานการวิจัย เอกสาร ตำรา ต่าง ๆ ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) เกี่ยวกับความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งแนวคำถามหลัก ประกอบด้วย “ท่านช่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความทุกข์ทางจิตใจหลังจากมีความพิการจากโรคหลอดเลือดสมองให้ฟังว่า มีอะไรบ้าง?” “ความทุกข์ทางจิตใจจากการเจ็บป่วยตามความรู้สึกของท่าน คืออะไร? ปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้าง ที่ทำให้มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างนั้น?”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีการตรวจสอบเนื้อหาและความสอดคล้องของเครื่องมือ และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีการทดสอบด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้สมบูรณ์

ความน่าเชื่อถือ และความเข้มงวดของการวิจัย

ความน่าเชื่อถือของการวิจัยการวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ทำโดยกระบวนการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือการวิจัยที่สำคัญ 2) ด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนาอย่างไม่เป็นทางการ การสัมภาษณ์เชิงลึกที่แตกต่างเวลากัน มีการบันทึกภาคสนาม และ 3) ด้านข้อมูล เป็นข้อมูลจากหลากหลายแหล่ง ทั้งบุคคลที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตลอดจนตรวจสอบข้อมูลกับผู้ดูแลในครอบครัว (family caregivers) และข้อมูลจากผู้ดูแลที่เป็นทางการ (caregivers: CG) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนที่ศึกษา อีกทั้ง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เจาะลึก 1-3 ครั้ง ทำให้ผู้วิจัยได้ใช้เวลาใกล้ชิด และนานเพียงพอให้ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความ

ไว้วางใจและให้ข้อมูลที่เป็นจริง จากประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตลอดจนการตรวจสอบ โดยผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึก ครั้งที่ 1-2 ระหว่างที่สัมภาษณ์ได้บันทึกเสียงไว้ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลที่มาจากการสัมภาษณ์อย่างครบถ้วนทุกครั้ง สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ และตรวจสอบเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการฯ ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยประสานงานกับบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขอรายชื่อผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งผู้ดูแลอย่างเป็นทางการและผู้ดูแลในครอบครัว ในการลงพื้นที่ ผู้วิจัยเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วม พร้อมแจ้งสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และให้เวลาในการพิจารณาจนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเริ่มหลังจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามที่เตรียมไว้ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาทีต่อครั้ง ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้การฟัง สังเกต และจดบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พร้อมบันทึกเสียงการสนทนาหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะถอดความและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ หากพบข้อความที่ไม่ชัดเจนจะกลับไปสอบถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งในการสัมภาษณ์ครั้งถัดไป จำนวนการสัมภาษณ์แต่ละรายประมาณ 1-2 ครั้ง หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัวและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์แก่นสาระ (content analysis) โดยจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และเชื่อมโยงเนื้อหาแต่ละส่วนเข้าด้วยกัน เพื่อหาข้อสรุป จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation technique) วิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ประเด็น ลักษณะของความทุกข์ทางจิตใจและสาเหตุต่าง ๆ ของความทุกข์ทางจิตใจ พิจารณาข้อมูลบริบทแวดล้อมของผู้รอดชีวิตจากหลอดเลือดสมอง และข้อมูลร่วมจากมุมมองของผู้ดูแลเพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปแบบความเรียง แบ่งเป็น 4 แก่นสาระหลัก

จริยธรรมการวิจัย

โครงการได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 642108 ซึ่งในบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่อง “การพัฒนาต้นแบบเพื่อพัฒนาศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว” การเข้าร่วมของอาสาสมัครเป็นไปด้วยความสมัครใจ หลังได้รับข้อมูลจากโครงการวิจัยฯ อย่างครอบคลุม อาสาสมัครสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่กระทบต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือการดูแลที่ควรจะได้รับ หากระหว่างเก็บข้อมูลพบผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ารุนแรง หรือมีแนวโน้มฆ่าตัวตายสูง ผู้วิจัยในทีมที่เป็นพยาบาลจิตเวชจะให้การดูแลเบื้องต้น และส่งต่อเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อให้ได้รับการบำบัดดูแลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก และข้อมูลสถานการณ์ด้านความทุกข์ทางใจตามการรับรู้ของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ผู้ให้ข้อมูลหลัก=30 คน)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในชุมชนที่ 1 เป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (10 คน) เป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 4 ราย เป็นผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว 5 ราย และผู้ดูแลที่เป็นทางการ 5 ราย เท่ากัน สถานภาพสมรสทั้งหมด ส่วนใหญ่ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่า 10 ปี ขึ้นไป อายุเฉลี่ย 62.71 ปี ผู้ให้ข้อมูลหลักในชุมชนที่ 2 เป็นเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (14 คน) เป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 4 ราย เป็นผู้ดูแลที่เป็นครอบครัว และผู้ดูแลที่เป็นทางการ 5 ราย เท่ากัน สถานภาพสมรสทั้งหมด อายุเฉลี่ยคือ 58.19 ปี ส่วนใหญ่ดูแลผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มาเป็นเวลา 5-10 ปี เท่ากันกับกลุ่มที่ดูแลมากกว่า 10 ปี รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants : KI=30)

ลักษณะข้อมูลประชากร	ตำบลที่ 1 (คน)	ตำบลที่ 2 (คน)
1. เพศ		
1.1 ชาย	4	3
1.2 หญิง	10	13
รวม	14	16
2. สถานภาพ		
2.1 โสด	0	0
2.2 สมรส	14	16
2.3 หม้าย /หย่า/แยก	0	0
รวม	14	16
3. อายุ		
3.1 อายุเฉลี่ย ผู้ให้ข้อมูลหลัก ตำบลที่ 1	62.71 ปี	Min 47 Max 85
3.2 อายุเฉลี่ย ผู้ให้ข้อมูลหลัก ตำบลที่ 2	58.19 ปี	Min 45 Max 84
4. บทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลัก		
4.1 ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง	4	5
4.2 ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัว		
4.2.1 ภรรยา	3*	2
4.2.2 บุตร (บุตรสาว)	2	3***
4.3 ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (caregivers: CG)	0	2****
4.4 อาสาสมัครสาธารณสุข: อสม.	5**	4
รวม	14	16
5. สถานภาพ		
โสด	0	0
สมรส	14	16
รวม	14	16

*เป็นทั้งผู้ดูแลในครอบครัว และ อสม.

**เป็นทั้งอสม. และ CG 3 คน

***เป็นทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและ อสม. 1 คน

****เป็นทั้งอสม. และ CG 2 คน

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants : KI=30) (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลประชากร	ตำบลที่ 1 (คน)	ตำบลที่ 2 (คน)
6. ระยะเวลาในการดูแล/การเจ็บป่วย		
6.1 น้อยกว่า 1 ปี	2	2
6.2 1-5 ปี	2	2
6.3 5-10 ปี	2	2
6.4 มากกว่า 10 ปี	8	6
รวม	14	16
รวมทั้งสองตำบล	30	

2. มุมมองความทุกข์ทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์เนื้อหา ประกอบด้วย 4 แก่นสาระหลัก ได้แก่ 1) ทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย 2) ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ 3) ทุกข์เพราะขาดรายได้และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย และ 4) ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อครอบครัว รายละเอียดแต่ละแก่นสาระ มีดังนี้

2.1 ทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มักทำให้มีอาการทางสมองและร่างกายหลงเหลือ ก่อให้เกิดความพิการและข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และการดำเนินชีวิตประจำวัน บางรายช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นส่วนใหญ่ ก่อให้เกิดความทุกข์ในจิตใจจากการที่เคลื่อนไหวไปมาด้วยตนเองอย่างยากลำบาก การสูญเสียสถานะสุขภาพและการดูแลควบคุมตนเอง เผชิญกับความยากลำบากในการเคลื่อนไหวเพื่อการดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ หรือการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเดินทางไปติดตามการรักษาที่แพทย์ และเดินทางไปในที่ต่าง ๆ ซึ่งการเคลื่อนไหวและการเดินทางที่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือการที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดความอึดอัด คับข้องใจ ทุกข์ใจ เนื่องจากยังยอมรับข้อจำกัดไม่ได้ หรือยังปรับตัวกับข้อจำกัดไม่ได้ เชื่องช้าลงกว่าเดิม หรือต้องร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้รู้สึกผิด มองตนเองในแง่ลบ เกรงใจ น้อยใจ และกังวลว่าตนเองจะเป็นภาระต่อคนในครอบครัวและผู้อื่น ยังดูแลตนเองในส่วนนั้นไม่ได้ ลำบากใจในการที่ต้องขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และคับข้องใจจากที่เคยไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง ก็ไปไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาคนอื่น จึงส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ ดังตัวอย่างคำพูด

