

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

Vol. 35, No. 2

May - August 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. การพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรบบยอด โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี
3. ผลการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี
4. ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
5. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความเสี่ยง ในตำบลนาฝื่อ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
6. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
7. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี
8. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

บทความวิชาการ

9. หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม – สิงหาคม 2564 ISSN 0857-5371

Vol. 35, No. 2

May - August 2021

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลการการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ		
	3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล		
คณะที่ปรึกษา	ศ.บุญธรรม	กิจปรีดาบริสุทธิ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ศ.ดร.ผ่องพรรณ	เกิดพิทักษ์	มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
	ศ.พ.ญ.ชุติมา	ศิริกุลชยานนท์	มหาวิทยาลัยรังสิต
	ศ.ดร.ศิริพร	จิรวรรณกุล	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.ศศิธร	พุ่มดวง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	รศ.ดร.สมพร	กันทรสุขย์ เติร์มชัยศรี	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
	รศ.พ.ญ.จรรยาพร	สุภาพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ	ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	ผศ.ดร.ศรีสุดา	วงศ์พิเศษกุล	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
	ผศ.ดร.วรรณรา	ชินวัฒนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
กองบรรณาธิการ	ศ.นายแพทย์พยาง	จุทา	มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำปัน	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ปัญญรัตน์	ลาภวงศ์วัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.รัชณี	สรเสรีญ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	ผศ.ดร.วนิดา	ดุรงค์ฤทธิชัย	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
	ผศ.ดร.นันทพันธ์	ชินล้าประเสริฐ	มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวีรกุล	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.พิมสุภาว	จันทนะโสรัตน์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
	ผศ.ดร.พริมาภา	หอมสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.เพ็ญพิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	Dr.Stephen	Hamann	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
	Dr.Carol	Hutchinson	มหาวิทยาลัยมหิดล

เจ้าของ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ : 0-2354-8542, 095 -701-3182 โทรสาร : 02 354 8542

สถานที่ตั้ง ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

กำหนดการออกวารสาร ปีละ 3 ฉบับ คือ มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม และกันยายน - ธันวาคม

พิมพ์ที่ บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตปอเรชั่น จำกัด
99/164 ม.2 ซ.แจ้งวัฒนะ 10 แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์: 02 575 1791-3, โทรสาร: กต 16

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง
คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุขไทยปีที่ 35 ฉบับที่ 2 นี้ ได้เสร็จสิ้นท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 และการโจมตีประเทศไทยระลอก ที่ 4 พร้อมกันนี้ เป็นการสิ้นสุดวาระการบริหารงานของคณะกรรมการบริหารสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ มีบทความรายงานวิจัยได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในช่วงเวลานั้นประเทศไทยมีการขาดแคลนหน้ากากอนามัยอย่างหนัก หน้ากากผ้าจึงเป็นทางเลือกที่สำคัญในช่วงเวลาดังกล่าว ขณะเดียวกันรูปแบบการสอบวัดความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลของ OSCE ที่น่าสนใจในยุคดิจิทัลจะเป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่ทำทนายอนาคตการจัดการศึกษาและวัดผลที่ใช้การออกแบบวัดจาก Scenario แทนสถานการณ์จริง อีกทั้งได้นำเสนอแนวทางการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและสุขภาพจิต ตลอดจนเครือข่ายในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมเชิงรุก สำหรับการสร้างพลังอำนาจแห่งตนของหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่การดูแลระยะฝากครรภ์ เพื่อบรรเทาการเจ็บปวดและลดระยะเวลาคลอด เป็นงานวิจัยในคลินิกเชิงทดลองที่ได้เชื่อมมาสู่การสนับสนุนจากบุคลากรรอบข้างและครอบครัว ตลอดจนบทความทางวิชาการที่เน้นการลดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติพยาบาล ผลการวิจัยเหล่านี้ได้สะท้อนแง่มุมปัญหาในขอบข่ายงานของพยาบาล ในงานสาธารณสุขที่นำไปสู่การขยายผลทั้งระดับงานวิจัยต่อยอด ในช่วงเวลาที่ยากลำบากประเทศไทยใช้มาตรการ Social Distancing ต้อง work at home และใช้หน้ากากอนามัยอย่างเข้มงวด กองบรรณาธิการขอขอบคุณคณะผู้วิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่เสียสละเวลาตรวจสอบประเมินผลงาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่มีส่วนเร่งรัด ปรับปรุงงานจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
หัวหน้ากองบรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

Journal of Public Health Nursing Vol.35, No.2 May - August 2021

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้าน ทักษะปฏิบัติการพยาบาลรвыอด โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม	Developing and Evaluating OSCE-based, Comprehensive Clinical Competency of Nursing Students, Srimahasarakham Nursing College	1
ณัฐพร คำศิริรักษ์*	Natapon Kumsiriruk*	
พัชรี นุ่มแสง**	Patcharee Numsang**	
สุจิตา ตีลการยทรัพย์***	Sujima Tilakarayasrup***	
สุวคนธ์ ทองดอนบม****	Suwakon Thongdornbom****	
สิวาพร พานเมือง*****	Sivaporn Panmuang*****	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการ ป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ใน จังหวัดปทุมธานี	Factors Related to Fabric Hygienic Mask Wearing Behaviors to Prevent COVID-19 among People in Pathumthani Province	22
สมบุญ ขอสกุล*	Somboon Khorskull*	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ผลการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อ ความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยง หลอดเลือดแดงโคโรนารี	Effects of E-learning on Self-Care Ability in Patients After Coronary Artery Bypass Graft surgery	39
---	---	----

อนุสรณ์ มั่นศิลป์*

Anutsara Mansin*

สมบูรณ์ ขอสกุล**

Somboon Khorskul**

อารีย์ มหุวรรณ***

Aree Mahuwon***

ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการ เผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับ ความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์ คลอดระยะแรกของหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา	Effect of the empowerment program for coping with labour pain on the pain score and duration of pain during the first stage of labour in the primigravidas Sungnoen Hospital Nakhon Ratchasima Province	59
--	---	----

ชไมพร มณีรัตนพันธ์*

Chamaiporn Maneeratapun*

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อน ในตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ	Comparison of health literacy and health care behavior in patients of diabetes mellitus with and without complications in Tambon Na Phue, Amphur Muang, Amnat Charoen Province	77
นันทวรรณ อุดม*	Nunthawan Udom*	
สุภาพิชย์ ขวานทอง**	Supapich Kwanthong**	
ณฐมน ธนภรสุวรรณ***	Nathamon Thanaphonsuwan***	
ประเสริฐ ประสมรักษ์****	Prasert Prasomrak****	
จณัญญา โห่ทองคำ*****	Chananya Ngankham*****	
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	Effect of Health-promoting program on self-care behaviors of diabetic patients	94
อุมากร ใจยังยืน*	Umakorn Jaiyungyen*	
สุภาภรณ์ วรอรุณ**	Supaporn Voraroon**	
สาวิตรี ศิริพลวุฒิชัย***	Sawitree Siriphonwuttichai ***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี	Effectiveness of a Mental Health Promotion Program for Self-care Behavior of the Elderly in Pathumthani Province, Thailand	109
ผุสดี ชูชีพ*	Pusadee Choocheep*	
ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี	Factors Affecting Participation By the Elderly in Healthcare Community Networks, Suphanburi Province	125
อาคม โพธิ์สุวรรณ*	Akom Phosuwat*	
สุภาภรณ์ วรอรุณ**	Supaporn Voraroon**	
รัตนา แสงสว่างโชติ***	Ratana Sangsawangchot***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

หน้า

หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วย บาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง	Pitfalls of Nursing Care in Head Injury Patients with Increased Intracranial Pressure	139
--	---	-----

มลฤดี แสนจันทร์ *
สุวคนธ์ ทองดอนบม**

Monruedee Sanchan *
Suwakhon Thongdornbom**

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	154
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	161
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	162
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	163

บทวิจัย

การพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอด โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ณัฐพร คำศิริรักษ์* พชรี นุ่มแสง**

สุจิตา ทิลการยทรัพย์*** สุวคนธ์ ทองดอนบม**** ลีวาพร พานเมือง*****

บทคัดย่อ

การประเมินทักษะทางคลินิก (Objective Structured Clinical Examination: OSCE) ช่วยในการพัฒนาทักษะทางคลินิกและช่วยเตรียมความพร้อมนักศึกษาสำหรับการเผชิญสถานการณ์จริงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2-4 จำนวน 371 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 50 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย OSCE แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2560 ถึงกรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เนื้อหา

การพัฒนา OSCE เพื่อเป็นเครื่องมือวิจัยในขั้นตอนปฏิบัติการจำนวน 14 สถานี มาทดสอบกับนักศึกษาชั้นปีที่ 2-4 ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วางแผนการสร้างข้อสอบ การสอบ การสังเกต การสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ ผลวิจัยพบว่า สามารถพัฒนานักศึกษาด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดสอบผ่านเกณฑ์ประเมินผล (มากกว่าร้อยละ 60) จำนวน 6 สถานี จากทั้งหมด 14 สถานีในรอบแรก และผ่านหมด 100% ในรอบต่อมา ได้แก่ สถานีการช่วยฟื้นคืนชีพ (100 %) การฉีดยา (92 %) การทำคลอดปกติ (94.89 %) การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก (88.83 %) การวัดสายตา (91.24 %) และการตรวจร่างกาย (62.69 %) นักศึกษามีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอบในระดับมาก ($\bar{x} = 3.88$, SD 0.47) เกิดความมั่นใจและคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ผู้คุมสอบมีความมั่นใจและมีข้อเสนอแนะว่า OSCE ที่พัฒนาขึ้นสามารถวัดทักษะทางคลินิกของนักศึกษาเป็นรายบุคคลได้ ข้อเสนอแนะวิทยาลัยควรกำหนดนโยบายและสนับสนุนกระบวนการพัฒนาการสอบให้ครอบคลุมทุกวิชา รวมทั้งภาคปฏิบัติในชุมชน

คำสำคัญ: ทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอด/ OSCE/ นักศึกษาพยาบาล

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม E-mail: natapon@smnc.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Developing and Evaluating OSCE-based, Comprehensive Clinical Competency of Nursing Students, Srimahasarakham Nursing College

Natapon Kumsiriruk^{*}

Patcharee Numsang^{**} Sujima Tilakarayasrup^{***}

Suwakon Thongdornbom^{****} Sivaporn Panmuang^{*****}

Abstract

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) can help to improve clinical skills and prepare students for practice in clinical settings. This action research aimed to develop and evaluate the OSCE-based comprehensive clinical competency of nursing students at Srimahasarakham Nursing College. The participants consisted of 371 nursing students and 50 nursing instructors. The research process was conducted in four phases: 1) planning, 2) acting, 3) observing, and 4) reflecting. Instruments included an OSCE evaluation, a questionnaire to measure student satisfaction with OSCE tests, and after-action review (AAR). The study was carried out from October 2017 to December 2019. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Instructors evaluated OSCE-based, comprehensive clinical competency in real-time at 14 stations. Results indicate that knowledge and skill competencies of nursing students were good or higher (60 %) in areas including CPR (100 %), vaccine injection (92 %), normal labor (94.89 %), child growth and development (88.83 %), visual acuity test (91.24 %), and physical examination (62.69 %). The students expressed reasonable satisfaction with the OSCE evaluation ($\bar{x}$ = 3.88, SD 0.47). They feel excited about the test and feel confident about caring for patients after graduation. The college should adopt this testing practice and support an OSCE comprehensive clinical competency evaluation tangibly and continuously.

Keywords: Comprehensive clinical competency/ OSCE / Nursing student

Article info: Received June 9, 2021; Revised August 7, 2021; Accepted August 30, 2021

^{*} Corresponding Author, Registered nurse, Senior professional level, Srimahasarakham Nursing College

^{**} Registered nurse, Senior professional level, Srimahasarakham Nursing College

^{***} Registered nurse, Senior professional level, Srimahasarakham Nursing College

^{****} Registered nurse, Senior professional level, Srimahasarakham Nursing College

^{*****} Registered nurse, Senior professional level, Srimahasarakham Nursing College

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลศาสตร์เป็นวิชาชีพที่ต้องปฏิบัติโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพ และอนามัยของประชาชนด้วยความเอาใจใส่อย่างเอื้ออาทร จึงจำเป็นต้องใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง การจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ มีความปลอดภัยต่อชีวิตของผู้ใช้บริการโดยคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และคุณค่าของชีวิตมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน การจัดการเรียนการสอนของวิชาชีพพยาบาล ต้องมีการดำเนินการให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ และมีการพัฒนาสมรรถนะสำคัญตามหลักสูตร เพื่อให้บัณฑิตศึกษามีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ในแต่ละชั้นปี เมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาต้องมีความสามารถตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่กำหนดในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (Thai Qualifications Framework for Higher Education, TQF: HEd.) คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ¹

กลยุทธ์การสอนตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการเรื่องมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 กล่าวว่า การจัดการเรียนการสอนให้

เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และชี้แนะตนเองในการเรียนรู้ โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการจัดการเรียนการสอนอย่างเป็นรูปธรรม มีการออกแบบการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชาที่สามารถวัดและประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เรียนได้อย่างชัดเจน ใช้วิธีการเรียนการสอนที่หลากหลายและเหมาะสมกับรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในสถานการณ์จริง การสอนในหอผู้ป่วยและการสอนข้างเตียง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ผ่านกระบวนการเรียนการสอนที่เน้นการคิดวิเคราะห์และการแก้ไขปัญหาโดยใช้ปัญญาและหลักฐานเชิงประจักษ์ มีการประเมินทั้งความก้าวหน้าและการประเมินผลรวบยอด ซึ่งการประเมินผลรวบยอดมีหลายวิธี เช่น การประเมินผลความสามารถทางคลินิกโดยการสอบปากเปล่า (Oral examination) การสังเกตจากการปฏิบัติจริง (Direct observation) การประเมินความสามารถทางคลินิกด้วย Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

OSCE ถูกนำมาใช้ครั้งแรกเพื่อเป็นวิธีการประเมินความสามารถทางคลินิกขั้นพื้นฐานของนักศึกษาแพทย์ ในปี ค.ศ. 1972 โดย ดร.โรนัลด์ ฮาร์เดน และคณะ ซึ่งให้คำจำกัดความของ OSCE ไว้ว่า “an approach to the assessment of clinical competence in which the components of competence are assessed in a well planned or structured way with attention being paid to objectivity” เป็น

วิธีการจำลองสถานการณ์ทางคลินิกที่นิยมใช้เพื่อตรวจสอบความสามารถทางคลินิกที่ถูกนำมาใช้เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับนักศึกษา โดยอาศัยหลักการประเมินที่สำคัญคือ สถานีสอบ (Station) สถานการณ์จำลอง (Clinical relevance) วัตถุประสงค์ของการสอบ (Relative objectivity) รูปแบบโครงสร้าง (Structured format) และความยืดหยุ่น (Flexibility)^{2, 3, 4}

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม⁵ มีเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของชุมชน การจัดการเรียนการสอนจึงมุ่งให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพ การจัดการเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติต้องมีความสอดคล้องกัน จึงจะช่วยผู้เรียนมีสมรรถนะทางวิชาการและวิชาชีพ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ เป้าประสงค์สำคัญคือผู้จบการศึกษามีคุณภาพสูงต่อการรองรับความถูกต้องทางสุขภาพของชุมชน ภารกิจของกระทรวงและสถานการณ์ทางสุขภาพของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะสาขาตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ การดำเนินการที่ผ่านมาวิทยาลัยฯ มีการสอบวัดความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การมอบหมายให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยต่างๆ มีการสอบวัดความรู้รอบยอทางการแพทย์พยาบาลสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 เมื่อสิ้นปีการศึกษา ซึ่งวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ แต่ไม่มีการวัดทักษะทางคลินิกหรือ

ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ มีเฉพาะการสอบทักษะทางคลินิกในบางรายวิชา ในระยะก่อน ระหว่าง หรือหลังการฝึกปฏิบัติในบางรายวิชา เช่น ในการปฏิบัติรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 และ 2 ต้องฝึกทักษะการตรวจร่างกาย การประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทักษะการฉีดวัคซีน ทักษะการประเมินความสามารถในการมองเห็น ในผู้รับบริการกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มวัยเรียน และการตรวจร่างกายในผู้รับบริการวัยอื่นๆ ในการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งยังไม่ครอบคลุมการประเมินทักษะการคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาที่เหมาะสม ในสถานการณ์จริง อันเป็นการช่วยให้นักศึกษาทราบถึงทักษะของตนเองก่อนจบการศึกษา มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานอุดมศึกษาแห่งชาติ มีอัตลักษณ์บัณฑิตและเอกลักษณ์ของวิทยาลัย

การประเมินสมรรถนะด้านความรู้ และการปฏิบัติพยาบาลต้องมีเครื่องมือหรือรูปแบบการวัดและประเมินผลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถวัดได้ตรงตามศักยภาพของนักศึกษาและนำไปสู่การพัฒนา นักศึกษาที่ถูกต้อง การสอบ OSCE ช่วยในการประเมินสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาล พัฒนาทักษะทางคลินิกและช่วยเตรียมความพร้อมนักศึกษาสำหรับการเผชิญสถานการณ์

จริงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติ⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินทักษะทางคลินิกแบบ Objective Structured Clinical Examination (OSCE) ในสาขาพยาบาลในต่างประเทศ^{7,8} มีข้อสรุปว่าการสอบ OSCE เป็นวิธีการประเมินทักษะทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ โดยสามารถใช้การสอบ OSCE สำหรับประเมินทักษะการพยาบาลเมื่อสิ้นสุดการฝึกภาคปฏิบัติการเสริมสร้างนักศึกษาให้มีความรู้ และสมรรถนะทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับสภาพจริง เช่น การสอบ OSCE ช่วยพัฒนาทักษะการให้นมแม่⁹ พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต Defibrillation และ ECG monitoring¹⁰

ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญการพัฒนาและประเมินสมรรถนะรายรอบแต่ละชั้นปี เพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้และมีสมรรถนะที่สอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานอุดมศึกษาแห่งชาติ มีอัตลักษณ์บัณฑิตและเอกลักษณ์ของวิทยาลัย สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรายรอบ โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

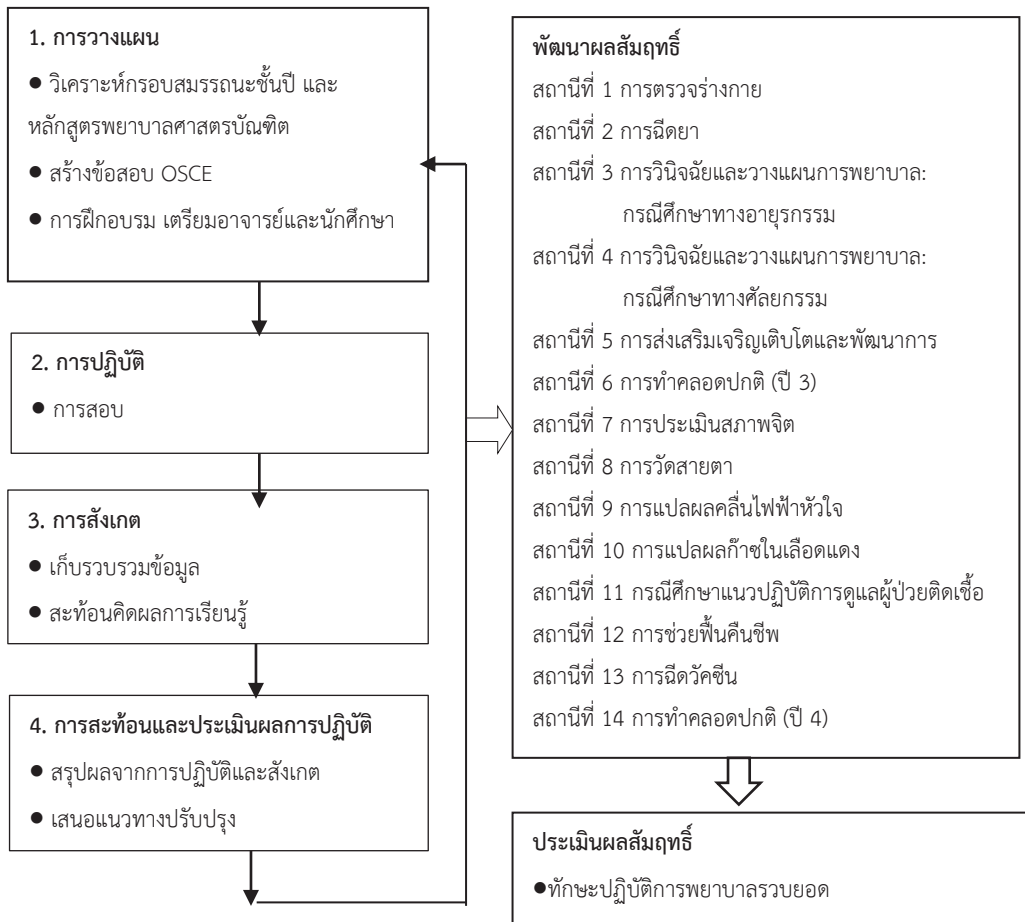
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาในการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรายรอบ โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

2. เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรายรอบ โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

3. เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรายรอบ โดยใช้ OSCE สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

กรอบแนวคิด

การนำแนวคิดกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา¹ และการสอบ OSCE⁸ เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา และใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมกแทกการ์ท (Kemmis & McTaggart) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Plan) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observe) และ 4) การสะท้อนคิด (Reflecting)¹¹ เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะร่วมมือกันทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา นำแผนสู่การปฏิบัติจริง มีการสังเกตและสะท้อนผลของการปฏิบัติ



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดสำหรับนักศึกษาพยาบาล โดยใช้ OSCE หลังการฝึกปฏิบัติรายวิชาทางการพยาบาล เพื่อพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดหลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติรายวิชาต่างๆ เช่น ชั้นปีที่ 2 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ชั้นปีที่ 3 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ และชั้นปีที่ 4 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 รายวิชาปฏิบัติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกต และ 4) การสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ ช่วงเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 ธันวาคม 2562

นักศึกษาชั้นปีที่ 4 ดำเนินการสอบ
ระหว่างวันที่ 1 - 31 พฤษภาคม 2562

นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ดำเนินการสอบ
ระหว่างวันที่ 1 - 30 มิถุนายน 2562

นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ดำเนินการสอบ
ระหว่างวันที่ 1 - 31 กรกฎาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นอาจารย์พยาบาล
จำนวน 50 คน นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1, 2,
3 และ 4 จำนวน 520 คน กลุ่มตัวอย่างได้แก่
อาจารย์พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรียน
การสอนทางการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรี
มหาสารคาม จำนวน 50 คน นักศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 ปี
การศึกษา 2561 จำนวน 371 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ
วิจัย ได้แก่

1) กรอบสมรรถนะระดับขั้นปีด้าน
วิชาชีพและวิชาการ

2) เครื่องมือวัดทักษะปฏิบัติการ
พยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE

ชั้นปีที่ 4 จำนวน 3 ฐาน ได้แก่
การช่วยฟื้นคืนชีพ การฉีดยา และการทำงาน
คลอดปกติ

ชั้นปีที่ 2 จำนวน 4 ฐาน ได้แก่
การตรวจร่างกาย การฉีดยา การวินิจฉัยและ
วางแผนการพยาบาลกรณีศึกษาทางอายุรกรรม
และกรณีศึกษาทางศัลยกรรม

ชั้นปีที่ 3 จำนวน 7 ฐาน ได้แก่
การส่งเสริมเจริญเติบโตและพัฒนาการ การทำ

คลอดปกติ การประเมินสภาพจิต การวัดสายตา
การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผลก๊าซใน
เลือดแดง และกรณีศึกษาแนวปฏิบัติการดูแล
ผู้ป่วยติดเชื้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อ
สภาพการจัดสอบ OSCE ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5
ระดับ (5 = มากที่สุด, 1 = น้อยที่สุด)

3) แบบสะท้อนคิดผลการเรียนรู้

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม ทางการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้คำนึงถึงหลัก
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามแนวทางที่
เหมาะสมกับการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้
พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการ
รับรองเชิงจริยธรรมและอนุมัติจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB
SNC 007/2560 ซึ่งกระทำโดยให้การเคารพ
ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยการแจ้งให้ผู้ให้
ข้อมูลทราบการดำเนินการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง
ยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูลจึงจะ
ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถาม
ถอดบทเรียน การนำเสนอข้อมูลกระทำใน
ภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล
พร้อมทั้งมีการลบและทำลายข้อมูลจากเทป
บันทึกเมื่อสรุปรายงานการวิจัยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ผลการสอบ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ต่อสภาพการจัดสอบ วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับกรอบสมรรถนะ ชั้นปี การสะท้อนคิดผลการเรียนรู้ วิเคราะห์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

การดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Plan)

ดำเนินการ ดังนี้

1. สังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับด้านกรอบสมรรถนะชั้นปี รูปแบบการสอบ OSCE เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาสภาพปัญหาในการพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE

2. จัดการประชุมทบทวน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยการประชุม คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง อาจารย์ประจำหลักสูตร คณะกรรมการบริหารหลักสูตร และตัวแทนแต่ละกลุ่มวิชา จำนวน 7 กลุ่มวิชา ได้แก่ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลผู้ใหญ่ การพยาบาลผู้สูงอายุ บริหารและพื้นฐานการพยาบาล การพยาบาลครอบครัว และชุมชน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์

3. จัดประชุมพิจารณาร่วมกันในการพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE ให้ครอบคลุมตามสมรรถนะทุกชั้นปี ทั้งด้านเจตคติ

คุณลักษณะ ด้านความรู้ และด้านทักษะปฏิบัติ รวมทั้งการกำหนดโจทย์สถานการณ์ จำนวนสถานีสอบ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

ผู้วิจัยดำเนินการจัดการสอบตามสถานีสอบที่กำหนดแต่ละชั้นปี จำนวน 14 สถานี

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยดำเนินการติดตาม ตรวจสอบสิ่งที่เกิดขึ้นจากการสอบวัดผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอด ได้แก่ คะแนนสอบ การสะท้อนคิดผลการเรียนรู้จากนักศึกษา นำผลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินผล

ขั้นที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมจากการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดในขั้นปฏิบัติและสังเกตที่รวบรวมได้มาสะท้อนผลให้เห็นถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไข ปัญหาต่อไป

ผลการวิจัย

ขั้นที่ 1 การวางแผน ผลการศึกษา

สภาพปัญหาในการพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE ผลการประชุมทบทวน วิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยการประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง อาจารย์ประจำหลักสูตร คณะกรรมการบริหารหลักสูตร และตัวแทนแต่ละกลุ่มวิชา จำนวน 7 กลุ่มวิชา

จำนวนทั้งหมด 20 คน พบว่า มีการสอบวัดความรู้รวบรวมยอดทางการพยาบาล สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 เมื่อสิ้นปีการศึกษา ซึ่งวัดผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ แต่ไม่มีการวัดทักษะทางคลินิกหรือผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม ทักษะทางปัญญา ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ทักษะวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ ยังไม่มีความชัดเจนเรื่องกำหนดกรอบสมรรถนะแต่ละชั้นปี รวมทั้งยังไม่มีการพิจารณาและกำหนดกรอบทักษะปฏิบัติการพยาบาลเป็นภาพรวมของหลักสูตรที่จำแนกเป็นรายชั้นปีที่ชัดเจน

ผู้วิจัยจึงร่วมกันดำเนินการแก้ปัญหา โดย 1) กำหนดกรอบสมรรถนะระดับชั้นปีด้านวิชาชีพและวิชาการ และเครื่องมือประเมินสมรรถนะนักศึกษาพยาบาล สรุปผลการประชุมได้กำหนดทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญของรายวิชาต่างๆ เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 3 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 ชั้นปีที่ 4 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 เป็นต้น ซึ่งทักษะปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดสามารถนำไปใช้ในการบริการสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน 2) พัฒนาอาจารย์พยาบาลในการสร้างข้อสอบ OSCE โดยประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพอาจารย์ด้านการพัฒนาเครื่องมือสมรรถนะรวบรวมแต่ละชั้นปี และวิพากษ์ข้อสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ข้อสอบจำนวน 14 สถานี 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อ

เตรียมความพร้อมอาจารย์ในการใช้เครื่องมือสมรรถนะรวบรวมแต่ละชั้นปี และเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติ ผู้วิจัยดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยใช้ข้อสอบ OSCE 14 สถานี ตามกำหนดในแต่ละชั้นปี โดยเตรียมความพร้อมอาจารย์และนักศึกษาก่อนสอบ โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการอาจารย์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการจัดสอบ แบบทดสอบวัดทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ของนักศึกษาทุกชั้นปีที่จัดสอบ กำหนดวันและสถานที่สอบประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มวิชาและผู้รับผิดชอบในการจัดสอบแต่ละวิชา ตลอดจนหน่วยงานภายในที่เกี่ยวข้องกับสถานที่จัดสอบ จัดพิมพ์และตรวจข้อสอบเตรียมสื่อทัศนูปกรณ์ การเตรียมเอกสาร และประชาสัมพันธ์และชี้แจงข้อมูลกำหนดการและแผนการสอบให้นักศึกษา อาจารย์ประจำชั้นและผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบดังนี้

1. ปฏิบัติการทดสอบวัดทักษะปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ OSCE ตามแผนที่กำหนดไว้สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 100 คน ดำเนินการสอบจำนวน 3 สถานี ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การฉีดยา และ การทำคลอดปกติ โดยจัดแบ่งนักศึกษาเป็น 25 กลุ่ม ดำเนินการสอบสถานีละ 4 คน ใช้เวลาสอบคนละ 6 นาที รวมใช้เวลาสอบทั้งหมด 3 ชั่วโมง

ถอดบทเรียนผลการเรียนรู้โดยใช้แบบสะท้อนคิดผลการเรียนรู้สำหรับนักศึกษา พบว่าการสอบ OSCE เป็นกิจกรรมที่ทำให้นักศึกษา

ได้ทบทวนความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการสอบ

ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน

“ได้เรียนรู้การ CPR ในเคสที่ประสบอุบัติเหตุตกจากที่สูง” “การประเมินผู้ป่วยและนำหลักกระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ ได้จดจำทักษะและความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในเหตุการณ์จริง การเลือกวิธีการเปิดทางเดินหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย” “ได้ทบทวนการให้วัคซีนแก่เด็ก ซึ่งยอมรับเลยว่าที่แรกจำวัคซีนไม่ได้เลย แต่หลังจากได้สอบก็ทำให้เข้าใจมากขึ้น เข้าใจการพยาบาลที่ต้องทำกับเด็กหลังการฉีดวัคซีน การให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองหลังฉีดวัคซีน” “เรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด

การทำคลอดที่ถูกต้อง และการคลอดศีรษะไหล ทารกอย่างถูกต้อง” “การเรียนรู้ทักษะของตนเองเพื่อช่วยคลอด การรู้จักกลไกการคลอดและประเมินได้ว่าจะมารดาอยู่ในกลไกใด”

2. ปฏิบัติการทดสอบวัดทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ OSCE ตามแผนที่กำหนดไว้ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 134 คน ดำเนินการสอบจำนวน 4 สถานี ได้แก่ การตรวจร่างกาย การฉีดยา การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาล: กรณีศึกษาทางอายุรกรรม และกรณีศึกษาทางศัลยกรรม โดยจัดแบ่งนักศึกษาเป็น 23 กลุ่ม ดำเนินการสอบสถานีละ 6 คน ใช้เวลาสอบคนละ 8 นาที รวมใช้เวลาสอบทั้งหมด 3 ชั่วโมง

Table 1 The schedule of OSCE test for the second-year student.

Stations	1	2	3	4
Topics	Physical examination	Injection	Nursing planning: Medical case	Nursing planning: Surgical case
Classes	2 nd floor	2 nd floor	3 rd floor	3 rd floor
Time/group	8 minutes	8 minutes	8 minutes	8 minutes
Number/group	6 students	6 students	6 students	6 students
Number of groups	23 groups	23 groups	23 groups	23 groups
Examiner	6 instructor	6 instructor	6 instructor	6 instructor

Clinical competency

1. Self-awareness
2. Practicing with professional ethics
3. Using information and evidence for solving problems critically
4. Using innovative and research for thinking systematically
5. Showing leadership for positive changing

6. Using digital and technology for searching and communicating in nursing practice
7. Using Thai and English for communicating effectively
8. Practicing holistic care with caring, ethics, laws, and rights by the participation of patients
9. Practicing health promotion, prevention, and rehabilitation for all health conditions
10. Practicing nursing for all ages including healthy, risk group and uncomplicated group

ถอดบทเรียนผลการเรียนรู้พบว่า นักศึกษาได้ฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์การวางแผนดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน

“การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลเป็นฐานที่เหมาะสม เพราะเป็นการกระตุ้นให้ฝึกคิดวิเคราะห์และวางแผนในเคสนั้นๆ ได้” “ทำให้ได้ทบทวนความรู้เรื่องข้อวินิจฉัยและการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลทางศัลยกรรม” “ได้เรียนรู้ในการตรวจร่างกายเรียนรู้ให้ตนเองมีสติในการฉีดยาตามกระบวนการให้ครบ ได้เห็นถึงปัญหาทางอายุรกรรม ได้เห็นปัญหาทางศัลยกรรม การดูแลเฝ้ารอผู้ป่วยในแต่ละเรื่อง” “ได้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมว่าผู้ป่วยมีปัญหาอะไรบ้าง ต้องดูแลอะไรบ้าง” “เป็นเคสที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ซึ่งเป็นเคสที่พบได้บ่อย ได้ฝึกการดูแล ประเมินอาการ ประกอบการตั้งข้อวินิจฉัยการวิเคราะห์ข้อมูล การเรียงปัญหาสำคัญ”

2. ปฏิบัติการทดสอบวัดทักษะ ปฏิบัติการพยาบาลรวบยอดโดยใช้ OSCE ตามแผนที่กำหนดไว้ สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 137 คน ดำเนินการสอบจำนวน 7

สถานี ได้แก่ การส่งเสริมเจริญเติบโตและ พัฒนาการ การทำคลอดปกติ การประเมินสภาพจิต การวัดสายตา การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผลก๊าซในเลือดแดง และกรณีศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมา โดยจัดแบ่งนักศึกษาเป็น 23 กลุ่ม ดำเนินการสอบสถานีละ 6 คน ใช้เวลาสอบคนละ 12 นาที รวมใช้เวลาสอบทั้งหมด 4 ชั่วโมง 30 นาที

ผลถอดบทเรียนและผลการเรียนรู้พบว่า นักศึกษามีความรู้ มีทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล

ตัวอย่างข้อมูลที่ได้จากการถอดบทเรียน

“ช่วยส่งเสริมความรู้ทักษะและความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล ช่วยกระตุ้นให้มีทักษะทางปัญญา การวิเคราะห์ทักษะการปฏิบัติวิชาชีพ” “ได้เรียนรู้ว่าเวลาเราจะปฏิบัติอะไรต้องมีสติให้มากๆ ไม่ใช่มุ่งแต่จะทำ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย อะไรหลายๆ อย่าง” “ทำให้ทราบแนวทางในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลต่างๆ อย่างเหมาะสม”

ขั้นที่ 3 การสังเกต	4 สถานี ผลการสอบสถานีการตรวจร่างกาย
1. ผลการสอบ นักศึกษาเข้าสอบ OSCE จำนวนทั้งหมด 371 คน มีผลการสอบแยกตามชั้นปี ดังนี้	สอบผ่านร้อยละ 62.69 สถานีการฉีดยาสอบผ่านร้อยละ 31.34 การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลกรณีศึกษาทางอายุรกรรมสอบผ่านร้อยละ 2.94 กรณีศึกษาทางศัลยกรรมไม่มีผู้สอบผ่าน
2) ผลการสอบสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 134 คน ดำเนินการสอบจำนวน	

Table 2 The result of clinical skills of OSCE test for the second-year nursing students.

Clinical skills	Number of students	Passed (%)	Not passed (%)	Retest results	Overall (%)
1. Physical examination	134	84 (62.69)	16 (37.31)	16	100
2. Injection	134	42 (31.34)	92 (68.66)	92	100
3. Nursing planning: medical case study	134	1 (2.94)	133 (97.06)	133	100
4. Nursing planning: surgical case study	134	0 (0)	134 (100)	134	100

2) ผลการสอบสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 137 คน ดำเนินการสอบจำนวน 7 สถานี ผลการสอบสถานีการประเมินสภาพจิตสอบผ่านร้อยละ 33.55 การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ร้อยละ 41.61 การแปลผลก๊าซในเลือด	แดง ร้อยละ 2.92 กรณีศึกษาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อมี ร้อยละ 37.96 การทำคลอดปกติ ร้อยละ 94.89 การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 88.83 การวัดสายตา ร้อยละ 91.24
--	---

Table 3 The result of clinical skills of OSCE test for the third-year nursing students.

Clinical skills	Number of students	Passed (%)	Not passed (%)	Retest results	Overall (%)
1. Mental status examination	137	35 (33.55)	102 (74.45)	102	100
2. EKG interpretation	137	57 (41.61)	80 (58.39)	80	100

Clinical skills	Number of students	Passed (%)	Not passed (%)	Retest results	Overall (%)
3. Arterial blood gas interpretation	137	4 (2.92)	133 (97.08)	133	100
4. Case study: Sepsis care	137	52 (37.96)	85 (62.04)	8	100
5. Normal labor	137	139 (94.89)	7 (5.11)	7	100
6. Child growth and development	137	108 (88.83)	29 (21.17)	29	100
7. Visual acuity examination	137	125 (91.24)	12 (8.76)	12	100

3) ผลการสอบสำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จำนวน 100 คน ดำเนินการสอบ จำนวน 3 สถานี ผลการสอบสถานีการช่วยฟื้นคืนชีพ สอบผ่านร้อยละ 100 การฉีดวัคซีน สอบผ่าน ร้อยละ 92 และการทำคลอดปกติสอบผ่าน ร้อยละ 98

Table 4 The result of clinical skills of OSCE test for the fourth-year nursing students.