“เราเคยไปมาได้ มาตอนนี้จะลุกจะถนัดตัวก็ยาก จะปัสสาวะอุจจาระก็ลำบากคนอื่น เคยไปที่ต่าง ๆ ก็ไปไม่ได้ มันยอมรับยากนะ” (เพศชาย, อายุ 67 ปี)

“มันทุกข์ยาก ไปลำบาก มาลำบาก รถราที่ไม่มี ค่ารถไปหาหมอแต่ละทีก็หลายบาท” (เพศชาย 45 ปี)

“ทุกข์เพราะไปมายากนี้แหละ ปวดหัว ไข้ก็ไปไม่ทันกว่าจะถอดเสื้อผ้าได้ (ร้องไห้, สะอื้น) ผมลงทุน ใช้กรรไกรตัดแหวกกางเกงขาสั้นทุกตัว เพื่อให้ผมอึดได้ไว้ เพราะเรามีปัญหาการควบคุมไม่ได้ การขึ้นลงเตียงเคลื่อนย้ายตัวก็ลำบากมาก เกรงใจลูกเมีย” (เพศชาย, อายุ 61 ปี)

“ที่มันยากที่สุดคือการ ไปหาหมอ จะเคลื่อนย้ายที่ จะขอรถ อบต. ก็เกรงใจเขา จะไปอนามัย (รพ.สต.) ก็เขินไปลำบาก” (เพศชาย, อายุ 62 ปี)

“รู้สึกเหมือนเราทำไม่เป็นแบบนี้ เมื่อไหร่จะไปได้น้อ อย่างน้อย ๆ ก็ให้เดินเข้าห้องน้ำไปใช้ไปอึไปถ่ายอะไรได้บ้าง คิดแล้วก็ไม่อยากอยู่” (เพศชาย, 58 ปี)

“อาบน้ำเสร็จ ก็เอาเข้าไปไว้ นอนเปิดพัดลม พอค่ำมา 5-6 โมงเย็น แกก็อยากลุกเราก็พาขึ้นนั่ง ละถ้าจะนอนแกก็นอนเองไม่ได้ เราก็ต้องเอาลงนอนแบบนี้ละ ถ้าขยับบ๊วย ช่วงแรก ๆ ที่เคลื่อนไหวบ๊วย แกก็จะปวดหัว เครียดเนาะ คนเราแกเคยไปไหนมาไหนได้แล้วพอแกมาเป็นแบบนี้ แกก็เลยทุกข์เลย เครียดใหญ่” (เพศหญิง, อายุ 45 ปี)

“อย่างที่เราแกก็น้อยใจว่าทำไมกูเดินไม่ได้ แต่ก่อนกูเดินได้ ถ้ากูเดินได้กูก็จะไปทำงาน แกน้อยใจ กูจะไม่ให้พวกมันลำบาก อะไรแกก็พูดไป” (เพศหญิง, 48 ปี)

2.2 ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อไม่สามารถเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตนเอง ในชีวิตประจำวัน หรือเดินทางได้ด้วยตนเอง ทำให้การติดต่อสื่อสารหรือพบปะกับผู้อื่นลดน้อยลง บางรายอาจถูกตัดขาดจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้างและคับข้องใจ เนื่องจากขาดผู้มาเยี่ยมเยียนหรือไปมาหาสู่ การต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเพียงลำพัง ส่งผลให้เกิดความเหงา ความโดดเดี่ยว และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ขาดแหล่งสนับสนุน และที่พึ่งทางจิตใจ ทำให้อารมณ์อ่อนไหว เปราะบาง น้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกไม่ยุติธรรมกับตนเอง รู้สึกขาดแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เวลาเผชิญปัญหาด้านต่าง ๆ ก็ไม่รู้จะติดต่อขอความช่วยเหลือ หรือปรึกษาใครได้ บางครั้งนำไปสู่การเปรียบเทียบกับผู้อื่น การเปรียบเทียบทางสังคม จนทำให้รู้สึกด้อยคุณค่า ไร้ประโยชน์ ท้อแท้ สิ้นหวัง และบางรายเกิดความรู้สึกโกรธตนเอง โกรธสังคม อารมณ์แปรปรวน ในบางกรณีที่มีความทุกข์ทางจิตใจรุนแรง บางรายอาจมีความคิดฆ่าตัวตาย เพราะเห็นตัวอย่างจากคนที่เจ็บป่วยเรื้อรังเหมือนกัน และคิดว่าการจบชีวิตคงเป็นทางที่จะช่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ความเปราะบางทางอารมณ์นี้ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเล่าว่าเป็นประสบการณ์ที่อ่อนไหว ประหนึ่งว่าเวลาที่ความทุกข์ทางใจมาก ๆ อะไรก็ไม่สามารถหยุดความคิดที่ไม่อยากอยู่บนโลกใบนี้ได้ มีการคิดขึ้นมาโดยอัตโนมัติ และคิดวนเวียนอยู่บ่อย ๆ ดังตัวอย่างคำพูด

“...ตอนคนอื่นป่วยผมเป็นคนไปเยี่ยมเยียนไปดูแล ผมก็ไปเยี่ยมหมดทุกคนนะ พอผมป่วยคนหายหัวไปหมด แบบนี้นั้นน้อยใจนะ ได้ยินเสียงเขาเผาผีในป่าช้า เราก็คิดว่าทำไมไม่เป็นเรา ตอนนั้นคิดว่าไม่อยู่แล้ว ทรมาณที่สุด ถ้ามีปืนคงยิงไปแล้ว คนป่วยที่นี้ฆ่าตัวตายไปหลายคนด้วย...คนป่วยแบบผมอ่อนไหวมาก บุญบาป บุญกุศลอย่าไปพูดกับเขา” (เพศชาย, 67 ปี)

“ช่วงนอนแบ็บ (ติดเตียง) ไม่มีหน่วยงานไหนมาดูแล ไม่รู้จะปรึกษาใคร ไม่รู้แหล่ง (สีหน้าเศร้า) ...หมดกำลังใจ คิดได้อย่างเดียวคือตาย นอนบ๊วยคิดถึงป่าช้าขึ้นมาเลย” (เพศชาย, อายุ 61 ปี)

“แกก็โกรธนะเวลาพูดถึงคนที่แกเคยช่วยเหลือแล้วพอแกป่วยไม่มีคนมาดูแลด่าดู ช่วงแรก ๆ ที่ป่วยก็มีมาเยี่ยมบ้างเล็กน้อย พอนานไปก็ไม่มีใครไปมาหาสู่ เห็นเขาจัดงานศพในป่าช้าแกก็บ่นว่าทำไมไม่เป็นแกบ้างจะได้พ้นทุกข์ทรมาน” (เพศหญิง, 62 ปี)

2.3 ทุกข์เพราะขาดรายได้ และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย

ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ส่วนใหญ่มักประสบกับความพิการและข้อจำกัดในการทำงาน และประสบปัญหาทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพที่ต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก เช่น ค่ารักษาในโรงพยาบาล ค่ากายภาพบำบัด และการดูแลระยะยาว ซึ่งมักไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบางรายต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เจ็บป่วยกลับต้องสูญเสียงานและรายได้ หรือบางครอบครัวสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จำเป็นต้องลาออกจากงานมาดูแล หรือหยุดงานบ๊วย ๆ และทำให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ บางครอบครัว จึงจำเป็นต้องปรับตัว เพื่อหาผู้ดูแลมาช่วยดูแลผู้ป่วยในระหว่างที่ตนเองต้องทำงาน นำมาซึ่งรายจ่ายที่เพิ่มขึ้น ขณะที่รายได้ครอบครัวลดลง ครอบครัวที่พื้นฐานยากจนอยู่แต่เดิมยังต้องเผชิญกับภาระ