Clinical skills	Number of students	Passed (%)	Not passed (%)	Retest results	Overall (%)
1. CPR (Cardiopulmonary resuscitation)	100	100	-	-	100
2. Vaccine injection	100	92	8	8	100
3. Normal labor	100	98	2	2	100

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของ นักศึกษาต่อสภาพการจัดสอบ จากการตอบ แบบสอบถาม จำนวน 298 คน (ร้อยละ 80.32) พบว่า นักศึกษาทุกชั้นปีมีความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากทุกด้าน คิดเป็นค่าเฉลี่ย 3.84 (SD=.69) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีสัดส่วนอาจารย์คุม สอบต่อนักศึกษาที่เหมาะสม ทำให้ประเมิน นักศึกษาแต่ละคนได้อย่างทั่วถึง ($\bar{x}$ =4.19, SD=.59) ส่วนด้านที่คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ แจ้ง แนวทางขั้นตอนการสอบและแบบฟอร์ม ประเมินผลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ($\bar{x}$ =3.28, SD=.82)

Table 5 Mean and standard deviation of satisfaction of OSCE test for the second-year, third-year and fourth-year nursing students.

Items	Satisfaction of OSCE test	Mean			Mean	SD	Overall
		2 nd Year (n=138)	3 rd Year (n=137)	4 th Year (n=23)			
1.	The objectives and content of the OSCE test were clearly defined and covered the learning outcomes.	3.82 (.60)	3.62 (.71)	4.22 (.60)	3.88	.63	High
2.	The OSCE station was appropriated for the level of competency.	3.85 (.71)	3.87 (.67)	4.52 (.51)	4.08	.63	High
3.	The examiner informed the OSCE test in advance.	3.55 (.86)	2.79 (.96)	3.61 (1.08)	3.31	.96	Moderation
4.	The examiner informed the clear guidelines and evaluation plans in advance.	3.40 (.76)	2.72 (.85)	3.74 (.87)	3.28	.82	Moderation
5.	The examiner advised clear explanations for the OSCE test.	3.54 (.70)	2.89 (.91)	3.87 (.81)	3.43	.80	Moderation
6.	The OSCE test was conducted in accordance with the course outline, objective, and learning outcomes.	3.85 (.65)	3.63 (.72)	4.30 (.64)	3.92	.67	High
7.	The examiner provided the rooms and circumstances conducted with convenience and usefulness for learning.	4.07 (.71)	3.64 (.78)	4.61 (.66)	4.10	.71	High
8.	The examiner provided modern and sufficient textbooks for preparing	3.86 (.85)	3.71 (.71)	4.13 (.63)	3.90	.73	High

Items	Satisfaction of OSCE test	Mean			Mean	SD	Overall
		2 nd Year (n=138)	3 rd Year (n=137)	4 th Year (n=23)			
	OSCE test at the nursing library.						
9.	The examiner provided the equipment and tools used in the modern, suitable, and efficient station.	4.01 (.71)	3.53 (.63)	4.30 (.76)	3.94	.70	High
10.	The examiner provided the patient simulator that was appropriate and consistent.	3.85 (.70)	3.50 (.70)	4.61 (.58)	3.98	.66	High
11.	The examiner provided an appropriate rotation schedule for OSCE test at each station.	3.74 (.73)	3.18 (.75)	4.43 (.59)	3.78	.69	High
12.	The proportion of examiners to students were appropriate that can assess each student thoroughly.	4.22 (.61)	3.70 (.69)	4.65 (.47)	4.19	.59	High
13.	The examiner provided an appropriate time for each station.	2.73 (.97)	3.24 (.76)	4.35 (.49)	3.44	.74	Moderation
14.	The OSCE evaluation was assessed using observation with standardized OSCE checklists.	3.68 (.69)	3.58 (.65)	4.39 (.66)	3.88	.66	High
15.	The examiner gave feedbacks/reflection using verbal and checklists for improving and developing students.	3.70 (.75)	3.40 (.78)	4.36 (.73)	3.82	.66	High

Items	Satisfaction of OSCE test	Mean			Mean	SD	Overall
		2 nd Year (n=138)	3 rd Year (n=137)	4 th Year (n=23)			
16.	The examiner tested or analyzed students using techniques promoting learning under stations.	3.68 (.66)	3.64 (.70)	4.26 (.69)	3.86	.68	High
17.	The OSCE test was provided the morality, knowledge, intellectual, analytic, and clinical skills for learning.	3.65 (.70)	3.77 (.62)	4.26 (.75)	3.89	.69	High
18.	The OSCE test can stimulate students to review their knowledge, understanding content, and clinical skills.	3.97 (.69)	3.92 (.64)	4.48 (.67)	4.12	.66	High
19.	The OSCE test allowed showing their competency.	3.90 (.75)	3.96 (.66)	4.39 (.58)	4.08	.58	High
20.	For an overall view, the OSCE increased knowledge, clinical skills, and confidence in nursing.	3.69 (.66)	3.80 (.64)	4.43 (.59)	3.97	.63	High
Overall					3.84	.69	High

3. ผลการถอดบทเรียน นักศึกษาสะท้อนคิดว่าการสอบ OSCE ทำให้ได้ทบทวนความรู้และทักษะทางการพยาบาล ได้ทราบกระบวนการหรือขั้นตอนปฏิบัติจากทักษะที่สอบ ทราบข้อบกพร่องของตนเอง ฝึกการใช้สมมติ ทักษะการตัดสินใจเฉพาะหน้า ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ทำให้ได้คำนึงถึงความ

ปลอดภัยของผู้ป่วย และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานในอนาคต

นักศึกษาส่วนใหญ่รู้สึกว่าจะต้องมีความกระตือรือร้นในการทบทวนความรู้และทักษะทางการพยาบาลที่สำคัญและจำเป็นตามระดับสมรรถนะของนักศึกษาแต่ละชั้นปีหลังสิ้นสุดการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และ OSCE ช่วยเสริมสร้างความพร้อม ความมั่นใจ

การคิดตัดสินใจแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลมากขึ้น ได้เรียนรู้และหรือพัฒนาทักษะอื่นๆ เช่น การสะท้อนคิดตนเองและเกิดการเรียนรู้ที่จะพัฒนาและปรับปรุงความสามารถของตนเอง การจัดการหรือควบคุมอารมณ์ความรู้สึกที่ตื่นเต้นในการเข้าสถานีสอบ

อาจารย์พยาบาลสะท้อนคิดว่ามีสมรรถนะในการสร้างสถานการณ์จำลอง และมีข้อเสนอแนะว่าการทดสอบผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ OSCE ช่วยพัฒนาความสามารถของนักศึกษาในการวางแผนแก้ไขปัญหาและให้การดูแลผู้รับบริการที่มีความแตกต่างเป็นรายบุคคลได้มากขึ้น

ขั้นที่ 4 การสะท้อนและประเมินผล การปฏิบัติ

จากขั้นตอนการปฏิบัติและการสังเกตพบว่า การพัฒนาทักษะด้านปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่แต่ละขั้นตอนมีความเกี่ยวเนื่องกัน ทำให้นักศึกษามีความพร้อมและสอบผ่านเกณฑ์การประเมินผลมากกว่าร้อยละ 60 จำนวน 6 สถานี
อภิปรายผลการศึกษา

การพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีการวางแผนปฏิบัติการสอบ การสังเกต การสะท้อนและประเมินผลการปฏิบัติ ระยะแรกของการวิจัยเริ่มด้วยการศึกษาสถานการณ์ปัญหา โดยการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกี่ยวกับตัวชี้วัดสมรรถนะหลักของนักศึกษาพยาบาลแยกตามชั้นปี หลักสูตรและวัตถุประสงค์หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ การประเมินสมรรถนะรวบรวมชั้นปี และการประเมินมาตรฐานผลการเรียนรู้ (TQF) ของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อให้การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษามีคุณภาพ นักศึกษาได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะที่พึงประสงค์เป็นการเตรียมนักศึกษาให้มีคุณลักษณะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 การกำหนดกรอบมาตรฐานการเรียนรู้เกี่ยวกับผลการเรียนรู้ของคุณวุฒิระดับปริญญาตรีทางการศึกษาพยาบาล^{1,4} และช่วยพัฒนาทักษะทางคลินิกของนักศึกษา

การประเมินความสามารถทางคลินิกหรือวิธีการจำลองสถานการณ์ในคลินิกจะช่วยให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ตามสมรรถนะที่กำหนดไว้ OSCE จะเป็นเครื่องมือที่ประเมินความสามารถของนักศึกษาโดยมีหลักการประเมินที่สำคัญคือ มีสถานีสอบ สถานการณ์จำลองวัตถุประสงค์การสอบ รูปแบบ โครงสร้าง และความยืดหยุ่น³ การสอบต้องมีการกำหนดสมรรถนะหรือทักษะทางคลินิกไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน มีเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน OSCE เป็นการประเมินความรู้ความสามารถทางคลินิกในทักษะที่จำเป็นหรือทักษะที่ไม่สามารถจัดประสบการณ์ตรงให้นักศึกษาได้ทีหอบผู้ป่วย เช่น ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ทักษะการแก้ปัญหาทางการพยาบาล เป็นต้น ควรมีการวิเคราะห์เนื้อหาวิชาและประเภทของความสามารถทางคลินิกที่จะประเมิน โดยการวางแผนพิมพ์เขียว (Test Blueprint) เพื่อให้การออกข้อสอบได้ครอบคลุม

เนื้อหาวิชาและทักษะทางคลินิก (Content validity) รวมทั้งช่วยตรวจสอบการกระจายน้ำหนักกับเนื้อหาข้อสอบ¹²

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อนขึ้น และมีการระบาดของโรคติดต่อต่างๆ เป็นวงกว้าง การเรียนการสอนในห้องปฏิบัติการพยาบาลจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะถ้าหากไม่สามารถปฏิบัติในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้ การจำลองสถานการณ์ในคลินิกจะทำให้นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติตามสถานการณ์ที่เสมือนจริง ช่วยเพิ่มพูนทักษะการตัดสินใจ ทักษะการเป็นผู้นำ การติดต่อสื่อสาร การคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาที่อาจพบในการปฏิบัติงานจริงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน โดยเฉพาะสมรรถนะด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน การลงมือปฏิบัติจริงมีความสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความรู้และทักษะที่เหมาะสมกับงานในชุมชน การสอบ OSCE ช่วยพัฒนาทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย การให้คำแนะนำผู้ป่วย และพัฒนาทักษะการตรวจร่างกาย ซึ่งเป็นทักษะทางคลินิกด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เป็นต้น¹³

ผลการพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมพบว่า นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ OSCE ผ่านเกณฑ์ประเมินผลมากกว่าร้อยละ 60 ได้แก่ สถานการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ การฉีดยาวัคซีน การทำคลอดปกติ การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก การวัดสายตา และการตรวจร่างกาย นักศึกษาทุกชั้นปี

มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอบ OSCE ในระดับมาก ผลการสะท้อนคิด พบว่า การสอบ OSCE ทำให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติทางการพยาบาล ได้ทราบข้อบกพร่องของตนเอง ได้แก้ไขส่วนที่เข้าใจไม่ถูกต้องและปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้รู้จักการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้ฝึกการตัดสินใจ ทำให้เกิดการพัฒนาตนเอง ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้น ในการปฏิบัติการพยาบาล การสอบที่เน้นการวางแผนการพยาบาล ทำให้ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย นักศึกษาให้ความเห็นว่า รูปแบบและเวลาในการจัดสอบมีความเหมาะสม แต่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการสอบ และระยะเวลาที่สอบในบางชั้นปี นักศึกษาบางคนอาจเกิดความเครียด และรู้สึกตื่นเต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁸ พบว่า นักศึกษาพยาบาลรับรู้ว่าการสอบ OSCE ทำให้รู้สึกเครียด ต้องมีเวลาในการสอบมาก ข้อเสนอแนะจากการศึกษาต้องมีการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนสอบ

การพัฒนาและการประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมสามารถประเมินทักษะทางการพยาบาล ช่วยพัฒนาทักษะการคิด ความตระหนัก และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น รวมถึงการนำไปใช้ในวิชาชีพพยาบาลต่อไป สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมในการประเมินสมรรถนะทางการศึกษาพยาบาล พบว่าการสอบ OSCE ที่มีการออกแบบที่ดีสามารถประเมินทักษะทางการพยาบาลได้¹⁴ การสอบ OSCE ช่วยประเมินความรู้และทักษะทางคลินิกของ

นักศึกษาพยาบาล¹⁵ การสอบ OSCE ช่วยพัฒนาทักษะการให้นมแม่⁹ พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต¹⁰ รูปแบบการสอบ OSCE สามารถประเมินทักษะด้านการปฏิบัติทางวิชาชีพและทักษะตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ควรนำมาเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมทางอายุรศาสตร์¹⁶

จุดอ่อนของงานวิจัย ความสอดคล้องของการวิเคราะห์สมรรถนะกับการสร้างสถานีสอบ ระยะเวลาการเตรียมความพร้อมของอาจารย์คุมสถานีสอบ และระยะเตรียมตัวสอบของนักศึกษาค่อนข้างจำกัด

จุดแข็งของงานวิจัย การมีส่วนร่วมของอาจารย์และนักศึกษาในทุกขั้นตอน ผลการพัฒนาทำให้นักศึกษามีทักษะทางคลินิกเพิ่มขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลอนามัยชุมชนได้

สรุป การพัฒนาและประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านทักษะปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ OSCE พบว่า นักศึกษามีสมรรถนะด้านความรู้และทักษะทางคลินิกผ่านเกณฑ์ประเมินผล และนักศึกษาทุกชั้นปีมีความพึงพอใจต่อการสอบ OSCE ในระดับมาก ผลการสะท้อนคิดพบว่า การสอบ OSCE ทำให้นักศึกษาได้ทบทวนความรู้และทักษะปฏิบัติการทางการพยาบาล ได้ทราบข้อบกพร่องของตนเอง ได้แก้ไขส่วนที่เข้าใจไม่ถูกต้องและปรับปรุงให้ดีขึ้น ได้รู้จักการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้ฝึกการตัดสินใจ ทำให้เกิดการพัฒนานตนเอง ทำให้รู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาล การ

สอบที่เน้นการวางแผนการพยาบาล ทำให้ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย การสอบ OSCE สามารถประเมินทักษะทางการพยาบาล ช่วยพัฒนาทักษะการคิด ความตระหนัก และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นปีที่สูงขึ้น ภายหลังการสำเร็จการศึกษา และการปฏิบัติงานในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรวางแผนสอบวัดทักษะด้านปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมโดยใช้ OSCE ที่สอดคล้องตามผลลัพธ์การเรียนรู้ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติเมื่อสิ้นสุดปีการศึกษา เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษามีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและเตรียมความพร้อมก่อนสำเร็จการศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาพัฒนาเครื่องมือสำหรับประเมิน OSCE ในแต่ละด้านของผลลัพธ์การเรียนรู้

2.2 ศึกษาประสบการณ์และการรับรู้ของนักศึกษาและอาจารย์ผู้คุมสอบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยทุกท่าน รวมทั้งคณาจารย์ และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิต ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

Reference

1. Office of the Higher Education Commission (OHEC). Thai Qualifications Framework for Higher Education (TQF: HEd). Bangkok: Office of the Higher Education Commission; 2009.
2. Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal* 1975; 1(5955): 447-51.
3. Harden RM. What is an OSCE? *Medical Teacher* 1988; 10(1): 19-22. doi: 10.3109/01421598809019321
4. Praboromarajchanok Institute (PI). Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Nonthaburi: Yuttarin printing; 2016.
5. Srimahasarakham Nursing College. Bachelor of Nursing Science Program (2012 revised edition). Mahasarakham: Srimahasarakham Nursing College; 2012.
6. Nursing and Midwifery Council. Standards for Pre-registration Nursing Education. London: NMC; 2010.
7. Lynga P, Masiello I, Karlgren K, Joelsson-Alm E. Experiences of using an OSCE protocol in clinical examinations of nursing students - A comparison of student and faculty assessments. *Nurse Education in Practice* 2019; 35: 130-4.
8. Bani-issa W, Tamimi M, Fakhry R, Tawil HAL. Experiences of nursing students and examiners with the Objective Structured Clinical Examination method in physical assessment education: A mixed methods study. *Nurse Education in Practice* 2019; 35: 83-9.
9. Villegas N, Cianelli R, Fernandez M, Hendersona S, Sierraa S, Alfonsoa Y, et al. Assessment of breastfeeding clinical skills among nursing students using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Investigación en educación médica* 2016; 5(20): 244-52.
10. Liu G, Fei S, Ge W, Xu J, Cha Y, Wang X. Application of Objective Structured Clinical Examination (OSCE) in Intensive Care Curriculum. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research* 2019; 311: 307-12.
11. Kemmis S, McTaggart R (ed.). *The action research planner*. Victoria: Deakin University; 1988.

12. Iramaneerat C. Suggestions for the OSCE (Objective Structured Clinical Examination) (Part 1) [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 3]. Available from: http://teachingresources.psu.ac.th/document/2548/Ai_Rommani_Rat/2.pdf
13. Lohapaiboonkul N, Palakarn B. The Effects of an Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs) Test to evaluate the knowledge and clinical skills in basic medical treatment and perceive of preceptors from community of the clinical skills of nursing students. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2014; 23(3): 24-34. (in Thai)
14. Lejonqvist GB, Eriksson K, Meretoja R. Evaluating clinical competence during nursing education: A comprehensive integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice* 2016; 22(2): 142-51.
15. Smrekar M, Ficko SL, Hošnjak AM, Illic B. Use of the Objective Structured Clinical Examination in Undergraduate Nursing Education. *Croat Nurs J* 2017; 1(1): 91-102.
16. Soivong P, Lasuka D, Chaiard J, Khampolsiri, T, Phothikun R, Kiatwattanacharoen S. Development and feasibility of the OSCE-based medical nursing comprehensive practice achievement test for senior nursing students. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(4): 79-91. (in Thai)

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน โควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี

สมบูรณ์ ขอสกุล*

บทคัดย่อ

การใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าสามารถนำมาใช้ในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในสถานการณ์ที่มีหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ขาดแคลน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกคนจะต้องใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลบางเตือ อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 315 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า และ 3) แบบสอบถามการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการกระทำที่จะส่งผลต่อสุขภาพ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 1.00 ทั้งสองฉบับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าและแบบสอบถามการรับรู้และความคิดที่มีต่อพฤติกรรมของตนเอง ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ มีค่าเท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสเปียร์แมนและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานีด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.157, .366$ และ $.216$ ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ถึงประโยชน์และสถานการณ์ที่ถูกต้องในการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

คำสำคัญ: พฤติกรรม/ หน้ากากอนามัยแบบผ้า/ โควิด - 19/ ปัจจัยการรับรู้และความคิด

* ผู้รับผิดชอบ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E mail address: khorskul.s@gmail.com

Factors Related to Fabric Hygienic Mask Wearing Behaviors to Prevent COVID-19 among People in Pathumthani Province

Somboon Khorskull*

Abstract

Wearing a fabric hygienic or cloth mask can be used to prevent the spread of the coronavirus 2019 in situations where surgical masks are scarce. This descriptive research aimed to study the factors related to cloth mask utilization behavior in COVID-19 prevention of peoples in Pathumthani Province. The study samples consisted of 315 people. Data were collected using 3 questionnaires; the demographic data record form, cloth mask behavior, and Cognitive-Perceptual factors of Pender's health promotion model (HPM); perceived benefit, perceived barriers, self-efficacy, interpersonal influence, and situational influence. The content validity test was at 1.00, and the reliability test was conducted using Cronbach's alpha coefficient at .80 and .85. Statistics used for data analysis consisted of Spearman's s Correlation and Pearson's Product Moment Correlation coefficient.

The study results showed that education level and cognitive-perceptual factors including perceived benefit and situational influence were statistically significant related to cloth mask utilization behavior ($r = -.157, .366$ and $.216$ consecutively).

The study results should be used as a guideline to promote the perception of benefits and the correct information of situation for cloth masks using to prevent infection.

Keyword: Behaviors/ Cloth mask/ COVID-19/ Cognitive-perceptual factors

Article info: Received April 23, 2021; Revised July 29, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding, Faculty of Nursing in Pathumthani University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) มีการการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยโรคนี้เริ่มเกิดขึ้นในช่วงปลายปี 2019 พบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น ประเทศจีน และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีการแพร่ระบาดไปประเทศต่างๆ ทั่วโลก จนกลายเป็นภัยคุกคามที่รุนแรงกับคนทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC)¹ ขณะนี้พบผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในหลายประเทศจากทุกภูมิภาคทั่วโลก มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวมมากกว่า 121,323,087 ราย และเสียชีวิตแล้วมากกว่า 2,683,457 ราย โดยสถานการณ์ในประเทศไทยขณะนี้ (17 มีนาคม 2564)² พบผู้ติดเชื้อไวรัส COVID-19 แล้วจำนวน 27,402 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 88 ราย ดังนั้นจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 จึงเป็นความท้าทายอย่างมากของการสาธารณสุขในด้านต่างๆ ทั้งการศึกษา วิจัย และด้านการแพทย์³ เพื่อเตรียมและรับมือและหาแนวทางหรือมาตรการป้องกันเพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกจากนี้พบว่า การติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่จะพบในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมากกว่าที่จะพบในเด็ก⁴

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) มีสารพันธุกรรมเป็น RNA พบได้ทั้งสัตว์และคน มีโอกาสกลายพันธุ์ได้สูง และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่

โรคหัดธรรมดาไปจนถึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS)¹ ซึ่งเชื้อไวรัสนี้สามารถแพร่ระบาดจากคนสู่คนได้ โดยแฝงตัวอยู่ในละอองเสมหะทางจมูกและปาก ผ่านการไอ การจาม หรือการพูดรวมถึงสารคัดหลั่งน้ำมูก และน้ำลายได้ ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อในระยะน้อยกว่า 1-2 เมตร จะมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อผ่านการสูดดมละอองฝอยเสมหะ ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในอากาศหรือจากการสัมผัส เช่น การสัมผัสหรือใช้ของใช้ร่วมกันแล้วมาสัมผัสเยื่อต่างๆ ในร่างกาย เช่น ขี้ตา หีบของเข้าปาก เป็นต้น จนนำไปสู่การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไวรัสจะค่อยๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้นและกระจายไปยังเซลล์ข้างเคียง ทำลายเซลล์ในหลอดลมและปอด ทำให้ปอดอักเสบเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวได้⁵ หลายคนอาจได้รับเชื้อไวรัสแต่ยังไม่แสดงอาการ ซึ่งการแยกกับบุคคลเมื่อเริ่มต้นมีอาการนั้นอาจจะมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่คาดไว้⁶ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกข้อกำหนดให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่นอกเคหสถานหรือในที่สาธารณะ การล้างมือ และการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่หรือรับเชื้อและจำกัดวงในการระบาดของโรค ดังนั้นการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุด โดยการสวมหน้ากากอนามัยในการป้องกันโรค⁷ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณหน้า การรักษา

สุขภาพให้แข็งแรง การเลี่ยงพื้นที่แออัด และการใกล้ชิดผู้ป่วยรวมทั้งกินอาหารร้อน ใช้ช้อนของตนเอง และหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่อย่างถูกวิธีหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มากกว่า 70%⁸

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ากระแสความสนใจในการศึกษาถึงสมรรถภาพในการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมากทั้งทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการพยาบาล⁹ ทั้งการศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มการติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติการดูแลและการพยาบาลผู้ป่วย รวมถึงข้อแนะนำที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์^{10,11} ซึ่งแสดงให้เห็นและเน้นย้ำถึงการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน และเนื่องจากที่ผ่านมาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสยาวนานส่งผลให้เศรษฐกิจตกต่ำ ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า มีการขาดแคลนหน้ากากอนามัยหรือทางการแพทย์ (Surgical mask หรือ Medical mask) ทั่วโลก และประเทศไทยก็เช่นกันตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่าหน้ากากอนามัยขาดแคลน ซึ่งเกิดจากการผลิตไม่ทันและมีการนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายเพื่อป้องกันโรค COVID-19¹² อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของการใช้หน้ากากไม่ว่าจะเป็นหน้ากากอนามัยแบบผ้าหรือหน้ากากทางการแพทย์ไม่สามารถป้องกันการเชื้อไวรัสนี้ได้ 100% ทั้งนี้ยังต้องขึ้นอยู่กับความพอดีของหน้ากากกับใบหน้า การใส่หน้ากากในทุกกิจกรรม การเว้นระยะห่าง การล้างมือ การใช้ น้ำยาฆ่าเชื้อ การหลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีการ

แพร่ระบาดของเชื้อโรค ซึ่งควรทำควบคู่กันไปจะช่วยลดโอกาสการแพร่เชื้อของโรคนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹³ แต่ด้วยสถานการณ์ที่ขาดแคลนหน้ากากอนามัย หน้ากากอนามัยแบบผ้าจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชน ซึ่งมีราคาไม่แพงหาซื้อได้ไม่ยาก แม้จะมีข้อมูลว่าหน้ากากอนามัยแบบผ้ามีประสิทธิภาพน้อยกว่าหน้ากากอนามัยทางการแพทย์แต่การใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าก็ยังสามารถป้องกันการแพร่กระจายละอองเชื้อจากผู้ใส่ไปยังผู้อื่นได้ดีกว่าไม่ใส่¹⁴ และองค์การอนามัยโลก (WHO)¹⁵ ระบุว่าบุคลากรที่ไม่ได้ทำงานในพื้นที่รักษาพยาบาลผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้หน้ากากทางการแพทย์ ขณะปฏิบัติงานตามหน้าที่ปกติ (เช่น พนักงานแผนกบริหารทั่วไป นอกจากนี้กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข¹⁶ ได้ออกประกาศให้ประชาชนที่ออกจากบ้านใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากอนามัยแบบผ้าในระหว่างการเดินทางเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นในภาวะขาดแคลนหน้ากากอนามัย หน้ากากอนามัยแบบผ้าจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่นำมาเป็นตัวเลือกในการใช้ป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ในระดับหนึ่งซึ่งถือว่ายังมีประโยชน์ในการป้องกันเชื้อไวรัส¹⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าในต่างประเทศมีการศึกษาการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ในประเทศบราซิลพบว่าหน้ากากอนามัยแบบผ้าเป็นมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพปานกลางในการป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากอนุภาคที่มีขนาดเท่ากัน

หรือเล็กกว่า SARS-CoV-2 โดยขึ้นอยู่กับชนิดผ้าที่ใช้ จำนวนชั้น และความถี่ในการซักซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัยแบบผ้า¹⁸ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงประสิทธิภาพของหน้ากากอนามัยแบบผ้าเท่านั้น และในประเทศไทยการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าผ้ามักเป็นเรื่องใหม่ที่เกิดขึ้นสำหรับประชาชน

ในช่วงที่มีการขาดแคลนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ นายกเทศมนตรีและผู้บริหารตำบลบางเตือ อำเภอมะนัง จังหวัดปทุมธานี ได้สนับสนุนให้มีการผลิตหน้ากากอนามัยแบบผ้าเพื่อแจกจ่ายให้กับประชาชนในทุกหมู่บ้านในพื้นที่ และมีการรณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่ใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าแทนการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์เมื่อต้องออกจากบ้านหรือมีการพบกับบุคคลอื่น เพื่อใช้ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด อีกทั้งพื้นที่ในตำบลนี้ยังมีลักษณะพิเศษที่มีทั้งหมู่บ้านขนาดเล็กและขนาดใหญ่ มีทั้งหมู่บ้านที่อาศัยอยู่แบบแออัดและอาศัยแบบกระจายแตกต่างกัน มีทั้งหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลและหมู่บ้านที่อยู่ใกล้เมือง ทำให้มีความแตกต่างที่คล้ายกับตำบลอื่นทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์ที่รับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนและเป็นพื้นที่ปฏิบัติงานของอาจารย์ภาควิชาอนามัยชุมชนจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าของประชาชนในตำบลบางเตือ จังหวัดปทุมธานี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล และส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยทำการศึกษาถึงปัจจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ

พฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างกลยุทธ์หรือแรงจูงใจให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหันมาใช้หน้ากากอนามัยกันมากขึ้น ช่วยลดการแพร่ระบาดของเชื้อของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

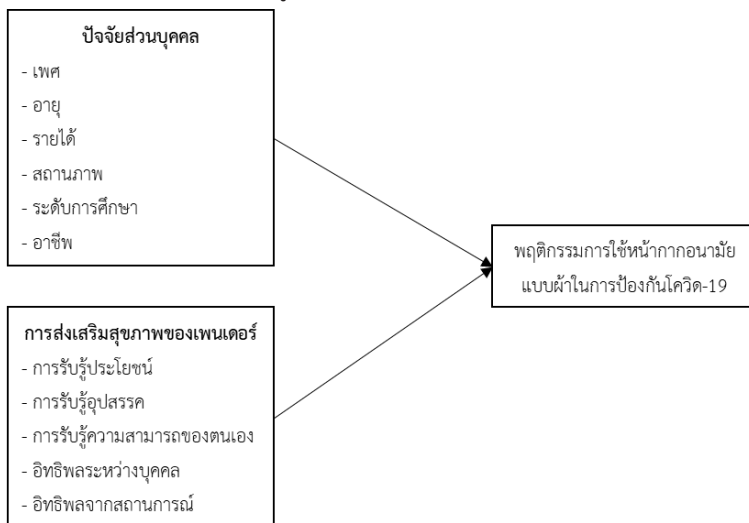
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{19,20} (Pender's Health Promoting Model) ในส่วนของการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการกระทำที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่กล่าวว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้นจะต้องมีการประเมินการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการที่จะส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้

อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง
อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจาก
สถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของบุคคล สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยไม่ได้
ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วน

บุคคลกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบ
ผ้า เนื่องจากเป็นปัจจัยภูมิหลังที่ไม่สามารถ
ปรับเปลี่ยนได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนากรอบแนวคิดวิจัย
ดังแผนภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย
(Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากาก
อนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19
ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2563
โดยมีระเบียบวิธีวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนตำบลบางเตือ
อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 11,767
คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลบาง
เตือ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี คำนวณกลุ่ม
ตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (G^* Power)

โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.5²¹ ค่า
แอลฟาเท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ
0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 312 คน และเพื่อ
ป้องกันการสูญหายของตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวน
กลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 327 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างตาม
สัดส่วนของประชากรในแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 7
หมู่บ้าน (Proportional random sampling)
โดยนำจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละ
หมู่บ้านเทียบสัดส่วนกับจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดต่อจำนวนประชากรทั้งหมด หลังจาก
นั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple
random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่
ใส่คืน ดังนี้

ชื่อหมู่บ้าน	จำนวนประชากร (คน)	คิดตามสัดส่วนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
หมู่ที่ 1	864	$(864 \times 327) / 11,767$	24
หมู่ที่ 2	1,979	$(1,979 \times 327) / 11,767$	55
หมู่ที่ 3	1,979	$(1,979 \times 327) / 11,767$	55
หมู่ที่ 4	2,555	$(2,555 \times 327) / 11,767$	71
หมู่ที่ 5	864	$(864 \times 327) / 11,767$	24
หมู่ที่ 6	2,843	$(2,843 \times 327) / 11,767$	79
หมู่ที่ 7	683	$(683 \times 327) / 11,767$	19
รวม	11,767		327

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลบางเตือ จังหวัดปทุมธานี ที่บรรลุนิติภาวะหรือมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีประวัติการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่านหรือพูดภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ
4. ยินดีให้ข้อมูลในการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก

1. ไม่ใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า
2. มีไข้ ไอ หรือเจ็บคอ
3. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และอาชีพ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์^{19,20} จำนวน 6 ข้อ ลักษณะ

ของข้อคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ ประเมินจากการใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าในแต่ละสัปดาห์ โดย 5 คือปฏิบัติเป็นประจำ 4 คือปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คือ ปฏิบัติบางครั้ง 2 คือปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ 1 คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการกระทำที่จะส่งผลต่อสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{19,20} ด้านการรับรู้ประโยชน์ (6 ข้อ) ด้านการรับรู้อุปสรรค (6 ข้อ) ด้านการรับรู้ความสามารถของตน (5 ข้อ) ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล (4 ข้อ) และด้านอิทธิพลของสถานการณ์ (3 ข้อ) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์^{19,20} รวมจำนวน 24 ข้อ กำหนดระดับคะแนนการรับรู้ที่มีต่อพฤติกรรมของตนเองเป็น 5 ระดับ คือ 1) ระดับต่ำที่สุด มีค่าคะแนน 1.00-1.50, 2) ระดับต่ำ มีค่าคะแนน 1.51-2.50, 3) ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 2.51-3.50 4) ระดับสูง มีค่าคะแนน 3.51-4.50 และ 5) ระดับสูงที่สุด มีค่าคะแนน 4.51-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าและแบบสอบถามปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากาก ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และความถูกต้องของภาษามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 ทั้งสองแบบสอบถาม และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทั้งสองแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย การด้านการแพทย์และสาธารณสุขในคน จังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2563/101 ลงวันที่ 20/05/2563 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ระยะเวลาการทำแบบสอบถามประมาณไม่เกิน 30 นาที และความเสียใจบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัย

ทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจจึงให้เซ็นยินยอมในเข้าร่วมการวิจัยเก็บไว้เป็นหลักฐาน

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือที่ผ่านการอนุมัติจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ถึงนายกเทศบาลตำบลบางเตือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
2. หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุข และทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าพร้อมกันทั้งหมด ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หรือจนกว่าจะได้รับข้อมูลครบตรงตามจำนวนข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ทางสถิติ ซึ่งข้อมูลมีความสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 315 ราย จากทั้งหมด 327 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.33 มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 23.81 เพศหญิง ร้อยละ 75.20 สถานภาพคู่ ร้อยละ 55.90 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 32.10 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.30 ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.10 รองลงมารายได้ระหว่าง 7,500-10,000 บาท ร้อยละ 18.40 ส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.10 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 19.70 และเริ่มใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้ามากที่สุดในเดือนมีนาคม ร้อยละ 72.7

2. พฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73 ($\bar{X} = 4.39$, $SD = .61$) ดังตารางที่ 1

Table 1 Level of Cloth Mask Wearing Behaviors ($n = 315$).

Cloth Mask Wearing Behaviors (Level)	Frequency	Percent
Moderate	42	13.30
Much	43	13.70
Very much	230	73.00
$\bar{X} = 4.39$, $SD = .61$		

3. ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.76, SD= 1.07) การรับรู้ประโยชน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.48, SD=.86) อิทธิพลระหว่างบุคคลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.09,

SD = .34) การรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.76, SD = .91) และการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.40, SD = .73) ดังตารางที่ 2

Table 2 The mean of factors: perceived benefit, perceived barriers, self-efficacy, interpersonal influence, and situational influence. (n = 315)

Factors	$\bar{x}$	SD
Situational influence	4.76	1.07
Perceived benefit	4.48	.86
Interpersonal influence	4.09	.34
Self-efficacy	3.76	.91
Perceived barriers	3.40	.73

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และอาชีพกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = -.157) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้

ความสามารถของตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และทดสอบระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .366 และ .216 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

Table 3 The Personal and the Cognitive -Perceptual Factors related to Cloth Mask used Behaviors. ($n = 315$)

Factors	ค่า Correlation coefficient
Sex	.048
Age	.099
Education level	-.157**
Marital status	.097
Income	-.027
Occupational	-.070
perception of benefits	.366 **
perceived barriers	.026
self-efficacy	.086
interpersonal influence	.030
situational influence	.216**

** $p < .05$ **การอภิปรายผล**

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าสามารถนำมาใช้แทนในสถานการณ์ที่ขาดแคลนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชน ถึงแม้ว่าหน้ากากอนามัยแบบผ้าจะมีประสิทธิภาพน้อยกว่าหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ แต่การใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าก็ยังสามารถป้องกันการแพร่กระจายละอองเชื้อจากผู้ใส่ไปยังผู้อื่นได้ดีกว่าไม่ใส่¹⁴ และในช่วงที่ทำการศึกษานั้นเป็นช่วงที่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์นั้นขาดแคลน จึงทำให้ประชาชนต้องใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้ากันมากขึ้น จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 ของ

ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีส่วนใหญ่อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด (ร้อยละ 73) เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและเกิดขึ้นทั่วโลก ทำให้ประชาชนตื่นตัวกับสถานการณ์ครั้งนี้เป็นอย่างมาก อิทธิพลของสถานการณ์ในครั้งนี้ทำให้ประชาชนรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น และส่งผลต่อวิถีชีวิตของตนเองจากการระบาดของเชื้อในครั้งนี้มากขึ้น¹⁶ และเมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งทำให้ประชาชนมีความรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว คาดหวังที่จะได้รับประโยชน์ภายหลังการปรับพฤติกรรมสุขภาพ^{19,20} จึงทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เกิดแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมการใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าเป็นประจำอยู่ในระดับมากที่สุด

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.157$) แม้ว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 37.10 รองลงมา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 19.70 ก็ตาม แต่ด้วยการรณรงค์ของผู้บริหารในตำบลบางเตือ ที่ให้ความสำคัญกับการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าสำหรับประชาชนที่ไม่เจ็บป่วยเมื่อออกจากบ้าน หรือต้องสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลอื่นแทนการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ในช่วงขาดแคลน รวมถึงประกาศของรัฐบาลโดยกรมควบคุมโรคที่ส่งเสริมให้ประชาชนที่ไม่ได้เจ็บป่วยใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าแทนการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์¹⁶ จึงอาจเป็นสาเหตุให้กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีการศึกษาระดับใดก็ตามสนใจใส่หน้ากากอนามัยแบบผ้าเพื่อป้องกันโรค

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .366$ และ $.216$ ตามลำดับ) ซึ่งแม้จะไม่ใช่ไปตามแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{19,20} ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่นั้นจะต้องมีการประเมินการรับรู้และความคิดที่เกิดขึ้นในการกระทำที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อ

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แต่ผลการศึกษาครั้งนี้กลับพบว่า การรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลของสถานการณ์เท่านั้นที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า อาจด้วยสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ของประเทศไทยในช่วงแรกไม่ได้รุนแรง และเหมือนว่าประเทศไทยจะสามารถควบคุมการระบาดได้ดีทำให้ได้รับการยกย่องจากทั่วโลก ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการศึกษาเพียงหนึ่งตำบลที่มีลักษณะที่แตกต่างกันก็ตาม ทั้งในเรื่องของขนาดของหมู่บ้าน ตำแหน่งที่อยู่ และการกระจายตัวของคนในชุมชน ร่วมกับเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาอันสั้นและรวดเร็ว จึงทำให้ประชาชนในกลุ่มนี้รับรู้ถึงเฉพาะประโยชน์และอิทธิพลของสถานการณ์เท่านั้น ยังไม่ถึงขั้นการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคล แต่หากสถานการณ์นี้ยังไม่คลี่คลายปัจจัยดังกล่าวนี้อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 มากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยมีทั้งสอดคล้องและไม่สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา โดยผลการวิจัยที่สอดคล้องคือของ Jaruwat²² ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ยกเว้นด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของ

การปฏิบัติอย่างเดียวกันที่มีผล แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ Khuanjai²³ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างไรก็ตามเนื่องจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่มีการแพร่กระจายเป็นละอองฝอยสามารถลอยตัวได้เป็นเวลาหลายชั่วโมง และในระยะแรกของการแพร่ระบาดยังไม่มีอาการป่วย ดังนั้นประชาชนจึงสามารถป้องกันและดูแลตนเองเพื่อเป็นการลดการแพร่เชื้อ โดยการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการปิดปากและจมูกเพื่อเป็นการลดการติดเชื้อได้²⁴ ซึ่งผู้เกี่ยวข้องจะต้องมีการชี้แจงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นด้วย รวมถึงผลกระทบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในการที่จะให้ประชาชนมีพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแค่ช่วงระยะที่หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ขาดแคลนหน้ากากผ้าจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สำคัญในขณะนั้น และเป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาอันสั้น ซึ่งทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถยืนยันพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าได้จริงและควรศึกษาในระยะยาวเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ของการเกิดโรคระบาด และได้ทำการศึกษาเฉพาะตำบลบางเตือ อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานีเท่านั้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทันกับ

สถานการณ์ปัจจุบันและหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อนามัยเพื่อป้องกัน COVID-19 ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และตรงกับปัญหาพฤติกรรมของคนในชุมชนและชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถอ้างอิงไปยังชุมชนอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกับชุมชนที่ทำการศึกษา

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ งานวิจัยนี้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรได้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการกำหนดแนวทางหรือวางแผนในการให้ความรู้หรือสนับสนุนการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าที่ถูกวิธี เพื่อลดค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนต่อไปได้

สรุป การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน COVID-19 ของประชาชน จำนวน 315 คน เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากในภาวะที่ขาดแคลนหน้ากากอนามัยและเศรษฐกิจตกต่ำการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าจึงมีความสำคัญในการป้องกันโรคและลดค่าใช้จ่ายให้กับประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นทั้งการรับรู้ประโยชน์และอิทธิพลของสถานการณ์การระบาดของโรคในปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนในการส่งเสริมสุขภาพด้านการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าเพื่อป้องกันการติดต่อกับโรคระบาดอื่นๆ ที่สามารถใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าแทนหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ และมีแนวทางในการส่งเสริมปัจจัยด้านการรับรู้

ประโยชน์และอิทธิพลของสถานการณ์อย่าง
ถูกต้องแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีการใช้
หน้ากากอนามัยแบบผ้าเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค
ต่อไป

ด้านการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม
การใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโรค
โดยให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์และ

อิทธิพลของสถานการณ์ในการวางแผนปรับเปลี่ยน
พฤติกรรม

2. ศึกษาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรม
การใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโรค
เช่น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การ
รับรู้ความสามารถของตน และอิทธิพลระหว่าง
บุคคล ในบริบทอื่นๆ เป็นต้น

Reference

1. Eurosurveillance Editorial Team. Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. *Eurosurveillance* 2020; 25(5): 200131e.
2. News Action Center for Coronavirus Disease 2019. News report on coronavirus infection 2019 [internet]. 2021 [cited 2021 Mar 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no439-170364.pdf>
3. Ballesterio MFM, de Oliveira RS. The covid-19 outbreak and pediatric neurosurgery guidelines. *Archives of Pediatric Neurosurgery* 2020; 2(1): 53-4.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama* 2020; 323(13): 1239-42.
5. Fisher D, Heymann D. Q&A: The novel coronavirus outbreak causing Covid-19. *BMC medicine* 2020; 18(1): 1-3.
6. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for coronavirus disease (COVID-19) based on symptom onset data, March 2020. *Eurosurveillance* 2020; 25(17): 2000257. doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.17.2000257

7. Watsamon C. Protection Beating Connect the Aviros Corona 2019, document Accompanying the lecture on the 23rd Chula Session Forum: Better than frightened Learn and prevent Coronavirus 2019; 2020, February 20; Bangkok: Department of Pediatrics Faculty of Medicine Chulalongkorn University; 2020.
8. Suraiya M, Sopon I, Sumonmal U. Coronavirus Disease-19 (COVID-19). Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2020; 14(2): 124-33. (in Thai)
9. Rothe C, Schunk M, Sothmann P, Bretzel G, Froeschl G, Wallrauch C, et al. Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. New England Journal of Medicine 2020; 382(10): 970-1.
10. Bedford J, Enria D, Giesecke J, Heymann DL, Ihekweazu C, Kobinger G, et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. The Lancet 2020; 395(10229): 1015-8.
11. Covid CD, Team R, COVID C, Team R, COVID C, Team R, et al. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-United States, February 12–March 16, 2020. Morbidity and mortality weekly report 2020; 69(12): 343-6. doi: 10.15585/mmwr.mm6912e2
12. Thavorn Charoensap M. How to properly use face mask during the COVID-19 [internet]. 2020 [cited 2021 July 10]. Available from: http://healthydee.moph.go.th/back-end/fileAttach/23072020_083646-0000003722.pdf
13. MacIntyre CR, Seale H, Dung TC, Hien NT, Nga PT, Chughtai AA, et al. A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. BMJ open 2015; 5(4): e006577. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006577>
14. Davies A, Thompson K, Giri K, Kafatos G, Walker J, Bennett A. Testing the efficacy of homemade masks: Would they protect in an influenza pandemic? Disaster Medicine and Public Health Preparedness 2013; 7(4): 413–8.
15. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance, 5

- June 2020 [internet]. 2020 [cited 2021 July 10]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/who-2019-ncov-ipc-masks-2020-4-th.pdf?sfvrsn=61f46597_2
16. Department of Disease Control. Situation report of coronavirus disease 2019 No. 173, on 24 June 2020 [internet]. 2020 [cited 2021 July 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no173-240663n.pdf>
 17. Rizki SA, Kurniawan A. Efficacy of Cloth Mask in Reducing COVID-19 Transmission: A Literature Review. *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)* 2020; Special Issue 1: 43-8. doi: 10.21109/kesmas.v15i2.3893
 18. De Sousa Lima MM, Leandro Cavalcante MF, Sales Macêdo T, Galindo-Neto MN, Áfio Caetano J, Moreira Barros L. Cloth face masks to prevent Covid-19 and other respiratory infections. *Revista latino-americana de enfermagem* 2020; 28: e3353. doi: 10.1590/1518-8345.4537.3353
 19. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
 20. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
 21. Wannee K. *Research Methodology in Behavioral Sciences*. 3rd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012.
 22. Jaruwan L, Chanandchidadussadee T, Pornnapa H. Factors influencing on preventive behaviors of respiration tract infections among caregivers of preschool aged children in childcare, Bangkok metropolitan administration. *Journal of Public Health Nursing* 2019; 33(1): 1-19. (in Thai)
 23. Khuanjai M, Jeeraporn K, Wanalada T. The factors predicting tuberculosis preventive behaviors among the tuberculosis contacts in the bangkok area and perimeter. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2019; 18(Suppl): 306-14. (in Thai)

24. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-19. *New England Journal of Medicine* 2020; 382(16): 1564-7.

บทวิจัย

ผลการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย หลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

อนุสรณ์ มั่นศิลป์*

สมบุญ ขอสกุล** อารีย์ มหุวรรณ***

บทคัดย่อ

การขาดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจรวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้โดยง่าย วัตถุประสงค์การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นครั้งแรกจำนวน 99 ราย โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 49 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ในรูปแบบวีดิทัศน์ผ่านทางอินเทอร์เน็ตหลังผ่าตัดวันที่ 5 ก่อนกลับบ้าน โปรแกรมการสอนครอบคลุมความรู้และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมขณะพักที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ก่อนและหลังการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้จากการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่าง 2 กลุ่มด้วย independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ภายในแต่ละกลุ่มก่อนและหลังการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ภายหลังการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอิเล็กทรอนิกส์และความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปผลการวิจัยได้ว่า โปรแกรมการสอนที่มีเนื้อหาครบถ้วนสมบูรณ์ในรูปแบบวีดิทัศน์ผ่านการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ ส่งผลดีต่อการเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี ทีมสุขภาพควรนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ดียิ่งขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

คำสำคัญ: การเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์/ ความสามารถในการดูแลตนเอง/ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

E-mail: anutsara@ptu.ac.th

** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

*** อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Effects of E-learning on Self-Care Ability in Patients After Coronary Artery Bypass Graft surgery

Anutsara Mansin*

Somboon Khorskul** Aree Mahuwon***

Abstract

Lack of knowledge and self-care ability in patients after coronary artery bypass graft (CABG) surgery can affect cardiac rehabilitation and increased risk of developing complications. The purposes of this Quasi-experimental research were to study the effects of e-learning on knowledge and self-care ability in patients after surgery. The sample was composed of 99 patients who underwent CABG surgery for the first time and divided to 49 patients in the control group and 50 patients in the experimental group by convenience sampling. The experimental group received an e-learning program delivered by video media via Internet at the 5th post-operative day before discharge. The education program included the comprehensive post-operative knowledge and appropriately practice for enhancing recovery at home. Data were collected by using the knowledge questionnaires before and after intervention and self-care ability questionnaires after 1-month post-operative. Data were analyzed by mean, standard deviation, independent t-test to test the difference on knowledge and self-care ability between 2 groups, paired t-test for test of the difference between before and after e-learning in each group.

The results revealed that the after e-learning, the mean scores of knowledge and self-care ability at 1-month post-operative in experimental group were significantly higher than those of the control group ($p < 0.001$).

The findings suggested that the comprehensive education program using e-learning is benefit to enhance knowledge and self-care ability and should be delivered to CABG patients by health care team members. The program could be replicated or modified to implement in other hospitals for better cardiac rehabilitation and post-op complication reduction.

Keywords: E-learning/ Self-care ability/ Coronary artery bypass graft surgery

Article info: Received April 23, 2021; Revised July 29, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding Author, Lecturer, Department of Adult & Elderly Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University.

** Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University

*** Lecturer, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลอดเลือดแดงโคโรนารีคือหลอดเลือดหัวใจที่มีหน้าที่ในการลำเลียงก๊าซและสารอาหารต่างๆ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ด้วยภาวะของโรคในหลอดเลือดหัวใจเกิดการตีบหรืออุดตันจากไขมัน แคลเซียมหรือสารชนิดอื่นๆ จึงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจล้มเหลวตามมาได้ สาเหตุการเกิดโรคอาจมาจากการได้สัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงบ่อยครั้ง ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือการได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย การนั่งอยู่กับที่นานเกินไป การเลือกรับประทานอาหารที่อุดมไปด้วยไขมัน ความอ้วน การมีโรคร่วมประเภทไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เป็นต้น อาการแสดงที่สำคัญคือเจ็บแน่นหน้าอกด้านซ้าย เจ็บลิ้นๆ และมักเจ็บร้าวไปที่ไหล่และบริเวณแขนซ้าย ข้อมูลสถิติจาก World Health Organization (WHO) พบว่าปี พ.ศ. 2560 กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก โดยประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี คิดเป็น 31% ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก¹ ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2561 พบอัตราความชุก (Prevalence rate) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 1,396.40 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าสูงกว่าความชุกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2557-2561 และในปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยรายใหม่ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวนรวม 78,254 ราย อัตราป่วย (Incidence rate)

เท่ากับ 160.28 ต่อประชากรแสนคน อัตราส่วนผู้ป่วยเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1:1.3 กลุ่มอายุที่ป่วยสูงสุดคือกลุ่มอายุมากกว่า 70 ปี เท่ากับร้อยละ 50.31 กลุ่มอายุ 60-69 ปี เท่ากับร้อยละ 26.46 กลุ่มอายุ 50-59 ปี เท่ากับร้อยละ 15.89 กลุ่มอายุ 40-49 ปี เท่ากับร้อยละ 5.61 กลุ่มอายุ 30-39 ปี เท่ากับร้อยละ 1.35 และกลุ่มอายุ 15-29 ปี เท่ากับร้อยละ 0.38² การรักษาโรคหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่มีการตีบตัน มักให้การรักษาด้วยการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Artery Bypass Grafting: CABG) วิธีการผ่าตัดเป็นการต่อเพิ่มหลอดเลือดใหม่กับหลอดเลือดหัวใจเดิมโดยการข้ามหรือ Bypass ตำแหน่งที่มีการตีบตันของหลอดเลือด เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้อย่างเพียงพอ สถิติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมักอยู่ในอันดับต้นๆ ของการผ่าตัดหัวใจทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราชมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีประมาณ 500-600 รายต่อปี³ โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปแล้วเฉพาะปี พ.ศ. 2560 จำนวน 186 ราย⁴ จากการศึกษาการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีการผ่าตัดมากกว่า 200,000 ครั้งต่อปี พบผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วภายใน 30 วัน มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด

มากถึง 14% ของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมาพบแพทย์ห้องตรวจฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหลายชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื่อ ปอดติดเชื่อ การอุดตันบริเวณเส้นเลือดปอดและสมอง ความดันปอดสูง graft ไม่ติดดี หัวใจเต้นสั่นพริ้ว น้ำท่วมเยื่อหุ้มหัวใจ ความผิดปกติของระบบไตและทางเดินอาหาร⁵

จากการสำรวจข้อมูลด้วยการสังเกตโดยผู้วิจัยในระยะเวลา 3 เดือนก่อนที่จะเริ่มวางแผนงานวิจัยในครั้งนี้ พบว่า ระบบการปฏิบัติงานเดิมของทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะการปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลพบว่า ระบบการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักฟื้นที่บ้านในหอผู้ป่วยนั้น ขาดความครอบคลุมครบถ้วนในเนื้อหาที่สำคัญทั้งหมดที่ผู้ป่วยควรต้องเรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องปลอดภัย เนื่องจากภาระงานตามหน้าที่และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่มากมายของพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้ป่วยในแต่ละรายได้อย่างถูกต้องครบถ้วนเช่นเดียวกัน ดังนั้นด้วยภาระงานที่มีมากของบุคลากรพยาบาล จึงมีเวลาน้อยต่อการให้คำแนะนำ ไม่สามารถที่จะให้คำแนะนำได้อย่างละเอียดครบถ้วนได้ และไม่มีเวลาเพียงพอในการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามและตอบข้อสงสัยต่างๆ ได้ อีกทั้งมีวิธีการสอนที่แตกต่างกันของพยาบาลและทีมร่วมสหสาขาวิชาชีพ มีความซ้ำซ้อนของเนื้อหาการสอนในบางส่วน ซึ่งผู้ป่วยอาจจะได้รับเนื้อหาความรู้ที่ซ้ำกันได้จาก

ทีมสุขภาพที่ให้ความรู้หลายคน รูปแบบการสอนที่ไม่ทันสมัย ส่วนใหญ่มักให้คำแนะนำอย่างคร่าวๆ หรือมีการแจกคู่มือหรือแผ่นพับความรู้ให้ผู้ผู้ป่วยไปศึกษาด้วยตนเอง และการสอบถามข้อมูลปัญหาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดไปแล้ว พบว่า ผู้ป่วยบางรายอ่านคู่มือหรือแผ่นพับแล้วไม่เข้าใจหรือไม่สามารถอ่านได้ในเนื้อหาทั้งหมด อ่านเพียงบางส่วนเท่านั้น บางรายไม่มีความสนใจที่จะอยากอ่านเลย ซึ่งเป็นการขาดการสร้างแรงจูงใจต่อการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วย เวลาและสถานที่ทำการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยยังไม่มีที่เหมาะสม สภาพภายในหอผู้ป่วยที่มีความแออัด การจัดเรียงเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญที่ค่อนข้างใกล้ชิดกันมาก มีเพียงม่านที่กั้นตามช่องว่างระหว่างเตียง เพราะด้วยข้อจำกัดด้วยพื้นที่ที่มีน้อยและจำเป็นต้องจัดเรียงเตียงให้พอเพียงกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมาก บางครั้งต้องจัดเตียงเสริมเพิ่มเข้ามาในหอผู้ป่วย อีกทั้งสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีความไม่สงบจากเสียงพูดคุยหรือการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลหรือการตรวจเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด หรือเสียงดังจากญาติที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันเข้าออกเพื่อเยี่ยมเยียนผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งนอกจากปัญหาจากระบบการให้การพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว สถานที่ที่ไม่มีความเป็นส่วนตัวและเวลาของการให้คำแนะนำที่ยังไม่เอื้ออำนวยหรือไม่มีความเหมาะสมต่อการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย

ได้ดี ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในการขาดความรู้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์และส่งผลถึงการขาดความสามารถในการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีภายในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดที่ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยบางรายได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า หลังผ่าตัดหัวใจไม่มีความกล้าพอที่จะทำกิจกรรมใดๆ ได้เลย เพราะนอกจากไม่ค่อยมีความรู้แล้วยังเกิดความกลัวความวิตกกังวลว่าจะเกิดอันตรายต่อหัวใจและร่างกายได้ง่าย มักจะอยู่นิ่งเฉยโดยไม่ต้องทำอะไรถึงจะรู้สึกปลอดภัยมากกว่าการที่จะต้องทำอะไรก็ตามโดยที่ไม่มีความรู้ นั่น นอกจากการให้ความรู้เป็นอย่างดีแก่ผู้ป่วยแล้วยังต้องมียุทธศาสตร์เสริมแรงหรือเพิ่มการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เกิดความกล้าและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมในระยะ 1 เดือนแรกของการพักฟื้นภายหลังผ่าตัดที่บ้าน ซึ่งเป็นระยะของการฟื้นตัวที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และด้วยความไม่รู้ของผู้ป่วยมักเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลได้

การปรับรูปแบบของการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยมีสื่อวีดิทัศน์ประกอบการสอน และปรับวิธีการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยเพิ่มเติมการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีทางสื่อออนไลน์ในยุคปัจจุบันเข้ามาผสมผสานให้ผู้ป่วยได้สามารถศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีความง่ายและความสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยให้ระบบการปฏิบัติงานของพยาบาลเกิดความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น โดยสามารถลดภาระงานที่มีมากของ

บุคลากรให้ลดน้อยลง ดังเช่นบทความที่ได้กล่าวถึงประสิทธิผลของการเรียนรู้ทางสื่อออนไลน์ว่าเป็นการเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นค่าใช้จ่ายต่ำ มีความทันสมัยนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย มีแรงจูงใจต่อการเรียนรู้และสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย⁶ จึงนับได้ว่าสื่อออนไลน์เป็นเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีความสำคัญ สามารถนำมาช่วยแก้ไขปัญหามากมาย ดังกล่าวข้างต้นได้ และเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการเรียนรู้ที่ดีและมีความรู้เพิ่มมากขึ้นได้ การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความสำคัญกับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยควรจะต้องมีความรู้รอบคลุมในทุกๆ ด้านอย่างถูกต้องเหมาะสมตามเนื้อหาความรู้ที่ปรากฏอยู่ในสื่อวีดิทัศน์ทั้งหมด ประกอบไปด้วยความรู้ที่ครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เน้นเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องเริ่มต้นแต่น้อยๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น ปริมาณของความหนักหรือความแรงของกิจกรรมต่างๆ ที่ควรกระทำได้ตามลำดับขั้นตอน การบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ การออกกำลังกายด้วยวิธีการในการเดินอย่างต่อเนื่องตามระยะทางหรือเวลาของการเดินให้เหมาะสมในแต่ละสัปดาห์ที่เพิ่มขึ้นภายหลังผ่าตัด การยกของหนักที่ควรยกได้อย่างปลอดภัย การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานยาอย่างถูกต้องครบถ้วน การดูแลแผลภายหลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ

ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ รวมทั้งการเรียนรู้ความผิดปกติของชีพจรและความสามารถในการจับชีพจรได้ด้วยตนเอง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การพูดเสริมแรงจากสัลยแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เป็นอย่างดีแล้ว ยังควรที่จะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเองได้เป็นอย่างดีด้วยเช่นเดียวกัน งานวิจัยชุดนี้จึงออกแบบตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)⁷ โดยการนำเสนอเนื้อหาความรู้ให้เกิดความน่าสนใจในรูปแบบของสื่อ วีดิทัศน์ การนำเสนอผู้ป่วยต้นแบบคำพูดเสริมแรงจากผู้ป่วยต้นแบบ บุคลากรทางการแพทย์ และจากผู้วิจัย การชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ต่อสุขภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับโดยตรงถ้าหากสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม การพูดที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยได้เกิดความเชื่อมั่นต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึก เกิดความสามารถต่อการปฏิบัติได้ให้ตรงตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ ตลอดจนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อการรับชมวีดิทัศน์ การเลือกสถานที่ เวลาที่เหมาะสมตามความสะดวกหรือตามความพึงพอใจของผู้ป่วยเองต่อการรับชมวีดิทัศน์ ย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลดีต่อสุขภาพโดยรวม ดังเช่นผลการศึกษากการใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีในการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นด้วยการให้ข้อมูล แรงจูงใจ ฝึกทักษะด้านพฤติกรรมการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดง โครนารี

พบว่ามีประสิทธิภาพและมีความคงอยู่ของพฤติกรรมในกลุ่มทดลองได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยได้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติที่สมบูรณ์ได้โดยเร็วภายหลังผ่าตัด ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของระบบการสอนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและสนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองมาผสมผสานกับแนวคิดเทคโนโลยีที่ทันสมัย เพื่อเป็นแนวทางต่อการสร้างวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหาต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วในช่วงต้น และเป็นการเพิ่มพูนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยให้เกิดผลดียิ่งขึ้น เพราะถ้าหากผู้ป่วยมีปัญหาต่อการขาดความรู้และขาดความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว อาจส่งผลกระทบต่ออาการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด รวมทั้งสภาพร่างกายและจิตใจที่อ่อนแอตามมาได้โดยง่าย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโครนารี

สมมุติฐานของการวิจัย

กลุ่มทดลองที่มีการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์จะมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามรูปแบบเดิม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. การส่งเสริมความรู้ด้วยการให้ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเหมาะสมในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ให้กลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์
2. การนำเสนอต้นแบบเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อนและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีเป็นแบบอย่างให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นและปฏิบัติตาม ภาพตามสถานการณ์จริงและภาพประกอบตรงตามคำบรรยาย การบรรยายด้วยภาษาที่กระชับชัดเจน เข้าใจง่าย ช่วยเพิ่มแรงจูงใจต่อการเรียนรู้ได้ดี
3. คำพูดเสริมแรงจากผู้ป่วยต้นแบบ บุคลากรทางการแพทย์และจากผู้วิจัย
4. การให้เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกสิ่งแวดล้อม สถานที่ เวลาที่เหมาะสมและสะดวกต่อการเรียนรู้ได้ การมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเป็นการกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติได้ดีมากยิ่งขึ้น

ตัวแปรตาม

ความรู้
ความสามารถใน
การดูแลตนเอง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบวัดก่อนและหลังการทดลองมีกลุ่มเปรียบเทียบ (The pretest posttest design with a comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขต

กรุงเทพฯ ช่วงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 ถึงสิงหาคม พ.ศ. 2563 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกคือต้องได้รับการผ่าตัดเป็นครั้งแรกและหลังผ่าตัดไปแล้ว 5 วัน อายุระหว่าง 40 -70 ปี กลุ่มตัวอย่างหรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวมีความสามารถในการใช้อุปกรณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องและอินเทอร์เน็ตได้ กลุ่มตัวอย่างไม่มี

ความพิการใดๆ และสามารถสื่อสารได้ตามปกติ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม n-Query⁹ โดยข้อมูลเดิมผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีและได้รับการสอนก่อนผ่าตัด พบว่าประมาณร้อยละ 50 มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงกำหนด effect size ขนาดปานกลาง ($d = .5$) $\alpha = .05$ และ $\text{power} = .80$ ได้จำนวน 49 ราย ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์อีกร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ต้องการศึกษาคือกลุ่มละ 54 ราย ผลลัพธ์จากการศึกษาหลังสิ้นสุดโครงการได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองจำนวน 50 ราย กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมได้ 49 ราย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเกณฑ์คัดออกในระหว่างการดำเนินการวิจัย เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดต้องกลับมาเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลใหม่ (Readmission) บางรายมีนัดผ่าตัดชนิดอื่น บางรายไม่ได้มารับการตรวจติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่สามารถดำเนินการรวบรวมข้อมูลต่อจนครบสมบูรณ์ได้

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 122/2562

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม รวม 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประวัติ

การมีโรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว

2. แบบสอบถามด้านความรู้ในระยะหลังผ่าตัดก่อนกลับบ้าน เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องเหมาะสมในด้านต่างๆ ขณะพักฟื้นที่บ้านภายหลังผ่าตัดระยะ 1 เดือน การดูแลแผลผ่าตัด ตลอดจนด้านการปฏิบัติเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน รวม 22 คะแนน แต่ละข้อให้พิจารณาเนื้อหาของข้อคำถาม ถ้าเป็นข้อความที่ถูกต้องให้ตอบว่าถูก ถ้าเป็นข้อความที่ไม่ถูกต้องให้ตอบว่าผิด ถ้าหากคำตอบมีความถูกต้องทุกข้อ จะได้คะแนนเต็ม 22 คะแนน มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .69

3. แบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองขณะพักฟื้นอยู่ที่บ้านในระยะ 1 เดือนหลังผ่าตัด เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอย่างเหมาะสม การบริหารร่างกายและการออกกำลังกายตามขั้นตอนอย่างถูกต้องครบถ้วนและสม่ำเสมอ ตลอดจนด้านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยา ประกอบด้วยข้อควรปฏิบัติทั้งหมด 20 ข้อ ให้พิจารณาเนื้อหาของข้อคำถามแต่ละข้อโดยมีเกณฑ์การปฏิบัติได้ 3

ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอได้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งได้ 1 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติได้ 0 คะแนน ถ้าหากปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอทุกข้อ จะได้คะแนนเต็ม 40 คะแนน ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .90

วิธีทัศน์ ประกอบการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน โดยมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานยา กิจกรรมที่สามารถปฏิบัติได้ในแต่ละสัปดาห์ ข้อห้ามข้อควรระวังต่างๆ เช่น การยกของหนัก การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง การเรียนรู้การจับชีพจรด้วยตนเอง การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิดโรค การเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้องเหมาะสม การออกกำลังกายด้วยการบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆ และการออกกำลังกายด้วยการเดินอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละสัปดาห์อย่างเหมาะสมและเพียงพอต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ การพูดเสริมแรงจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีแล้วและกำลังจะกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ได้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อการเกิดโรคซ้ำ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสูบบุหรี่ เป็นต้น มีความยาวของเนื้อหา 11.07 นาที

ทีมของวิธีทัศน์ ได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ป่วยที่มาเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่โรงพยาบาลศิริราช

เพื่อเป็นผู้ป่วยแบบอย่างของการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวที่ดีภายหลังผ่าตัดได้และมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงโดยเร็ว เจตนารมณ์ของผู้ป่วยแบบอย่างเพื่อนำเสนอประสบการณ์ของการเป็นผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปแล้ว เสนอเป็นวิทยาทานและเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้ป่วยที่เข้ามารับการผ่าตัดชนิดเดียวกัน และได้รับความอนุเคราะห์จากสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (โรงพยาบาลศิริราช) มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการถ่ายทำ ตัดต่อตกแต่งภาพและเสียง ประกอบอย่างสวยงามชัดเจน และมีเนื้อหาความรู้ให้กับผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จนสำเร็จเป็นวิธีทัศน์ที่สมบูรณ์ ได้นำสื่อวิธีทัศน์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีก่อนกลับบ้านจำนวน 5 ราย หลังการทดสอบผู้ป่วยที่ได้รับชมไม่มีข้อสงสัยใดๆ มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่นำเสนอ และสามารถเพิ่มแรงจูงใจต่อการรับชมได้ดี และได้รับการอนุญาตจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลให้ดำเนินการเผยแพร่ได้ตามสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ก่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดสร้างโดยผู้วิจัย โดยได้ทบทวนเนื้อหาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก แพทย์

ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟูหัวใจ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (โรงพยาบาลศิริราช) และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขตรวจทานเนื้อหาเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ครบถ้วนและความถูกต้องตรงเชิงเนื้อหา ที่อยู่เว็บไซต์วีดิทัศน์ คือ <https://qr.go.page.link/xgPQ> และรหัส QR code คือ



แผนภาพที่ 2 รหัส QR code วีดิทัศน์

ขั้นตอนการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างได้ถูกคัดเลือกโดยผู้วิจัยที่หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอกศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ซึ่งจะมีสำเนาตารางรายละเอียดการผ่าตัดในแต่ละวันไว้ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ประกอบด้วยรายชื่อ อายุ และเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด วันที่ผ่าตัด ลำดับการผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด เลขที่ห้องที่ใช้ในการผ่าตัด ชื่อหอผู้ป่วยที่เข้าพักรก่อนการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเข้าพักในหอผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัดล่วงหน้า 2 วัน ผู้วิจัยจะเลือกรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับบุขนิດของการผ่าตัดคือ ทำทางเป็ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี ผู้วิจัยจึงขอเข้าพบผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือกแล้วที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในช่วง 1-2 วันก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการผ่าตัดตามตารางที่ห้องผ่าตัดได้กำหนดไว้แล้ว

กลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในรูปแบบเดิมจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลจะไปให้ความรู้ถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านอย่างคร่าวๆ ที่ข้างเตียงผู้ป่วย เนื้อหาข้อมูลโดยรวมจะเกี่ยวข้องกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การดูแลแผลผ่าตัด เป็นต้น นักกายภาพบำบัดเฉพาะทางโรคหัวใจจะมาให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเมื่อกลับบ้านพร้อมกับแจกคู่มือแผ่นพับให้กับผู้ป่วยได้ไปศึกษาด้วยตนเอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยวีดิทัศน์ทางอิเล็กทรอนิกส์ ดังนี้

ระยะก่อนกลับบ้านภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการผ่าตัดทำทางเป็ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีไปแล้วโดยประมาณ 5 วันที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก แพทย์ได้วางแผนอนุญาตให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้านได้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยและให้คู่มือ/คำแนะนำที่อยู่เว็บไซต์หรือการสแกนรหัส QR code ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมไว้บนแผ่นกระดาษขนาด A4 ซึ่งจะให้กับกลุ่มตัวอย่างทุกรายเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือผ่านเข้าไปชมวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจในระยะพักฟื้นที่บ้าน พร้อมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่กลุ่มตัวอย่างจะสามารถจัดหาเองได้ ได้แก่ อุปกรณ์มือถือ เครื่องคอมพิวเตอร์ ไอแพด แท็บเล็ต ฯลฯ รวมทั้งการมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต เป็นต้น โดย

ให้กลุ่มตัวอย่างนำไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจาก 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโทรศัพท์เยี่ยมจากผู้วิจัยเพื่อยืนยันว่าได้รับชมสื่อวีดิทัศน์แล้วและทบทวนความรู้รวมทั้งถาม-ตอบปัญหาข้อสงสัยต่างๆ เน้นย้ำประเด็นสำคัญ โดยใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเริ่มดำเนินการโครงการ ผู้วิจัยจะดำเนินการฝึกซักซ้อมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ในโครงการวิจัย โดยจะมีผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำที่หอผู้ป่วยในและหน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกจำนวน 2 ท่าน ผู้วิจัยจะต้องซักซ้อมทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในประเด็นของเนื้อหาแต่ละข้อคำถามในแบบสอบถาม วิธีการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ดังนี้

- หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกในวันที่ 5 หลังผ่าตัดก่อนที่จะได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป และชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดที่ 2 อีกครั้งทางโทรศัพท์ หลังจากที่คุณกลุ่มตัวอย่างได้รับชมวีดิทัศน์ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์แล้วภายในกำหนดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้เวลาในการสอบถามครั้งละประมาณ 10-15 นาที

- หน่วยตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก หลังจากที่คุณกลุ่มตัวอย่างได้กลับไปพักผ่อนที่บ้านโดยประมาณ

1 เดือน และได้รับนัดหมายจากแพทย์ผู้ผ่าตัดให้มาตรวจติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดที่ 3 ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้เวลาในการสอบถามครั้งละประมาณ 10-15 นาที

ขั้นตอนการติดตามผลลัพธ์ของโครงการ

ผู้วิจัยจะติดตามผลลัพธ์และรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ช่วยวิจัย หลังจากที่คุณกลุ่มตัวอย่างได้ดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์/ความครบถ้วนของคำตอบในแบบสอบถามแต่ละข้อ และสุ่มสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบางราย เพื่อเป็นการทดสอบว่าคุณกลุ่มตัวอย่างได้รับการดำเนินการให้ตอบแบบสอบถามจริง หลังจากดำเนินการรวบรวมแบบสอบถามครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99 ราย จึงดำเนินการลงบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลตามโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระยะหลังผ่าตัดของ 2 กลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเรียนรู้ทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์และความสามารถในการดูแลตนเอง ด้วยสถิติทีอิสระ t (Independent t-test) เปรียบเทียบความ

แตกต่างกันรู้ภายในแต่ละกลุ่มตัวอย่างก่อน และหลังการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

ในจำนวนกลุ่มควบคุม 49 ราย และกลุ่มทดลอง 50 ราย พบว่า มีคุณลักษณะโดยทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 62.20 ปี และ 59.68 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.39 และร้อยละ 76 สถานภาพสมรส

คู่ร้อยละ 69.39 และร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถม/มัธยม/ปวส./ปวช. ร้อยละ 87.76 และร้อยละ 78 อาชีพส่วนใหญ่เป็นประเภทรับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 55.10 และร้อยละ 50 ประวัติการมีโรคร่วมมากที่สุดในกลุ่มควบคุมคือ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 51.02 ในกลุ่มทดลองคือ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24 (Table 1)

Table 1 Characteristics of study samples between experimental and control group.

Characteristics	Control group (N = 49) N (%)	Experimental group (N = 50) N (%)	P-value
Age (year) (mean)	62.20 (6.26)	59.68 (7.05)	.08
Sex			.46
- Male	34 (69.39)	38 (76.00)	
- Female	15 (30.61)	12 (24.00)	
Marriage Status			.09
- Single	15 (30.61)	15 (30.00)	
- Married	34 (69.39)	35 (70.00)	
Education Level			.64
- no education	1 (2.04)	1 (2.00)	
- Primary-Secondary School /	43 (87.76)	39 (78.00)	
Technology			
- $\geq$ Bachelor's degree	5 (10.20)	10 (20.00)	
Occupation			.70
- No occupation	10 (20.41)	10 (20.00)	
- Agriculturalist	10 (20.41)	8 (16.00)	
- Wage earner/Private Sector	27 (55.10)	25 (50.00)	

Characteristics	Control group (N = 49) N (%)	Experimental group (N = 50) N (%)	P-value
- Official	1 (2.04)	3 (6.00)	
- Retirement	1 (2.04)	4 (8.00)	
Underlying Diseases			
- None	8 (16.33)	10 (20.00)	.64
- Diabetes	2 (4.08)	3 (6.00)	.66
- Hypertension	7 (14.29)	7 (14.00)	.97
- Hyperlipidemia	3 (6.12)	0	.08
- Diabetes/ Hypertension	2 (4.08)	12 (24.00)	.004
- Diabetes/Hyperlipidemia	0	1 (2.00)	.32
- Hypertension/Hyperlipidemia	2 (4.08)	7 (14.00)	.09
- Diabetes/Hypertension/ Hyperlipidemia	25 (51.02)	10 (20.00)	.001

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ในกลุ่มควบคุม 67.0 ± 8.70 ในกลุ่มทดลอง 67.68 ± 10.98 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .34, p = .73$)

ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ด้วยตนเองทางอิเล็กทรอนิกส์ คะแนนเฉลี่ยความรู้ในกลุ่มควบคุม 69.66 ± 9.12 ในกลุ่มทดลอง 88.30 ± 3.88 คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.28, p < .001$) (Table 2)

Table 2 Compare mean and standard deviation of knowledge scores between groups at before and after e-learning.

Knowledge score	Control group (n=49) $\bar{X} \pm SD$	Experimental Group (n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	P-value
Before e-Learning	67.0 ± 8.70	67.68 ± 10.98	.34	.73
After e-Learning	69.66 ± 9.12	88.30 ± 3.88	13.28	< .001

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ตามรูปแบบเดิม 67.0 ± 8.70 ภายหลังการเรียนรู้ 69.66 ± 9.12 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.96, p = .06$) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย

ความรู้ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการเรียนรู้ด้วยตนเองทางอิเล็กทรอนิกส์ 67.68 ± 10.98 ภายหลังการเรียนรู้ 88.30 ± 3.88 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -13.31, p < .001$) (Table 3)

Table 3 Compare mean and standard deviation of knowledge scores between before and after e-learning within each group.

Knowledge score	Before e-Learning	After e-Learning	t	P-value
Control group (n=49) $\bar{X} \pm SD$	67.0 ± 8.70	69.66 ± 9.12	-1.96	= .06
Experimental group (n=50) $\bar{X} \pm SD$	67.68 ± 10.98	88.30 ± 3.88	-13.31	< .001

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มควบคุม 58.35 ± 14.02 ใน

กลุ่มทดลอง 77.09 ± 14.54 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.53, p < .001$) (Table 4)

Table 4 Compare mean and standard deviation of self-care ability scores at 1- month post-operative between groups.