หนี้สินเดิมก่อนเจ็บป่วย และหนี้สินใหม่ที่เกิดจากค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ในระยะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง บางครอบครัวต้องค่อย ๆ หายอขายทรัพย์สินรวมทั้งของมีค่าของครอบครัว เพื่อนำเงินมารักษาและฟื้นฟูผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปัญหาทางการเงินเหล่านี้ที่เกิดกับครอบครัว เป็นที่มาที่ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกผิด น้อยเนื้อต่ำใจ โทษตนเองบ่อยครั้ง รู้สึกท้อ สิ้นหวัง และมีมุมมองต่อตนเองในแง่ลบ โทษตนเอง คิดกังวล เช่น รู้สึกว่าตนเองไม่สมควรมีชีวิตอยู่ เป็นคนไร้ประโยชน์ และเป็นภาระของครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูด

“เรื่องเงินทอง การดูแลรายได้เขา (ลูกและภรรยา) ก็ไม่ค่อยมี ถ้าเราไปเสียเขาคงสบายคิดทุกวัน ตั้งแต่ป่วยมาก็หมดทุกอย่าง มีอะไรก็ขายหมดทุกอย่างแม้แต่บ้าน” (เพศชาย, 74 ปี)

“ป่วยมาลำบาก เพราะลูกก็ต้องออกจากงานมาดูแลเรา ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้น แต่รายได้กลับลดลง ” (เพศชาย, 62 ปี)

“แต่ก่อนเราสมบูรณ์ทุกอย่าง มีรถกระบะขี่ ...ลูกสาวเมื่อก่อนทำงานได้ก็พอมีข้าวมีอะไรกินได้ แต่ช่วงที่มาป่วย ลูกสาวก็ลาออกจากงานมาดูแลแม่ ช่วงหลัง ๆ ที่ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีอะไรจะกินเลย มี อสม.เขาเอาข้าว เอาปลากระป๋องมาให้ ท่อนะ ท้อมาก มองไม่เห็นทางออก ” (เพศชาย, 85 ปี)

“ตั้งแต่ป่วยมามีหนี้เกือบสองแสน เงินเก็บก็หมดหาย ร้อยหรือ ตอนนี้อาศัยลูก ๆ เขาก็หาเข้ากินค่า ซื้อผ้าอ้อมอนามัยแต่ละทีก็ลำบาก ” (เพศชาย, 74 ปี)

2.4 ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อครอบครัว

การเจ็บป่วยระยะยาว ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องพึ่งพาครอบครัวอย่างมาก เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันลดลง เช่น การใช้ชีวิตอยู่คนเดียวเป็นเวลานาน การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือการไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การพูดไม่ดีจากคนในครอบครัว หรือความขัดแย้งในครอบครัวในบางครั้ง ก็ทำให้เกิดความเปราะบางทางอารมณ์ ความทุกข์ใจจากความรู้สึกไร้ค่า ไร้ประโยชน์ และการรับรู้การเป็นภาระของคนอื่นนี้ยังอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองคิดถึงความตาย เพราะเชื่อว่าความตายอาจช่วยให้ตนเองและครอบครัวหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานนี้ บางรายขณะนอนเจ็บป่วย เมื่อได้ยินข่าวคนตายในชุมชน ก็สะท้อนคิดเข้าหาตนเองว่า เพราะอะไรจึงไม่เป็นตนเองที่สมควรตาย อยู่ไปก็ไม่มีความหมาย บางรายที่มีความทุกข์ทางใจรุนแรง ก็ยอมรับว่าเคยคิดฆ่าตัวตายบ่อย ๆ บางรายเคยมีแผนการจะฆ่าตัวตาย และบางรายเคยมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูด

“ป่วยมากกว่า 10 ปี อยู่ไปก็เป็ภาระเขา (ลูก, ภรรยา) อยู่ไปก็ทรมาน (ร้องไห้) สมควรตายได้แล้ว เวลามีคนตายในหมู่บ้าน ผมก็ถามเฝ้าตัวเองว่าทำไมไม่เป็นตัวเองที่ตายแทน ชีวิตผมไม่มีประโยชน์อะไรเลย... ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เคยเอามีดมาวางข้างที่นอน ภรรยาเห็นก่อน ก็คิดหาวิธี (ฆ่าตัวตาย) ตลอดคิดไปเรื่อยเปื่อย ” (เพศชาย, 74 ปี)

“เป็นอดีตทุกข์ทรมาน ทั้งเกรงใจคนที่เขามาดูแลช่วยเรา ...อยากตายเลยแหละ..ทุกข์ทรมานที่ลูกเขาต้องมาดูแลเรา บางทีเขาพูดไม่เพราะกับเราเราก็แอบน้อยใจ เขาคงจะเหนื่อยที่ต้องดูแลเรานะ คิดว่า ” (เพศหญิง, 74 ปี)

“ผมพูดประจำว่าเอาคือนานตายแท้ อยู่เฝ้าหยั่ง (ทำไม) โลกอันนี้นับได้สดใสงดงามสำหรับโตเฮาเองจังซี (อย่างนี้) คือ อย่างนี้นะครับ มันก็จะคิดวนอยู่อย่างนี้ ” (เพศชาย, 61 ปี)

“รู้สึกว่าเป็นภาระแฟน สงสารแฟนมากครับ นอนคิดอยู่ มานานไป (ตาย) แท้” (เพศชาย, 58 ปี)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า ความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง สามารถวิเคราะห์แก่นสาระหลักได้ใน 4 ลักษณะ คือ 1) ทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย 2) ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ 3) ทุกข์เพราะขาดรายได้และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย 4) ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งสามารถวิเคราะห์ อภิปรายโดยอ้างอิงกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ เนื่องจากรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำสิ่งที่เคยทำได้ การรับรู้ต่อความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งการเดิน การเคลื่อนไหวอย่างยากลำบาก การทำงานบ้านไม่ได้ อาบน้ำแต่งตัวเองไม่ได้ รวมถึงความยากลำบากในการออกนอกบ้าน ทำให้ชีวิตมีแต่ความอึดอัดเป็นทุกข์ จึงให้ความหมายของความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นว่าเป็นชีวิตที่ไม่มีความสุข⁷ งานวิจัยของ Lee และคณะ¹⁴ แสดงให้เห็นว่า ความบกพร่องทางกายภาพจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสามารถส่งผลให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกโดดเดี่ยวและมีความทุกข์ทางจิตใจ งานวิจัยโดย Lim และคณะ¹⁵ ระบุว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนาภาวะซึมเศร้าในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การมีเครือข่ายการสนับสนุนที่ดีสามารถลดระดับความทุกข์ได้ อย่างมีนัยสำคัญ การขาดเครือข่ายทางสังคมเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลต่ออารมณ์ และความรู้สึกโดดเดี่ยว การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้พบว่า แหล่งที่มาของความทุกข์ทางจิตใจอีกประการหนึ่งอาจเป็นความโดดเดี่ยวทางสังคม¹⁶ ซึ่งเป็นผลมาจากความยากลำบากในการรักษาการติดต่อทางสังคม เนื่องจากความพิการและการสูญเสียคู่สมรสและเพื่อน การสูญเสียบทบาทและสถานภาพทางสังคม นำมาสู่การเศร้าโศกจากการสูญเสีย ที่อาจส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในอนาคต การช่วยให้ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองดำรงแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ หลังการเจ็บป่วยและการสร้างเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ จึงเป็นสิ่งสำคัญมาก¹⁷

ทุกข์เพราะขาดรายได้และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย ความยากลำบากทางการเงินเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการทำงาน การขาดรายได้ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง งานวิจัยของ Fang และคณะ¹⁸ ชี้ให้เห็นว่า ความเครียดทางการเงินส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า ผลกระทบจากปัญหาทางการเงินเหล่านี้ ยังเชื่อมโยงกับสุขภาพจิตของผู้ที่เจ็บป่วย ทำให้พวกเขารู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัว และลดทอนคุณภาพชีวิต เช่น การลดกิจกรรมนันทนาการหรือใช้ชีวิตที่ไม่พึงพอใจ นอกจากนี้ ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองบางรายยังตัดสินใจเลื่อนหรือหลีกเลี่ยงการรักษาฟื้นฟู เนื่องจากขาดทรัพยากรทางการเงิน ซึ่งส่งผลเสียต่อการฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว¹⁹

ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักรู้สึกว่าตนเองกลายเป็นภาระต่อครอบครัว เนื่องจากโดยพื้นฐานผู้สูงอายุไทยมักจะเกรงใจผู้อื่น เมื่อต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น ความรู้สึกเป็นภาระนี้เพิ่มระดับความทุกข์ทางจิตใจ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า จากงานวิจัยของ Chen และคณะ²⁰ สนับสนุนว่า ความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระ (perceived burden) มีความสัมพันธ์

อย่างใกล้ชิดกับความรู้สึกสิ้นหวัง และการสูญเสียความหมายในชีวิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง อาจเป็นเพราะว่าความพิการที่หลงเหลือและข้อจำกัดของร่างกาย ที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทั้งการพึ่งพาทางร่างกาย และทางรายได้ การขาดเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือ ส่งผลต่อจิตใจ และจิตวิญญาณการรับรู้ว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย และเป็นภาระต่อผู้อื่น⁷

การวิเคราะห์ความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามทฤษฎีความต้องการลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs)²¹ ช่วยให้เข้าใจความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้ 1) ความทุกข์เพราะมีข้อจำกัดของร่างกาย ตามทฤษฎีของมาสโลว์ ความต้องการขั้นพื้นฐานสุด คือ ความต้องการทางกายภาพ (physiological needs) ซึ่งรวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระและการดูแลตนเอง ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมักเผชิญข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ไม่สามารถดูแลความต้องการขั้นพื้นฐานเหล่านี้ได้ เช่น การเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมพื้นฐานอย่างปกติ ความรู้สึกขาดอิสระทางร่างกายนี้ สามารถกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกเครียดและทุกข์ใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งการตระหนักรู้เกี่ยวกับร่างกาย การรับรู้ตนเอง ภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและอาจนำไปสู่ความรู้สึกเชิงลบเกี่ยวกับตนเองได้²² 2) ทุกข์เพราะขาดคนเยี่ยมเยียนช่วยเหลือ มาสโลว์ระบุว่า ความต้องการด้านความรักและการเป็นส่วนหนึ่ง (belongingness and love needs) เป็นขั้นสำคัญ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขาดการสนับสนุนและการเยี่ยมเยียนจากครอบครัวและเพื่อนฝูง รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ หากไม่ได้รับการสนับสนุนด้านนี้ จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง บางรายอาจรู้สึกถูกกีดกันจากระบบบริการ และรับรู้การเป็นคนชายขอบที่มีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะในการเข้าถึงหรือมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพที่ควรจะได้รับ และการสนับสนุนที่จำเป็นจากชุมชน²³ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องการการเข้าถึงการสนับสนุนทางจิตใจที่ดีขึ้น รวมถึงข้อมูล คำแนะนำ และการสนับสนุนจากเพื่อนหรือสังคม²⁴ 3) ทุกข์เพราะขาดรายได้และมีหนี้สินจากการเจ็บป่วย ความต้องการขั้นพื้นฐานด้านความปลอดภัย (safety needs) ของมาสโลว์มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในสถานการณ์นี้ การเจ็บป่วยที่ทำให้ขาดรายได้และเพิ่มหนี้สิน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงทางการเงิน ความรู้สึกไม่ปลอดภัยนี้กระทบต่อสภาพจิตใจอย่างหนักและเพิ่มระดับความเครียด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพจิตที่เสื่อมถอย การศึกษาเชิงคุณภาพระยะยาว พบว่า หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล การไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองด้านความมั่นคงในด้านการเงิน ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้การเป็นภาระทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการเจ็บป่วย หลังรอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองได้²⁵ 4) ทุกข์เพราะรู้สึกไร้ประโยชน์และเป็นภาระต่อครอบครัว ขั้นที่ 4 ในทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ความต้องการได้รับความนับถือและการตระหนักคุณค่าในตนเอง (esteem needs) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและไม่สามารถทำประโยชน์ได้ดังเดิม มักจะรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และนำมาสู่ความทุกข์ทางจิตใจ การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้ พบว่า ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองรับรู้การเป็นภาระที่สูงมาก ในช่วง 3 เดือนแรก โดยเฉพาะการเป็นภาระทางกาย หลังจากนั้น จึงตามมาด้วยการรู้สึกถึงการเป็นภาระที่เกิดจากแรงกดดันด้านการเงิน โรคร่วม และสภาวะการช่วยเหลือตนเอง²⁶

การอภิปรายโดยสรุป ตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ชี้ให้เห็นว่า ความต้องการพื้นฐานในชีวิตที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้น เป็นปัจจัยหลักในการทำให้เกิดความทุกข์และภาวะซึมเศร้าตามมา ในผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ควรมีการสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือด้านการเงิน และการเสริมสร้างความรู้สึกว่าผู้ป่วยยังมีคุณค่า การดูแลแบบองค์รวมผ่านการดูแลด้านจิตสังคม การให้คำปรึกษา การสนับสนุนครอบครัว และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความทุกข์ทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

จากมุมมองของผู้ที่เป็นผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล มีความท้าทายเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะต่อหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) พยาบาลควรประเมินสุขภาพจิตของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่วะยะเริ่มต้น ติดตามผลต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่ครอบครัวในการสนับสนุนผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระ
- 2) หลักสูตรพยาบาลควรเพิ่มเนื้อหาด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ ในสถานการณ์จริงและทักษะการบำบัดแบบองค์รวม
- 3) โรงพยาบาลควรมีทีมฟื้นฟูเฉพาะทางในชุมชน พร้อมระบบติดตามผลหลังการรักษาผ่านการพยาบาลทางไกลหรือการเยี่ยมบ้าน
- 4) หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรส่งเสริมการฟื้นฟูผู้ป่วยในชุมชน ประสานงานกับองค์กร และฝึกอบรมอาสาสมัคร เพื่อให้ความช่วยเหลือทางจิตใจ
- 5) ควรจัดตั้งกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ลดความโดดเดี่ยว และเสริมสร้างสุขภาวะในระยะยาว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

การศึกษาความทุกข์ทางจิตใจของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเผยให้เห็นความท้าทาย 4 ด้านหลัก ได้แก่ กายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ ซึ่งสะท้อนถึงความยากลำบากที่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญ งานวิจัยในอนาคตจึงควรมุ่งเน้นไปที่

- 1) การพัฒนากลยุทธ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โดยอาจรวมการฟื้นฟูแบบบูรณาการ เทคโนโลยี และนวัตกรรมทางการแพทย์โดยเฉพาะบริการเชิงรุกในชุมชน
- 2) การสร้างเครือข่ายสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เช่น ระบบการเยี่ยมเยียนและศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน เพื่อลดความโดดเดี่ยว
- 3) การวิเคราะห์ผลกระทบทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว
- 4) การเสริมสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองให้กับผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยกิจกรรมที่ช่วยให้รู้สึกมีคุณค่า มีบทบาทมากขึ้นในครอบครัว และไม่รู้สึกเป็นภาระ

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก ศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ หัวหน้าโครงการวิจัยฯ ที่ได้ชี้แนะ สนับสนุน และให้คำปรึกษาตลอดกระบวนการวิจัยและการนิพนธ์ รวมถึงคณะผู้วิจัยในทีมผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ แก่นนำชุมชน และผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ทุกท่าน

References

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics-2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2022;145(8):e153–639.