Self-care ability scores	Control group (n=49) $\bar{X} \pm SD$	Experimental group (n=50) $\bar{X} \pm SD$	t	P- value
1-month post-operative	58.35 ± 14.02	77.09 ± 14.54	6.53	< .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์คะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังการเรียนรู้ทาง

อิเล็กทรอนิกส์และความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด 1 เดือนในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ถึงความรู้ต่างๆ ได้ด้วยตนเองหลังผ่าตัดโดยช่องทางผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเพิ่มพูนความรู้ได้เป็นอย่างดี และสามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้น นำไปสู่การเกิดความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องปลอดภัยเมื่อได้กลับไปพักฟื้นที่บ้านภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังได้รับการผ่าตัดซึ่งเป็นระยะที่ 1 ของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็วและปราศจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดตาม สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยโดยผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนการฝึกปฏิบัติจะสามารถเพิ่มการดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีในช่วงของการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและช่วงของการดูแลตนเองที่บ้านภายหลังผ่าตัด 1 เดือน และมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)¹⁰ จากการมีการสอนในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์ร่วมในการสอน เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างภายหลังได้ชมสื่อวีดิทัศน์แล้วพบว่า สื่อวีดิทัศน์ได้มีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากต่อการสร้างเสริมแรงจูงใจต่อการรับชม ด้วยการจัดภาพที่สวยงามชวนติดตาม คำบรรยายด้วยภาษาที่ง่ายและกระชับรัด สื่อความหมายให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำความเข้าใจได้โดยง่าย การพูดเสริมแรงจากศิัลแพทย์และผู้ป่วยต้นแบบที่

ปรากฏอยู่ในวีดิทัศน์ สามารถกระตุ้นหรือเป็นแบบอย่างที่ดีให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดแนวคิดตลอดจนแนวทางปฏิบัติและสามารถปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดผลประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนในรูปแบบของการใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมในการสอน และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเน้นให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารี สามารถดูแลตนเองได้ โดยทำการทดลองเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการสอนสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีส่วนในการช่วยลดการกลับมารักษาอยู่ในโรงพยาบาลใหม่ภายหลังผ่าตัดได้^{3,11,12,13}

การใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในเรื่องของการจัดโปรแกรมการสอนทางออนไลน์ให้กับกลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถให้คุณประโยชน์ สร้างความสะดวกสบายให้กับกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดีเนื่องจากข้อมูลในปัจจุบันเป็นความทันสมัยทางเทคโนโลยีที่ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในวงกว้างทั่วโลก แทบจะทุกสาขาอาชีพได้นำเทคโนโลยีที่สามารถติดต่อสื่อสารและการจัดการด้านการเรียนการสอนให้นักเรียนนักศึกษาหรือประชาชนส่วนใหญ่ได้สามารถเข้าถึงได้ในโลกออนไลน์ โดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถที่จะจัดหาและนำเทคโนโลยีมาใช้ได้อย่างเหมาะสมกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วยได้ และสามารถเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี^{6,14} จากรายงานการศึกษาการใช้

เทคโนโลยีเพื่อประโยชน์ต่อการเรียนรู้ใน 4 รูปแบบ คือ สมาร์ทโฟน (Smart phone) 53.8%, แท็บเล็ต (Tablets) 50.4%, ยูทูบ (YouTube) 43.0%, และโมบายแอปพลิเคชัน (Mobile apps) 35.8%¹⁵ ด้วยข้อมูลการศึกษาวิจัยที่สอดคล้องและจากผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า การนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามามีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี อีกปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในครั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดรับชมวิดีโอในโปรแกรมการสอนได้ด้วยตนเองที่บ้านหรือสถานที่ใดก็ได้ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตพร้อมอุปกรณ์มือถือหรือเครื่องคอมพิวเตอร์ตามแต่ที่กลุ่มตัวอย่างจะสามารถจัดหาได้ และสามารถรับชมในเวลาใดก็ได้ที่มีความสะดวก รวมทั้งจะสามารถรับชมวิดีโอที่สนใจได้ก็ว่าได้ตามแต่จะต้องการรับชม เนื่องจากความรู้ที่ได้รับเมื่อรับชมวิดีโอเพียงครั้งเดียวอาจจะไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด แต่เมื่อได้รับชมวิดีโอหลายครั้ง สามารถที่จะจดจำความรู้หรือข้อแนะนำต่างๆ ได้แม่นยำมากยิ่งขึ้น อีกทั้งได้ก่อให้เกิดการกระตุ้นสรีระสภาวะทางอารมณ์และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตรงตามต้องการ รวมทั้งมีญาติหรือสมาชิกที่เป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่อาจร่วมรับชมอยู่ด้วย ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้เกิดการเรียนรู้ได้ด้วยตนเองให้ประสบความสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น ทางด้านระบบการปฏิบัติงานของบุคลากรวิชาชีพพยาบาลที่ล้วนแล้วแต่มีภาระ

งานค่อนข้างมาก ส่งผลให้เกิดความเป็นไปได้ค่อนข้างยากที่จะให้คำแนะนำได้อย่างครอบคลุมในช่วงเวลาที่มีอย่างจำกัดได้ เนื่องจากต้องพยายามจัดสรรเวลาเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลให้กับผู้ป่วยทุกรายได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์เช่นเดียวกัน ดังนั้นการให้ผู้ป่วยได้สามารถศึกษาเรียนรู้ได้ด้วยตนเองทางอิเล็กทรอนิกส์ จะสามารถช่วยลดภาระงานของบุคลากรวิชาชีพพยาบาลในผู้ป่วยในส่วนของการลดเวลาในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และสามารถไปจัดสรรเพิ่มเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลอื่นๆ ให้กับผู้ป่วยแต่ละรายในหอผู้ป่วยทางโรคหัวใจได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น การให้กลุ่มตัวอย่างได้รับชมวิดีโอทางอิเล็กทรอนิกส์ในการวิจัยครั้งนี้ ยังมีส่วนสำคัญต่อการช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างลงได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลว่าสาเหตุการเกิดความเครียดความวิตกกังวลส่วนหนึ่งมักเกิดมาจากความไม่รู้ การมีความคิดหมกมุ่นไปเอง ด้วยการคิดไปเองประกอบกับการได้รับข้อมูลมาจากแหล่งข้อมูลที่ขาดความน่าเชื่อถือหรือการมีความเชื่อที่ผิดๆ ส่งต่อกันมาจึงส่งผลให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลได้ง่าย ดังนั้นการให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นภาพในวิดีโอที่แสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างเป็นขั้นตอนและถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามได้ เพราะมีความรู้อย่างถูกต้องและเห็นภาพตัวอย่างสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างปลอดภัย ไม่มีอันตรายใดๆ เกิดขึ้น จึงเป็นการ

ช่วยเพิ่มขีดความสามารถต่อการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองตามตัวอย่างที่เห็นในวิดีโอได้ มากยิ่งขึ้น เมื่อมีความรู้และมีความสามารถในการ ปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้ดี จึงมีส่วน สำคัญต่อการช่วยลดความเครียดความวิตกกังวล หรือความกลัวลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาผล ของการฟื้นฟูและการสอนการให้คำแนะนำแก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด แดงโคโรนาร้อย่างครอบคลุมครบถ้วน มีส่วน ช่วยลดความวิตกกังวลได้¹⁶ และสอดคล้องกับ การศึกษาวิจัยโดยการใช้อิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการสอน ในผู้ป่วยที่ได้รับผิดสัเพื่อการตรวจสวนหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี พบว่า มีส่วนช่วยลดความ วิตกกังวลในผู้ป่วยได้¹⁷

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่าง หรือบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่ไม่มีความ สามารถในการใช้อุปกรณ์สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ เกี่ยวข้องและอินเทอร์เน็ตได้ จะไม่ได้รับการ พิจารณาคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ เนื่องจากขาดคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ของกลุ่มตัวอย่าง

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยกึ่ง ทดลอง มีระเบียบแบบแผนวิธีการทดลองที่มีความ ชัดเจนและผสมผสานเข้ากันได้กับ เทคโนโลยีที่มีความทันสมัย ตลอดจนผลลัพธ์ จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ ในทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้เกิดประโยชน์ ได้จริงกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทาง เบี่ยงหลอดเลือดแดงโคโรนารีในระยะพักฟื้นที่ บ้าน

สรุป โปรแกรมการสอนการให้ คำแนะนำเพื่อวางแผนจำหน่ายแก่ผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด แดงโคโรนารี ได้พัฒนาเป็นรูปแบบสื่อวิดีโอที่คน ภาพเคลื่อนไหวพร้อมคำบรรยายที่กระชับ สื่อ ความหมายเข้าใจง่าย การเสนอตัวแบบที่เคย ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกันมาก่อน ซึ่งเป็น ผู้ป่วยที่มีความรู้และมีความสามารถในการดูแล ตนเองได้เป็นอย่างดีจึงมีสุขภาพร่างกายที่ แข็งแรงสมบูรณ์ การพูดเสริมแรงจากผู้ป่วย ต้นแบบ จากบุคลากรทางการแพทย์และจาก ผู้วิจัย รวมทั้งการจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ได้ด้วย ตนเองทางอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ทันสมัยตาม เวลาและสถานที่ที่ผู้ป่วยสามารถเลือกรับชมสื่อ วิดีโอที่ตนได้เองตามความพึงพอใจนั้น ส่งผลลัพธ์ที่ ดีในด้านของการเกิดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัดในระยะพักฟื้นที่ บ้านในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรจัดให้มีโปรแกรมการสอนใน รูปแบบการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ให้แก่ผู้ป่วย ภายหลังได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือด แดงโคโรนารี ในขั้นตอนของการปฏิบัติพยาบาลใน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เนื่องจากผลลัพธ์จาก การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ค้นพบแล้วว่า กลุ่ม ตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเองทาง สื่ออิเล็กทรอนิกส์มีความรู้และสามารถที่จะดูแล ตนเองที่บ้านได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เรียนรู้ ด้วยตนเองทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ดังนั้นจึงควร

ประยุกต์โปรแกรมนี้ไปใช้ได้กับผู้ป่วยทุกๆ รายที่ได้รับการผ่าตัดชนิดเดียวกัน ซึ่งจะต้องเป็นผู้ป่วยหรือญาติรวมถึงบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มีความสามารถในการใช้อุปกรณ์ทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้ถูกต้องครบถ้วนและมีความสามารถในการดูแลตนเองต่อที่บ้านได้เป็นอย่างดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้จากการเรียนรู้ทางอิเล็กทรอนิกส์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบ 2 กลุ่มตัวอย่างด้านอัตราการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดขณะพักฟื้นที่บ้าน และควรมีการวัดผลลัพธ์ทางด้านจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการมีความเครียดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัย บุคลากรวิชาชีพพยาบาลและสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้การศึกษาวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

References

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDS) [Internet]. 2017 [cited 2021 March 17]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Epidemiology Division, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. 2019 [cited 2021 March 21]. Coronary Artery Disease (CAD) in 2019. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1081120191227084415.pdf>.
3. Mansin A, Ierdkittikuliyotin S, Lerttraikul N, Asdornwiset U, Thanakiatpinyo T, Tantiwongkosri K. The effect of education program on knowledge and self-care ability in patients undergoing coronary artery bypass grafting. Journal of Nursing Science Mahidol University 2016; 34(1): 17-26. (in Thai).
4. Statistical report 2017. Medical record and statistics Division, Department of Technology and information [Internet]. 2017 [cited 2021 February 11]. Available from: <https://www.rajavithi.go.th/uploads/2019/02/stat2017PDF>
5. Montrieff T, Koyfman A, Long B. Coronary artery bypass graft surgery complications: A review for

- emergency clinicians. *Am J Emerg Med* 2018; 36(12): 2289-97. doi: 10.1016/j.ajem.2018.09.014.
6. Ruggeri K, Farrington C, Brayne C. A global model for effective use and evaluation of e-learning in health. *Telemed J E Health* 2013; 19(4): 312-21. doi: 10.1089/tmj.2012.0175
7. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
8. Zarani F, Besharat MA, Sadeghian S, Sarami G. The effectiveness of the information - motivation - behavioral skills model in promoting adherence in CABG patients. *J Health Psychol* 2010; 15(6): 828-37. doi: 10.1177/1359105309357092.
9. Dupont WD, Plummer WD, Jr. PS: Power and Sample Size Calculation 3.1.2, September 8th, 2014.
10. Borzou SR, Amiri S, Salavati M, Soltanian AR, Safarpour G. Effects of the first phase of cardiac rehabilitation training on self-efficacy among patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *J Tehran Heart Cent* 2018; 13(3): 126-31.
11. Mohsenipouya H, Majlessi F, Forooshani A, Ghafari R. The effects of health promotion model-based educational program on self-care behaviors in patients undergoing coronary artery bypass grafting in Iran. *Electronic physician* 2018; 10(1): 6255-64. doi: 10.19082/6255.
12. Gopaldas RR, Overbey DM, Dao TK, Markley JG. The impact of academic calendar cycle on coronary artery bypass outcomes: a comparison of teaching and non-teaching hospitals. *J Cardiothorac Surg* 2013; 8(1): 1-8. doi: 10.1186/1749-8090-8-191.
13. Varaei S, Shamsizadeh M, Cheraghi MA, Talebi M, Dehghani A, Abbasi A. Effects of a peer education on cardiac self-efficacy and readmissions in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a randomized-controlled trial. *Nurs Crit Care* 2017; 22(1): 19-28. doi: 10.1111/nicc.12118.
14. Scott KM, Baur L, Barrett J. Evidence-based principles for using technology-enhanced learning in the continuing professional development of health professionals. *J Contin Educ Health Prof* 2017; 37(1): 61-6. doi: 10.1097/CEA.0000000000000146.

15. Curran V, Fleet L, Simmons K, Lannon H, Gustafson DL, Wang C, et al. Adoption and use of mobile learning in continuing professional development by health and human services professionals. *J Contin Educ Health Prof* 2019; 39(2): 76-85. doi: 10.1097/CEH.0000000000000243.
16. Ma L, Deng L, Yu H. The effects of a comprehensive rehabilitation and intensive education program on anxiety, depression, quality of life, and major adverse cardiac and cerebrovascular events in unprotected left main coronary artery disease patients who underwent coronary artery bypass grafting. *Irish Journal of Medical Science* 2020; 189(2): 477-88. doi: 10.1007/s11845-019-02129-x.
17. Habibzadeh H, Milan ZD, Radfar M, Alilu L, Cund A. Effects of peer-facilitated, video-based and combined peer-and-video education on anxiety among patients undergoing coronary angiography: randomised controlled trial. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 2018; 18(1): 61-7. doi: 10.18295/squmj.2018.18.01.010.

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับ ความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของหญิงครรภ์แรก

โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

ชไมพร มณีรัตนพันธ์*

บทคัดย่อ

หญิงตั้งครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์คลอดจะมีความวิตกกังวลกลัวการคลอดสูง ส่งผลให้เกิดการคลอดยากตามมา การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างได้แก่ หญิงครรภ์แรกในระยะเจ็บครรภ์คลอดจริง จำนวน 60 คน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือนมีนาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก โดยตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดคลอดระยะแรก และแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา Independent t-test และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด ในแต่ละระยะของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บครรภ์ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และกลุ่มทดลองมีระยะเวลาเจ็บครรภ์ระยะแรก เวลาเฉลี่ย 727 นาที น้อยกว่ากลุ่มควบคุม เวลาเฉลี่ย 817 นาที เมื่อเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ สรุปผลการวิจัยได้ว่า โปรแกรมเสริมพลังอำนาจสามารถนำไปวางแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ฝากครรภ์กระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดมีความมั่นใจเผชิญความเจ็บปวดได้ทุกระยะ

คำสำคัญ: หญิงตั้งครรภ์แรก/ การเสริมพลังอำนาจ/ พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด/ ระดับความเจ็บปวด

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสูงเนิน จ.นครราชสีมา

E-mail: Pon_sn@hotmail.com

Effect of the empowerment program for coping with labour pain on the pain score and duration of pain during the first stage of labour in the primigravidas Sungnoen Hospital Nakhon Ratchasima Province

Chamaiporn Maneeratapun*

Abstract

Primigravidas had no experience on labour therefore they may be highly stressful and scared of labour pain resulting in difficult labour process. This quasi-experimental research aimed to study the effect of the empowerment program for coping behavior with labour pain on the pain score and the labour period during the first stage in the primigravidas, Sungnoen Hospital, NakhonRatchasima Province. The study samples were divided into experimental group and control group with 30 samples each. Data had been collected from February–March 2021. Research tool was empowerment program for coping with labour pain. Content validity was tested by experts and the IOC was 0.92, Personal information, Observation form on behavior and Visual Analog Scale were used. Obtained data were analyzed by using descriptive statistics, Independent t-test and paired t-test.

The results revealed that mean score of coping behavior with labour pain in each stage of the experimental group was higher than the comparison group ($p < 0.05$). Mean score of labour pain of the experimental group was also lower than that the comparison group ($p < 0.05$). There was no statistical difference of labor period duration during the first stage of between the experimental and the control group. The results could be concluded that empowerment program can be used to plan for taking care of pregnant women from antenatal care to the delivery period. As a result, the primigravidas can be confident in facing pain at any stage of labour.

Keywords: Primigravidas/ Empowerment/ Coping behavior labour pain/ Pain score

Article info: Received April 22, 2021; Revised July 14, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding Author, Professional Level, Nursing Department, Sungnoen Hospital, Nakhon Ratchasima Province

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติและมีความต่อเนื่อง ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งสิ้นสุดการคลอด ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์แรกต้องเผชิญกับความเจ็บปวดระยะคลอดที่ 1 เป็นเวลานาน 10-12 ชั่วโมง มารดาต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่สบายใจ มีความทุกข์ทรมานจากความปวดมากที่สุด ซึ่งความปวดในระยะคลอดของมารดาเป็นประสบการณ์ที่มีความแตกต่างและความเฉพาะในแต่ละบุคคล โดยมารดาแต่ละคนจะมีการรับรู้ความปวดที่ต่างกัน ความปวดในระยะคลอดแตกต่างจากความปวดในภาวะอื่นๆ ซึ่งความปวดนี้เกิดจากการหดตัวของมดลูก และการเปิดขยายของปากมดลูกเพื่อผลักดันให้ทารกคลอดออกมา เมื่อทารกคลอดออกมาแล้วความปวดนี้จะลดลงและหายไป โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรกไม่มีประสบการณ์การคลอด จะมีความวิตกกังวล ความเครียดกลัวความเจ็บปวดจากการคลอดสูง ผู้คลอดมีพฤติกรรมแสดงออกต่อความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัว อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวไม่ให้ความร่วมมือ ร้องไห้ครวญคราง จะเกิดความอ่อนเพลียเมื่อยล้า ส่งผลให้ความอดทนต่อความเจ็บปวดลดลงและการรับรู้ความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น ความเจ็บปวดจากการหดตัวของมดลูกที่รุนแรงและถี่ขึ้นตามความก้าวหน้าของการคลอด ส่งผลให้ผู้คลอดอ่อนเพลียมาก รู้สึกกังวลและกลัวต่อการคลอดและความปลอดภัยของตนเอง และทารกในครรภ์ทำให้ร่างกายหลังสารแคททีโคลามีนเพิ่มขึ้นกล้ามเนื้อตึงเครียดทำให้เกิด

ความรู้สึกเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มดลูกหดตัวผิดปกติ ทำให้กระบวนการคลอดยาวนานหรือคลอดยาก อาจส่งผลให้มารดาและทารกได้รับอันตรายหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้คลอดบางรายเรียกร้องที่จะยุติการคลอดเพราะไม่สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดไม่ไหว¹

การเตรียมความพร้อมเพื่อการคลอดของหญิงตั้งครรภ์แรก เริ่มตั้งแต่การฝากครรภ์ มีการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเข้าสู่ระยะคลอด โดยมีการดำเนินงานอบรมโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์เรียนรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด การฝึกเทคนิคผ่อนคลายขณะเจ็บครรภ์ที่ไม่ต้องใช้ยา และการเสริมพลังอำนาจด้านจิตใจด้วยคาถา "อังคุลิมาลปริตร" (คาถาคลอดลูกง่าย)² ซึ่งเป็นพระปริตร หมายความว่า บทสวดพระพุทธรมณต์ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองรักษาหรือ เครื่องคุ้มครองป้องกันอุปัทวันตรายทั้งหลาย เพื่อบังเกิดพทุธานภาพในการดำเนินทุกขโคกโรครภัย และสรรพอันตรายทั้งหลายให้อันตรธานไปสิ้น เกิดความสุขสวัสดิ์ในการดำรงชีวิตสำหรับใช้สวดสาธยายบทพระพุทธรมณต์ในพิธีมงคลหรือพิธีที่จัดขึ้นเพื่อความสุขความเจริญเพื่อเป็นสิริมงคล แก่การดำเนินชีวิตในวาระต่างๆ คือ บทสวดที่เป็นภาษาบาลี เช่น พระสูตรบางพระสูตร สูตรในเจ็ดตำนาน สิบสองตำนาน รวมทั้งอังคุลิมาลปริตร ด้วยบทหนึ่งซึ่งถือกันว่าศักดิ์สิทธิ์สามารถคุ้มครองรักษาป้องกันอันตรายต่างๆ และกำจัดทุกข์ ภัย โรคได้ เป็นความเชื่อที่นิยมตั้งแต่สมัยโบราณถึงปัจจุบันในการเสริม

พลังอำนาจในการตัดสินใจ สวดแล้วจะมีความปลอดภัยและคลอดได้ง่าย จะทำให้ผู้คลอดลดความเครียด และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดโดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์แรก สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ประจันนวล อุทัยวรรณ พงศ์ณัทรสกุล และประจักษ์ เทิกขุนทด³ ศึกษาเสริมพลังอำนาจของมารดาคลอด โรงพยาบาลส่องดาว ด้วยนวัตกรรมผากันลงคาถาเพิ่มพลังอำนาจ ซึ่งเป็นคาถาคลอดได้ง่าย เป็นเครื่องมือใช้เข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ขณะรอคลอดที่จะช่วยลดความเจ็บปวดขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยใช้หลักการเพ่งและเบี่ยงเบนจุดสนใจ ส่งผลให้เกิดกลไกยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลัง ตอบสนองความต้องการครอบคลุมทุกมิติของหญิงรอคลอดทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม กิบสัน⁴ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ให้บุคคลตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลรักษาสุขภาพ ซึ่งสินศักดิ์ ชนม์ อุณหรมมี⁵ กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ต้องเปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้กระบวนการการตัดสินใจอย่างสม่ำเสมอ เพิ่มพูนทักษะและความรู้สำคัญที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในการเสริมพลังช่วยให้ผู้คลอดมีความพร้อมต่อการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นการพัฒนาศักยภาพทางอารมณ์ของผู้คลอด

ให้เป็นไปในด้านบวก ซึ่งการดูแลผู้คลอดให้สามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้ เป็นบทบาทอิสระพยาบาลผดุงครรภ์ สามารถทำได้ โดยการฝึกทักษะให้ผู้คลอดได้เรียนเกี่ยวกับเทคนิคการเผชิญการเจ็บครรภ์ที่ไม่ต้องใช้ยาจะทำให้ผู้คลอดลดความเครียด และลดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์คลอดจนกระทั่งการคลอดให้ผ่านลุล่วงไปด้วยดี ส่งผลต่อความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล บัณฑิตพานิชชา และคณะ⁶ ศึกษาผลของการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียด ความเจ็บปวดและพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดระหว่างผู้คลอดที่ได้รับการฝึกการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวและผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามปกติพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด คะแนนความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร, 6-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า การฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหว มีผลทำให้ความเครียดและความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้ผู้คลอดแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดไปในทางที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลจากงานห้องคลอดย้อนหลัง 3 ปี พ.ศ. 2561-2563 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดจำนวน 401, 308 และ 236 ราย พบว่า คลอดปกติทางช่องคลอดจำนวน 321, 292 และ 224 ราย ซึ่งเป็นครรภ์แรกจำนวน 142, 115 และ 98 ราย

คิดเป็นร้อยละ 42.05, 39.38 และ 43.75 ในปี พ.ศ. 2563 เกิดภาวะคลอดล่าช้า (Prolong of Labor) ในหญิงครรภ์แรกจำนวน 6 ราย ร้อยละ 6.17 จากการสังเกตขณะรอคลอดพบว่า ผู้คลอดครรภ์แรกจะมีพฤติกรรมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดได้น้อยกว่าครรภ์หลัง กล่าวคือการร้องเอะอะโวยวาย เรียกร้อง แสดงความต้องการความช่วยเหลือตลอดเวลา การควบคุมตนเองได้น้อย ขาดความมั่นใจ หดกำลังใจในการเผชิญความเจ็บปวด นำไปสู่ประสบการณ์การคลอดที่ไม่ดี และส่งผลให้ไม่มีแรงเบ่งในระยะที่ 2 ของการคลอด ซึ่งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนการคลอดล่าช้า ส่งผลให้ทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Birth asphyxia) ตามมา⁷ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพประจำห้องคลอด เล็งเห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของผู้หญิงตั้งครรภ์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเสริมพลังอำนาจตั้งแต่ระยะแรกของการคลอดให้หญิงครรภ์แรกสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมและสามารถปฏิบัติการลดปวดได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพนำไปสู่การปรับตัวที่ดีในระยะคลอด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดต่อระดับความ

เจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของผู้หญิงตั้งครรภ์แรก โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด คะแนนระดับความเจ็บปวดครรภ์ และระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของผู้หญิงตั้งครรภ์แรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมติฐานการวิจัย

หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดระดับความเจ็บปวดและระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁴ โดยกระบวนการเตรียมความพร้อมของการคลอดในโปรแกรมเสริมพลังอำนาจแก่หญิงตั้งครรภ์แรก เริ่มตั้งแต่ฝากครรภ์และมีการติดตามดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งคลอด กิจกรรมประกอบด้วยให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลาย และการเสริมพลังอำนาจด้วยเทคนิคการเบี่ยงเบนเพ่งจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคุลิมาลปริตร เพื่อส่งเสริมการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด เป็นพฤติกรรมปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้คลอดที่พยายามจัดการหรือตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอด ช่วยประคับประคองหรือ

ควบคุมความเจ็บปวดในระยะคลอด ช่วยให้
ความก้าวหน้าเป็นไปตามปกติไม่ล่าช้า ทำให้ผู้

คลอดมีความมั่นใจที่จะเผชิญความเจ็บปวดได้
ทุกระยะต่อไป

ตัวแปรต้น

โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญ
เจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ประกอบด้วย

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการ
คลอด
2. การดูแลความสบายด้านร่างกาย
และส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลาย
3. การเสริมพลังอำนาจเชิงเบนเบ่งจุด
สนใจด้วยบทสวดคาถาอภิญญาปริตร

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง
(Quasi-Experimental Research) แบบศึกษา
สองกลุ่ม วัดหลังการทดลองครั้งเดียว (Two-
groups posttest only design) เก็บรวบรวม
ข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2564 ถึงเดือน
มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ประชากร ได้แก่ หญิงครรภ์แรกใน
ระยะเจ็บครรภ์คลอดจริง ที่มารับบริการแผนก
ห้องคลอด โรงพยาบาลสูงเนิน
2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หญิงครรภ์แรก
ในระยะเจ็บครรภ์คลอดจริง ที่มารับบริการแผนก
ห้องคลอด โรงพยาบาลสูงเนิน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการหาอำนาจใช้ในการทดสอบ
(Power analysis) ของโพลิตและแบค⁸ โดย
กำหนดขนาดของอิทธิพลที่มีขนาดกลาง (Effect

size) กำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 กำหนด
ความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .50 จากงานวิจัยที่ผ่าน
มาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม
ต่อความเจ็บปวดในการคลอดและการรับรู้
ประสบการณ์การคลอดของผู้คลอดวัยรุ่นครรภ์
แรกของ มาณี จันทโรสภา และคณะ⁹ มาใช้เป็น
แนวทางการกำหนดขนาดตัวอย่างได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง 50 ราย กลุ่มละ 25 ราย เพื่อต้องการ
ให้ข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ ผู้วิจัยจึงเพิ่ม
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เป็น 60 ราย แบ่งเป็น
กลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า คือ หญิงตั้งครรภ์แรก
อายุ 20-35 ปี อายุครรภ์ครบกำหนดตั้งแต่ 37
สัปดาห์จนถึง 42 สัปดาห์ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
ในระหว่างตั้งครรภ์และเจ็บครรภ์คลอดทั้งมารดา
และบุตร เริ่มเข้าสู่ระยะเจ็บครรภ์จริง (Latent
phase) ไม่ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในทุก
ระยะเจ็บครรภ์คลอด สามารถรับรู้และสื่อสาร

ภาษาไทยได้ดี และสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก คือ หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะเจ็บครรภ์คลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ระยะเวลา 15 นาที ให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด สาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอด ผลของอารมณ์และความรู้สึกของผู้คลอดที่มีต่อการเจ็บครรภ์ ผลของการหดตัวของมดลูกที่จะทำให้คลอดบุตร ระยะการเปิดขยายของปากมดลูก การแสดงออกด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้คลอดในแต่ละระยะ

1.2 การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลาย โดยดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้คลอดเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดด้วยการใช้เทคนิคต่างๆ ได้แก่ เทคนิคการผ่อนคลาย (เทคนิคการหายใจ การนวด การลูบหน้าท้อง) การปรับเปลี่ยนท่าทางและการเคลื่อนไหว

1.3 การเสริมพลังอำนาจเชิงเบนพ่วงจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคฺลิมาลปริตร (คาถาคลอดลูกง่าย) โดยจัดทำแผ่นป้ายบทสวดมนต์คาถาคลอดลูกง่ายไว้ที่บอร์ดผนังห้องคลอด และแผ่น A4 สำหรับมารดาคลอดอ่านตั้งแต่แรกเริ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้คลอด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด ประกอบด้วย อายุครรภ์ การเปิดของปากมดลูกแรกเริ่ม วันที่และเวลามีอาการเจ็บครรภ์จริง การแตกของถุงน้ำคร่ำแตก และลักษณะน้ำคร่ำ รวมระยะเวลาที่ใช้ในการคลอดแต่ละระยะ

2.2 แบบสังเกตพฤติกรรมกรมการ

เผชิญความเจ็บปวดคลอดระยะที่ 1 ของของสเตอร์ร็อค (Sturrock labour Coping Scale) ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หาความเที่ยงและความเชื่อมั่นใหม่ ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของสุริสารัฐ พานทองชัย และคณะ¹⁰ แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดคลอดระยะที่ 1 มีทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด 5 ด้าน คือ การแสดงออกของเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การควบคุมการหายใจ การแสดงออกทางใบหน้า และการตอบสนองด้านคำพูด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ได้แก่ เอะอะโวยวาย กระสับกระส่าย ไม่สามารถควบคุมการหายใจ หน้าตาบิดเบี้ยว ไม่สามารถทนต่อไป

คะแนน 1 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะกลางๆ สามารถควบคุมตนเองได้

พอสมควร ได้แก่ ร้องครางเบาๆ เคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนด้วยความไม่สบาย ควบคุมการหายใจไม่สม่ำเสมอ คีวฆฆวต เม้มหรือขบริมฝีปาก บ่นถึงความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย

คะแนน 2 หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงลักษณะที่สามารถควบคุมตนเองได้ดี ได้แก่ พูดคุยด้วยน้ำเสียงปกติ นั่งหรือนอนอย่างผ่อนคลาย ควบคุมการหายใจได้สม่ำเสมอ กล้ามเนื้อใบหน้าผ่อนคลาย คำพูดแสดงถึงความพยายามความอดทน

โดยจะทำการประเมินตลอดระยะที่หนึ่งของการคลอด และมีการให้คะแนนตามลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออก แบบประเมินมีช่วงคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน การแปลผลคะแนน 0-3 แสดงสามารถเผชิญความเจ็บปวดระดับน้อย คะแนน 4-7 แสดง สามารถเผชิญความเจ็บปวดระดับปานกลาง คะแนน 8-10 แสดง สามารถเผชิญความเจ็บปวดระดับมาก

2.3 แบบประเมินความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale) ของ Turk & Melzack¹¹ วัดโดยการให้ผู้คลอดบอกระดับความรู้สึกเจ็บปวดด้วยการทำเครื่องหมาย x ชิดทับแถบบนเส้นตรงที่มีความยาว 10 เซนติเมตร แบ่งเป็น 10 ช่วง โดยมีตัวเลขกำกับไว้เริ่มจากเลข 0 ระบุว่า ไม่เจ็บปวด เลข 1-3 ระบุว่า เจ็บปวดเล็กน้อย เลข 4-7 ระบุว่า เจ็บปวดปานกลาง เลข 8-10 ระบุว่า เจ็บปวดมาก เมื่อผู้คลอดขีดทับบนแถบตรงกับตัวเลขตัวใด ตัวเลขนั้นจะเป็นคะแนนความเจ็บปวดของผู้คลอด และในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเจ็บปวดมาใช้โดยมิได้หาความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็น

เครื่องมือที่มีความเที่ยงสูงและใช้กันอย่างแพร่หลาย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ไปตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดังนี้ สูติแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการผดุงครรภ์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานห้องคลอด 2 ท่าน หลังตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขและคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 และทดสอบความเข้าใจ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ในเดือนมกราคม 2564 เพื่อทดลองใช้เครื่องมือและตรวจสอบความเข้าใจที่ตรงกันของทีมผู้ดูแลแล้วนำมาปรับแก้ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบสังเกตพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดของผู้คลอดในระยะที่หนึ่งของการคลอด ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้หาความเที่ยงและความเชื่อมั่นใหม่ ผู้วิจัยอ้างอิงจากการศึกษาของ สุริศาสตร์ พานทองชัย และคณะ¹⁰ ได้นำมาดัดแปลงและเรียบเรียงตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.86 และการหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (Interrater reliability) คือ

ผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน เป็นพยาบาลประจำการห้องคลอดที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี มีค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตในระดับที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยวางแผนการทดลอง โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564-เดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และเข้ารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสูงเนิน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3. ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุม

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในวันแรก แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

3) กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติตามระยะคลอดจากพยาบาลประจำห้องคลอด

ประกอบด้วย การประเมินสภาพอาการทั่วไป ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลอด ประเมินความก้าวหน้าของการเปิดปากมดลูกในแต่ละระยะ ดูแลให้พักผ่อนและช่วยเหลือกิจวัตร แนะนำเทคนิคการหายใจบรรเทาอาการปวด

4) ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความปวดให้หญิงครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวด และผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า 4 เซนติเมตร, 4-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร

3.2 กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในคำชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

2) ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์และแบบบันทึกข้อมูลการตั้งครรภ์และการคลอด

3) กลุ่มทดลอง จะได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก

4) ผู้ช่วยวิจัยนำแบบประเมินระดับความปวดให้หญิงครรภ์แรกประเมินระดับความเจ็บปวด และผู้ช่วยวิจัยประเมินพฤติกรรมและการเผชิญความเจ็บปวด เมื่อปากมดลูกเปิดน้อยกว่า

กว่า 4 เซนติเมตร, 4-7 เซนติเมตร และ 8-10 เซนติเมตร

วิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดคะแนนระดับความเจ็บปวดคลออด และระยะเวลาการเจ็บครรภ์คลอดระยะที่ 1 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในแต่ละกลุ่มโดยใช้สถิติการทดสอบ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เลขที่รับรอง NRPH 005 เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่คือ มีอายุช่วง 20-24 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 100 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 10.0 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 46.7 และร้อยละ 56.7 รายได้ส่วนใหญ่ 0-5,000 บาท ร้อยละ 36.7 และร้อยละ 33.3 เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนและความแตกต่าง

ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

1.2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ในขณะรอคลอด พบว่า กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ร้อยละ 30.0 การเปิดช่องปากมดลูกแรกรับ ส่วนใหญ่ 1 เซนติเมตร ร้อยละ 36.7 การแตกถุงน้ำคร่ำ ส่วนใหญ่ ถุงน้ำแตกเอง ร้อยละ 76.7 และกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 39 สัปดาห์ ร้อยละ 33.3 การเปิดช่องปากมดลูกแรกรับ ส่วนใหญ่ 2 เซนติเมตร ร้อยละ 43.3 การแตกถุงน้ำคร่ำ ส่วนใหญ่ ถุงน้ำแตกเอง ร้อยละ 70.0 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ผลวิเคราะห์ความแปรปรวนและความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > 0.05$)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดและคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวด

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison the difference of coping behavior with labour pain and pain score at the first stage of labor in the primigravidas between the experimental and the comparison group with Independent t- test. (n=60)

Variable	Coping behavior score				Pain score			
	$\bar{X}$	S.D	t	p	$\bar{X}$	S.D	t	p
Comparison group	5.41	1.01	-5.03	0.00	6.15	0.97	6.305	0.00
Experimental group	6.73	1.02			4.85	0.56		

3. ระดับคะแนนพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกาเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 66.67 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 33.33 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.00 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 6.67 ดังตารางที่ 2

Table 2 Number and percentage of coping behavior with labour pain in the primigravidas between the experimental and the comparison group.

Coping behavior score	Comparison group (n=30)		Experimental group(n=30)	
	N	Percentage	N	Percentage
ระดับต่ำ (0-3)	2	6.67	0	0.00
ระดับกลาง (4-7)	28	93.33	20	66.67
ระดับมาก (8-10)	0	0.00	10	33.33

4. ระดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพิจารณาระดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ส่วน

ใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 รองลงมา ระดับมาก ร้อยละ 13.33 ดังตารางที่ 3

Table 3 Number and percentage of pain score during the first stage of labor period in the primigravidas between the experimental and the comparison group. (n=60)

Level Pain score	Comparison group (n=30)		Experimental group(n=30)	
	N	Percentage	N	Percentage
ระดับเล็กน้อย (0-3)	0	0.00	1	3.33
ระดับปานกลาง (4-7)	26	86.67	29	66.67
ระดับมาก (8-10)	4	13.33	0	0.00

5. เปรียบเทียบระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลเปรียบเทียบระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับ

โปรแกรมเสริมพลังอำนาจเวลาเฉลี่ยนาน 727 นาที (12 ชั่วโมง 12 นาที) น้อยกว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับการดูแลตามปกติ เวลาเฉลี่ยนาน 817 นาที (14 ชั่วโมง 1 นาที) แต่เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=727$, $S.D=3.73$) และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=817$, $S.D=4.57$) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($t=0.829$, $p=0.411$) ดังตารางที่ 4

Table 4 Comparison the difference of labor period during the first stage in the primigravidas concerning the experimental and the comparison group. (n=60)

Variable	Labour period				<i>t</i>	<i>p-value</i>
	$\bar{X}$ (min)	S.D	Min (min)	Max (min)		
Comparison group (n=30)	817	4.57	310	1,330	0.829	0.411
Experimental group (n=30)	727	3.73	427	1,197		

อภิปรายผล

โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน⁴ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การดูแลความสุข

สพายด้านร่างกายและส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนเพ่งจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคุลิมาลปริตร (คาถาคลอดลูกง่าย)² ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดในแต่ละระยะของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดครรภ์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการจัดกิจกรรมการพยาบาลเตรียมความพร้อมของการคลอดร่วมกับเสริมพลังอำนาจในโปรแกรม ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์แรกสามารถจัดการควบคุมความเจ็บปวดขณะรอคลอดระยะแรกได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับมณีรัตน์ ประจันนวล อุทัยวรรณ พงศ์ณภัทรสกุล และประจักษ์ เทิกขุนทด³ ศึกษาการเสริมพลังอำนาจของมารดาคลอดโรงพยาบาลส่องดาว จังหวัดสกลนคร ด้วยนวัตกรรมผ่ากันลงคาถาเพิ่มพลังอำนาจ ซึ่งเป็นคาถาคลอดลูกง่าย ที่นำมาใช้ในร่วมกิจกรรมการพยาบาลอื่นๆ ขณะรอคลอดที่จะช่วยลดความเจ็บปวดคลอด โดยใช้หลักการเพ่งและเบี่ยงเบนจุดสนใจ ผลการศึกษาระดับความปวดก่อนใช้นวัตกรรมร่วมกับการพยาบาลจัดการความปวดของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดมาก ร้อยละ 55 รองลงมาปวดปานกลาง ร้อยละ 35 ปวดมากที่สุด ร้อยละ 15 และปวดน้อย ร้อยละ 5 ตามลำดับ และหลังใช้นวัตกรรมจัดการความ

ปวดของมารดาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปวดปานกลาง ร้อยละ 45 รองลงมา ปวดมาก ร้อยละ 35 และปวดน้อย ร้อยละ 20 ตามลำดับ การลดความปวดวิธีเพ่งและเบี่ยงเบนจุดสนใจ ช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดจากไขสันหลังตอบสนองความต้องการครอบคลุมทุกมิติของหญิงรอคลอดทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลมากยิ่งขึ้น และการศึกษาของศศิธร เตชะมวลิไวยวิทย์¹² กล่าวถึงความปวดในระยะคลอดถือเป็นความปวดที่มารดาคลอดบุตรทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นอาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการหดตัวของมดลูก เพื่อจะขับเคลื่อนทารก รก และเยื่อหุ้มรกออกจากโพรงมดลูก มารดาคลอดบุตรจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดในทุกระยะของการคลอด ซึ่งระยะที่หนึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุดเมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอดเป็นระยะที่มารดาส่วนหนึ่งหมดความอดทน ความปวดจะทำให้เกิดความเครียดที่จะส่งผลทำให้ทารกอาจมีภาวะการขาดออกซิเจนได้ ดังนั้น การเตรียมความพร้อมของการคลอดร่วมกับการเสริมสร้างพลังในหญิงตั้งครรภ์แรกจึงเป็นสิ่งสำคัญ บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้กับหญิงตั้งครรภ์ ได้เรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความไว้วางใจ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ตั้งแต่ฝากครรภ์ครั้งแรกและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จนกระทั่งมีความเชื่อมั่นที่

จะดูแลตนเองได้และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น¹²

หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกมีระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ซึ่งการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดเป็นพฤติกรรมเป็นปฏิกิริยาด้านอารมณ์ของผู้คลอดที่พยายามจัดการหรือตอบสนองต่อการเจ็บครรภ์คลอด เป็นประสบการณ์เฉพาะของผู้คลอดแต่ละรายแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคลความเชื่อทัศนคติ และขึ้นกับความแรงและการหดตัวของมดลูกในแต่ละระยะ¹³ โดย Abushaikh¹⁴ ได้กล่าวถึง วิธีการเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด 4 วิธี ได้แก่ วิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้ (Cognitive coping method) วิธีการเผชิญด้านร่างกาย (Physiological coping method) วิธีการเผชิญด้านจิตใจ (Psychological coping method) และวิธีการเผชิญด้านจิตวิญญาณ (Spiritual coping method) เป็นการสร้างเสริมความสัมพันธ์กับตนเองและสิ่งที่น่าสนใจ ในโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก ผู้ศึกษาเสริมพลังอำนาจเบี่ยงเบนเพ่งจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคุลิมาลปริตร (คาถาคลอดลูกง่าย) อันเป็นความเชื่อทางพุทธศาสนาที่สอดคล้องกับการเผชิญด้านจิตวิญญาณ ในประวัติพุทธศาสนาเชื่อว่าเมื่อสวดแล้วจะมีความปลอดภัย คลอดลูกง่ายและเมื่อการคลอดผ่านพ้นไปจะมีความอดทนเพิ่มขึ้น¹⁵ จากผลการเปรียบเทียบ พบว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บ

ครรภ์คลอดระยะแรก มีระดับคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดในระยะแรก อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 33.33 และระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 ส่วนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.67 สอดคล้องกับการศึกษาของศศิณาภรณ์ โลหิตไทย นิชิน เจ๊ะมานะ และศิริพันธ์ุ ศิริพันธ์ุ¹⁶ ศึกษาผลของการอ่านอัลกุรอานร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดและการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรกพบว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับการอ่านอัลกุรอานร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีระดับความปวดในระยะที่ 1 ของการคลอดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับดี และระดับปานกลาง หญิงตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับการอ่านอัลกุรอานร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมดีกว่าหญิงตั้งครรภ์มุสลิมครรภ์แรกที่ได้รับการพยาบาลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกมีคะแนนเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดครรภ์ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าอาจเป็นผลมาจากโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกมีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญการเจ็บครรภ์คลอด ทั้งวิธีการเผชิญด้านการเรียนรู้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับ

กระบวนการคลอดและวิธีการเผชิญด้านร่างกาย ด้วยการดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลายในแต่ละระยะ ผลการวิจัยพบว่าระดับคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.67 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.33 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.67 และระดับมาก ร้อยละ 13.33 สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล บัณฑิตพานิช และคณะ⁶ ศึกษาผลของการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อความเครียด ความเจ็บปวด และพฤติกรรมเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอด พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร, 6-7 เซนติเมตรและ 8-10 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะปากมดลูกเปิด 4-5 เซนติเมตร, 6-7 เซนติเมตรและ 8-10 เซนติเมตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของพุงศรี อุทัยรัตน์ และอาลี แซ่เจียว¹⁷ ศึกษาผลของการใช้ท่ามณีเวชต่อการเผชิญความเจ็บปวดและระยะเวลาคลอดในหญิงครรภ์แรก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาการใช้ท่ามณีเวชในการดูแลหญิงเจ็บครรภ์คลอดครรภ์แรกพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเจ็บปวดขณะมดลูกหดตัวของหญิงเจ็บครรภ์คลอดหลังเข้าโครงการระยะปากมดลูกเปิด 3-4 เซนติเมตรของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม และระยะปากมดลูก

เปิด 6-8 เซนติเมตรของกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเจ็บครรภ์คลอดระยะที่หนึ่ง โดยทั่วไปจะมีระยะเวลานานประมาณ 8-24 ชั่วโมง ในครรภ์แรกเฉลี่ย 12 ชั่วโมง และ 4-12 ชั่วโมงในครรภ์หลัง เฉลี่ย 6 ชั่วโมง¹⁸ ซึ่งนับว่าเป็นระยะที่นานที่สุด เมื่อเทียบกับระยะอื่น ๆ ของการคลอด จึงเป็นระยะที่มีการดาส่วนหนึ่งหมดความอดทนและไม่ต้องการ ให้เกิดความปวด เกิดความกลัวในการคลอดโดยวิธีธรรมชาติ นำไปสู่ความต้องการผ่าตัดคลอดเด็กออกทางหน้าท้อง ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกมีพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บครรภ์คลอดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับความเจ็บปวดครรภ์และสามารถทนต่อความรุนแรงขณะเจ็บปวดครรภ์ในแต่ละระยะเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของหญิงตั้งครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมเสริมพลังอำนาจ เวลาเฉลี่ย 727 นาที (12 ชั่วโมง 12 นาที) น้อยกว่าระยะเวลาเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลตามปกติ เวลาเฉลี่ย 817 นาที (14 ชั่วโมง 1 นาที) แต่เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณลักษณะทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์แรก มีคล้ายคลึงกันเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า

ผลความแปรปรวนและความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

จุดอ่อนงานวิจัยนี้ การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรก การเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเป็นการเสริมพลังต่อเนื่องในแต่ละระยะจนคลอดโดยพยาบาล ตั้งแต่ปากมดลูกเปิดแรกถึงจนถึงปากมดลูกเปิดหมดจึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้เนื่องจากอัตราการกำสัถไม่เพียงพอต่อการดูแลต่อเนื่องแบบหนึ่งต่อหนึ่งและในหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่สุขสบาย ความทนต่อความเจ็บครรภ์น้อย ทำให้ต้องประเมินพฤติกรรมและระดับความเจ็บปวดระยะที่ 1 หลายครั้งเป็นการเพิ่มภาระงานของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

จุดแข็งงานวิจัยนี้ โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกพัฒนาขึ้นโดยมีการจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมทั้งสื่อการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอด การดูแลความสุขสบายด้านร่างกายและส่งเสริมเทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนพ่งจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคุลิมาลปริตร พยาบาลจึงสามารถนำไปให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะรอคลอดเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม การคลอดดำเนินต่อไปได้ตามปกติส่งผลให้มารดาและทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงตามมา

สรุป การวิจัยนี้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกพยาบาลสามารถนำไปวางแผนให้การดูแลหญิง

ตั้งครรภ์และเสริมพลังอำนาจในระยะเจ็บครรภ์คลอด เพื่อการบรรเทาความเจ็บปวดและช่วยลดภาวะความเครียดแก่ผู้คลอดได้อย่างเต็มศักยภาพ ช่วยเหลือประคับประคองหญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด สามารถใช้เทคนิคในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ช่วยทำให้ผู้คลอดมีความมั่นใจที่จะเผชิญความเจ็บปวดได้ทุกระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ควรเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ความเข้าใจในการใช้โปรแกรมเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอดระยะแรกกับเจ้าหน้าที่ที่เข้ามาปฏิบัติงานเพื่อความร่วมมือและเกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลที่ดี

2. โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจการเผชิญเจ็บครรภ์คลอด ควรดำเนินการเตรียมความพร้อมของหญิงตั้งครรภ์แรก ตั้งแต่ฝากครรภ์ในโรงเรียนพ่อแม่และสนับสนุนให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเสริมพลังอำนาจ และส่งเสริมให้มีการฝึกเทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนพ่งจุดสนใจด้วยบทสวดคาถาอังคุลิมาลปริตรอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสมนำไปสู่การปรับตัวที่ดีในทุกระยะของการคลอด

3. การจัดการเรียนรู้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ ควรถ่ายทอดนำสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นแนวทาง

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อตอบสนองการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยพัฒนาการบรรเทาความเจ็บปวดครรภ์แบบใหม่ เพื่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดครรภ์ในทุกระยะของการคลอดให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

2. ควรนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังอำนาจในทุกระยะของการคลอดและ

พฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวด เช่น ผู้คลอดครรภ์หลัง ผู้คลอดที่อายุ 35 ปี ผู้คลอดด้วยรูนเป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วิชาญ คิดเห็น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน ที่อนุญาตให้ทำการศึกษาและเผยแพร่งานวิจัย หัวหน้างานห้องคลอด เจ้าหน้าที่งานห้องคลอด งานเวชระเบียนสารสนเทศ และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

References

1. Sansiriphun N, Parisunyakul S. Perinatal nursing care: Concept, and theory to practice. Chiang Mai: Krongchang Printing Co., Ltd; 2015.
2. Sirirattakoon A. A Study of Beliefs in Chanting Khandhapparitta of Buddhists in Campson Sub-district, Khao Kho District, Phetchabun Province. Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2019.
3. Prachannual M., Pongnapatasukol U., Hirkhantod P. The lid blocked the spell to increase the power of the birth mother. Song Dao Hospital; 2011.
4. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing 1991; 1(6): 354-61.
5. Aunpromme S. Milestones in Health Promotion. Praboromarajchanok Institute; 2013.
6. Bandidpanicha P, Luangkwan S, Ponsane N, Pooraya L, Srikao S, Tuphimai B. The Effect of Dynamic Meditation on stress, Labour Pain and Pain coping Behaviors During The Stage of Labour. Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospitals 2019; 34(1): 37-54. (in Thai)

7. Maneeratapun C. Service Profile Labour department Sungnoen Hospital 2020. Nakhon Ratchasima: Sungnoen Hospital; 2020.
8. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Principle and methods. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
9. Junsopa M, Baosoung C, Parisunyakul S. Effects of Social Support on Labor Pain and Perception of Childbirth Experience Among Primiparous Adolescent Parturients. *Nursing Journal* 2012; 39(4): 71-84. (in Thai)
10. Panthongchai S, Yusamran C, Pahuwattanakorn W. Effects of Self-Efficacy Enhancing Program during Childbirth on Pain Coping Behavior in Nulliparous Women. *Kuakarun Journal of Nursing* 2017; 24(1): 130-46. (in Thai)
11. Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
12. Techamuanwaiwit S. Pain and pain management of mothers during the first sage of labour. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2015; 31(1): 114-24. (in Thai)
13. Poomsanguan K. Health Empowerment: Nurses' Important Role. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 86-90. (in Thai)
14. Siriarunrat S, Suppasri P, Ross R. Coping Strategies with Labour Pain among First-time Mothers. *The Journal of faculty of Nursing Burapha University* 2014; 22(3): 65-8. (in Thai)
15. Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *Journal of Transcultural Nursing* 2007; 18(1): 35-40. (in Thai)
16. Lohitthai S, Chemama N, Siriphan S. Effects of Reading AL-Koran Involving Family Supports of Pain Levels in the First Stage of Labor and Perception of Family Support among Primiparae. *Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University*; 2016.
17. Uthairat P, Saejiaw A. The effects of Maneveda practice on labour pain coping and labour time of primigravidarum at Suratthani Hospital. *Reg 11 Medical Journal* 2018; 32(1): 791- 804. (in Thai)
18. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth SC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. 22st ed. New York: Mc Graw-Hill; 2005.

บทวิจัย

เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อน ในตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

นันทวรรณ อุดม* สุภาพิชย์ ขวานทอง**

ณัฐมน ธนกรสุวรรณ*** ประเสริฐ ประสมรักษ์**** จรรย์ญา โห่งนาค*****

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนในระดับตำบล จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 337 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมร่วมกับแบบสัมภาษณ์ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 และ 0.68 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพทำนา มีความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับดี และส่วนด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกที่ถูกต้องและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดีและไม่ดีตามลำดับ อีกทั้งพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.05$) ดังนั้นการเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในหมู่บ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงมีความจำเป็น

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ/ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/ มีภาวะแทรกซ้อน

*ผู้รับผิดชอบหลัก นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ

มหาวิทยาลัยมหิดล Email: nunthawan.udo@student.mahidol.edu

**นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

***นักศึกษาระดับปริญญาตรี หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ

มหาวิทยาลัยมหิดล Email: natthamon.tha@student.mahidol.edu

****อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล Email:

prasert.pra@mahidol.edu

*****นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝือ Email: Jananpopm@gmail.com

Comparison of health literacy and health care behavior in patients of diabetes mellitus with and without complications in Tambon Na Phue, Amphur Muang, Amnat Charoen Province

Nunthawan Udom*

Supapich Kwanthong** Nathamon Thanaphonsuwan***

Prasert Prasomrak**** Chananya Ngankham*****

Abstract

Health Literacy and health care behaviors among diabetic patients caused complications. This descriptive research The objective of this study was to compare health literacy and health care behaviors of 337 diabetic patients without complications in Sub-district Amnat Charoen Province with a simple random sampling method. Data were collected using a behavioral questionnaire. The researcher's interview form created Health literacy and health care behavior. They had reliability 0.73 and 0.68 respectively. Fisher's Exact Test analyzed data. The results revealed that most of the samples graduated from primary school, had a career in farming, and were health literacy at a reasonable level. To be considered in each aspect; Access to health information, health services, health communication, Self-management, and media and information literacy were at a reasonable level, Including knowledge understanding of health in both groups. However, health literacy and health care behaviors of the diabetic patients without and with complications were at good and harmful levels, respectively; it was also found that health literacy, and health care behaviors of diabetic patients without complications were statistically related ($p\text{-value} \leq 0.05$). In comparison, health literacy perceived between Diabetic patients with complications and without complications was statistically different ($p\text{-value} \leq 0.05$). Therefore, the enhancement of health literacy for diabetic patients living in villages to prevent complications is necessary.

Keywords: Health literacy/ Health care behavior/ No complication/ Complication

Article info: Received December 27, 2020; Revised August 17, 2021; Accepted August 30, 2021

* Corresponding Author, Undergraduate students, Bachelor of Public Health, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

**Undergraduate students, Bachelor of Public Health, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

***Undergraduate students, Bachelor of Public Health, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

****Lecturer, Faculty of Public Health, Amnat Charoen Campus, Mahidol University

*****Public Health Scholar, Na Phue Health Promoting Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั้งในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โรคเบาหวานเป็นสาเหตุที่สำคัญของตาบอด ไตวาย การถูกตัดเท้าหรือขาจากแผลติดเชื้อลุกลาม ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบมากกว่าคนปกติ ทั้งยังมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน¹ ซึ่งโรคเบาหวานเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 9 ทั่วโลกและติดอันดับ 2 ของการเสียชีวิตในประเทศไทย สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 318 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน² จากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึง 200 รายต่อวัน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งหากดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต และการถูกตัดขา³ ประเทศไทยมียอดผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานเฉลี่ยปีละ 8,000 คน ทั้งนี้มีสาเหตุจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต และการรับประทานอาหารในปัจจุบัน⁴

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวานส่วนใหญ่เกิดกับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม อาการชาที่อวัยวะส่วนปลาย ไตวาย หลอดเลือดแดงแข็งตัว เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ไต ระบบประสาท ปัญหาที่เท้าจากเบาหวาน รวมทั้งโรคที่มักพบร่วมกับเบาหวาน เช่น ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง⁵ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจะมีอันตรายถึงชีวิตได้⁶

การเป็นโรคเบาหวานทำให้ผู้ที่เป็ผู้มี ความจำเป็นที่ต้องจัดการดูแลตนเองในเรื่องของ พฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ต้องอาศัยเวลา และความพยายามอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเดิม แร่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้ ผู้ที่เป็นเบาหวานปรับตัว มีชีวิตอยู่กับเบาหวาน ได้อย่างปกติสุข นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคจะทำให้สามารถ จัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลตนเองในอนาคตได้⁷

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นเรื่องที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เช่น ความรู้ ทศนคติ ประสพการณ์และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ซึ่งความรู้เรื่องโรคเพียงอย่างเดียวไม่อาจประกันได้ว่าภาวะคุกคามโรคจะดีขึ้น

ด้วย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจไม่ได้ปฏิบัติตามที่เรียนรู้หรือปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง⁸

การดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การรักษาต่อเนื่องจะส่งผลระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีภาวะแทรกซ้อนตามมา⁹ ผู้ป่วยเบาหวานจึงต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้นหรือรุนแรงขึ้นเบาหวานเป็นโรค

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) องค์การอนามัยโลกนิยามว่า ทักษะต่าง ๆ ทางกาารรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะ เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้ส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เป็นทักษะที่มีความจำเป็นสำหรับบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้วยเหตุผลนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบความรอบแนวคิด

ปัจจัยส่วนบุคคล (ไม่มีภาวะแทรกซ้อน/มีภาวะแทรกซ้อน)

- เพศ
- อายุ
- การศึกษา
- สถานภาพ
- อาชีพ
- ภาวะการมีโรคร่วม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. การมีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพ
2. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ
3. การสื่อสาร
4. การจัดการตนเอง
5. การรับรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ
6. การตัดสินใจ

รอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีและมีความเสี่ยงในตำบลนาฝือ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความเสี่ยงในตำบลนาฝือ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความเสี่ยงในตำบลนาฝือ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

2) เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความเสี่ยงในตำบลนาฝือ อำเภอมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 302ส

- การรับประทานอาหาร
- การออกกำลังกาย
- การจัดการอารมณ์
- การดื่มสุรา
- สูบบุหรี่
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ระหว่างเดือนพฤษภาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนในตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 337 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 2 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ และผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยออก คือ เป็นผู้ที่มีปัญหาการสื่อสารและผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ทั้งชายและหญิง

โดยใช้สูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง คือ สูตรขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม (ทดสอบสมมติฐาน) ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 P(1-P)}{(P_1 - P_2)^2}$$

โดยที่ Z_{α} = ค่าความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ 1.96

Z_{β} = อำนาจการทดสอบที่ 1.28

$$P = (P_1 + P_2)/2$$

P_1 = ค่าสัดส่วนความรอบรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่ตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ 0.94 จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดลำพูน¹⁰

P_2 = ค่าสัดส่วนความรอบรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่ตำบลนาฝือ อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ 0.60 จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2¹¹ แทนค่าได้ดังนี้

$$n/gr = \frac{2(1.96 + 1.28)^2 \cdot 0.77(1 - 0.77)}{(0.94 - 0.60)^2}$$

$$n/gr = 32.16 \approx 33$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เป็นจำนวนขั้นต่ำเท่ากับ 33 คน แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและป้องกันการตอบคำถามไม่สมบูรณ์ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้านได้เป็นจำนวน 42 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนขั้นต่ำสุด

Table 1 Number of Diabetes patients with and without complications in Na Phue Sub-district, Muang District, Amnat Charoen Province.

Na Phue Sub-district	number of patients all diabetes	Number of Diabetic patients without complications	Number of Diabetic patients with complications
Village 1	51	21	30
Village 2	25	6	19

Na Phue Sub-district	number of patients all diabetes	Number of Diabetic patients without complications	Number of Diabetic patients with complications
Village 3	9	3	6
Village 4	33	9	24
Village 5	27	8	19
Village 6	12	3	9
Village 7	32	12	20
Village 8	33	18	15
Village 9	36	15	21
Village 10	35	9	26
Village 11	20	4	16
Village 12	24	4	20
Total	337	112	225

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยสุ่มหมู่บ้านด้วยการจับฉลาก จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในแต่ละชุมชนและทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มที่มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้ได้จำนวนตามผู้วิจัยกำหนด โดยพิจารณาตามตัวอย่างที่สามารถอ่านออกและเขียนได้แจกแบบประเมิน แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกหรือเขียนได้ ผู้วิจัยจะให้วิธีการสัมภาษณ์จากแบบประเมินแทน

เครื่องมือการวิจัย

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปี ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. มาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้

แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ¹² มาเป็นองค์ประกอบของการวัดทั้ง 6 ด้าน ซึ่งแบ่งเนื้อหาในแบบประเมินเป็น 5 ตอน จำนวนทั้งหมด 29 ข้อ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์¹³ และแบบอันตรภาคชั้น (Interval scale)¹⁴

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ มีลักษณะเป็นข้อคำถามและตรวจสอบรายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประเมินความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. ได้แก่ อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน การดื่ม

แอลกอฮอล์ มีแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล เป็นไปตามการเลือกปฏิบัติ คือ มีความรู้และเข้าใจในหลัก 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี (3.00-5.00) และระดับไม่ดี (0-2.99)

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 2 ข้อ (10 คะแนน) ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ไม่ได้ปฏิบัติ และระดับการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (6.00-10.00) และระดับไม่ดี (0<5.99)

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล การสื่อสารสุขภาพเพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3 ข้อ (15 คะแนน) ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ไม่ได้ปฏิบัติ และระดับสำหรับโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (0=9.00-15.00) และระดับไม่ดี (0<8.99)

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล การจัดการตนเองเพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 3 ข้อ (15 คะแนน) ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ไม่ได้ปฏิบัติ และระดับการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (9.00-15.00) และระดับไม่ดี (0<8.99)

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีจำนวน 2 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง, ไม่ได้ปฏิบัติ และระดับการให้คะแนน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (6.00-10.00) และระดับไม่ดี (0<5.99)

การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3 อ.2ส. ของตนเองเพื่อภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจในการกำหนดทางเลือกเลือกปฏิบัติ และการคิดอย่างมีเหตุผล มีแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ การกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและแปลผล เป็นไปตามการเลือกปฏิบัติ คือ 4 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับถูกต้องที่สุด 3 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับถูกต้องรองลงมา 2 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับพอใช้ และ 1 คะแนน สำหรับข้อที่ปฏิบัติในระดับควรปรับปรุง

เกณฑ์การให้คะแนน การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 3 ข้อ (12 คะแนน) ระดับการให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (7.00-12.00) และระดับไม่ดี (0<6.99)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาม 3อ.2ส. เพื่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การควบคุมปริมาณอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

ลักษณะของแบบประเมินจะใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ อยู่ในระดับดี (13.00-20.00) และระดับไม่ดี (0-12.99)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือน พฤษภาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

วิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม (Statistical Package for the Social Science for Windows: SPSS)

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Analytical statistics) เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ใช้

สถิติทดสอบ Fisher's exact test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ 8/2563 ซึ่งผู้วิจัยถือปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยโดยเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 38.10 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 80.90 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 88.00 มีอาชีพทำนา ร้อยละ 71.40 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 2-7 ปี และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 134.20 ส่วนในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.10 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 40.50 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.00 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 47.60 โรคไต ร้อยละ 9.50 และโรคหัวใจ ร้อยละ 9.50 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.20 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 81.00 มีอาชีพทำนา ร้อยละ 73.80 มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 2-12 ปี และมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 148.20 ดังตารางที่ 2

Table 2 Number and percentage of general data of the sample of diabetic patients no complication and complication in Na Phue, Mueang District, Amnat Charoen Province.

General information of the sample (N=84)	No complication n (%)	Complication n (%)
Sex		
Man	18 (42.9)	18 (42.9)
Female	24 (57.1)	24 (57.1)
Old (years)		
40-49	7 (16.7)	5 (11.9)
50-59	16 (38.1)	12 (28.6)
60-69	12 (28.6)	17 (40.5)
70+	7 (16.7)	8 (19.0)
Mean (S.D.)	60.76 (9.87)	65.57 (8.42)
Min-Max	45 – 89	45-84
Disease		
Diabetes	42 (100.0)	42 (100.0)
High blood pressure	0 (0.0)	34 (81.0)
hyperlipidemia	0 (0.0)	20 (47.6)
Kidney disease	0 (0.0)	4 (9.5)
Heart disease	0 (0.0)	4 (9.5)
Other	0 (0.0)	3 (7.1)
Status		
get married	36 (80.9)	33 (76.2)
Widow	5 (11.9)	9 (21.4)
Single	1 (2.4)	0 (0.0)
Education		
Uneducated	1 (2.4)	0 (0.0)
primary school	37 (88.0)	34 (81.0)
junior high school	3 (7.1)	3 (7.1)
high school	1 (2.4)	5 (11.9)
Diploma	0 (0.0)	0 (0.0)

General information of the sample (N=84)	No complication n (%)	Complication n (%)
bachelor's degree	0 (0.0)	0 (0.0)
Occupation		
Farming	30 (71.4)	31 (73.8)
Maid	6 (14.3)	6 (14.3)
Government service	2 (4.8)	1 (2.4)
Trade	2 (4.8)	1 (2.4)
Other	2 (4.8)	3 (7.1)
Disease duration		
Mean (S.D.)	4.3 (1.6)	6.1 (3.4)
Min-Max	2-7	2-12
Blood sugar		
Mean (S.D.)	134.2 (22.3)	148.2 (31.0)
Min-Max	91-19	91-250

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.70 พิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี 5 ด้าน โดยความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52.40 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 73.80 ด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 81.00 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 76.20 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.70 และด้านการ

ตัดสินใจเลือกที่ถูกต้องอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 78.60 ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.00 พิจารณาเป็นรายด้านทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี 4 ด้าน ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 71.40 ด้านการสื่อสารสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 61.90 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 59.50 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 57.10 โดยความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 76.20 และด้านการตัดสินใจ

เลือกที่ถูกต้องอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 61.90

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 92.90 และในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 64.30

4. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า ภาวะความรู้ทางสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด ดังตาราง 3

Table 3 Percentage of sample classified by health literacy of diabetic patients with and without complications in Na Phue Sub-district, Mueang District, Amnat Charoen Province.

Health literacy aspects	without complication n (%)	with complication n (%)	χ^2	p-value
Knowledge and understanding of health according to 3A2S			0.030	0.863
Bad	22 (52.4)	32 (76.2)		
Good	20 (47.6)	10 (23.8)		
Access to health information and services			0.012	0.912
Bad	11 (26.2)	12 (28.6)		
Good	31 (73.8)	30 (71.4)		
Health communication			0.001	0.969
Bad	8 (19.0)	16 (38.1)		
Good	34 (81.0)	26 (61.9)		
Self-management			2.077	0.150
Bad	10 (23.8)	17 (40.5)		
Good	32 (76.2)	25 (59.5)		
Media literacy			0.438	0.508
Bad	14 (33.3)	18 (42.9)		

Health literacy aspects	without complication n (%)	with complication n (%)	χ^2	p-value
Good	28 (66.7)	24 (57.1)		
Making the right discrimination Decision			0.196	0.658
Bad	9 (21.4)	26 (61.9)		
Good	33 (92.9)	15 (35.7)		

*Statistically significant at 0.05 level

5. การเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลการวิจัยจากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ด้านการตัดสินใจเลือกที่ถูกต้อง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มี

ภาวะแทรกซ้อนไม่แตกต่างกันในระดับที่กำหนด ขณะที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.044) แต่ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด ขณะเดียวกันการรับรู้ทางสุขภาพโดยรวม เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความรู้ด้านสุขภาพ พบว่าระดับการรับรู้ทางสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในระดับที่กำหนด ดังตารางที่ 4

Table 4 Comparison of health literacy and health care behavior in patients of diabetes mellitus with and without complications.

patients of diabetes	Overall health literacy		health care behavior	
	Bad	Good	Bad	Good
no complication				
n (%)	12 (29.3)	30 (70.7)	3 (7.1)	39 (92.9)
complication				
n (%)	20 (48.0)	22 (52.0)	27 (64.3)	15 (35.7)
chi-square Test	$\chi^2=458.1$, p= 0.044*		$\chi^2=469$,p=00.327	

*Statistically significant at 0.05 level

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ได้แก่ อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ความเสี่ยงจากการเป็นโรคเบาหวาน การดื่ม ยกวันความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีคือ มีการจัดการเงินไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเอง และจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ จึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน มีการศึกษาน้อย ส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา ใกล้เคียงกับกลุ่มไม่มีโรคแทรกซ้อน แต่กลุ่มอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มไม่มีโรคแทรก อายุเฉลี่ย 60.76 (SD=9.87) กลุ่มมีโรคแทรกอายุเฉลี่ย 65.57 (SD=8.42) อีกทั้งพบว่าระยะเวลาการเกิดโรคเบาหวานโดยเฉลี่ย กลุ่มไม่มีโรคแทรกซ้อนมีระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี (Mean=4.3, SD=1.6) ส่วนกลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนมีระยะเวลาเป็นเบาหวานโดยเฉลี่ยเกิน 5 ปี (Mean=6.1, SD=3.4) สูงสุด 12 ปี สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ พบว่า ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพบความสัมพันธ์สูงแบบแปรผันและมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้ค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.73 (95%CI 0.66-0.80, p -value < 0.001)

การเปรียบเทียบความรู้ด้านความรู้ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี แต่กลุ่มมีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี แต่ความเข้าใจทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี คือ มีการจัดการเงินไขต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์ ความต้องการภายในตนเองและจัดการสภาพแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อสุขภาพตนเองไม่ค่อยได้ จึงทำให้ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3อ.2ส. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของ จริยา นพเคราะห์¹¹ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีนัยทางสถิติที่ $p < 0.01$ ¹² ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพที่มีในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี¹⁵ ทั้งนี้ ร้อยละ 84.09 ของกลุ่มศึกษา มีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งการศึกษาน้อยอาจไม่ได้เป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวของการเกิดความรู้ด้านสุขภาพ แต่ต้องอาศัยการเข้าถึงข้อมูลกล้าตัดสินใจในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางสุขภาพร่วมด้วย รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในเรื่องโรคเบาหวานที่ได้รับอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง สามารถส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีได้

ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีความรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ได้แก่ การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. หรือการเข้ารับบริการสุขภาพจากหลายแหล่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen และคณะ¹⁶, ชลธิรา และคณะ¹⁷ และ ประภัสสร และคณะ¹⁸ ที่พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสระแก้ว ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับดี และแตกต่างจากการศึกษางานวิจัยของ อัครนิ วันชัย¹⁹ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตชนบททั้งสองกลุ่มมีเป้าหมายในชีวิตที่ต่างกัน และ อารีย์ แร่ทอง²⁰ พบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้เท่าทันสื่อในระดับไม่ดี

ความรู้รอบรู้ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบจมาศ สุรมิตรไมตรี พบว่า ประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองจะเข้าถึงแหล่งทรัพยากรทางสุขภาพได้มากกว่ามีโอกาที่จะรับรู้ปัญหาสุขภาพที่ดีกว่า และมีทางเลือกในการตัดสินใจทางสุขภาพดีกว่าประชาชนในเขตชนบท

การเปรียบเทียบความรู้รอบรู้ด้านความรู้โดยรวมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญระดับที่ 0.05 ในส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี คือ เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่มากเพียงพอมีการปฏิบัติจนจามหลัก 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและยังยืนจนเชี่ยวชาญ แตกต่างจาก

การศึกษางานวิจัยของ กฤษณา คำลอยฟ้า²¹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับต่ำที่สุด

จุดอ่อนงานวิจัยนี้ คือ การเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างมีทั้งให้ตัวอย่างตอบเองและสัมภาษณ์ จึงอาจมีผลต่อการตอบสนองของตัวอย่างศึกษา

จุดแข็งงานวิจัยนี้ คือ การเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนที่อาศัยในชนบทที่มีโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนสร้างการรับรู้ตามข้อจำกัดของระดับการศึกษาและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับ อีกทั้งได้นำค่าของ HbA1C มาร่วมพิจารณา

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนในตำบลนาผือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีและพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จาก 5 ใน 6 ด้าน เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี 4 ใน 6 ด้าน และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 92.9 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 64.3 จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญในระดับที่กำหนด เช่นเดียวกันกับการเปรียบเทียบความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสุขภาพของ

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีและมีภาวะแทรกซ้อนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัยในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยอยู่ในระดับชนบท หมู่บ้าน และมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ได้ อย่างเหมาะสมและนำไปใช้ในการตัดสินใจได้

อย่างถูกต้อง และควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้ทั่วถึง เหมาะสมตามบริบทของชุมชน เพื่อให้มีการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การทำวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษากระบวนการหรือนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองให้สูงขึ้นและเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

Reference

1. Sarat S. Mechanism of Type 2. Diabetes. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
2. Department of Disease Control. World Day Message in 2017 [Internet]. 2020 [cited 2020 October 1]. Available from <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease>.
3. Health System Development Group Bureau of Non-Communicable, Department of Disease Control. World Diabetes Day campaign message 2017. [Internet]. 2020 [cited 2020 October 1]. Available from <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>
4. Diabetes and Endocrinology Center, Sikarin Hospital. Diabetes warning signs [Internet]. 2020 [cited 2020 October 1]. Available from <https://www.sikarin.com/health/>
5. Poum A. Behavior of Preventing Complications of Diabetic Mellitus among Diabetic Mellitus Type 2 at Nakhon Sawan Province. Journal of Community Development and Life Quality 2020; 8(3): 603-14. (in Thai)
6. Buachum B. Health Literacy and Health Behavior of the village Health Volunteers (VHVs) in Pa Ngui Sub-District, Wiang Pa Pao District Chiang Rai Province. Department of health Service Support Journal 2020; 16(3): 49-58. (in Thai)
7. Kraisai P, Phomla W. Factors Influencing to self-Care Behaviors of Patients Diabetes Mellitus at Pathumthani Province. Mahamakut

- Graduate School Journal (Humanities and Social Sciences) 2017; 15(2): 101-10. (in Thai)
8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes atlas in 2013 [Internet]. 2020 [cited 2020 September 10]. Available from: <https://www.idf.org/component/attachments/attachments.html?id=812&task=download>
 9. Kosalvit T, Kanyakan K, Bunyaniwarawat N, Srithamma T. The Effect of Health Promotion Program for Patient of Diabetes Mellitus at Dongbang Health Promoting Hospital, Muang Disitric, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences* 2019; 3(1): 26-37. (in Thai)
 10. Chaiyata E, Numkham L, Rakkapao N. The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. *Thai Science and Technology Journal* 2020; 28(1): 182-96. (in Thai)
 11. Nopakraw J, Chintanawat R, Khamphlsiri T. Health Literacy and Self-Management in Older Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Nursing Journal* 2020; 47(2): 251-61 (in Thai)
 12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine* 2008; 67(12): 2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
 13. Bloom B. *Mastery learning*. New York: Rineheart & Winston; 1971.
 14. Best JW. *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
 15. Bohanny W, Wu SFV, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2013; 25(9): 495-502. doi.org/10.1111/1745-7599.12017
 16. Chen CI, Thomas C. Keeping up with climate change: Species on the move. *Science*. 2011; 333(6045): 1024-6. doi 10.1126/science.1206432
 17. Raburee C, Sornchai S. Factors Related to Holistic Health among Mothers undergone Electronic Fetal Monitoring during the First Stage of Labor. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2015; 24(2): 105-16.
 18. Thipsongkraw P, Songkram N. Designing the Learning Environment in the Learning Activity Room Based on Constructionism to Enhance Instructional Management of

- elementary schools. An Online Journal of Education 2014; 9(1): 1-15.
19. Wanchai A, Wangruangsatid R, Srisaket J, Phrompayak D, Kaewasari A. Smoking Behaviors Modification Patterns of Thais: a Systematic Review. Journal of Public Health 2018; 48(2): 198-209. (in Thai)
20. Rarethong A. Health Literacy and Health Behaviour, 3Aor 2Sor, for the Village Health Volunteers (VHVs): Case study of Hintok Sub-district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. Journal of Department Of Health Service Support 2019; 15(3): 62-70 (in Thai)
21. Kamloyfah K. Self-care behavior of diabetic patients in diabetes clinic, Kaeng Sanam Na Hospital Kaeng Sanam Nang District Nakhon Ratchasima Province. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2011; 17(1): 17-30. (in Thai)

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อุมกร ใจยังยืน*

สุภาภรณ์ วรอรุณ** สาวิตรี ศิริผลวุฒิชัย***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นสาเหตุหลักในการที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน โดยทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้ อภิปรายกลุ่ม ฝึกทักษะ บุคคลต้นแบบ และคู่มือการดูแลตนเอง เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความตรงเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้ในการดูแลตนเองค่า CVI เท่ากับ 0.92 และ 0.88 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.82$, $t=5.09$, $p<.01$) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.14$, $p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเพิ่มระดับความรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง/ โรคเบาหวาน/ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: Aumakorn@snc.ac.th

** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Effect of Health-promoting program on self-care behaviors of diabetic patients

Umakorn Jaiyungyuen^{*}

Supaporn Voraroon^{**} Sawitree Siriphonwuttichai^{***}

Abstract

Diabetes mellitus is a crucial chronic disease that leads to complications in patients with uncontrolled glucose levels. This quasi-experiment study with a one-group Pre-Posttest research design aimed to evaluate a health-promoting self-care management program of diabetic patients. A sample of 30 diabetic patients participated in this study, receiving a health-promoting program for 12 weeks. Methods included a visual slide display, group discussion, a training demonstration, a good model presentation, and a self-caring handbook. Research instruments included the health-promoting program and self-care behavior and knowledge questionnaires. The content validity index of the questionnaires was 0.92, and reliability .81 and .83, respectively. Data were reported by descriptive statistics and analyzed using paired t-test.