2. Yao YY, Wei ZJ, Zhang YC, Li X, Gong L, Zhou JW, et al. Functional disability after ischemic stroke: a community-based cross-sectional study in Shanghai, China. *Front Neurol* 2021;12:649088.
3. The Stroke Foundation. Disability after a stroke [Internet]. TX: The Stroke Foundation; 2020[Updated 2020; Cited 2023 February 12]. Available from: <https://thestrokefoundation.org/disability-after-a-stroke/>
4. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Stroke information page [internet]. MD: NINDS; 2024[Updated 2020; Cited 2023 February 12]. Available from: <https://www.ninds.nih.gov>
5. Olibamoyo O, Adewuya A, Ola BA, Coker A, Atilola O. Prevalence and correlates of depression among nigerian stroke survivors. *S Afr J Psychiatry* 2019;25:1252.
6. Arwert HJ, De Kort PL, Meesters JJ, Klok CP, Fasotti L, Ribbers GM. Poststroke depression: a long-term problem for stroke survivors. *Am J Phys Med Rehabil* 2018;97(8):565-71.
7. Chuenjairuang P, Iamsamai S. The meaning and management of suffering from stroke disability in persons with stroke. *Thai Pharm Health Sci J* 2014;9(4):170-7. (in Thai)
8. Chen J, Zhang L, Zhang X, Zhao Y, Wu J. Post-stroke experiences and rehabilitation needs of community-dwelling Chinese stroke survivors: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(15):1-15.
9. Wray F, Clarke D. Longer-term needs of stroke survivors with communication difficulties living in the community: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMJ Open* 2017;7:e017944.
10. Langlois EV, Tunçalp Ö, Norris SL, Askew I, Ghaffar A. Qualitative evidence to improve guidelines and health decision-making. *Bull World Health Organ* 2018;96(2):79-79A.
11. Lavery SM. Hermeneutic phenomenology and phenomenology: a comparison of historical and methodological considerations. *Int J Qual Methods* 2003;2(3):21-35.
12. Kendall M, Cowey E, Mead G, Barber M, McAlpine C, Stott DJ, et al. Outcomes, experiences and palliative care in major stroke: a multicentre, mixed-method, longitudinal study. *CMAJ* 2018;190(9):E238-46.
13. Marshall B, Cardon P, Poddar A, Fontenot R. Does sample size matter in qualitative research? A review of qualitative interviews in IS research. *J Comput Inf Syst* 2013;54(1):11-22.
14. Lee J, Kim YS, Lee HS. Physical disability and depression in stroke survivors: a longitudinal study. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2021;30(5):105123.
15. Lim S, Chan KT, Lee DT. Social support and psychological well-being in stroke survivors: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2022;44(2):256-65.

16. Drageset J, Dysvik E, Espehaug B, Natvig GK, Furnes B. Suffering and mental health among older people living in nursing homes: a mixed-methods study. *Peer J* 2015;3:e1120.
17. Wenzel RA, Zgoda EA, St Clair MC, Knecht-Sabres LJ. A qualitative study investigating stroke survivors' perceptions of their psychosocial needs being met during rehabilitation. *Open J Occup Ther* 2021;9(2):1-16.
18. Fang T, Wang D, He Z, Wang X, Wang Y, Gao Y, et al. Financial stress and mental health outcomes among stroke patients: a population-based study. *Stroke* 2020;51(7):1931-8.
19. Xu L, Dong Q, Jin A, Zeng S, Wang K, Yang X, et al. Experience of financial toxicity and coping strategies in young and middle-aged patients with stroke: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2024;24(1):94.
20. Chen H, Zhang N, Zhao W, Fan X, Sun S. Perceived burden and psychological distress among stroke survivors and their caregivers: a cross-sectional study. *BMC Geriatr* 2019;19(1):250.
21. Hale AJ, Ricotta DN, Freed J, Smith CC, Huang GC. Adapting Maslow's Hierarchy of Needs as a framework for resident wellness. *Teach Learn Med.* 2018;31(1):109-18. doi:10.1080/10401334.2018.1456928.
22. Afrin A. Body image and self-esteem dynamics in the context of performing self-care activities among people with stroke: a qualitative study [dissertation]. Bangladesh: Bangladesh Health Professions Institute, Faculty of Medicine, University of Dhaka; 2023.
23. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Abd Aziz NA, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services: a systematic review and meta-ethnography. *PLoS One.* 2018;13(2)
24. Harrison M, Ryan T, Gardiner C, Jones A. Psychological and emotional needs, assessment, and support post-stroke: a multi-perspective qualitative study. *Top Stroke Rehabil* 2017;24(2):119-25.
25. Lin S, Wang C, Wang Q, Xie S, Tu Q, Zhang H, et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care: a qualitative longitudinal study. *Int J Nurs Stud* 2022;130:104213.
26. Wei Y, Ren X, Su X, Wang X, Hua Y, Chen Y, et al. Predictors and changes of self-perceived burden among stroke survivors: a 3-month follow-up study. *Front Neurol.* 2020;11:742.

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ เป็นวารสารวิชาการด้านพยาบาลศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและวิชาการทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (peer review) อย่างน้อย 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านเนื้อหา นั้น ๆ และด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย กรณีที่บทความได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้ ถือเป็นสิทธิ์ของวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

คำแนะนำในการเตรียมบทความ การส่งผลงานเข้ามาเพื่อรับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ มีข้อควรตรวจสอบสำคัญ ดังนี้

1. บทความที่ส่งมาไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ระหว่างการส่งตีพิมพ์ที่วารสารอื่น
2. ผู้ที่มีรายชื่อในบทความทุกคนมีความเห็นตรงกันในเนื้อหาสาระของบทความก่อนส่งเข้ามาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่
3. ผู้เขียนได้ตรวจสอบเนื้อหาสาระของบทความแล้วและไม่มีการลักลอกเลียนงานวิชาการ (plagiarism) โดยมีการอ้างอิงแหล่งที่มาตามหลักการที่ถูกต้อง
4. บทความวิชาการที่เป็นผลงานของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาจะต้องมีลายเซ็นต์ของอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองว่าได้อ่านและพิจารณาเนื้อหาของบทความนั้นแล้ว

หมายเหตุ: การส่งบทความเข้ามายังระบบออนไลน์ ผู้พิมพ์ชื่อแรก(first author) หรือผู้ประสานงานการเผยแพร่บทความ (corresponding author) จะต้องพิจารณาและกรอกแบบตรวจสอบบทความเพื่อลงตีพิมพ์วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (สำหรับผู้พิมพ์) เพื่อยืนยันตามข้อ 1-4 ข้างต้น **การส่งบทความเข้ามาในระบบจึงจะมีความสมบูรณ์**

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. บทความวิจัย (research articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นจากการศึกษาเชิงประจักษ์ เพื่อนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการศึกษาตามระเบียบวิธีวิจัย กล่าวถึงบทนำ วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย กรอบแนวคิดทฤษฎี ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษา ซึ่งรวมถึงการวิจัยชั้นเรียน (classroom research) และการวิจัยสถาบัน (institutional research) ทั้งนี้ งานวิจัย ควรได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน องค์กร หรือหน่วยงาน

2. บทความวิชาการ (academic articles) เป็นบทความที่เขียนขึ้นโดยที่ผู้พิมพ์หยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอแนวคิดใหม่ เน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญและต้องนำเสนอข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้

3. บทความปริทัศน์ (review articles) เป็นบทความที่รายงานการทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยผู้พิมพ์ได้มีการศึกษาเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง มีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบงานวิจัย สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่พร้อมข้อเสนอแนะ บทความปริทัศน์ควรเสนอแนวคิดใหม่หรือองค์ความรู้ใหม่ หรือกระตุ้นให้เกิดการวิจารณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

4. **รายงานการศึกษาอิสระ** (independent studies) เป็นบทความที่รายงานเกี่ยวกับการพัฒนา นวัตกรรมการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือรายงานผู้ป่วย หรืออื่น ๆ
5. **บทความพิเศษ** (special articles) เป็นบทความที่ผู้นิพนธ์เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในเรื่องนั้นมักเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจเป็นพิเศษ หรือเป็นบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึงบทสัมภาษณ์พิเศษ ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และบทวิจารณ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการกำหนด ผู้นิพนธ์

การเตรียมบทความต้นฉบับ (Handing the Manuscript)

1. บทความภาษาไทย

การใช้ภาษาไทยให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้ถ้อยคำย่อที่ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและด้านซ้ายมือน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่าง และด้านขวามือ อย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร TH SarabunPSK (สำหรับภาษาไทย) ขนาด 16 ตัวอักษรต่อนิ้ว ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้า ตั้งแต่หน้า ชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

1.1 ชื่อเรื่อง ประกอบด้วย

1.1.1 ชื่อเรื่องควรสั้นกะทัดรัด ใช้ภาษาที่เป็นทางการและครอบคลุมประเด็นหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องสำหรับบทความภาษาไทย ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษไม่ต้องขึ้นต้นข้อความด้วยอักษรใหญ่ทุกคำ ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ตัวอย่างเช่น

ถูกต้อง – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

ไม่ถูกต้อง – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยแสดงคำย่อของวุฒิการศึกษา ในการประกอบวิชาชีพและวุฒิการศึกษาสูงสุดเท่านั้น ไม่ใส่ตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้นิพนธ์หลายคน ให้เรียงชื่อตามลำดับความสำคัญที่แต่ละคนมีส่วนในงานวิจัยนั้น **ที่สำคัญต้องระบุชื่อ และอีเมล(e-mail) ของผู้ประสานงานการเผยแพร่บทความ (corresponding author)**

1.1.3 แหล่งทุนสนับสนุนวิจัย (ถ้ามี) (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างหน้าแรก)

1.1.4 ตำแหน่งของผู้นิพนธ์ หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์อยู่ขณะทำการวิจัย (แทรกเชิงอรรถไว้ด้านล่างในหน้าแรก) ดังตัวอย่าง

*ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก.....