Results show that participants in the health-promoting program had a statistically significant increase in self-care knowledge and self-care behaviors score ($t=7.82$, $t=5.09$, $p<.01$), and the mean score of hemoglobinA1c was statistically significantly lower than the pre-test score ($t=2.14$, $p<.05$). Results indicate that a diabetes health-promoting program could increase knowledge, self-care behaviors and prevent diabetic complications. Therefore, it is recommended that the program be used for diabetic patients with uncontrolled glucose.

Key words; Self-care/ Diabetes Mellitus/ Health-promoting behaviors

Article info: Received June 17, 2021; Revised August 7, 2021; Accepted August 30, 2021.

^{*} Corresponding author, Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand Email: Aumakorn@snc.ac.th

^{**} Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

^{***} Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

ความเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการผลิตฮอร์โมนอินซูลินไม่เพียงพอหรือร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและการทำงานล้มเหลวเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา องค์การอนามัยโลก¹ ได้คาดการณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคน และจะเพิ่มขึ้นเป็น 208 ล้านคนในปี ค.ศ. 2045 โดยภูมิภาคเอเชียจะเป็นภูมิภาคหลักที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่ามากกว่า 54% ของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องซึ่งนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วยและการสูญเสียทางเศรษฐกิจในการใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นงบประมาณจำนวนมหาศาล สถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิก (Western Pacific) ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.4 ล้านคน เป็นหนึ่งในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมีมากถึง 200 รายต่อวัน โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

จากความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะพฤติกรรมการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันที่มี

รสชาติหวานเพิ่มมากขึ้น ไขมัน ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลงหรือขาดการออกกำลังกาย ความเครียดจากการดำเนินชีวิตการทำงาน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานและเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ในแต่ละปีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งของคนไทยในปัจจุบัน และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีเพียงร้อยละ 15.1 มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี^{2,3} ระดับน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้อวัยวะเสื่อมสมรรถภาพและทำงานล้มเหลว เป็นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาที่นำไปสู่การสูญเสียการมองเห็น ไตเสื่อมจนต้องล้างไต และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญที่สุด คือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ ลดและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุรา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความเครียดและการไม่ไปรับการตรวจตามนัด⁴ แนวทางการรักษาโรคเบาหวาน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิต เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียดและการใช้ยา^{2,5,6} ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานจะต้องมีบทบาทที่สำคัญในการที่จะควบคุมและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุและผลของการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้ก็สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การดูแลตนเองเป็นการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ และแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองได้นั้นต้องอาศัยกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองโดยการให้ความรู้ให้กำลังใจ กระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และเสริมสร้างความสามารถแห่งตนเพื่อให้สามารถพิจารณาและตัดสินใจด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน^{8,9}

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นเป้าหมายสำคัญการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีแนวคิดว่าการรู้ถึงการรับรู้แบบแผนสุขภาพที่เหมาะสมใน 6 มิติ คือ การที่บุคคลมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การรักษาป้องกัน มีผลดีกว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการได้รับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสื่อรูปแบบต่างๆ คำแนะนำจากทีมสุขภาพ และในพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติได้ โดยการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ได้แก่ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรง ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ปัญหาอุปสรรคการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{10,11,12}

จากการข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 245 ราย ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพเนื่องจากผู้ป่วยมากกว่า ร้อยละ 60 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และร้อยละ 70 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานจะพบโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และเริ่มมีความเสื่อมของไต จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับบริการมีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อมารับบริการในรูปแบบของคำแนะนำเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยก็ยังไม่สามารถที่จะควบคุมระดับน้ำตาลให้คงที่และยังมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็น

แนวทางในจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่ที่มีสุขภาพที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อระดับความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเองและค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹³ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองที่ดีขึ้นต้องอาศัยความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยมีแนวคิดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความ

รุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) จะเป็นการรับรู้ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเอง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) เป็นการเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค นอกจากนี้การรับรู้ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง (Cues to Action) อันได้แก่ การได้รับข้อมูลใหม่ผ่านสื่อที่มีความน่าสนใจ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการสนับสนุนให้บุคคลเกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินด้วย ระดับความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเอง และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ดังแสดงในภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

- กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค
- กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค
- กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
- กิจกรรมการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ
- กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยชักนำ
- กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ตัวแปรตาม

- ความรู้ในการดูแลตนเอง
- พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
- ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)

กรอบแนวคิดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental One Group Pre-Posttest Design)

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในชุมชน ตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 254 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion Criteria) คือ ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานอย่างน้อย 1 ปี มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ≥ 7 และยินดีและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง พบว่ามีจำนวนทั้งหมด 43 ราย จึงได้มีการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วย จำนวน 30 ราย ให้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

ขอบเขตเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือในการทดลอง

1.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹³ และทฤษฎีรับรู้สมรรถนะแห่งตน การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับเจ้าหน้าที่

ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติ นักวิชาการสาธารณสุข ออกแบบกิจกรรมและเนื้อหาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย กิจกรรมการให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะการเลือกรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย จัดการกับความเครียด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลเท้า กิจกรรมการให้กำลังใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 10 และสัปดาห์ที่ 12 มีการดำเนินกิจกรรม ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี

1.2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลเท้า สังเกตอาการผิดปกติและการใช้ยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคร่วม และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C)

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 34 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีเนื้อหาทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นนานๆ ครั้ง ไม่

ปฏิบัติเลย กำหนดให้ค่าคะแนนสำหรับข้อความเชิงบวกเท่ากับ 4, 3, 2, และ 1 และข้อความเชิงลบมีค่าคะแนนเท่ากับ 1, 2, 3 และ 4 การแปลผลพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับคือ ระดับดี 3.01-4.00 คะแนน ปานกลาง 2.01-3.00 คะแนน และระดับต่ำ 1.00-2.00 คะแนน

2.3 แบบทดสอบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะข้อคำถาม จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 3 ข้อ ภาวะแทรกซ้อน 4 ข้อ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 8 ข้อ คำตอบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีคะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน การแปลระดับคะแนนความรู้ทั้งหมด 4 ระดับคือ ระดับดีมาก 14-16 คะแนน ดี 11-13 คะแนน ระดับพอใช้ 8-10 คะแนน และระดับต่ำ 0-7 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา งานวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.92 และแบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.88 มีการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี ในช่วงเดือน สิงหาคม 2563 จำนวน 30 ราย ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) แบบสอบถาม

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์และริชาร์ดสัน (Kuder and Richardson) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข หมายเลข 022/2563 วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 โดยผู้วิจัยได้อธิบายและชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนต่างๆของการดำเนินการวิจัยขอความร่วมมือของการเข้าร่วมวิจัยและอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุด ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่ส่งผลต่อสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอสามชูก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี โดยคณะผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามฟอร์มยินยอมให้ทำการวิจัย จัดกิจกรรมดังนี้

เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	KPI
ครั้งที่ 1 สัปดาห์ ที่ 1	- ประเมินระดับความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	- ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด - การสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (Pre-test) - กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคเบาหวาน - บรรยายความรู้ผ่านสื่อรูปภาพโรคเบาหวานภาวะแทรกซ้อน - แจ้งผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) และผลการตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR) รายบุคคล - กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับอุบัติการณ์ ผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ	- กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการประเมินความรู้ - กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถบอกภาวะสุขภาพของตนเองจากระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1c) และผลการตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR)
ครั้งที่ 2 สัปดาห์ ที่ 3	- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง - เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	- การทบทวนความรู้จากครั้งก่อน - กิจกรรมการให้ความรู้แนวทางการรับประทานยา สมุนไพรในพื้นที่ การผ่อนคลายความเครียด ผ่านสื่อภาพ และวีดิทัศน์ - การฝึกทักษะ อ่านฉลากอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจเท้า - กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดย การบรรยาย ผลดีต่อสุขภาพเมื่อผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผ่านสื่อภาพและวีดิทัศน์	- กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ร่วมตอบคำถามได้ถูกต้อง - กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถอ่านฉลากอาหาร การออกกำลังกายและการตรวจเท้า - กลุ่มตัวอย่างร่วมกันบอกถึงข้อผลดีต่อสุขภาพในการดูแลตนเอง
ครั้งที่ 3 สัปดาห์ ที่ 6	- เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองและแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม	- การทบทวนความรู้จากครั้งก่อน - กิจกรรมการรับรู้อุปสรรคเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นแล้วหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน - กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ปัจจัยชักนำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มการให้กำลังใจ - คู่มือการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติและทบทวนเนื้อหาได้ - ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาโดยรวมที่ได้มีการอภิปรายร่วมกัน	- กลุ่มตัวอย่างทุกคน บอกปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง และปัจจัยที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง - กลุ่มตัวอย่างทุกคนร่วมเล่าประสบการณ์และแนวทางการดูแลตนเองที่เหมาะสม

เวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	KPI
ครั้งที่ 4 สัปดาห์ ที่ 10	- เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง	- การทบทวนความรู้จากครั้งก่อน - กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการนำเสนอตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งได้เชิญ.....มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมที่ดำเนินการ ประเด็นสำคัญของการมีพฤติกรรมที่ดีเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล	- กลุ่มตัวอย่างทุกคน สามารถบอกพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีที่จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้
ครั้งที่ 5 สัปดาห์ ที่ 12	- การประเมินผลรูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน	- กิจกรรมการทบทวนความรู้ - Group discussion การประเมินผลรูปแบบกิจกรรมที่ดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ - การสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง (Post-test)	- กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น - คะแนนความรู้ในการดูแลตนเองสูงขึ้น - ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ลดลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนจากแบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมดูแลตนเองก่อน และหลังการทดลองด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนเป็นเพศชายหญิงจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.30) เพศชายจำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.7) มีอายุระหว่าง 40-77 ปี ($\bar{X}$ =63.97, SD=8.61) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่จำนวน 19 คน (ร้อยละ 63.33) ส่วนมากมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 76.34) และประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.3)

ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานระหว่าง 1-20 ปี ($\bar{X}$ =9.3, SD=5.88) โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 40.00) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 80 มีโรคร่วม และโรคร่วมที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 66.67 ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย (FBS) เท่ากับ 148 mg/dl ก่อนการเข้าร่วมการทดลองค่าเฉลี่ยของค่าน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีค่า ≥ 7

ผลของการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.00 (SD=2.00) และภายหลังการโปรแกรมมี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.93 (SD=1.51) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.82, p < .01$) โดยพบว่าคะแนนความรู้ในแต่ละหัวข้อ ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทุกหัวข้อมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 (SD=0.21) และภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.25 (SD =0.25) เพิ่มขึ้นเป็น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=5.09, p<.01$) โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายมีระดับคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.35 (SD=0.26) และภายหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 7.14 (SD=0.64) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 1 Mean and Standard deviation of self-care knowledge score before and after joining the health-promoting program. (n=30)

Variable	Before		After		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Knowledge	10.00	2.00	13.93	1.51	7.82	.01
Diabetic	1.53	0.57	2.60	0.49	7.44	.01
Complication	3.50	0.57	3.87	0.34	2.62	.014
Self-care behaviors	3.17	1.37	5.67	1.18	7.18	.01

Table 2 Mean and Standard deviation of self-care behavior score before and after joining the health-promoting program. (n=30)

Variable	Before		After		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Self-care behaviors	2.98	0.21	3.25	0.25	5.09	.01
Nutrition	2.94	0.23	3.30	0.26	5.82	.01
Exercise	2.58	0.47	2.84	0.44	2.10	.01
Stress management	3.06	0.45	3.23	0.52	1.24	.22

Variable	Before		After		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Health responsibility	3.58	0.36	3.52	0.41	0.64	.52

Table 3 Mean and Standard deviation of HbA1c before and after joining the health-promoting program. (n=30)

Variable	Before		After		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
HbA1c	7.35	0.26	7.14	0.64	2.14	.05

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนความรู้ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า สามารถพัฒนาคะแนนความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองให้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีแนวคิดว่าคุณป่วยจะแสดงพฤติกรรมหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีกิจกรรมการให้ความรู้ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการแจ้งผ่านสื่อมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการประเมินสุขภาพโดยแจ้งผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) และผลการตรวจอัตราการกรองของไต (eGFR) รายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรก

ซ้อนของตนเอง การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานที่ส่งผลให้เกิดความพิการและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และเมื่อมีการติดตามค่าอัตราการกรองของไต พบว่าไม่มีความเสื่อมของไตเพิ่มมากขึ้นโดยยังมีค่าอัตราการกรองที่ ระยะ 2 และ 3 เท่าเดิม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีผลดีมากกว่าการรับรู้อุปสรรคในการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำผ่านกระบวนการกลุ่มในการวิเคราะห์ปัญหาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยกัน รวมทั้งการได้รับสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับข้อมูลจากสื่อรูปแบบต่างๆ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องกับบริบท เช่น การยกตัวอย่างอาหารท้องถิ่น ผลไม้และยาสมุนไพรที่ใช้ในพื้นที่ นอกจากนี้ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลสุขภาพใหม่ ประกอบไปด้วย ผลน้ำตาลสะสมในเลือด ค่าอัตราการกรองของไต และการใช้สื่อ

ภาพที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนการล้างไต การสูญเสียอวัยวะความพิการ และในพฤติกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรมการใช้ตัวแบบ (Modeling) ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลมีการใช้ฉีดอินซูลินและมีภาวะแทรกซ้อนที่ไทม์ร่วมเล่าประสบการณ์การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นได้ เกิดความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการรับรู้ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำสู่การมีพฤติกรรม การดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{12,13,15} และการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการชะลอความก้าวหน้าของโรคไตเรื้อรังในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย

โรคเบาหวานโดยกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้

จากการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมได้รับความรู้ คู่มือการปฏิบัติตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองมีระดับคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และผลลัพธ์ทางคลินิกที่สามารถค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{6,8,17} แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการให้ความรู้ในการดูแลตนเองส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีและยังสามารถที่จะช่วยลดระดับค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงได้

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และระดับความรู้การดูแลตนเองที่จะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แต่ยังไม่สามารถติดตามผลการประเมินพฤติกรรมในระยะยาว และรูปแบบการวิจัยใช้การประเมินผลโปรแกรมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า HbA1c ≥ 7 เพียงกลุ่มเดียว ซึ่งอาจไม่สามารถประเมินผลของโปรแกรมได้ชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ การดำเนินการศึกษาของงานวิจัยนี้ได้มีการออกแบบโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่อาศัยในชุมชนได้รับความร่วมมือและความเห็นชอบจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนื้อหาและวิธีการในการดูแลตนเองผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ได้จริงสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่จริง

สรุป โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่องพฤติกรรมในการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนำไปสู่การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไปใช้เป็นแนวทาง

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องจากโรคเบาหวานต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลยาวนาน การกำกับติดตามผลลัพธ์ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าน้ำตาลสะสม

2. รูปแบบการวิจัยในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ควรมีการศึกษาทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2563 ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสระ อำเภอสามชูก จังหวัดสุพรรณบุรี และผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนที่ให้การช่วยเหลือดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

Reference

1. World Health Organization. Diabetes fact sheet. [Internet]. 2021 [cited 2021 March 13]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. Diabetes Association of Thailand. Clinical Practice Guideline for diabetes 2017; 2017.
3. Zahra Y, Reza P, Mohammad RA, Nastaran A, Leila R, Mohammad YRP. Assessment of Self-care Practice and Its Associated Factors among Diabetic Patients in Urban Area of Urmia, Northwest of Iran. *Journal of Research in Health Sciences* 2011; 11(1): 33-8.
4. Suwannee S, Angkana R, Kwansuwee A, Nilubon N, Juthamart S. Perceived Self-care behavior among patients with Type 2 Diabetes Mellitus with poor Glycemic control. *Journal of Phrapokklao Nursing collage* 2017; 28(2): 93-105. (in thai)
5. Kwanruen K, Chanida M. Factor Associated with Blood Sugar Controlling among the elderly with diabetes, living in communities nearby Siam University. *Journal of nursing Siam University* 2019; 20(38): 82-95. (in Thai)
6. Thanawat S. Facctor Related to blood Sugar Control among Diabetes Mellitus Type 2 patients. *Journal of Health System Research* 2018; 12(3): 515-22. (in Thai)
7. Choi W-H, Seo Y-M, Ha Y. Evaluation of factors related to glycaemic control among South Korean patients with type 2 diabetes. *Int J Nurs Pract*. 2018; 24: e12616. doi.org/10.1111/ijn.12616
8. Duanghathai S, Anothai P, Nilawan N. Factor affecting behaviors to reduce blood sugar levels of diabetic patients in Bangpoomai Tambon Health promoting Hospital, Samutprakarn Province. *Valaya Alongkorn Review* 2018; 8(1): 103-17. (in Thai)
9. Wannarr C. Self-care behaviors among Diabetes Miletus patients at Bang Mea Nang Bang Yai Disdriect Nonthaburi Province. *Pathumthani University Academic Journal* 2014; 6(3): 163-75. (in Thai)
10. Fathi AA, Malik SM, Abubaker IE, Sulafa IA, Zeinab AE. Influence of self-efficacy management on adherence to self-care activities and treatment outcome among diabetes mellitus type 2 Sudanes patients.

- Pharmacy Practice 2018; 16(4): 1274-90.
11. Ankita S, Ajeet SN, Arpit S, Sadhana M, Smiriti S. Effectiveness of an Educational Intervention via Health Belief Model in Promoting Self Care Behavior in Type II Diabetes Mellitus Patients in Lucknow Province of Uttar Pradesh, India: Randomized Controlled trial. *International Journal of Contemporary Medical Research* 2021; 8(2): 22-8. (in Thai)
 12. Sheida V, Sima ES, Davoud S, Hamid H, Soghra N. The effect of an Educational Program Based on the Health Belief Model on Self-Efficacy among Patients with Type 2 Diabetes Referred to the Iranian Diabetes Association in 2014. *Journal of Diabetes Mellitus* 2015; 5(3): 181-9
 13. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker HM. Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 1988; 15(2): 175-183.
 14. Pornphimon U. Using health behavior modification Program for Patients on framework of the health belief model and the theory Self-efficacy with type 2 diabetes patients at Phanom hospital, Phanom district, Krabi province. *Community health development Quarterly Khon Kaen University* 2015; 3(3): 441-52. (in Thai)
 15. Chintana H, Naiyana P, Raweewan P. Effect of the Perceived Health Belief Promoting Program on Behavior Delaying Progression of Chronic Kidney Disease among the elderly with Type 2 Diabetes Mellitus at Risk of Chronic Kidney Disease, *Songklanagarind Journal of Nursing*. 2014; 34(2): 67-85. (in Thai)
 16. Parisa S, Mohammad SAZ, Kourosh S, Mostafa Q, Omid S, Babak R, Morteza M. Effect of educational intervention based on the Health Belief model on promoting self-care behaviors of type-2 diabetes patients. *Electronic physician* 2017; 9(12): 5960-8.
 17. Wiyathus D, Synlapkitkosol U. Effectiveness of Group learning process program on Health Behaviors and Glycosylated Hemoglobin of Uncontrolled type 2 diabetic patients attended diabetic clinic at Phanomsarakham Hospital. *Thai Journal of nursing and midwifery practice* 2018; 5(2): 39-54. (in Thai)

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี

ผุสดี ชูชีพ*

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งกระบวนการรักษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ ต้องมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตควบคู่กันไป และที่ผ่านมาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตยังมีน้อย ดังนั้นการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ลดปัญหาสุขภาพจิตได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ใช้เวลา 12 สัปดาห์ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประยุกต์แนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับบูรณาการกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในหน่วยงานที่ศึกษา ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบทีสำหรับกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกันและกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยบุคลากรทางสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ และวางแผนการดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านของสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต /พฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพจิต

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E- mail: choocheep2210@gmail.com

Effectiveness of a Mental Health Promotion Program for Self-care Behavior of the Elderly in Pathumthani Province, Thailand

Pusadee Choocheep*

Abstract

Older adults who develop depression have many health problems. In the past, treatments alone were unsuccessful in reducing depression. Mental health promotion efforts must be taken simultaneously with treatment. In the past, there were few mental health promotion programs. These programs are essential to reduce mental health problems. This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a mental health promotion program of self-care behavior for the elderly. Study subjects were older adults at the Elderly Social Welfare Development Center, Pathumthani Province. The sample comprised 60 subjects divided into two groups: an experimental and a control group of 30 subjects. The experiment's duration was 12 weeks. The researcher-developed study consisted of 1) the mental health promotion program and 2) a mental health questionnaire of self-care behaviors of the elderly. The content validity of the instruments was 0.95 and 0.85, respectively, and the reliability of the mental health self-care behavior questionnaire was 0.75 using Cronbach's Alpha Coefficient. The data were analyzed using paired and independent t-tests.

The results revealed that 1) the average scores of the mental health self-care behaviors in the elderly of the experimental group after the experiment was higher than before participating in the program at a statistical significance of .05 and 2) The average scores of mental health self-care behaviors of the elderly between the experimental and the control groups after participating in the program were statistically significant at .05

Findings suggest that health care providers responsible for elderly care should use mental health promotion activities, with nursing staff planning such care. In addition, elderly self-care should incorporate multiple means of strengthening mental health in supporting elderly health needs.

Keyword: The Elderly/ Mental Health Promotion Program/ Self-care Behaviours

Article info: Received May16, 2021; Revised June 21, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding, Faculty of Nursing in Pathumthani University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันทั่วโลกกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศต้นแบบที่ดีในประเทศในทวีปเอเชียที่จะนำสู่การเรียนรู้จากประสบการณ์ในการปรับตัวและการรับมือกับความท้าทายในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ รวมทั้งประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกโดยคาดการณ์ว่าในปี 2563 และ 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.50 และ 20 การศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่มีความน่าสนใจและมีความสำคัญ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เช่นบทบาทหน้าที่ด้านจิตสังคม มีการเสียชีวิตจากไปของคู่สมรสและเพื่อน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงารู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เศร้า ว่าเหว มีความวิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้า จากสถิติขององค์การอนามัยโลก² พบจำนวนประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าผู้ทั่วโลกอายุระหว่าง 55 -75 ปี ร้อยละ 14 ต่อประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าในโลกประมาณ 50 ล้านคน และเป็นประชากรที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 27 นอกจากนี้จากรายงานของกรมสุขภาพจิต³ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยเป็นโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย และปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยคือ ความวิตกกังวล

ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ นอกจากนี้ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ⁴ กล่าวว่า ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะรู้สึกว่าคุณค่าลดลง ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวมีปัญหาเครียดซึมเศร้า และการเสื่อมของระบบต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด ใจน้อยและโกรธง่าย ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไข และปล่อยให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพตามมาได้ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ คนในครอบครัวต้องคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดจนประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อเสริมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและการรู้คิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ⁵ ซึ่งจะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้กรมสุขภาพจิตได้ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิต และจัดทำแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต⁶ แต่ก็ยังพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังเพิ่มขึ้น จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีรูปแบบการทำงานเดิมของทีมสุขภาพชุมชน ยังเป็นการทำงานแบบแยกส่วน จึงส่งผลให้ยังไม่สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้เต็มศักยภาพ⁷ นอกจากนี้สถานสงเคราะห์คนชราในปี พ.ศ. 2562 ที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นจำนวน 13 แห่ง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุอีก 2 แห่ง สร้างขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะยากลำบาก จากการศึกษาผู้สูงอายุที่เข้าพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราในจังหวัดนครนายกและฉะเชิงเทรา พบว่ามีปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจซึ่งเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุ⁸

ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพงานนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพจิตที่มุ่งให้ประชาชนดูแลตนเองให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขในชีวิต⁹ ที่ผ่านมารักษาด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเป็นแบบเดี่ยวๆ ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงต้องมีการปรับการรักษาทั้งทางกายและใจควบคู่กันไป ซึ่งสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์¹⁰ กล่าวว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลักษณะต่างๆ ของบุคคลทั้งจากคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีต รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตน และอิทธิพลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอันจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ดีด้วย จากการสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตเกิดจากประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุ

ในครอบครัวมาก่อนจากการไม่ได้รับความรักจากครอบครัว ความผิดหวังหรือขาดการยอมรับจากบุคคลและจากสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ในการศึกษาประสบการณ์ในอดีต โดยนำมาประยุกต์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการสอนที่เหมาะสมที่สุดคือให้ผู้สูงอายุเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาพร้อมกับสถานการณ์ปัจจุบันมาวิเคราะห์และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาเป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) มีการทำกิจกรรมมากกว่าการบรรยาย ใช้การสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูดเชิงบวก การวาดรูป การแสดงออกบทบาทในบทบาทต่างๆ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมที่ใช้ศิลปะเป็นฐาน และการชื่นชมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่รักและที่ต้องการของผู้อื่น รวมถึงเข้าใจชีวิตมากขึ้น เพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และช่วยลดปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และช่วยเพิ่มทัศนคติในเชิงบวก ทำให้การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น¹¹ นอกจากนี้การจัดสภาพแวดล้อม สถานที่ บรรยากาศ สิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ที่เป็นต้นแบบที่ดีต่อการมีพฤติกรรม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้อง

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและสิ่งที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลผู้สูงอายุจึงเห็นความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต จึงสนใจพัฒนา

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในลักษณะเรียนรู้เชิงประสบการณ์ มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้ง่ายซึ่งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมใหม่อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพอย่างยิ่งยืนและเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตไปในทางที่เหมาะสมในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

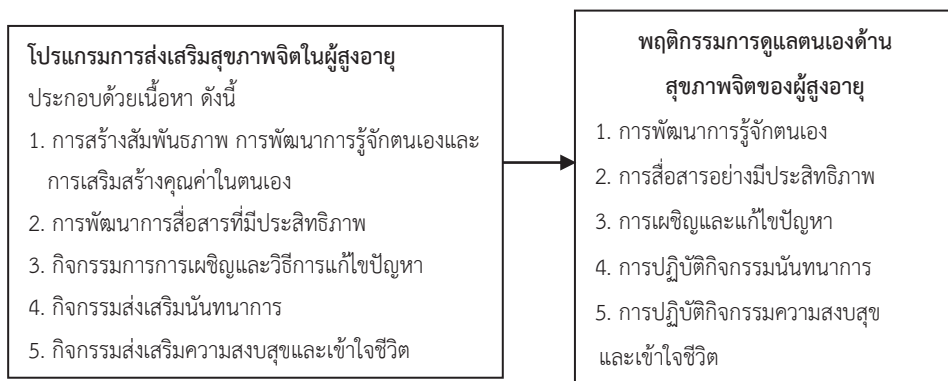
1. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับ

โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการบูรณาการระหว่างแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์^{10,12} เกี่ยวกับคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีตของผู้สูงอายุ รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์กิจกรรม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนและอิทธิพลของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ร่วมกับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการอยู่กับเพื่อนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การสื่อสารเชิงบวกกับตนเองและผู้อื่น การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ารวมถึงการได้รู้จักตนเอง ผ่านการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถแห่งตนในแต่ละสถานการณ์ สอดแทรกในแต่ละขั้นตอนของโปรแกรม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการมีประสบการณ์ใหม่ และเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ดังแผนภาพ ที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่ (Matching pair) ในข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งมีการแบ่งที่พักอาศัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกออกจากกันอย่างชัดเจน โดยให้การพยาบาลแบบปกติ เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกันทั้งสองกลุ่ม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายที่เข้าพักอาศัยอย่างน้อย 1 เดือน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 105 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทุกรายที่เข้าพักอาศัยอย่างน้อย 1 เดือน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีคะแนนคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ผู้สูงอายุมากกว่า 18 คะแนน
2. มีคะแนนความเครียด 24 คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินความเครียด SPST-20 (กรมสุขภาพจิต)
3. มีคะแนนทดสอบสภาพจิต มากกว่า 15 คะแนน ใช้แบบทดสอบสภาพจิต (Chula Mental Test: CMT)
4. สามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน
5. ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก (Conclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่น มีอาการมีน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และการออกกำลังกาย
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตามแนวคิดของเพนเดอร์^{10,12} ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญและแก้ไขปัญหา การปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ และการปฏิบัติกิจกรรมความสงบสุข และเข้าใจชีวิต

แบบสอบถามประมาณค่า (Rating scale) จำนวนรวม 30 ข้อ

3. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพ^{9,10} และบูรณาการจากการนำสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้นจริงในศูนย์ฯ ที่ศึกษาข้อมูล จำนวน 11 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (Content validity) ได้แก่

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.95 และ 0.85 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) คือ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เดือนมิถุนายน 2563 ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสาสนะเวศม์ จังหวัดอยุธยา ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.75

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2563/007 ลงวันที่ 20/10/2563 และเมื่อได้รับการ

พิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้ในการวิจัย จะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจ แล้วให้เซ็นยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุญาตดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการใช้โปรแกรมด้วยตนเอง ก่อนเริ่มดำเนินการผู้วิจัยได้อธิบายรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดให้กับเจ้าหน้าที่ของศูนย์รับทราบ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม โดยมีเจ้าหน้าที่ของศูนย์ช่วยอำนวยความสะดวกและช่วยตลอดระยะเวลาของการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบแผนการดำเนินการทดลองตาม

รายละเอียดกิจกรรม ระหว่างเดือนระหว่างเดือน
กรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2563 เวลาที่ใช้ใน

การจัดกิจกรรมอยู่ระหว่าง 45-60 นาทีต่อครั้ง
โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ ที่	กิจกรรมของกลุ่มทดลอง	กิจกรรมของกลุ่ม ควบคุม
1 - 2	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง 1.ประเมินแบบวัดพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (pre-test) 2.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย 3. กิจกรรมการพัฒนาการรู้จักตนเองและการมีคุณค่าในตนเอง -ประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม โดยบอกข้อดีและข้อดี ของเพื่อนในกลุ่มโดยจับคู่กันคนละ1ข้อ -ให้หียบของคนละ 1 ชิ้น อธิบายประโยชน์ และคุณสมบัติของสิ่งของ -สรุปถึงการรู้จักตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง เปรียบเทียบกับสิ่งของที่ หียบ ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุรู้จักตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น	-
3-4	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุเล็งเห็นถึงความสำคัญและวิธีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ กิจกรรมการพัฒนาการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยนำเสนอสถานการณ์ตัวอย่าง ของการสื่อสาร การสนทนาระหว่างคนสองคนและให้กลุ่มแสดงความคิดเห็นว่า การสนทนาเป็นเชิงบวก เชิงลบ ในสถานการณ์ที่กำหนด และ การสื่อสารให้ผู้ที่อยู่ด้วยมีความสุข ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถอธิบายวิธีการสื่อสารทั้งในเชิงบวกและเชิงลบได้ถูกต้อง	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์ซึ่งมี กำหนด การทบทวน โดยเจ้าหน้าที่ของ ศูนย์เป็นผู้สอน
5-6	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง กิจกรรมการเผชิญและแก้ไขปัญหา -การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการฝึกสมองการใช้ความคิด และ เกมการต่อภาพจิกซอว์, หมากรอส, การต่อคำที่ต้องใช้ความคิด ในการ บวก ลบ ตัวเลข และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
7-8	วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ กิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมนันทนาการ -อธิบายอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม การใช้เวลาว่างให้เกิด ประโยชน์ การทำงานฝีมือ ทำดอกไม้จาก ใบเตยไว้ดูกลิ่นในรถ การทำ	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์

ลำดับ ที่	กิจกรรมของกลุ่มทดลอง	กิจกรรมของกลุ่ม ควบคุม
	ตุ๊กตาหมีจากผ้าขนหนู ทำแฉกจากวัสดุเหลือใช้	
9-10	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาวางให้เกิดประโยชน์เป็น วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสงบสุขและเข้าใจชีวิต กิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต - การสวดมนต์ ภาวนา และเปิดคลิปเสียงเกี่ยวกับกิจกรรมคลายเครียด บรรยายประกอบของกรมสุขภาพจิต	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
11	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตด้วยความสงบสุขและเข้าใจชีวิตมากขึ้น วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมาทั้งหมดและสามารถนำมาปรับใช้ในการ ดำเนินชีวิตประจำวันได้ -ทบทวนกิจกรรมตั้งแต่ลำดับที่ 1-10 -อธิบายจากสถานการณ์ให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและการทำ ที่จะนำไปสู่พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยการทำ Focus group	กิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพของศูนย์โดย เจ้าหน้าที่ของศูนย์
12	ตัวชี้วัดความสำเร็จ: ผู้สูงอายุสามารถอธิบายกิจกรรมที่ผ่านมาและเสนอแนวทางการนำมาปรับใช้ ในชีวิตประจำวันได้ -เก็บข้อมูล Posttest และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับ แบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป และเมื่อทำรายงานสมบูรณ์แล้วจึงจะทำลายทั้ง	

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์
สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

2. ข้อมูลพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและ
หลัง

ได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตกลุ่มทดลองก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วย
สถิติ Pair t-test

4. เปรียบเทียบพฤติกรรม的自我ดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับ
โปรแกรมด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า

1 ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุส่วนใหญ่ตั้งแต่ 66-75 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 76.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 และมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุส่วนใหญ่ตั้งแต่ 66 -75 ปี ร้อยละ 53.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 90 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80 และมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 60

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต จำแนกเป็นรายด้านพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิตอยู่ในระดับมากที่สุด และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม รองลงมาคือด้านการปฏิบัติกิจกรรมและนันทนาการ ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และด้านการเผชิญและแก้ปัญหา ตามลำดับ ส่วนด้านการพัฒนาการรู้จักตนเองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ดังตารางที่ 1

Table 1 Comparison mean score of classified Mental Health Self-care Behaviors between experimental group and comparison group before and after in the program.

Classified Mental Health Self-care Behaviors	Experimental group (n=30)				Control group (n=30)			
	Before		After		Before		After	
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
Self-awareness	3.09	.58	3.35	.51	3.13	.50	3.20	.46
Communication	3.34	.39	3.60	.30	3.23	.28	3.32	.40
Coping	3.04	.48	3.47	.38	3.03	.22	3.27	.40
Recreation Activity	3.23	.66	3.69	.23	3.16	.31	3.37	.42
Religious activities for peace	3.65	.52	3.81	.16	3.06	.43	3.41	.39

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยสถิติ Pair t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.75$, $df = 58$, $p = .01$) ดังตารางที่ 2

Table 2 Comparison of Mental Health Self-care Behaviors of experimental group before and after participating in the program.

The Mental Health Self-care Behaviors of Experimental group	$\bar{x}$	SD	t	df	P-value
Before Experimental	3.27	.53	4.75	58	.01***
After Experimental	3.58	.32			

หมายเหตุ: *** p value <.05

3. การเปรียบเทียบเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.65$, $df = 58$, $p = .00$) ดังตารางที่ 3

Table 3 Comparison of Mental Health Self-care Behaviors of the Elderly before and after participating the program between experimental group and Control group.

The Mental Health Self-care Behaviors	$\bar{x}$	SD	t	df	<i>P-value</i>
Before Experimental					
Experimental group	3.27	.53	.62	58	.54
Control group	3.12	.35			
After Experimental					
Experimental group	3.58	.32	5.65	58	.00***
Control group	3.31	.41			

หมายเหตุ: *** p value <.05

อภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญและแก้ปัญหา ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและนันทนาการ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิตอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับในระหว่างการจัดกิจกรรมการสะท้อนคิดด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองในอดีต และสถานการณ์ปัจจุบันทำให้ได้เรียนรู้และเข้าใจตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง มีความเข้าใจผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการสื่อสารเชิงบวกในการให้กำลังใจตนเองและผู้อื่น รวมถึงการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า จากการได้ผ่านกระบวนการคิดและการทดลองปฏิบัติจริง ทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมากขึ้น และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลักษณะต่างๆ ของบุคคลทั้งจากคุณลักษณะเฉพาะและประสบการณ์เดิมในอดีต รวมถึงด้านการรับรู้ความคิดและอารมณ์การ

ส่งเสริมให้มีทัศนคติทางสุขภาพเชิงบวกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.75$, $df = 58$, $p = .01$) สอดคล้องกับสมมุติฐาน และพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}_{\text{ก่อน}} = 3.27$, $SD = .53$, $\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.58$, $SD = .32$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁰ ที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนมีความต่อเนื่องกันจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาแม้ว่ากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม แม้จะมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตแต่กระบวนการดำเนินการและการจัดกิจกรรมยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมาของโสภารวรรณ¹⁴ พบว่าผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมและการเสริมสร้างคุณค่า ในตนเองต่อสุขภาพจิตมีระดับคะแนนสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม และผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และการวิจัยของปัทมา¹⁵ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าคะแนนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารและด้านการจัดการความเครียดหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) นอกจากนี้การที่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นหลังการได้รับโปรแกรมอาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทำให้มีความมีความต้องการที่จะดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในแต่ละด้าน² และจากการศึกษาของสุตา¹⁶ พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดีเกิดจากการได้พูดคุย การเยี่ยมเยียน รวมถึงการได้รับความสนใจและเอาใจใส่

นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($t = 5.65$, $df = 58$, $p = .00$) แสดงให้เห็นว่าการทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องในการพัฒนาการรู้จักตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการสื่อสารการเผชิญกับปัญหา การทำกิจกรรมนันทนาการและการได้ใช้ชีวิตทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น โดยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด คือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อความสงบสุขและเข้าใจชีวิต ($\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.81$, $SD = .16$) และข้อคำถามที่ค่าคะแนนสูงสุด คือ ผู้สูงอายุจะมีสวदनตําวานาหรือแผ่เมตตาให้ผู้อื่น และสามารถชนะใจตนเองละเว้นจากการกระทำที่ไม่ถูกต้องผิดศีลธรรม ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านการพัฒนารู้จักตนเอง ($\bar{X}_{\text{หลัง}} = 3.25$, $SD = .55$) และข้อคำถามที่มีค่าคะแนนต่ำสุด คือ เมื่อท่านทุกข์ใจท่านจะเล่าให้บุคคลที่ท่านไว้วางใจฟัง ซึ่งหลังการทดลองพบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมใน

ผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)¹⁷ และการวิจัยของจันทนา¹⁸ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการวิจัยของกรธวัช และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าและภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าการให้กิจกรรมต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดี อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้ ไม่ได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อกิจกรรม เช่น โรคประจำตัว และยาที่ได้รับในการรักษาซึ่งมีผลต่อการรับรู้ของผู้สูงอายุ

จุดแข็งของงานวิจัยนี้ มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างมีแบบแผนทำให้กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตดีขึ้น

สรุป โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเป็นโปรแกรมที่ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้สูงอายุโดยใช้การบรรยาย การอภิปรายและการลงมือทำกิจกรรมจำนวน 12 สัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รวมถึงเป็นแนวทางให้บุคลากรในศูนย์ได้นำไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่ความสุขในชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเป็นกระบวนการที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน มุ่งเน้นการมีกิจกรรมร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทดูแลผู้สูงอายุหรือเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพในหน่วยบริการสามารถนำโปรแกรมห้กล่าวสู่การปฏิบัติจริงและติดตามอย่างต่อเนื่องผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางให้หน่วยงานทางสุขภาพ วางแผนการดูแลโดยส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตในทุกด้านให้มีความคงอยู่และเพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุนี้อย่างคงอยู่และมีประสิทธิภาพ ควรที่จะมีการติดตามผลในระยะยาวภายหลังการเสร็จสิ้นโปรแกรมไปแล้วอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยปทุมธานี

Reference

1. Poonsit W. Looking back on the Japanese elderly society and the face of Thai business opportunities [internet]. 2017 [cited 2021 Dec 1]. Available from: <http://www.bangkokbiznews.com/blog/detail/642590>
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders global health estimates. Switzerland: WHO document production services, Geneva; 2017.
3. Department of Mental Health. Annual report 2020 [internet]. 2020 [cited 2021 July 25]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/dmh/rpt_year/dl.asp?id=461
4. Bangkok Health Research Center. Aging health care [internet]. 2020 [cited 2021 Jul 25]. Available from: <https://www.bangkokhealth.com/17310>
5. Rawlins RP, Williams SR, Beck CK. Mental health psychiatric nursing: A holistic life cycle approach. 3rd ed. St. Louis: Mosby- Year Book, Inc; 1988.
6. Systematic Innovation Development Work Plan for Mental Health Promotion. Promotion mental health: Concepts–emerging evidence – practice summary report. Chiang Mai: Vanida Printing LP; 2017.
7. Suda W, Dusadee Y, Narisara P. Development of mental health promotion model for aging population at risk by community health care team. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6(2): 229-43. (in Thai)
8. Nursaheeda C. Happiness experience of the elderly living in residential care facilities in Souther Area. Master of Nursing Science (Adult Nursing), Songkla: Graduate studies, Songkla University; 2016.
9. Department of Mental Health. Department of mental health annual report 2015. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2015.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 5th ed. Jurong, Singapore: Pearson; 2006.
11. Orathaya S, Poonarat P, Soamshine B. Art-based using to develop well-being of older adults: the systematic review. Journal of Graduate Studies

- in Northern Rajabhat Universities
2019; 9(2): 17-32. (in Thai)
12. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
13. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
14. Sopawan C, Chatrri P, Sarodh P. The Effect of Social Support and Promoting Self-Esteem on the mental health of the elderly in Pangkarn Sub-district, Phanom District, Surat Thani Province. Journal of Community Health Development Khon Kaen University 2016; 4(1): 67 - 82. (in Thai)
15. Pattama P, Pudsadee K, Payao P, Siritorn Y, Chutima B, Prapas J. The effectiveness of a health promotion program on health behaviors of elderly in community. Journal of Health Science Research 2018; 12(Suppl): 52 – 60. (in Thai)
16. Suda W, Dusadee Y, Narisara P. Development of Mental Health Promotion Model for Aging Population at Risk by Community Health Care Team. The southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6(2): 229-43. (in Thai)
17. Natthika R, Chulajira C, Jarupha S. The Study of Socio-Cultural Program for Mental Health Promotion and Depressive Prevention in the Elderly Donmon Sub-district, Satuek District, Buriram Province. Academic HCU Journal 2017; 20(40): 115 -25. (in Thai)
18. Chantana S. Quality of Life and Health-promoting Behavior of the Elderly in Thungkhawpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiang mai Province. Thesis of Master in public health, Chiang Mai: Graduate studies, Chiang Mai Rajabhat University; 2019.
19. Korntanatouch P, Chuthamat K, Pitchanat N. Effectiveness of health promotion programs for Quality of Life Basic Need among the Elderly. The Public Health Journal of Burapha University 2017; 12(2): 65-74. (in Thai)

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อาคม โพธิ์สุวรรณ*

สุภาภรณ์ วรอรุณ** รัตนา แสงสว่างโชติ***

บทคัดย่อ

การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการจัดการแก้ไขปัญห สุขภาพที่เกิดจากคนในชุมชนเองเพื่อมีส่วนร่วมเชิงรุก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในฐานะเครือข่ายให้ ความสำคัญในการดูแลตนเองนำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ ปัจจัยด้าน 1) การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนของครอบครัว 3) การสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และ 4) การสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ จำนวน 402 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีวินัยพฤติกรรมการดูแลภาวะเรื้อรังวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และปัจจัยการสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความแปรปรวนร่วมทำนายได้ที่ร้อยละ 22.10

การวิจัยครั้งนี้เสนอว่า องค์กรภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ควรหากลวิธีสนับสนุนผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมเสนอปัญหาและความต้องการ กำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่แท้จริง อันจะนำมาสู่ความร่วมมือของผู้สูงอายุในการเข้าร่วมกิจกรรมในภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การมีส่วนร่วม/ ภาคีเครือข่าย/ การดูแลสุขภาพ

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: akomph@snc.ac.th

** อาจารย์ประจำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Email: voraroon.s@snc.ac.th

*** ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี Email: ppy.healthcenter@gmail.com

Factors Affecting Participation By the Elderly in Healthcare Community Networks, Suphanburi Province

Akom Phosuwan*

Supaporn Voraroon** Ratana Sangsawangchot***

Abstract

Health care management for the elderly in the community requires proactive participation through a network that emphasizes self-care.

The research aimed to determine the predictive power of the following: 1) older people's self-care, 2) family support, 3) community and health organization support, and 4) favorable policy and environment support in predicting participation in healthcare networks among the elderly in Suphanburi province, Thailand. The sample was composed of 402 older people, and the research instrumentation consisted of questionnaires developed by the researcher based on the Innovative Care for Chronic Conditions theory (ICCC). Descriptive statistics and multiple regression analysis analyzed quantitative data.

Findings show that community and healthcare organization and positive policy-environment support co-predicted the dependent variable, participation in healthcare networks by the older people, with statistical significance at .01 with a predictive coefficient of .221 and a 22.10 percent fluctuation of involvement in healthcare networks by the elderly.

Research suggests that community networks of healthcare partners should be involved in elderly care and should explore strategies to address elders' needs and health problems. Policies that support community health care for the aged should be established. These can lead to solutions and greater cooperation of all ages to participate in community network activities.

Keywords: Elderly/ Self-care/ Participation/ Community health network

Article info: Received April 23, 2021; Revised July 29, 2021; Accepted August 30, 2021.

* Corresponding author, Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

** Instructor of Nursing faculty, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, Thailand

*** Assistant District Health Officer at Sriprachan District Health Office, Suphanburi, Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลก และประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 12.48 ล้านคนใน พ.ศ. 2564 ซึ่งมีมากกว่า ร้อยละ 18.72 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในประเทศ¹ การที่ประเทศก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อความต้องการด้านคุณภาพชีวิต และความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มากขึ้นในทุกๆ ด้าน² ถึงแม้ว่านโยบายของรัฐจะให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังคงพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทยังขาดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับสมาชิกองค์กรต่างๆ ในชุมชน³

ภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เปรียบเสมือนกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยสามารถกำหนดบทบาทของการทำงานในรูปแบบเครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วมชุมชน ซึ่งจะเป็มาตการยกระดับการทำงานที่จะนำไปสู่การพัฒนาทำให้ไปสู่การบรรลุเป้าหมายตามแผนงานโครงการตั้งไว้ เพื่อที่จะสามารถสร้างเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งของชุมชน (Strengthening community networks) แนวทางการพัฒนาที่สำคัญอันดับแรกคือ การมุ่งเน้นไปที่การพัฒนากระบวนการเสริมพลังสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความร่วมรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในชุมชน สำหรับ

แนวทางการพัฒนาการดูแลเป็นแบบเครือข่ายการทำงานร่วมกันจำเป็นต้องเน้นการทำงานในรูปแบบการทำงานแบบต่อเนื่อง และเป็นระบบสนับสนุนการทำงานของชุมชนในโครงการต่างๆ จนถึงการจัดระบบจัดการและการประเมินผล^{4,5} โดยการที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของเครือข่ายในชุมชนย่อมส่งผลต่อการส่งเสริมให้ได้รับการดูแลสุขภาพจากชุมชนมากขึ้น เช่น การเข้าร่วมชมรมรางวัลย้อนยุค ชมรมจักรยาน ชมรมพื้นฟูอาชีพผู้สูงอายุ การได้รับการคัดกรองสุขภาพเชิงรุก เป็นต้น ทั้งนี้เครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จะเป็นเหมือนหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ “ผู้สูงอายุ” ซึ่งถือว่าเป็นระบบเล็กที่สุด (Micro level) ซึ่งจำเป็นที่จะต้องนำบุคคลกลุ่มนี้ มาร่วมกำหนดเป้าหมาย วางนโยบาย เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม และประเมินผล ในกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินการ ซึ่งจะเป็นการยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองและผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชน แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน⁶ ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่าเป็นกระบวนการในการพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมเป็นพลังที่มาจากความต้องการ การตัดสินใจเกิดจากความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมจากประชาชนเอง นอกจากนี้ เบรเกอร์และสเปนซ์⁷ และ World health organization⁵ ได้จำแนกระดับของการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนออกเป็น 6 ระดับ โดยระดับที่มากที่สุด ระดับ 5 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติในกิจกรรมดูแลสุขภาพของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ โดยอยู่ในฐานะ

คณะกรรมการหรือคณะทำงานผู้มีส่วนร่วมรับผิดชอบกิจกรรมของเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน รองลงมาระดับ 4 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ต่อมาระดับ 3 ประชาชนเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่วมกับชุมชนแต่ไม่สม่ำเสมอ ในส่วนระดับ 2 ประชาชนเสนอเพียงแค่ว่าคิดเห็นแต่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมระดับ 1 ประชาชนรับเพียงข้อมูลข่าวสาร และสุดท้ายคือระดับ 0 ประชาชนไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วม ทั้งนี้ประชาชนในชุมชนจำเป็นต้องเข้าใจในปัญหาสุขภาพของตน สามารถตัดสินใจในการเข้าร่วม สามารถร่วมกำหนดเป้าหมายและวิธีการ และเต็มใจที่จะช่วยเหลือ สนับสนุนกิจกรรมของชุมชนในแต่ละขั้นตอนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาของสุภาภรณ์ วรอรุณ และคณะ^{3,8,9,10} โดยศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้เข้ามามีส่วนร่วมในภาคีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของชุมชน ส่งผลในทิศทางบวกในด้านให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเองได้ มีความสามารถที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชุมชน และยังมีส่วนที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในภาคีเครือข่ายจะเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและยังคงไว้ด้วยศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ร่วมด้วย

ทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง (Innovative care for chronic conditions: ICC¹¹) ถูกนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาการ

ดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้มีภาวะเรื้อรัง และกลุ่มด้อยโอกาส เปราะบาง ในชุมชน ซึ่งรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุ รากฐานของทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง พัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CCM) ซึ่งเป็นรากฐานที่เป็นมาตรฐาน ผ่านการทดสอบสมมติฐานจากผู้เชี่ยวชาญและองค์การอนามัยโลกว่าสามารถนำผลลัพธ์ของกรอบแนวคิดที่ไปทำการศึกษามาใช้ได้ผลเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพในคลินิกและชุมชน¹¹ แนวคิดนี้ประกอบด้วยระบบที่มีความเชื่อมโยงและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบจุลภาค (Micro system) หรือระดับบุคคล เป็นระดับของการมีปฏิสัมพันธ์ระดับย่อยสุดซึ่งเป็นระดับบุคคล ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพฯ 2) ระบบกลาง (Meso system) เป็นระดับองค์กรและชุมชน เป็นระบบการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในชุมชน และ 3) ระบบมหภาค (Macro system) เป็นระบบที่อยู่ในระดับนโยบายในทิศทางบวกเป็นไปตามนโยบายของรัฐที่สนับสนุนงบประมาณและกำลังคนที่สนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงจำเป็นต้องศึกษาทั้ง 3 ระดับ เนื่องจากทุกระดับมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลที่ช่วยสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายซึ่งก็คือกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ องค์กร และชุมชน รวมทั้งการเชื่อมโยงด้านนโยบายทรัพยากรสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนร่วมด้วย

จังหวัดสุพรรณบุรีแนวโน้มจะมีประชากรผู้สูงอายุแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และพบว่ายังมีกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการต่างๆ ของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุ 149,074 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.40 ของประชากรทั้งหมด¹² ซึ่งถือว่าเป็นการเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ และจากการสังเกตและศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยคณะผู้วิจัยในพื้นที่ศึกษานำร่อง 3 อำเภอ พบประเด็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการต่างๆ ของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพ^{3, 8,9,10,11} และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีการศึกษาวิจัยในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าว โดยได้ดำเนินการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง¹¹ ซึ่งทำการศึกษาระบบจุลภาค (Micro system) ระบบกลาง (Meso system) และระบบมหภาค (Macro system) เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในภาคีเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการตัดสินใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในเครือข่ายความร่วมมือของชุมชน

ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

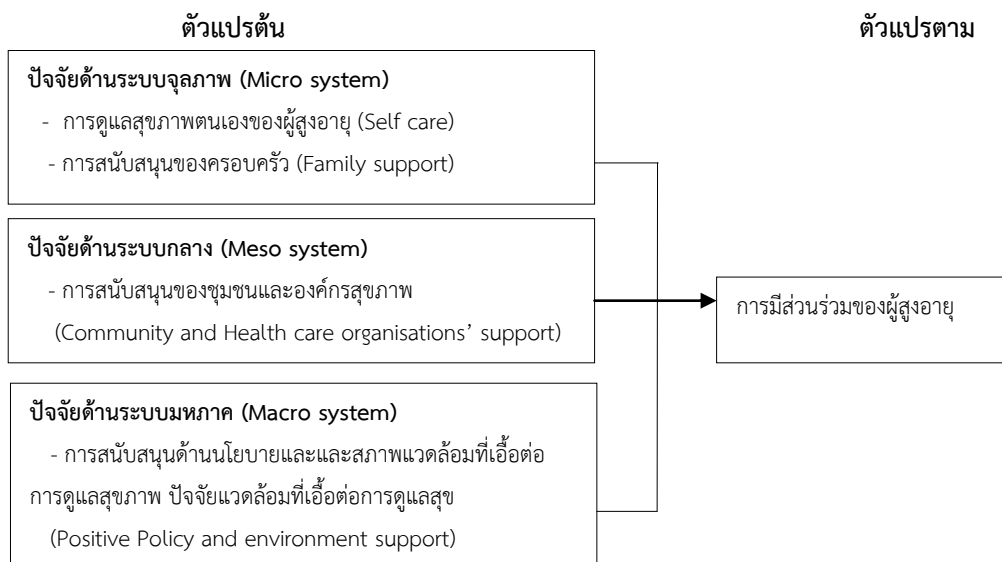
สมมติฐานการวิจัย

1. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
2. การสนับสนุนของครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
3. การสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี
4. การสนับสนุนด้านนโยบาย และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

ขอบเขตการวิจัย:

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research design) ประชากรเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 149,074 คน¹² โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่จำนวน 402 คน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1: ศึกษาหาอำนาจการทำนายของปัจจัยการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรีทั้ง 10 อำเภอ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ต้องการใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อการคำนวณเพื่อใช้สถิติ (Multiple regression) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น $p\text{-value} = .05$ อำนาจการทดสอบ (Power of test)¹³ ได้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 400 คน ทั้งนี้ทั่วไปแล้วจะมีแนวโน้มการได้รับแบบสอบถามกลับคืนประมาณร้อยละ 45-98¹⁴ ดังนั้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีมากพอที่จะได้รับแบบสอบถามคืนในจำนวนที่

เพียงพอสำหรับวิเคราะห์ข้อมูล จึงแจกแบบสอบถามเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 โดยเพิ่มจำนวนแบบสอบถามอีก 40 ฉบับ รวมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจำนวน 440 ฉบับ ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยถือว่าทุกๆ หน่วยหรือทุกๆ สมาชิกในประชากรมีโอกาสจะถูกเลือกเท่าๆ กัน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจาก 10 อำเภอ จับผลจากอำเภอละ 1 ตำบล และดำเนินการนารายชื่อของผู้สูงอายุทั้งหมดในตำบลนั้น มาใส่ในตารางและทำการสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุให้ได้ตามจำนวนที่กำหนด ตามสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในอำเภอนั้นๆ จากนั้นดำเนินการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลในพื้นที่ เพื่อขอเก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุใน

พื้นที่ ผู้วิจัยดำเนินการนัดวันเวลา ในการขอเก็บ ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม จำนวน 440 ฉบับ ทั้งนี้ได้แบบสอบถามที่มีความ สมบูรณ์กลับคืนมาจำนวน 402 ฉบับ ดังนั้นกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อยู่ที่จำนวน 402 คน คิด เป็นร้อยละ 91.37 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พัฒนาขึ้น จากแนวคิดทฤษฎีวินัยการดูแล ภาวะเรื้อรัง¹¹ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 2) ด้าน การการสนับสนุนของครอบครัว 3) ด้านการการ สนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และ 4) ด้านการการสนับสนุนของชุมชนและองค์กร สุขภาพ โดยเครื่องมือในการวิจัยได้ผ่านการ ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงของแบบสอบถามหรือมีดัชนี ความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 1.00 การ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามทำโดย เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงที่ อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยนาท จำนวน 30 คน แล้วทำ การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยมีค่าความเที่ยง ดังนี้แบบสอบถามการดูแล สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ มีความ เชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .87$) แบบสอบถามการ สนับสนุนของครอบครัว จำนวน 15 ข้อ มีความ เชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .85$) แบบสอบถามการ สนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .84$) แบบ สอบปจจัยด้านนโยบายการดูแลสุขภาพและ สิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน จำนวน 13 ข้อ มีความเชื่อมั่นระดับสูง ($\alpha = .85$) โดยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมใน

เครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นข้อ คำถามในลักษณะของการวัดพฤติกรรม จึงต้องใช้ วิธีการตรวจสอบความเที่ยงภายในผู้ประเมิน (Intra-rater Reliability) โดยใช้การสังเกต พฤติกรรมเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกันแล้วนำข้อมูลที่ ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยแบบ สอบถามดังกล่าวมีจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการ (Test-retest)^{13,14} โดย การวัดกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน 2 ครั้ง เว้นระยะเวลา ห่างกันนาน 2 สัปดาห์ และหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์กัน ผลการทดสอบได้ค่าสัมประสิทธิ์ ความเชื่อมั่น .98

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบ พหุคูณ^{14,15}

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย ตามหลัก จริยธรรมการวิจัย 3 ข้อของ Belmont โดยได้ ยึดตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยได้ผ่านเกณฑ์การพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (No.011/2560) สำหรับอาสาสมัคร ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อเข้าร่วมจะไม่มี ผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการรักษา พยาบาล โดยอาสาสมัครผู้วิจัยมีสิทธิ์จะไม่ตอบ หรือขอยุติการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาโดยไม่มีข้อแม้ ใดๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกรักษาเป็น

ความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.40 ระดับการศึกษาพบว่าระดับปฐมนศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 26.60 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 23.60 ในส่วนของรายได้พบว่า มีความเพียงพอมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.48 รองลงมาคือรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25.12 กลุ่ม

ตัวอย่างอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยอาศัยอยู่กับคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.70 รองลงมาคือพักอาศัยแบบครอบครัวใหญ่ คืออาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร/หลาน/ญาติ คิดเป็นร้อยละ 23.40 สำหรับการประกอบอาชีพที่ยังคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.59 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 19.65 โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.27 ปีอายุน้อยที่สุด 60 ปีมากที่สุด 89 ปี (SD เท่ากับ 6.783 ปี) ตามรายละเอียดในตารางที่ 1

Table 1 Baseline characteristics of Older People.

Characteristics	Frequency (N=402)	Percent
Gender		
Man	131	32.60
Woman	271	67.40
Educational Level		
No Schooling	42	10.43
Primary school	107	26.74
Middle school	95	23.63
High school	89	22.14
Diploma :	47	11.68
Bachelor's Degree	22	5.47
Residential status		
Alone	28	7.00
With spouse	224	55.70
With children	48	11.90
With spouse and children	94	23.40
With others	8	2.00
Economic condition		
Insufficient-income	101	25.12
Sufficient-income	221	54.98
Sufficient income and satisfied with Financial situation	80	19.90

Characteristics	Frequency (N=402)	Percent
Occupation		
Not working	55	13.68
Acriculture	127	31.59
Sales	79	19.65
Homemaker	57	14.18
Retirement	59	14.68
Others	25	6.22

Age (in years) Mean = 67.27 years, SD = 6.78 years, Min= 60 years, Max= 89.00 years

จากการวิเคราะห์การถดถอย (Regression analysis) ปัจจัยอันเป็นองค์ประกอบ 3 ระบบหลัก ที่เชื่อมโยงกับการมีปฏิสัมพันธ์ที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อันได้แก่ ปัจจัยด้านระบบจุลภาค (Micro system) ปัจจัยด้านระบบกลาง (Meso system) และปัจจัยด้านระบบมหภาค (Macro system) พบว่าปัจจัยมีตัวแปรที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบกลาง (Meso system) หรือระดับองค์กรและชุมชน อันได้แก่ ตัวแปรด้านการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ (Community and Health care organizations' support) โดยสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ -.345 และปัจจัยด้านระบบใหญ่ (Macro system) หรือระบบที่อยู่ในระดับนโยบาย อันได้แก่ ตัวแปรด้านการสนับสนุนด้านนโยบาย ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ (Positive policy and environment support) สามารถทำนายการมี

ส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ -.154 ทั้งนี้ตัวแปรการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และตัวแปรการสนับสนุนด้านนโยบาย และปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพสามารถร่วมทำนายตัวแปรตามคือการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .221 โดยมีความแปรปรวนร่วมกับตัวแปรการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 22.10 ทั้งนี้สามารถเขียนสมการในรูปของคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐานดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ: การมีส่วนร่วม = $1.183 - 0.345 (\text{COS}) - 0.154 (\text{POS})$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน: การมีส่วนร่วม = $- 0.171 (\text{COS}) - 0.132 (\text{POS})$ ดังแสดงผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ(B) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ตามรายละเอียดในตารางที่ 2

Table 2 Multiple Regression Predicting the Participation in Healthcare Community Networks of Older People in Community.

Predictor	R Square	B	SEB	Beta	t	p-value
constant	0.221	1.183	0.298	-	3.969	.000
Self-care		0.270	0.133	0.110	2.024	.054
Family support		0.074	0.090	0.042	0.816	.415
Community and health-care organizations' support		-0.345	0.115	-0.171	-3.017	.003**
Positive policy and-environment support		-0.154	0.058	-0.132	-2.645	.008**

** $p < .01$

อภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ประเด็นสำคัญในการอภิปราย ดังนี้

จากแนวคิดทฤษฎีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพโรคเรื้อรัง (ICCC) กล่าวว่า การเชื่อมโยงแต่ละองค์ประกอบ คือการที่ทุกระบบมีปฏิสัมพันธ์กัน ความเชื่อมโยงนี้ ต้องใช้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนที่จะสนับสนุนและสานเชื่อมรอยต่อทั้งสามระบบเป็นหนึ่งเดียว โดยเน้นให้ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของการดำเนินการ¹⁷

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยการสนับสนุนของชุมชนและองค์กรสุขภาพ และปัจจัยด้านการสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายเชิงผกผันกับการเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อภิปรายได้ว่าการสนับสนุนด้านองค์กรต่างๆ ในชุมชน ทุกชุมชนมีการจัดบริการโครงการและกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ทุกแห่งยังคงยึดการดำเนินงานสนับสนุนด้านนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุตามแผนงานโครงการที่รัฐเป็นผู้กำหนด (Meso system) ตามเกณฑ์ชี้วัด¹⁸ ทั้งนี้ นโยบายการกระจายอำนาจและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นการเอื้อต่อการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพของชุมชนในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุ¹⁹ แต่ยังพบปัญหาในด้านคุณภาพการบริการที่ยังขาดความเชื่อมโยง ขาดความต่อเนื่อง ยังเป็นรูปธรรมที่ไม่ชัดเจนและไม่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุแท้จริง ถึงแม้ภาครัฐบาล องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนให้การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสนับสนุนด้านปัจจัยสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ยังพบว่าโครงการกิจกรรมต่างๆ ที่จัดสรรให้นั้น ไม่เป็นไปตาม

ความต้องการที่จริงของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่ภาคีเครือข่ายของชุมชนดำเนิน การจัดบริการให้ การศึกษาของสุภาพรณ วรอรุณ และคณะ⁷ พบว่าเมื่อโครงการหรือกิจกรรมในภาคีเครือข่ายของชุมชนที่หน่วยงานองค์กรต่างๆ จัดให้ผู้สูงอายุไม่สอดคล้องตามความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมกับเครือข่ายของชุมชน นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาระดับปฐมนศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.60 ซึ่งผู้ที่การศึกษาสูงยิ่งได้รับโอกาสในการได้มาของอาชีพและรายได้ที่สูงตามมาด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังคงมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 25.12 ในด้านการประกอบอาชีพพบว่ามีการประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.59 รองลงมาคือค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 19.65 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องประกอบอาชีพ เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจที่ต้องออกไปทำงานหารายได้ ให้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้สูงอายุยังคงประกอบอาชีพ อยู่ถึงร้อยละ 51.24 ซึ่งมีจำนวนเกินครึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมด ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะรับรู้ประโยชน์ต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ภาคีเครือข่ายในชุมชนจัดให้ รับรู้ว่าองค์กรต่างๆ ในชุมชนมีสนับสนุนตั้งแต่ระดับนโยบาย ทรัพยากร ปัจจัยเอื้อต่างๆ แต่ด้วยภาวะเศรษฐกิจ การไม่มีเวลา ความเหน็ดเหนื่อย ความไม่สะดวกในการเดินทางมา

เข้าร่วม⁷ ย่อมมีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี

ปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะสามารถมีอิทธิพลทำนายการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพชุมชน ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพบว่าปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยถดถอยและมีความเสื่อมทางด้านร่างกายตามระยะเวลา จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยตนเอง และจากบุคคลอื่นมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านปัญญา รวมทั้งการได้รับคุณค่าและความสำคัญในฐานะบุคคลหนึ่งของสังคม ทั้งนี้เมื่อผู้สูงอายุเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ย่อมส่งผลต่อความสนใจ และการตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ¹⁰ จากการวิเคราะห์หาอิทธิพลของปัจจัยด้านการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีค่า $p\text{-value} = 0.054$, $B = 0.270$ ทั้งนี้เมื่อพิจารณา พบว่าผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.27 ปี $SD = 6.783$ ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) วัยดังกล่าวนี้ ยังคงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสามารถดูแลตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22, $S.D. = 0.24$ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ในด้านรายได้และอาชีพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.24 ซึ่งต้องออกไปทำงานเพื่อ

หารายได้ ถึงแม้จะอยู่ในวัยของการเป็นผู้สูงอายุ แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านภาวะเศรษฐกิจ ทำให้ต้องออกไปทำงาน ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีผลต่อการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาในหลายแง่มุม โดยเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีและหลักวิชาการอันเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งทำการศึกษาดังแต่ระดับหน่วยย่อยสุดคือระดับจุลภาคคือ คือตัวผู้สูงอายุเอง จนถึงระดับมหภาคใหญ่ คือระดับนโยบายและสภาพแวดล้อมอันเป็นปัจจัยเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาที่ครอบคลุมในภาพรวมของทุกระดับที่เกี่ยวข้อง

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

การที่ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดการใช้ตารางเลขสุ่ม (Random-Number Table) ไปเริ่มใช้ในระดับตำบลแทน ทั้งนี้ในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของประชากรในแต่ละพื้นที่ควรดำเนินการใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแยกประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อยๆ โดยเป็นการแบ่งเป็นชั้นภูมิก่อน โดยหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิจะมีลักษณะเหมือนกัน (Homogenous) จากนั้นผู้วิจัยจึงค่อยมาเริ่มสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวน

กลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มประชากร

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุตั้งแต่การส่งเสริมหาแนวทางให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับฟังและเสนอปัญหาความต้องการด้านการดูแลสุขภาพ การเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การจัดเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและเครือข่ายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

2. องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนควรดำเนินการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในภาคีเครือข่ายของชุมชนได้ เพื่อให้เกิดแนวทางในการวางแผนกลยุทธ์แก้ไขปัญหาและให้การสนับสนุนกิจกรรมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยกำหนดนโยบายและปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนในด้านงบประมาณ ทรัพยากรสิ่งแวดลอม สถานที่ การจัดหากำลังคนเพื่อสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรม โครงการต่างๆ ในรูปแบบคณะกรรมการ การกำหนดระบบและกลไก เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการบรรลุไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในรูปแบบการมีส่วนร่วมในเครือข่ายการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในรูปแบบการศึกษาวิเคราะห์เชิงโครงสร้าง
2. การศึกษาถอดบทเรียนแนวปฏิบัติที่ดีต่อการดำเนินการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับเงินทุนอุดหนุนการวิจัยจากมูลนิธิสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ 2561

References

1. Institute for population and social research. Statistics on aging in Thailand. Mahidol University, Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 March 15]. Available from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/en/gazette.aspx>
2. World health organization. Ageing and life-course. Older people and Primary Health Care (PHC); 2017.
3. Voraroon S, Meebunmak Y, Enmarker I, Hellzen O. Shareholding Networks for Care in Rural Thailand: Experiences of older persons and their family members. Open Journal of Nursing 2017; 7: 318–30.
4. World health organization. Global age-friendly cities: A guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2007.
5. World health organization. Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. European Sustainable Development and Health Series; 2002. p.4.
6. World health organization and UNICEF. Report of the international conference on primary health care. NewYork: N.P. Press; 1978: p.11
7. Brager G & Specht H. Community organizing. New York, Columbia University Press; 1973.
8. Voraroon S, Hellzén O, Meebunmak Y, Enmarker I. Older people's lived experiences with participation in shareholding networks for the care of older people in rural areas of Thailand: A Phenomenological hermeneutic Study. Open Journal of Nursing 2017; 7(7): 875–92.

9. Voraroon S, Hellzén O, Enmarker I, Meebunmak Y, Devik SA. The impact of shareholding networks for facilitating care in rural Thailand. *Geriatric Nursing Journal* 2019; 40(4): 392-8.
10. Voraroon S, Hellzén O, Enmarker I, Meebunmak Y, Devik SA. Participation in Shareholding Networks for the Care of Older People in Rural, Thailand. *Education and Psychology* 2021; 58(2): 2587–602.
11. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action, Geneva. World Health Organization 2002; p.65.
12. Suphanburi health office. Data of population in Suphanburi province 2018–2020; 2020.
13. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Academic Press; 1977.
14. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1999.
15. Boonmee C. Statistics for health research and data analysis with SPSS program. Faculty of Nurse. Burapha university; 2008.
16. Vaisurasing L, Voraroon S. Community nursing process for community problem-solving. Chulalongkorn book center publication; 2020.
17. Rasiri T, Songthap A. Health promotion for the elderly: Guidelines for Strong Partnership and Dynamic Network Participation in the 21st Century. The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health* [Internet]. 2018 [cited 2021 March 20]. Available from: <https://tc-thaijo.org/index.php/scnet/article/download/113002/87970/>
18. Ministry of public health. A Guide to the development of sub-district health promotion hospitals. Policy and strategic office, Thailand ministry of public health, Thailand [Internet]. 2016 [cited 2021 March 11]. Available from: <http://www.ato.moph.go.th/sites/default/files/download/.pdf>
19. Srithamrongsawat S, Bundhamcharoen K, Sasat S, Kwanjai Amnatsatsue K. Community care model for older people in Thailand. *The Thai journal of primary care and family* [Internet]. 2009 [cited 2021 March 20]. Available from: https://www.academia.edu/1352085/Community_caremodel_for_older_people_in_Thailand_%E

บทความวิชาการ

หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะสูง

มลฤดี แสนจันทร์*
สุวคนธ์ ทองดอนบม**

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอหลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติการพยาบาลที่ผิดพลาด ป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา หลุมพรางหรือข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลพิจารณาจาก ปัจจัยด้านองค์การ การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย สภาพ/เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย และการกระทำที่ไม่ปลอดภัย ผู้บาดเจ็บศีรษะที่ศีรษะสมองอาจได้รับการกระทบกระเทือน ส่งผลให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้ ดังนั้นหากเกิดข้อผิดพลาดในการพยาบาล อาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตหรือภาวะทุพพลภาพ ซึ่งหลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงแบ่งเป็น 2 ด้านด้วยกันคือ หลุมพรางในการประเมินสภาพผู้ป่วย ที่พบบ่อย เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น และหลุมพรางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อย เช่น การดูแลสมอง การจัดทำผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพภายหลังสมองกระทบกระเทือนในระยะแรก และระยะต่อเนื่อง และฟื้นฟู เป็นกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ควรทำเพื่อส่งเสริมให้สมองได้ฟื้นฟูภายหลังได้รับบาดเจ็บ จึงควรมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลระดับปฐมภูมิเพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นการประเมินสภาพและการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่จะมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันในกะโหลกศีรษะ หรือพยายามลดผลกระทบจากการปฏิบัติการพยาบาลให้เหลือน้อยที่สุด จะช่วยลดข้อผิดพลาดหรือหลุมพราง (pitfalls) ความพิการและอัตราการตายได้

คำสำคัญ: หลุมพรางการพยาบาล/ การพยาบาล/ ผู้บาดเจ็บศีรษะ/ ความดันในกะโหลกศีรษะสูง

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
E-mail: monruedee@smnc.ac.th

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Pitfalls of Nursing Care in Head Injury Patients with Increased Intracranial Pressure

Monrueedee Sanchan^{*}

Suwakhon Thongdornbom^{**}

Abstract

This paper aims to present the pitfalls of nursing care in head injury patients with increased intracranial pressure so nurses can assess patients, avoid inappropriate nursing activities, and prevent complications. Pitfalls in nursing practice are determined by organization influence, unsafe supervision, unsafe conditions, and unsafe act. Head injuries may cause brain injury with increased intracranial pressure. It is the leading cause of death or disability in brain injury. The pitfalls of nursing care in head injury patients with increased intracranial pressure can be divided into two parts: first, are pitfalls of patient assessment such as assessing the level of consciousness, intracranial pressure detection ect. Second, there are pitfalls of nursing practices, such as suction, position ect. In addition, rehabilitative activities by nurses in the early period after brain injury should be provided for brain recovery and continued improvement after injury. Additionally, nurses should provide patient information to primary care nurses who provide home visits. When nurses understand the appropriate assessment and nursing practice required, they can offer activities that affect intracranial pressure, minimize pitfalls, and reduce serious complications.