** (ตำแหน่ง, ตำแหน่งทางวิชาการ) หน่วยงาน, สถาบัน.....

1.2 **บทคัดย่อ** เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา บทสรุปและข้อเสนอแนะ ไม่ควรเกิน 1,000 คำ (ภาษาไทย 500 คำ ภาษาอังกฤษ

500 คำ) ใช้ภาษารัตนโกสินทร์ เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ให้เขียนบทคัดย่อภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทย จะไม่ใช่ศัพท์ภาษาอังกฤษแปลเป็นภาษาไทย หรือให้เขียนทับศัพท์ที่เป็นภาษาไทย และไม่ต้องวงเล็บคำเดิม

1.3 คำสำคัญหรือคำหลัก ระบุคำสำคัญภาษาไทย ใส่ไว้ในท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา โดยให้ใช้ Medical Subject Headings (MeSH) และระหว่างคำให้ใช้เครื่องหมาย; สำหรับภาษาอังกฤษ

1.4 บทนำ เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา ให้ข้อมูลทางวิชาการและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับจุดมุ่งหมายของการศึกษาอย่างกระชับ ลงท้ายด้วยวัตถุประสงค์ของการวิจัยนั้น

1.5 วิธีการศึกษา ชี้แจง 2 หัวข้อใหญ่ คือ เครื่องมือ และวิธีการศึกษา หัวข้อเครื่องมือให้บอกรายละเอียดสิ่งที่นำมาศึกษา จำนวน ลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาอธิบายรูปแบบแผนการศึกษา การสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

1.6 ผลการศึกษา แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนได้ใจความ ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก ควรบรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้ามีตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตาราง แผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบายในเนื้อหาซ้ำอีกและไม่ควรมีตารางเกิน 3 ตารางหรือแผนภูมิ และมีการแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

1.7 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิ เรียงเลขตามลำดับเนื้อหาของบทความ และแยกลำดับตามประเภท มีคำอธิบายสั้น ๆ แต่ได้สาระครบถ้วน ภาพเขียนและแผนภูมิควรเขียนด้วยหมึกอินเดียบนกระดาษอาร์ต ถ้าเป็นเครื่องพิมพ์คอมพิวเตอร์ ต้องเป็นเครื่องพิมพ์เลเซอร์หรือเครื่องพลอตเตอร์หมึกขาวดำเท่านั้น

1.8 อภิปราย วิจารณ์ว่าผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยหรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น ไม่ควรคาดเดาอย่างเลื่อนลอย โดยปราศจากพื้นฐานอ้างอิงที่แน่นอน และให้จบบทความด้วยข้อยุติสรุปว่าผลที่ได้ ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ให้ข้อเสนอแนะที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป

1.9 ข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องหรือสถาบันที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติงานตลอดจนการวิจัยหรือพัฒนาองค์ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

1.10 กิตติกรรมประกาศ มีเพียงสั้น ๆ แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง

1.11 เอกสารอ้างอิง ใช้ระบบ Vancouver style ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิงและต้องเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น กรณีที่เป็นภาษาไทย ให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษและต่อท้ายด้วย (in Thai) และต้องสะกดชื่อผู้นิพนธ์จากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษให้ถูกต้อง โดยตรวจสอบจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้นิพนธ์เคยตีพิมพ์ผลงาน หรือจากเว็บไซต์ต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ต้นสังกัดของผู้นิพนธ์

2. บทความภาษาอังกฤษ

ให้ใช้ภาษาอังกฤษของอเมริกันทั้งฉบับ พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (216x279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและด้านซ้ายมีอย่างน้อย 40 มม. (1.5 นิ้ว) ด้านล่างและด้านขวามีอย่างน้อย 25 มม. (1 นิ้ว) พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Words ด้วยรูปแบบอักษร Times New Roman ขนาด 12 ตัวอักษรต่อนิ้ว ไม่เกิน 15 หน้า ใส่เลขหน้าตั้งแต่หน้าชื่อเรื่อง เรียงไปตามลำดับที่มุมขวาของกระดาษ ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ปนในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ ซึ่งต้องขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่

รายละเอียดของการเตรียมต้นฉบับอื่นๆ ได้แก่ ชื่อเรื่อง คำสำคัญหรือคำหลัก วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย ข้อเสนอแนะ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ให้ใช้แนวทางเดียวกับการเตรียมบทความภาษาไทย

องค์ประกอบของบทความ

1. บทความวิจัย (research articles) ความยาว 15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) วิธีการศึกษา (methods) ผลการศึกษา (results) ตาราง ภาพ และแผนภูมิ อภิปราย (discussion) ข้อเสนอแนะ (suggestion) กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

2. บทความวิชาการ (academic articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) บทนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) เป็นส่วนของเรื่องราวที่น่าเสนอ แบ่งเป็นประเด็นหลัก ประเด็นรอง ประเด็นย่อย โดยสอดแทรกแนวคิด ทศนคติ และแสดงความคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 หรือจะให้ 3 เท่าบทความวิจัย ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ กระตุ้นผู้อ่านให้คิดตาม และให้ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) กล่าวเพียงสั้น ๆ ถึงแหล่งที่สนับสนุนการศึกษาเท่านั้น เอกสารอ้างอิง (references)

3. บทความปริทัศน์ (review articles) ความยาว 10-15 หน้า ประกอบด้วย

ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ บทคัดย่อ (abstract) คำสำคัญหรือคำหลัก (keywords) ส่วนนำ (introduction) ควรประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ขอบเขตของเรื่องและคำจำกัดความหรือนิยามต่าง ๆ เนื้อหา (contents) นำเสนอการสังเคราะห์ผลจากรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับ เพื่อประมวลเป็นเนื้อหาสาระ หรือข้อโต้แย้งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยต้องมีการเปรียบเทียบข้อสรุปของแต่ละการศึกษาว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ หากไม่สอดคล้องกันจะมีแนวทางทำให้ผลการศึกษาที่มีความขัดแย้งได้อย่างไรเป็นการแนะนำแนวทางการวิจัยในอนาคตผู้นิพนธ์ต้องลำดับการเขียน แยกประเด็นหรือลำดับเหตุการณ์ให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ตาราง ภาพ และแผนภูมิ (ไม่เกิน 2 ตาราง ภาพ และแผนภูมิ) ส่วนสรุป (conclusion) ขมวดประเด็นสำคัญ แนะนำการพัฒนางานวิจัยในอนาคต กิตติกรรมประกาศ (acknowledgement) เอกสารอ้างอิง (references)

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ใส่เลขยกหลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่นำมาอ้างอิง ใช้หมายเลข 1 สำหรับการอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้ามีการอ้างอิงซ้ำให้ใส่หมายเลขเดิม การใส่หมายเลขให้เรียงลำดับอ้างอิงในเนื้อเรื่อง ไม่เรียงลำดับตามอักษรของผู้นิพนธ์ ให้เขียนเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด สำหรับเอกสารอ้างอิงที่แปลมาจากภาษาไทย ให้ใช้ปี ค.ศ. แทน พ.ศ.

โปรดสังเกตชนิดของตัวอักษร ชื่อของเรื่องจะใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ นอกจากนี้ ให้สังเกตการใช้ เครื่องหมายวรรคตอน และช่องไฟ ดังตัวอย่างการอ้างอิงแต่ละประเภทที่น่าเสนอต่อไปนี้

1. บทความทั่วไป

1.1 ชื่อวารสารจะเป็นชื่อย่อ โดยต้องเป็นไปตามกำหนดใน index medicus ซึ่งจะหาได้ตามห้องสมุดทั่วไป หรือ ค้นดูจาก internet เว็บไซต์ของ National Library of Medicine ที่ <http://www.nlm.nih> และไม่มีการใช้เครื่องหมายวรรคตอนกับชื่อย่อของวารสาร

1.2 ในกรณีที่ผู้พิมพ์เป็นบุคคล ให้ใส่ชื่อทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คนแรก ตามด้วย et.al

1.3 กรณีผู้พิมพ์เป็นหน่วยงาน เขียนอ้างอิง ดังนี้

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

1.4 กรณีไม่มีชื่อผู้พิมพ์ เขียนอ้างอิง ดังนี้

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

1.5 ในกรณีที่วารสารที่อ้างอิงนั้นยังไม่ได้จดทะเบียนค้าขายให้ใช้ชื่อเต็มโดยอนุโลม

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. Journal of Nursing Science and Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

1.6 กรณีที่เรียงเลขหน้าเฉพาะในฉบับ ไม่ต่อกันไปตลอดปีที่ตีพิมพ์ ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. Journal of Nursing Science and Health 2014;37(3):27-36. (in Thai)

1.7 กรณีที่มีการเรียงตัวเลขหน้าต่อกันตลอดปีที่ตีพิมพ์ ไม่ต้องใส่ฉบับที่ตีพิมพ์ ดังนี้

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. Nurs Res 1999;48:2-8.

1.8 กรณีที่เป็นฉบับเสริม (supplement)

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994;102 suppl 1:275-82. ตัวอย่างนี้ แสดงว่าเป็น Volume 102 ฉบับเสริมที่ 1 กรณีเอกสารอ้างอิงเป็นคอลัมน์เฉพาะ ซึ่งไม่จัดเป็นฉบับต้นฉบับ เช่น บทบรรณาธิการ จดหมายหรือบทความย่อย ให้แสดงชนิดของเอกสารภายในเครื่องหมาย [] ดังนี้

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996;347:1337.

2. หนังสือ

ชื่อหนังสือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมดยกเว้นอักษรตัวแรกและชื่อเฉพาะ

2.1 หนังสือที่ผู้พิมพ์คนเดียว เขียนอ้างอิง ดังนี้

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 หนังสือที่มีผู้พิมพ์จำนวน 2-6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers;1996.

2.3 หนังสือที่มีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน เขียนอ้างอิง ดังนี้

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

2.4 หนังสือที่มีผู้พิมพ์เป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม เขียนอ้างอิง ดังนี้

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone;1996.

2.5 กรณีที่ผู้พิมพ์เป็นหน่วยงานและผู้พิมพ์เขียนอ้างอิง ดังนี้

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute;1992.

2.6 บทในหนังสือหรือตำรา เขียนอ้างอิง ดังนี้

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors, Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995:p. 465-78.

2.7 บทความที่ผู้พิมพ์แสดงเพียงแต่ชื่อมหาวิทยาลัยและเมือง สำหรับวิทยานิพนธ์ต่างประเทศ วงเล็บชื่อรัฐหลังชื่อเมือง ดังนี้

Kaplan SJ. Post hospital home health care: The elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ;1995.

3. สื่อหรือวัสดุอิเล็กทรอนิกส์

3.1 บทความวารสารทางอินเทอร์เน็ต (e-journal)

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):966 - 9. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 หนังสือทางอินเทอร์เน็ต (e-book)

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection: <http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 โฮมเพจ/เว็บไซต์(homepage/website)

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

การส่งต้นฉบับ

ผู้นิพนธ์ต้องสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ จากนั้นจึงจะสามารถส่งต้นฉบับบทความได้ที่ระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> เมื่อระบบได้รับบทความเรียบร้อยแล้ว ระบบจะส่งอีเมลแจ้งกลับอัตโนมัติให้ผู้นิพนธ์ และผู้นิพนธ์สามารถตรวจสอบสถานะบทความได้ที่ระบบวารสารฯ โดยสามารถศึกษาการใช้งานได้จากคู่มือการใช้งานระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ โดยดาวนโหลดคู่มือฯ ได้ที่เมนูประกาศข่าวสาร (announcements)

กรณีมีข้อสงสัยเกี่ยวกับวารสารและการส่งบทความออนไลน์ ติดต่อได้ที่ นางสาวชนัญชิตา อภิโชคหิรัญ ฝ่ายบริหารจัดการวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ถนนมิตรภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002 โทรศัพท์ 043-202435, 043-202407 ต่อ 117 โทรสาร 043-202435, 043-348301 หรืออีเมล journal.nu@gmail.com

ลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงาน

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่ผลงานที่ตีพิมพ์ ห้ามผู้ใดนำบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพไปเผยแพร่ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้ การนำบทความไปเผยแพร่ออนไลน์ การถ่ายเอกสารบทความเพื่อกิจกรรมที่ไม่ใช่การเรียนการสอน การส่งบทความไปตีพิมพ์เผยแพร่ที่อื่น ยกเว้นเสียแต่ได้รับอนุญาตจากวารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Author guidelines

The *Journal of Nursing Science and Health* is a quarterly peer-reviewed journal of the Faculty of Nursing Khon Kaen University Thailand. The journal aims to publish high quality empirical studies and scholarly papers in the field of nursing and related health sciences. We accept both Thai and English manuscripts which have never been published elsewhere. These submitted manuscripts will be evaluated by at least 2 experts in the field for scientific merits, with double-blind review process. Once accepted and published, the manuscript copyright will be automatically transferred to the journal.

Manuscript preparation suggestions

Manuscript submission for publication in the Journal of Nursing Science and Health, an author should check the essential items as follows:

1. Submitted manuscript has never been published elsewhere or in the process of publication in any journals
2. All authors approved contents in the submitted article before publication submission
3. No plagiarism on submitted manuscript, neither partial nor complete copying from other work and reference citation must be completely correct
4. Regarding academic or research articles of graduate student, advisor's signature must be obtained to certify contents review and approval

Remark: Online manuscript submission, first author or corresponding author has to consider and fill in publication submission checklist form, Journal of Nursing Science and Health, Faculty of Nursing, Khon Kaen University (for author) to confirm the 4 essential items as above-mentioned, then an electronic submission system is completed.

Types of articles

The following 5 types of articles are published by the Journal of Nursing Science and Health:

1. Research articles are papers written to illustrate a clearly stated research question or hypothesis, which is tested empirically through the application of sound research protocol. The content presents background and rational of the study, objectives, design, theoretical framework, results, and discussion. This includes classroom research as well as institutional research. All human subjects research must receive approval from the IRB.

2. Academic articles are scholarly papers written by experts in academic or professional fields. It aims to analyze or criticize findings from previous studies on a topic as well as to formulate new concepts or theories based on existing research. They are excellent sources for finding out what has been studies or researched as well as to find updates on existing knowledge.

3. Review articles are written in an attempt to systematically analyze or discuss on research previously published by others. The authors will analyze, compare, summarize or classify current state of understanding on a particular topic they have been studied extensively.

A review should propose new ideas or new knowledge, be thought provoking criticism on a particular topic.

4. Independent studies are articles report on the development of innovations, the application of evidence-based practice, including case study reports, and others.

5. Special articles: are written by experienced authors to comment on special matters that currently issues of interest. Special articles include exclusive interviews, expert opinion, analytical critique related to health. The editorial board reserves the right to determine qualified authors.

Manuscript preparation

1. Thai article

Thai language usage, translation of English into or transliteration to Thai must be based on Ratchabandittayasathan. Using English word in sentences including abbreviation should be avoided. Manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). Page set up should include 40 mm. (1.5 inches) on top and left margins and 25 mm. (1 inch) on bottom and right margins. TH SarabunPSK (Thai language), 16 point-font size, single space should be set consistently. Manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

1.1 Title page

1.1.1 The title must be shorter than 100 characters, both concise and informative. Title of Thai articles must include both Thai and English. Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized, for example,

Correct – The interventions for pain management during the first stage of labor at Udonthani Hospital

Incorrect – The Interventions for Pain Management During the First Stage of Labor at Udonthani Hospital

1.1.2 Authors' names must be both Thai and English. The authors' names should include abbreviation of their highest academic degrees, without academic titles. Authors should be listed in order of contribution to the paper beneath the title, including corresponding author's name and e-mail address.

1.1.3 Research grants/funding (if any) should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.1.4 Authors' affiliation, organization or institution while doing research should be typed as a footnote at the bottom of the title page

1.2 Abstract

The abstract should not exceed 1,000 words (Thai abstract 500 words, English abstract 500 words) and should contain objectives of the research, material and methods used, main findings conclusions and recommendations. Abstract should be structured in according to types of articles. Abbreviation should be avoided.

Thai abstract presents first, follows by English abstract. Thai abstract will not contain English words but translate into Thai or transliterate words of English to Thai, without typing English word in a parenthesis.

1.3 Keywords

Abstract must be followed by 3-5 keywords using Medical Subject Headings (MeSH), and use “ ; ” between English words.

1.4 Introduction

Introduction should be brief and indicates the essential background information and rational of the study. Introduction should clearly state hypothesis or purpose statement and why the author deems it important.

1.5 Material and methods

Authors should provide concise but complete information for material and methods to enable other scientists to repeat the research presented, if needed. Details of materials (i.e. interventions, programs, and questionnaires), subjects' characteristics, sampling techniques, research protocol for data collection, and statistics used for data analysis should be clearly indicated.

1.6 Results

Data acquired from the research with appropriate statistical analysis described in the methods section should be included in this section. The results should describe the finding observed in according with research questions or hypothesis. Numerical data should be presented in tables and graphs. The same data/information given in the table must not be repeated in a figure or text. The total number of table and figures combined may not exceed 3.

1.7 Figures, tables, and charts

It is essential that all illustrated figures and tables are clear and legible. All figures and tables must be given a clear and concise title. The numbering used for tables, figures, and charts should be separate and proceed chronologically. Figure and chart should be prepared in black indian ink on white art paper. If figure and chart print from computer, it must be laser printer or plotter printer on white and black ink only.

1.8 Discussion

Discussion should relate the results for current understanding of the scientific problems being investigated in the study. This section should include implications of the main findings and exploring possible mechanism or explanation for those findings and their limitations. The authors should compare and contrast the results with previous

studies and then try to explain, with strong empirical evidence, why and how the different results have occurred. Finally, recommendations for future research and clinical practice could be given.

1.9 Implications

Suggest how the findings may be important for policy, practice, theory, and subsequent research.

1.10 Acknowledgement

Include only a brief description of grants or funding and any assistance.

1.11 References

Use Vancouver style. See details in reference section. References list must be written in English, translation Thai into English must insert the word “in Thai” in parenthesis (in Thai). Author’ s name in English must correctly spell by checking with electronic database that Thai author had published, or with author’s affiliation website.

2. English article

Your manuscript must be written in clear, comprehensible American English. Manuscript must be prepared by Microsoft Words on single-sided A4 (216 x 279 mm.). Page set up should include 40 mm. (1.5 inches) on top and left margins and 25 mm. (1 inch) on bottom and right margins. Times New Roman, 12 point-font size, single space should be set consistently. Manuscript should not exceed 15 pages including references. Each page is numbered consecutively, including title page and reference page. Type the numbers in the upper right-hand corner using Arabic numerals. The first word of proper name must be capitalized, other than that uses small letters.

Other manuscript preparation details including title page, abstract, keywords, introduction, material and methods, results, figures and tables, discussion, implications, acknowledgement, and references use the same as Thai article preparation.

Article components

- **Research articles** Length of the article should be 15 pages including references. Components include: Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations) Abstract, Keywords, Introduction, Material and methods, Results, Figures and tables, Discussion, Recommendations, Figures and tables, Acknowledgement, References.
- **Academic articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include: Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definition. Contents: Should be divided into main-themes and sub-themes, incorporated with various concepts and perspectives based on empirical evidences and reliable sources. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and charts combined should not exceed 3) Conclusion: Clearly

explain the main contents and highlight its importance and relevance for implications. Acknowledgement: A brief description of educational supports. References.

- **Review articles** Length of the article should be 10-15 pages including references. Components include: Title page (Include title, full names of authors, degree, grants, academic titles, and affiliations), Abstract, Keywords, Introduction: Background and rational of the study, objectives, scope, definitions. Contents: Present comprehensively results from systematic reviews of research previously published by others. The authors should summarize, evaluate and offer critical comment on the ideas and information that the authors present in the article follow by recommendations for future research. Figures, tables, and charts (Total number of tables, figures, and chart combined may not exceed 2) Conclusion: Wrap-up the main issue, and suggest further research. Acknowledgement, References.

References

The Vancouver style of referencing is used in this journal. In-text citation, references, must be cited by using superscript Arabic numerals in the order in which they appear in the text. The first reference used in a written document is listed as 1 ⁽¹⁾ in the reference list. The superscript number is inserted into the document immediately next to the fact, concept, or quotation being cited. If citing more than one reference at the same point, separate the numbers with commas and no spaces between. Citation in Thai must translate into English and use AD instead of BE. Authors are responsible for the accuracy of cited references and these should be checked before the manuscript is submitted.

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized. Spacing and punctuation need to be congruent with the following recommendations:

1. Journal

1.1 Use standard abbreviation for journals as defined in Index Medicus (can check via National Library of Medicine at <http://www.nlm.nih>). Do not use periods in abbreviations. If the journal is not listed in National Library of Medicine, then it should be written out in full.

1.2 Author/Authors: List the names and initials of all authors. If there are more than 6 authors, list the first 6 and add 'et al.'

1.3 Organization as Author

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996;164:282-4.

1.4 Unknown author

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

1.5 If the abbreviated name of the referenced journal has not been officially recognized, the full name should be used accordingly.

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. *Journal of Nursing Science and Health* 2014;37(3):27-36. (in Thai)

1.6 If the page numbers of each issue begin with page 1, include the issue number in parentheses.

Kreetiyutanont S, Srisaeng P, Kamwilaisak R, Ungpansattawong S. The relationships between selected factors and maternal grief after termination of pregnancy due to fetal anomalies. *Journal of Nursing Science and Health* 2014;37(3):27-36. (in Thai)

1.7 If each issue begins with the next consecutive page number from the last issue, do not include the issue number

Yoos HI, McMullen A. Symptom perception and evaluation in childhood asthma. *Nurs Res* 1999;48:2-8.

1.8 Supplement

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994;102 suppl 1:275-82.

This example indicates volume 102, supplement 1.

1.9 Editorial, letter, abstract are special columns, not considered as original article, indicating this citation in brackets [].

Enzenberger W, Fishcer PA. Metronone in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

2. Book

Only the first word in the sentence and proper names should be capitalized.

2.1 One author

Mason J. Concepts in dental public health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

2.2 Two - six authors

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany, NY: Delmar Publishers; 1996.

2.3 More than 6 authors

Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al. Harrison's principles of internal medicine. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

2.4 Editor as author

Nomar IJ, Redfem SJ, editors. Mental health care for elderly. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.5 Organization as author

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the medicine program. Washington: The Institute; 1992.

2.6 Chapter in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: Pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

2.7 Thesis/Dissertation: Indicate only university and province, insert state in parenthesis after city if thesis/dissertation abroad

Kaplan SJ. Post hospital home health care: The elderly's access and utilization [dissertation]. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

3. Electronic material

3.1 E-journal

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: The ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):966 - 969. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

3.2 E-book

Salley K. Physical medicine and rehabilitation [Internet]. New Delhi: World Technologies; 2012 [cited 2013 Nov 17]. Available from EBSCOhost eBook Collection:<http://search.ebscohost.com.prxusa.lirn.net/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=406964&site=ehost-live>

3.3 Homepage/website

American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011[updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th]. Available from:<http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collectiondemographic.page>

Manuscript submission

The corresponding author. We will only be accepting submissions made online at <http://www.tci-thaijo.org/index.php/nah>. Automatic reply after submission will be sent to author via email. Once a manuscript is submitted, there is an online tracking system through which authors can check status of their manuscript. Please refer to online submission manual via the journal webpage <https://www.tci-thaijo.org/index.php/nah> (under 'announcements')

If you have any questions or require assistance about the submission process, please contact our editorial staff at

Journal of Nursing Science and Health
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
Mauang, Khon Kaen province, Thailand 40002
Tel: + 66-43-202435, + 66-43-202407 ext. 117
Fax: + 66-43-202435, + 66-43-348301
Email: journal.nu@gmail.com

Distribution rights:

The Journal of Nursing Science and Health is copyright holder of published articles. Distributions of articles published in Journal of Nursing Science and Health including online, photocopying which is not for teaching-learning purpose, publication submission elsewhere are prohibited except obtaining permission from the Journal of Nursing Science and Health.