Keywords: Pitfalls/ Nursing/ Head Injury/ Increased intracranial pressure

Article info: Received May 21, 2021; Revised July 22, 2021; Accepted August 30, 2021

^{*} Corresponding author, Leturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

^{**} Leturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

บทนำ

ปัญหาการบาดเจ็บศีรษะเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่สมองตามมา มีอุบัติการณ์สูงเนื่องจากสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจร (Road traffic injury)^{1,2} ในปี พ.ศ. 2559 ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บในกะโหลกศีรษะ (Intracranial injury) เป็นจำนวนกว่า 2,460 ล้านบาท จากสถิติดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงภาระหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ต้องดำเนินการและภาระของบุคลากรทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลผู้ป่วยจากการบาดเจ็บศีรษะที่มากขึ้น³ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันในกะโหลกศีรษะสูง จึงมีความสำคัญในการลด ความพิการ และอัตราการตายได้

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้ขาดความสมดุลระหว่างปริมาตรและความดันภายในกะโหลกศีรษะ โดยจะพบความดันในกะโหลกศีรษะ (Intracranial pressure: ICP) มีค่ามากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท⁴ ปกติมีค่า 0-15 มิลลิเมตรปรอท หากมีการเพิ่มขึ้นของปริมาตร การย้ายที่หรือกดเบียดของส่วนประกอบอื่นๆ ภายในกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้⁵

อาการและอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูงประกอบด้วย⁶ ปวดศีรษะ อาเจียน อาจจะมีอาเจียนพุ่ง มีสัญญาณชีพ

ผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพแบ่งออกเป็น 2 ระยะ⁶ คือ 1) ระยะที่ร่างกายชดเชยได้ (Compensate) เป็นระยะที่ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวจะสูงขึ้น และความดันเลือดขณะหัวใจคลายตัวจะต่ำลงเล็กน้อยไม่ได้สัดส่วนกับความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวที่เพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ หากไม่รีบแก้ไขอาการทางสมองจะเลวลงจนเข้าสู่ระยะต่อไป 2) ระยะที่ร่างกายชดเชยไม่ได้ (Decompensate) ในระยะนี้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงในช่วงตอนปลาย ความดันชีพจรกว้าง มีค่ามากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวสูงและหัวใจเต้นช้า หรือเรียกว่า การประเมินการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย (Cushing's triad) และสุดท้ายมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการหายใจพบการหายใจจะเร็วขึ้น บางรายอาจจะหยุดหายใจ อุณหภูมิร่างกายอาจสูงขึ้น ในระยะนี้แม้จะได้รับการแก้ไขผู้ป่วยก็ไม่สามารถฟื้นคืนสติได้ หรืออาจเสียชีวิตได้ พยาบาลต้องสามารถประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเพื่อลดข้อผิดพลาดทางการพยาบาล

หลุมพรางทางการพยาบาล เป็นข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและอาจได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การรายงานตัวเลขสถิติเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในประเทศไทยค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจากประเด็นความอ่อนไหวของการเปิดเผยข้อมูล⁷ แนวคิดการ

จัดการความผิดพลาด^{7,8} มี 2 แนวคิด คือ 1) แนวคิดเชิงบุคคล (Person approach on the error) เกิดจากความผิดพลาดของตัวผู้ให้บริการ การจัดการแก้ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย จึงเน้นที่การควบคุม พฤติกรรมของมนุษย์ 2) แนวคิดการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบ (System approach to error) มาจากความผิดพลาดของระบบมากกว่าเกิดจากตัวผู้ให้บริการและยังเชื่อว่าการป้องกันความผิดพลาดไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลแต่อาศัยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบการทำงาน หลายองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ต่างได้พัฒนาการจัดการความผิดพลาดเชิงระบบมากกว่าการเน้นที่ตัวบุคคล

แนวคิดความผิดพลาดเชิงระบบ^{7,8} มีความเชื่อว่าความผิดพลาดของมนุษย์มีสาเหตุหลักมาจากระบบในองค์กรเกิดได้จาก 2 สาเหตุ คือ ความล้มเหลวจริง (Active failure) คือ การกระทำที่ไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ ได้แก่ ความผิดพลาดหรือพลั้งเผลอ เข้าใจผิด ละเมิดกฎหรือระเบียบปฏิบัติ มีผลกระทบในระยะสั้น สังเกตเห็นได้ชัด และความล้มเหลวแฝง (Latent failure) คือ สิ่งแฝงอยู่ในระบบและส่งผลให้เกิดผลเสียมีอยู่ 2 ประการ คือ 1) การปฏิบัติงานที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาด เช่น ภาระงานมาก แต่มีอัตรากำลังน้อยกว่าภาระงาน ความอ่อนล้า การขาดประสบการณ์และการทำงานที่ต้องแข่งกับเวลา 2) การสร้างของไหลหรือทำให้เกิดจุดอ่อนในระบบป้องกัน คงอยู่เป็นเวลานาน เช่น

การมีนโยบายที่เน้นการลงโทษเมื่อเกิดอุบัติเหตุหรืออุบัติการณ์ การมีกระบวนการทำงานที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง และการมีระบบสัญญาณเตือนหรือตัวชี้วัดที่เชื่อถือไม่ได้ เป็นต้น ดังนั้นการความผิดพลาดเชิงระบบ จึงมุ่งที่จะออกแบบป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และพยายามลดของไหล โดยพิจารณาจากปัจจัยด้านองค์การ (Organization Influence) การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Supervision) สภาพ/เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Conditions) และการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act)

หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง ในที่นี้ผู้เขียนหมายถึง ข้อผิดพลาดที่พบได้บ่อยๆ ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ แบ่งออกได้เป็น 2 ด้านด้วยกัน คือ หลุมพรางในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่พบบ่อย เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เป็นต้น และหลุมพรางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่พบบ่อย เช่น การดูดเสมหะ การจัดทำผู้ป่วย เป็นต้น

หลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังแม้ว่าอุบัติการณ์ในการเกิดภาวะแทรกซ้อนยังพบน้อยก็ตาม เพื่อป้องกันข้อผิดพลาดทางการพยาบาล ดังนั้นผู้เขียนจึงขอเสนอเกี่ยวกับข้อผิดพลาดหรือหลุมพราง (Pitfalls) การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังนี้

1. หลุมพรางในการประเมินสภาพผู้ป่วย (Pitfalls on Patient Assessments)

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะบางรายมีอาการไม่รุนแรง โดยเฉพาะในรายที่มีการบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยภายใน 24 ชั่วโมงแรก อาการไม่เปลี่ยนแปลง แพทย์มักจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อไปสังเกตอาการต่อที่บ้าน หากพยาบาล ผู้ป่วย และญาติไม่เข้าใจถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงโดยเฉพาะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ญาติต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที⁹

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ดังต่อไปนี้

1.1 การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บศีรษะ จำเป็นต้องการประเมินระดับความรู้สึกตัว⁶ ได้แก่ การรู้ตัวตอบสนองได้ (Alert) ภาวะซึม หลับตื้น โต้ตอบได้เป็นช่วงสั้นๆ (Drowsiness) ภาวะซึ่มมาก หลับลึก กระตุ้นรุนแรงจึงตอบสนอง (Stupor) และภาวะหมดสติ ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นใดๆ (Coma) การประเมินคะแนนระดับความรู้สึกตัวโดยใช้กลาสโกว์โคมาสเกล (Glasgow Coma Scale: GCS)⁴ ค่าคะแนน 3-15 คะแนน ถ้าคะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงจากเดิมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน เป็นสัญญาณเตือนบ่งบอกว่าสมองอาจเกิดการเคลื่อนที่ (Brain herniation)⁴ พยาบาลและญาติต้องสังเกต

อาการและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น

กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ใส่สายระบายน้ำออกจากโพรงสมองสู่ภายนอกร่างกาย (External Ventricular Drainage: EVD) ควรประเมินการทำงานให้มีการระบายน้ำไขสันหลังอย่างต่อเนื่อง และมีการตั้งจุดศูนย์อ้างอิง (Zero reference point) ให้อยู่ระนาบเดียวกับกึ่งกลางรูของผู้ป่วยที่อยู่ในท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ซึ่งเทียบค่าเป็นตำแหน่งที่ความดันกะโหลกศีรษะเท่ากับ 0 เซนติเมตร ในการตั้งระดับจุดหยดของสายระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมองจะอยู่เหนือรูหู 10-15 เซนติเมตร^{10,11} พยาบาลต้องตั้งจุดศูนย์อ้างอิงให้ถูกต้องเพื่อสามารถประเมินได้แม่นยำและเที่ยงตรง

1.2 การประเมินการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

การเสียความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย เกิดจากการรั่วของโปรตีนและน้ำเข้าสู่ช่องว่างระหว่างเซลล์ และเกิดการเสียหายที่ในการขับโซเดียมออกนอกเซลล์ ทำให้โซเดียมและน้ำสูงภายในเซลล์¹² ซึ่งพยาบาลต้องบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ค่าออกปกติควรอยู่ในช่วง 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ในระยะวิกฤตควรบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น อาจเกิดภาวะเบาจืด (Diabetes insipidus) เนื่องจากฮอร์โมนแอนติไดยูเรติก (Antidiuretic hormone: ADH) ลดลงจึงเกิดภาวะขาดน้ำ¹³ แต่หากร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนแอนติไดยูเรติกมากเกินไป เกิดการคั่ง

ของน้ำเกิดกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติของการหลั่งฮอร์โมนระงับการขับปัสสาวะ (Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion: SIADH) น้ำส่วนเกินเข้ามาเจือจางในหลอดเลือดทำให้ระดับเกลือแร่ต่ำ¹⁴ ดังนั้นควรประเมินอาการ แขนขา อ่อนแรง ซาตามปลายมือปลายเท้า เป็นตะคริว ชักเกร็งกระตุก ร่วมกับการประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพราะการประเมินดังกล่าวเป็นข้อมูลในการรายงานแพทย์เพื่อแก้ไขอาการต่างๆ ได้ทันเวลา

1.3 การประเมินการติดเชื้อ

การติดเชื้อในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอาจเกิดขึ้นได้ ในกรณีผู้ป่วยผ่าตัดสมองหรือมีการสอดใส่เครื่องมือเข้าไปวัดความดันในโพรงสมองโดยตรง¹⁶ ต้องประเมินอาการบวม แดง ร้อน มีของเหลวซึมบริเวณแผลผ่าตัด หรือสังเกตและบันทึกปริมาณ สี ลักษณะของน้ำไขสันหลังที่ออกมาว่าขาวขุ่น หรือมีหนอง กรณีผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจและมีอุปกรณ์ที่สอดใส่เข้าไปในร่างกายต้องประเมินสี จำนวนและลักษณะของสารคัดหลั่ง¹⁷ นอกจากนี้ควรมีการประเมินอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย¹⁸ (Systemic Inflammatory Responses: SIRS) ร่วมด้วย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอาจมีไข้ การลดไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเป็นสิ่งสำคัญ¹⁹ การลดอุณหภูมิทุก 1 องศาเซลเซียส ทำให้การเผาผลาญลดลงร้อยละ 7 ดังนั้นผู้ป่วยที่มีไข้จำเป็นต้องได้รับการเช็ดตัวลดไข้ ใช้น้ำลดไข้

หรือใช้ผ้าห่มลดอุณหภูมิ²⁰ (Hypothermic blanket)

1.4 การประเมินการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง จะมีการกำซาบของเลือดไปเลี้ยงสมอง (Cerebral perfusion pressure: CPP) ลดลง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป คลื่นไส้ อาเจียน ตาพร่ามัว อาจมองเห็นภาพซ้อน บางรายมีการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย¹⁴ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัวเพิ่มสูงขึ้น ความดันชีพจรกว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท รูปแบบการหายใจไม่สม่ำเสมอ และหายใจช้าลง และเมื่อร่างกายไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้ ความดันโลหิตจะลดลง ชีพจรช้าลง ไม่สม่ำเสมอ จนกระทั่งไม่มีชีพจร พยาบาลจะต้องเฝ้าระวังภาวะดังกล่าวข้างต้นเพื่อลดข้อผิดพลาดหรือหลุมพรางจากการประเมินการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย

1.5 การสังเกตอาการเตือนของ

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

อาการเตือนที่ควรเฝ้าระวัง¹⁹ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 40 ครั้งต่อนาที หรือ มากกว่า 130 ครั้งต่อนาที ความดันเลือดขณะหัวใจบีบตัว น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5-1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง และการประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation)

น้อยกว่าร้อยละ 95 รายงานแพทย์ทันทีหากพบอาการดังนี้¹⁹ 1) คะแนนประเมินระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน 2) สับสน กระสับกระส่าย ไม่รู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม 3) แขนขาอ่อนแรง แยกจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับ มีอาการตาพร่ามัว อาการพูดลำบาก 4) ขนาดของรูม่านตาเปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตร ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง อาจมีภาวะสมองเคลื่อน 5) ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา และ 6) ค่าความดันกะโหลกศีรษะตั้งแต่ 20 มิลลิเมตรปรอท (กรณีมีการวัดความดันในโพรงสมอง)

ดังนั้นพยาบาลจึงควรประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อ การประเมินการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย และการสังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพื่อป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดหรือหุ้มนพรางที่อาจเกิดขึ้น

2. หลุมพรางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล (Pitfalls on Nursing Practices)

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรม ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้นได้ ซึ่งขอสรุปหลุมพรางการปฏิบัติด้านการพยาบาล ดังนี้

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรก

2.1.1 กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลให้การกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลควรทำอย่างถูกต้อง โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

อ้างอิงเพื่อลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น ที่ทำให้การกำซาบออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย²¹ ได้แก่ การดูแลศีรษะ การจัดทำ การพลิกตะแคงตัว การเช็ดตัวลดไข้ การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ และการใส่สายระบายน้ำออกจากโพรงสมอง

ดังนั้นเพื่อเพิ่มการกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมอง สมองได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น¹¹ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูแลศีรษะในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ควรใช้แรงดัน 80-120 มิลลิเมตรปรอท ใช้เวลาไม่เกิน 10-15 วินาที ดูแลศีรษะไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ ก่อนและหลังการดูแลศีรษะ ควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที¹⁴ ไม่ควรบีบแอมบูแบค (Ambu bag)²² ต้องให้ออกซิเจน 100% ขนาดของสายดูแลศีรษะควรให้เหมาะสมกับผู้ป่วย⁹ หลังดูแลศีรษะควรให้ผู้ป่วยได้พักอย่างน้อย 10 นาที ค่อยจัดทำหรือพลิกตะแคงตัว²² การจัดทำนอนผู้ป่วยควรให้อยู่ในท่าศีรษะสูง 30 องศา^{11,19,23} เมื่อพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยให้ศีรษะและคออยู่ในแนวตรง ไม่ก้มบิด หรือแหงนมากเกินไปและไม่อมสะโพกมากกว่า 90 องศา^{11,19} หากผู้ป่วยมีไข้ควรเช็ดตัวลดไข้²⁰ ร่วมกับดูแลให้ยาลดไข้^{11,19,20} เช่น ยาพาราเซตามอล

2.1.2 กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่

ผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ อาจเกิดภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ต่ำ ดังนั้นพยาบาลควรสังเกตความยืดหยุ่นของผิวหนัง หมั่นสังเกตช่องปากและดูแลทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ อาการชา อ่อนแรง

ตะคริว หรือชักเกร็งกระตุก ดูแลให้สารน้ำและคำนวณอัตราการหยดของสารน้ำตามแผนการรักษา บันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออกและจำนวนสารน้ำเข้าออกจากร่างกายอย่างถูกต้องและแม่นยำ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของเกลือแร่ในร่างกาย รวมถึงความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะ

2.1.3 กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลต่อการติดเชื้อ

ภายหลังผู้ป่วยทำหัตถการหรือสอดใส่เครื่องมือเข้าไป^{15,16,17} เช่น การใส่สายระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมอง การใช้เครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ ได้แก่ การประเมินอาการไข้ บริเวณแผลมีบวม แดง ร้อน ปวดศีรษะ คอแข็ง การวัดสัญญาณชีพ การสังเกตลักษณะสี และปริมาณของสารคัดหลั่งและลงบันทึกทุก 8 ชั่วโมง การตรวจสอบสายระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมองไม่ให้เลื่อนหลุด หรือหัก พับ งอ ดูแลการทำงานให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา หากพบการรั่วซึม ให้รายงานแพทย์ทราบทันที¹¹ การทำแผลโดยยึดหลักสะอาดและปิดแผลไม่ให้สายระบายราบบนกับหนังศีรษะของผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เลื่อนหลุด หรือหัก พับ งอได้¹¹ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องยึดหลักสะอาดปราศจากเชื้อ การดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และการติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1.4 กิจกรรมการพยาบาลที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด

ผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะโดยเฉพาะระยะแรก ส่วนใหญ่จะมีความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่ง

ความเครียดของร่างกายส่งผลทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงได้เนื่องจากระบบประสาทซิมพาเทติกถูกกระตุ้น การเผาผลาญเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้เพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ในหลอดเลือดแดง เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดในสมองนำไปสู่ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง²⁴ พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะต่อการพักผ่อน ลดการทำกิจกรรมการพยาบาลที่บ่งเกินไป เช่น การดูแลหดรัดทำเมื่อจำเป็น กรณีผู้ป่วยบางรายได้รับยาบาบิตูเรทให้เฝ้าระวังสังเกตผลข้างเคียงของยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ นอกจากนั้นต้องมีการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การประคับประคองทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยการรับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึก รวมถึง ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยลดความเครียดที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและญาติได้

2.2 การพยาบาลก่อนจำหน่ายและกลับไปอยู่บ้าน

ในกรณีแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ข้อผิดพลาดที่พบบ่อย ได้แก่ การให้คำแนะนำการสังเกตอาการเลือดออกในสมองเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 24 ชั่วโมง ถึง 10 วันแรก²⁵ ซึ่งหากพบว่าการเตรียมให้ข้อมูลหรือวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยไม่ดี ผู้ป่วยอาจไม่ตระหนักถึงอาการดังกล่าว และในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือได้รับการผ่าตัด การดูแลระยะต่อเนื่องและระยะฟื้นฟูก็มีความสำคัญ ดังนั้นการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลระดับปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้

เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง พยาบาลระดับปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านในระยะแรก และระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู ซึ่งการพยาบาลเพื่อป้องกันหลุมพรางดังกล่าวมีดังนี้

2.2.1 การพยาบาลก่อนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะในระดับเล็กน้อยจะรับไว้สังเกตอาการอย่างน้อย 6-24 ชั่วโมง เมื่อครบ 24 ชั่วโมง และไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง แพทย์จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อไปสังเกตอาการต่อที่บ้าน ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยคือการให้คำแนะนำ เน้นย้ำการสังเกตอาการผิดปกติ การเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองขณะอยู่ที่บ้าน ต้องแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการผิดปกติขณะอยู่ที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยซึมลง ปลุกไม่ตื่น การมองเห็นเลวลงหรือเห็นภาพซ้อน แขน ขาอ่อนแรงกว่าเดิม มีพฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม มีเลือดหรือน้ำใสๆ ออกจากหู หรือจมูก ควรรีบมาโรงพยาบาล รวมถึงการติดตามอาการผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย 7 วัน พร้อมเบอร์ติดต่อกลับ กรณีผู้ป่วย/ญาติต้องการความช่วยเหลือ¹⁰ หากพยาบาลสามารถติดตามอาการภายหลังที่ผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องมีการส่งต่อข้อมูลในรายที่มีอาการผิดปกติมากหรือมีความเสี่ยงสูง ไปยังพยาบาลระดับปฐมภูมิ เพื่อวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เนื่องจากธรรมชาติของกลุ่มอาการจะยังคงอยู่ได้ในช่วง 7-14 วันหลังจำหน่าย²⁶ นอกจากนี้การฟื้นฟูสภาพควรทำตั้งแต่เริ่มแรก²⁶ พยาบาลระดับปฐมภูมิจึงต้องวางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยต่อไป

2.2.2 บทบาทของพยาบาลระดับปฐมภูมิในการดูแลผู้ป่วยระยะแรก

ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยมักเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือน ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หรือตาพร่ามัว เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเต็มที่ บทบาทสำคัญของพยาบาลระดับปฐมภูมิ ต้องติดตามอาการ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพภายหลังการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การฟื้นฟูสภาพโดยทั่วไป²⁶ ได้แก่ การพักผ่อน ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีกลุ่มอาการสมองกระทบกระเทือนควรพักในช่วง 24-48 ชั่วโมง โดยพักทั้งด้านร่างกาย หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหักโหม การยกของหนัก หรือกิจกรรมทางเพศ และพักการใช้ความคิดหรือการจดจ่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นเวลานานๆ เช่น การส่งข้อความ การเล่นเกม การดูทีวี การใช้คอมพิวเตอร์ การทำงาน เป็นต้น

นอกจากนี้ ภายใน 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะควรหลีกเลี่ยงการขับรถ เนื่องจากผู้ป่วยอาจยังอยู่ในระยะที่มีอาการภายหลังสมองกระทบกระเทือน ซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดอุบัติเหตุซ้ำได้ และควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสารเสพติด ซึ่งจะส่งผลต่อการเกิดกลุ่มอาการทางสมองที่ยาวนาน และรุนแรงมากขึ้น

2.2.3 บทบาทของพยาบาลระดับปฐมภูมิในการพยาบาลระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู

พยาบาลระดับปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูต่อจากการพยาบาลในระยะแรก ซึ่งการดูแลที่สำคัญมีดังนี้²³ การ

กำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เช่น การหัดเดิน การฝึกกำลังกล้ามเนื้อแขนขา การกลืน การพูด เป็นต้น ควรให้ครอบครัวและผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพ โดยร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนดูแลผู้ป่วย

ในกรณีผู้ป่วยที่มีความพิการหรือภาวะทุพพลภาพหลงเหลืออยู่ การดูแลระยะยาวมีความสำคัญอย่างยิ่ง บทบาทพยาบาลระดับปฐมภูมิ มีดังนี้²⁴ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากผลของพยาธิสภาพและความเจ็บป่วย การดูแลที่สำคัญ การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การชัก การให้ข้อมูลแหล่งทรัพยากร เช่น สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน ซึ่งสามารถไปใช้บริการในกรณีฉุกเฉิน เบอร์โทรศัพท์ในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน วางแผนในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้เกิดความสะดวก เช่น การปรับเปลี่ยนห้องน้ำให้สามารถนั่งรถเข็นเข้าไปได้ การทำทางลาดสำหรับรถเข็น ประสานการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการฟื้นฟูกระบวนการรับรู้และกระบวนการคิดให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้เครือข่ายทางสังคม จัดเตรียมแหล่งสนับสนุนทางสังคม วางแผนร่วมกันในการส่งเสริมตามความเชื่อทางศาสนาหรือด้านจิตวิญญาณที่ผู้ป่วยเลื่อมใสศรัทธา และส่งเสริมการทำงานอดิเรกที่ผู้ป่วยชอบ การทำงานและกิจกรรมตามความสามารถ การเป็นอาสาสมัครในการทำกิจกรรมที่เป็นภารกิจ เพื่อสร้างความหวัง และลดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ป้องกันการเกิดความคิดที่ว่าตนเองเป็นคนไม่มีประโยชน์ ไร้สมรรถภาพ

กรณีศึกษาผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 50 ปี อาชีพค้าขาย มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดศีรษะ ซึม แขนขาอ่อนแรงข้างขวา ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง สอบถามประวัติพบว่า 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับมอเตอร์ไซด์ล้ม ศีรษะกระแทกพื้น แต่ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลถลอกตามร่างกาย ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ได้รับยาคลายกล้ามเนื้อ และยาแก้ปวดมารับประทานที่บ้าน หลังจากนั้น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะและเหนื่อยเพลียจึงเข้านอนเวลา 15.00 น. ตื่นนอนได้เองเวลาประมาณ 16.00 น. หลังตื่นรู้สึกเวียนศีรษะ มีอาเจียนพุ่ง 1 ครั้ง แขนขาอ่อนแรงด้านขวา เดินเซ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์มีแผนการรักษาให้ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดทำการระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมองออกมาสู่ภายนอกร่างกายด้านขวาหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว E4VTM5 ขนาดของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงดี ท่อระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมองออกมาสู่ภายนอกร่างกายด้านขวาสีแดงจาง หลังผ่าตัดได้ 4 วัน ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ และแพทย์ให้ถอดสายท่อระบายน้ำไขสันหลังจากห้องสมองออกมาสู่ภายนอกร่างกายด้านขวา ในวันที่ 10 หลังการผ่าตัด และถอดท่อ

ช่วยหายใจได้ในวันที่ 14 หลังจากนั้นผู้ป่วยได้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก ไปอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท ด้วยอาการแขนขาชัก ขวออ่อนแรง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 17 หลังการผ่าตัด และนัดติดตามอาการต่อไป

การวิเคราะห์กรณีศึกษา

กรณีศึกษารายนี้หลุมพรางในพยาบาลเกิดขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเมื่อเกิดอุบัติเหตุ ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ หลุมพรางหรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นอาจจะต้องพิจารณาใน 4 ปัจจัย⁷ ดังนี้คือ

1) ปัจจัยด้านองค์การ (Organization Influence) คือ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการทำงานในองค์การที่สามารถทำให้องค์การนั้นๆ ประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ระบบและแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การจัดการทรัพยากร ในกรณีศึกษาขึ้น ต้องพิจารณาถึงแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งผู้ป่วยควรจะได้รับ การดูแลรักษาในโรงพยาบาล โดยสังเกตอาการอย่างน้อย 6-24 ชั่วโมง แต่พบว่าผู้ป่วยได้จำหน่ายกลับบ้าน และได้รับยาคลายกล้ามเนื้อและยาแก้ปวด เมื่อพิจารณาข้อผิดพลาดด้านองค์การอาจเกิดขึ้นจาก การจัดสรรทรัพยากร อัตรากำลังของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยขณะนั้นอาจไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้

2) การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Supervision) ในกรณีศึกษาขึ้นอาจ

เกิดขึ้นในกรณีที่ข้อจำกัดด้านความรู้หรือขาดประสบการณ์ของพยาบาล และไม่มีการกำกับติดตาม หรือนิเทศในการดูแลผู้ป่วยจากผู้เชี่ยวชาญ คือ การไม่มีระบบการปรึกษาหารือที่เลี้ยงนิเทศในงานที่ยากหรือซับซ้อน ทำให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ทำให้ผู้ปฏิบัติงานที่ขาดความรู้หรือประสบการณ์ไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้เช่น การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินการตอบสนองของร่างกาย ในระยะปรับตัวชดเชย การสังเกตอาการเตือนของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การขาดที่ปรึกษาหรือผู้กำกับติดตามนิเทศอาจเป็นช่องโหว่ในการทำให้เกิดข้อผิดพลาดได้

3) สภาพ/เงื่อนไขที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Conditions) ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขส่วนบุคคล หรือวิธีปฏิบัติส่วนบุคคล หรืออาจเกิดจากสถานะของผู้ป่วยเองในบางภาวะก็เสี่ยงที่จะได้รับการดูแลที่ผิดพลาดได้ ซึ่งกรณีศึกษาขึ้น ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงจากอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านความรู้หรือขาดประสบการณ์ในงานที่ทำ ความเครียด ความประมาท ละเลย หลงลืม ความง่วง และอ่อนเพลียอ่อนล้าขณะทำงาน การทำงานของพยาบาลที่มีลักษณะของการทำงานเป็นเวร เป็นกะมากกว่าการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ความสามารถในการติดตามและดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายลดลง ขาดความสมบูรณ์และต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างการส่งต่อในทีมการรักษา

4) การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act) การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ

ที่ถูกต้อง ในกรณีศึกษาว่าการกระทำที่ไม่ปลอดภัยอาจเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่เข้าใจในการประเมินระดับความรู้สึกตัว หรือการไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด ขาดการเน้นย้ำในการให้คำแนะนำการสังเกตภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง หลังจากการบาดเจ็บภายใน 6-24 ชั่วโมง และการติดตามอาการและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพราะการปฏิบัติงานหนึ่งงานที่มีผู้ร่วมทำหลายคน อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูลในการติดตามอาการของผู้ป่วยได้

การพัฒนาเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอาจทำได้โดย²⁷ พัฒนาความถูกต้องแม่นยำในการพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการพยาบาล เช่น การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ การพัฒนาการตรวจสอบระบบบริการให้มีมาตรฐาน โดยการพัฒนาแบบแผนการบริการที่ช่วยลดความผิดพลาดในขั้นตอนต่างๆ ลง เช่น มีการใช้รายการตรวจสอบเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนในขั้นตอนการบริการต่างๆ เป็นต้น การจัดเตรียมทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอในการบริการผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาระบบการประสานงานการดูแลผู้ป่วยระหว่างทีมผู้ให้บริการ ซึ่งอาจใช้การประชุมร่วมกันเพื่อหาข้อตกลงและระบบที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาได้ อีกทั้งการพัฒนาระบบการให้ความรู้กับผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของการพยาบาล ผู้ป่วยมีเวลาแค่เล็กน้อยในการรับคำแนะนำจาก

บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำไปปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน จึงควรให้ความสำคัญอย่างมากกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย อาจทำได้โดยใช้วิธีการที่มีการศึกษาว่าได้ผลดี เช่น การให้ผู้ป่วยทวนคำแนะนำนั้นให้ผู้สอนฟัง รวมถึงการเสริมสร้างความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ควรมีการวิจัยด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อนำมาใช้ในการลดความเสี่ยงในการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย

การพยาบาลที่สำคัญในผู้ป่วยรายนี้ก็คือการพยาบาลในระยะต่อเนื่องและฟื้นฟู เนื่องจากผู้ป่วยยังขาดการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง และมีแขนขาซีกขวาอ่อนแรง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับพยาบาลในระดับปฐมภูมิได้ทราบ และนำข้อมูลไปวางแผนในการให้การช่วยเหลือฟื้นฟู พยาบาลในระดับปฐมภูมิจะติดตามการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ และกำหนดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) พยาบาลต้องมีความรู้และความเข้าใจ ด้านการประเมินสภาพเรื่อง การประเมินภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การประเมินความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย การประเมินภาวะติดเชื้อ การประเมินการตอบสนองของร่างกายในระยะปรับตัวชดเชย และการสังเกตอาการเตือนของ

ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และด้านการปฏิบัติการพยาบาล เรื่อง กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งผลให้การกำซาบเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เช่น การจัดทำไม่ถูกต้อง การพลิกตะแคงตัว การดูดเสมหะที่ไม่มีประสิทธิภาพ การติดเชื้ การเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และการก่อให้เกิดภาวะเครียด จะช่วยลดข้อผิดพลาด

หรือหลุมพรางการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ส่งผลให้ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตได้ อีกทั้งสามารถส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลระดับปฐมภูมิ ในการให้การช่วยเหลือฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ

References

1. Transport Accident Management Systems (TRAMS). Accident situation on the network of the Ministry of Transport [Internet]. Ministry of Transport; 2021 [cited 2021 May 11]. Available from: <https://trams.mot.go.th/report-executive>.
2. Burton J. Countries with the most car accidents [Internet]. WorldAtlas; 2018 [cited 2021 May 11]. Available from: <https://www.worldatlas.com/articles/the-countries-with-the-most-car-accidents.html>.
3. Phuenpathom N, Srivilaikul T, editors. Clinical practice guideline for traumatic brain injury. Bangkok: Prosperous Plus; 2020.
4. Zerfoss CL. Reducing intracranial pressure in patients with traumatic brain injury. Am Nurse Today 2016; 11(10): 1-6.
5. Smith N. Intracranial Pressure Patient. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2017.
6. Pasukunthapuk N, Piyopasakul W, editors. Clinical Nursing Practice Guidelines for patient with craniotomy. Bangkok: Thanaplace; 2014.
7. Thungjaroenkul P. Systematic Management for Patient Safety Achievement. Nursing Journal 2018; 45(2): 148-56. (in Thai)
8. Reason J. Human error: models and management. British Medical Journal 2000; 320(7237): 768-70.

9. Suwanpitak W, Vipavakarn S, Prakeetavatin B. Development to clinical nursing practice guideline for patients with mild traumatic brain injury in Krabi hospital. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017; 4(2): 140-56. (in Thai)
10. Kirkman MA, Smith M. Intracranial pressure monitoring, cerebral perfusion pressure estimation, and ICP/CPP-guided therapy: a standard of care or optional extra after brain injury? *British Journal of Anaesthesia* 2014; 112(1): 35-46.
11. Prachuablarp C. Increased intracranial pressure in patients with brain pathology: A dimension of evidence-base nursing practice. *Thai Journal of Nursing Council* 2018; 33(4): 15-28. (in Thai)
12. Diringer M. Neurologic manifestations of major electrolyte abnormalities. *Handb Clin Neurol* 2017; 141: 705-13.
13. John CA, Day MW. Central Neurogenic Diabetes Insipidus, Syndrome of Inappropriate Secretion of Antidiuretic Hormone, and Cerebral Salt-Wasting Syndrome in Traumatic Brain Injury. *Critical Care Nurse* 2012; 32(2): e1-8.
14. Smith N, Gilreath-Osoff. Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion (SIADH). Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing; 2018.
15. Vyas K, Singh KM. Outcome of Cranioplasty Done within and Beyond 2 Months after Decompressive Craniectomy for Traumatic Brain Injury. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 2021; 10(10): 711-5.
16. Unda SR, Mousa H, Labagnara K, Birnbaum J, de Silva N, Wong M, et al. Gram-Negative Ventriculostomy-Associated Infections Predict Shunt Dependency in Stroke Diagnoses and Other Brain Injuries. *Operative neurosurgery (Hagerstown, Md)* 2021; 20(5): 462-8.
17. Sevdı MS, Demırgan S, Erkalp K, Akyol O, Ozcan FG, Guneyli HC, et al. Continuous Endotracheal Tube Cuff Pressure Control Decreases Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in Patients with Traumatic Brain Injury. *Journal of Investigative Surgery* 2021: 1-15. doi.org/10.1080/08941939.2021.1881190.

18. Sabet N, Soltani Z, Khaksari M. Multipotential and systemic effects of traumatic brain injury. *Journal of Neuroimmunology* 2021; 357: 1-14.
19. Rukyingcharean K, Thaikla A, Suvarnakuta P. Use of ABCs mnemonic concept in caring for patients with increased intracranial pressure. *Journal of Health Science Research* 2018; 12(Suppl): 12-9. (in Thai)
20. Wonganan U. Reducing Body Temperature in Patients with Traumatic Brain Injury, Presenting with Fever. *APHEIT Journal* 2015; 4(2): 75-82.
21. Ponglaohapun U, Wongwatunyu S, Khuwatsamrit K. Nursing Activities and Factors Related to Increased Intracranial Pressure in Head Injured Patients. *Ramathibodi Nursing Journal* 2009; 15(2): 221-32. (in Thai)
22. Thapsongsang P, Yodrak W. Endotracheal suctioning in patients with severe traumatic brain injury. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018; 38(3): 192-7. (in Thai)
23. Khiewchaum R, Wattana C. Holistic nursing of traumatic brain injury patient. *Journal of Phrapokklao Nursing College* 2017; 28(1): 129-39. (in Thai)
24. Piyahiran J. A call for knowledge and skill of caregivers for stroke patients during the covid-19 pandemic. *Journal of Public Health Nursing* 2020; 34(3): 152-63. (in Thai)
25. Abdulle AE, de Koning ME, van der Horn HJ, Scheenen ME, Roks G, Hageman G, et al. Early Predictors for Long-Term Functional Outcome after Mild Traumatic Brain Injury in Frail Elderly Patients. *J Head Trauma Rehabil* 2018; 33(6): e59-67.
26. Emeot Y. Rehabilitation post concussion syndrome in mild traumatic brain injury: Nurse's role. *Journal of Nursing Division* 2020; 47(1): 1-10. (in Thai)
27. Komonsuradej N. Patient safety in ambulatory care. *Binla Book*; 2018 [cited 2021 Aug 16]. Available from: https://meded.psu.ac.th/binla/class04/388_441/patient_safety_in_ambulatory_care/index3.html

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบัน (พ.ศ. 2563) อยู่ในระดับ วารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณาจึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนาโยบายสาธารณะ กรณี ศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์ด้วยอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 พิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง) ส่งต้นฉบับ ทาง Online ใน website ของสมาคมฯ หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียน ตามแบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อ และนามสกุล ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเรียงไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้รับผิดชอบหลัก ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ

3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้ สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่ม ตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและ ข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและ ภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ
 - 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
 - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
 - 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
 - 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วน ใดบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิภาพต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean ±Standard Deviation)	48.5±10.5		49.5 ± 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน **ระบบ Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำหรับปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ให้เสนอผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเนื้อหาอย่างน้อย 2 ท่าน พร้อมระบุ e - mail เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ รวมถึงเหตุผลในการเลือก อย่างไรก็ตามการตัดสินใจเลือกผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นอยู่กับกองบรรณาธิการและดุลยพินิจของกองบรรณาธิการในการประเมินคุณภาพบทความ

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตามประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

Journal artical

ผู้แต่ง 1 คน

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book

ผู้แต่ง 1 คน

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
 - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 2,600 บาท
 - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 3,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
 - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 7,500 บาท
 - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 8,500 บาท
3. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน (พิเศษ) 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง ท่านต้องเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

*กรณีบทความมีความยาวเกินกว่า 12 หน้า A4 (15 หน้า B5) จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท

**เริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 32 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2561 เป็นต้นไป

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงิน จำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาย่อยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ 254-2-04516-0 ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E-mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทยิจัย/บทความเรื่อง

.....
.....

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังนี้

.....โทรศัพท์.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็่นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล
สาธารณสุข

ลงชื่อ.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/ บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/ หนังสือ/ เอกสารวิชาการอื่น ๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/ บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อสกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/ บทความ ที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ

ที่อยู่

E-mail address:

โทรศัพท์ โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์ และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว