

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2565

Vol. 36, No. 1

January - April 2022

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร
4. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครุฑซ้ำในมารดาวัยรุ่น
5. ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม
6. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
7. ประสิทธิผลของการใช้บทเรียนโมเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
8. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

บทความวิชาการ

9. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ
10. การใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2565

ISSN 0857-5371

Vol. 36, No. 1

January - April 2022

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล
 2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ
 3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล

คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ	ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร. พัชรพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการ	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
รองบรรณาธิการ	ผศ.ดร.เพลินทิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละกำปั่น	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปี้ยเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
	รศ.ดร. รัชณี	สรเสรีญ	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
	รศ.ดร.พรนภา	หอมสินธุ์	มหาวิทยาลัยบูรพา
	รศ.ดร.สุลี	ทองวิเชียร	มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
	ผศ.ดร.สิริรัตน์	ลีลาจรัส	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.อารณัทธิย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.พิมพ์สุภาว	จันทะโสตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
	ผศ.ดร.นฤมล	สิงห์คง	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร. จีราภรณ์	กรรมบุตร	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

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 แขวง 3 ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์: 02 575 1791-3, โทรสาร: กต 16

เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือว่าเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนโดยเฉพาะทาง
คณะกรรมการจัดทำวารสารหรือสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วย

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ได้ดำเนินการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการด้านการพยาบาลสาธารณสุขมาเป็นปีที่ 36 โดยฉบับนี้คือ ฉบับที่ 1 ประกอบด้วยบทความวิจัยและบทความวิชาการที่มาจากผู้แต่งจากหลากหลายหน่วยงาน โดยทุกบทความเป็นบทความที่มีคุณค่า ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากกองบรรณาธิการของวารสาร และผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่าน ตามหลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ ตามประกาศ ก.พ.อ. (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564

การดำเนินงานวารสารฉบับนี้ กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของวารสาร ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการพิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการของวารสาร ตลอดจนคณะผู้วิจัยที่ช่วยกันดำเนินการจนวารสารฉบับนี้สามารถตีพิมพ์เผยแพร่ได้ตามกำหนด

วารสารฉบับที่ 1 ปีที่ 36 นี้ เป็นฉบับแรกของการดำเนินการของกองบรรณาธิการคณะนี้ โดยได้รับความช่วยเหลือ คำปรึกษา คำแนะนำจากกองบรรณาธิการคณะเดิมและคณะที่ปรึกษาของวารสารเป็นอย่างดี ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะดำเนินการจัดทำวารสารต่อไป โดยเผยแพร่ Online ผ่านระบบ ThaiJo ของวารสารและตีพิมพ์เผยแพร่ในรูปแบบรูปเล่ม การจัดการวารสารได้ดำเนินการแบบ Online ผ่านระบบ ThaiJo ทั้งหมด ซึ่งมีความโปร่งใส มีการรายงานความก้าวหน้า และเป็นไปตามมาตรฐานของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Centre: TCI)

กองบรรณาธิการขอเชิญชวนผู้ที่สนใจสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุขโดยจะได้รับเล่มวารสารปีละ 3 ฉบับ และขอเชิญชวนผู้วิจัยที่สนใจส่งบทความวิชาการ/บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ต่อไป โดยสามารถส่งบทความเข้าระบบได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/> สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ โทรศัพท์ 095-701-3182 Email: journal.thaiphn@gmail.com

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลัมพากร

หัวหน้ากองบรรณาธิการ

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

Journal of Public Health Nursing Vol.36, No.1 January - April 2022

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด	Effects of a self-efficacy enhancement program on smoking cessation behaviors of patients at risk of cardiovascular diseases	1
ภัทรา โคทนา*	Pattra Kotana*	
พัชรพร เกิดมงคล**	Pacharaporn Kerdmongkol**	
ทัศนีย์ รวิวรกุล***	Tassanee Rawiworakul***	
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ****	Kwanjai Amnatsatsue****	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ ปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและ ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน	Factors Associated to Home Visit Nurse Performance Regarding Health Center's Patients and Older Adults Home Health Care Standard	18
สุภณัฐ จันทสาร*	Supanat Chantasaro*	
ทัศนีย์ รวิวรกุล**	Tassanee Rawiworakul**	
พัชรพร เกิดมงคล***	Pacharaporn Kerdmongkol***	
ณัฐนารี เอมยงค์****	Natnaree Aimyong****	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้
ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ
เขตกรุงเทพมหานคร

Factors related to Health Literacy in
Preventing Coronavirus 2019
of Older Adults in Bangkok Metropolis

39

ธนวัฒน์ รามสุข*
ศุภลักษณ์ พันทอง**
ประภัสสร ธรรมเมธา***
นงนุช วงศ์สว่าง****
นพวรรณ ดวงจันทร์*****
ชลธิชา บุญศิริ*****
จิรกุล ครบสอน*****

Tanawat Ruamsook*
Supaluk Phunthong**
Prapassorn Thammatha***
Nongnuch Wongsawang****
Noppawan DuangJan*****
Chonticha Boonsiri*****
Chirakun Khrobsorn*****

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

Prevalence and factors related to repeat
pregnancy among adolescent mothers

53

จิราภรณ์ อนุชา*
ปาริฉัตร อารยะจารุ**
ขวัญใจ เพทายประกายเพชร***
สุภาวดี เงินยิ่ง****

Chiraporn Anucha*
Parichat Arayajaru**
Kwanjai Pataipakaipet***
Supawadee Ngoenyong****

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม	Lived Experience of Patients with Spinal Muscular Atrophy	67
สุวัฒนา เกิดม่วง*	Suwattana Kerdmuang*	
ศักดิกร สุวรรณเจริญ**	Sakdikorn Suwancharoen**	
นิจวรรณ วีรวัฒน์นอม***	Nitjawan Weerawatthanodom***	
ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ***	Tipawan Tangwongkit***	
อังศรีสา ปินิจจันทร์***	Oangrisa Pinitchan***	
ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้	Effects of Self Management Support Program on Self Management Behavior and Blood Pressure Among the Older Adults with Uncontrolled Hypertension	85
บุษยา เพชรมณี*	Bussaya Phetmanee*	
ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ**	Kwanjai Amnatsatsue**	
พัชราพร เกิดมงคล***	Pacharaporn Kerdmongkol***	
กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์****	Kamonrat Kittipimpanon****	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ประสิทธิผลของการใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิงเพื่อเตรียมความพร้อมสอบ ความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์	Effects of Using Moodle E-learning Courseware to Provide Student's Readiness for the National Nursing License Examination	102
สุดารัตน์ วงศ์จุลชาติ* พรทรัพย์ ศรีนวลนัด** ปาริฉัตร กิตติมาสกุล***	Sudarat Vongchulachat* Ponsab Srinualnad** Parichat Kittimasakun***	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุ จากอายุ	Factors Influencing Quality of Life of the Elderly with Age-Related Macular Degeneration	118
ณัฐนิช ชันหลวง* สุนีย์ ละกำป่วน** ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ***	Nattnich Kunluang* Sune Lagampan** Kwanjai Amnatsatsue***	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ

หน้า

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ	Comprehensive Geriatric Assessment in Community: Roles of Nurse Practitioner	135
--	---	-----

ลลิตา แก้ววิไล*

Lalita Kaewwilai

การใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์	Effects of cannabis use in pregnant women	153
----------------------------	--	-----

ธิติพร สุวรรณอำภา*
ทัศนีย์วรรณ พฤษาเมธานันท์**
ฐาพัชร์ลดดา เกียรติเลิศเดชา***

Thitiporn Suwanampa*
Tasaneewan Purksametanant**
Thapatlada Kiatlertdecha***

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	168
ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	175
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	176
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	177

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภัทรา โคทนา* พัชรพร เกิดมงคล**

ทัศนีย์ รวีวรกุล*** ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ****

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นหากสูบบุหรี่ร่วมด้วย การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีระยะเวลาศึกษารวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการศึกษา มีจำนวนกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 26 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้และเรียนรู้จากตัวแบบ ให้คำปรึกษารายบุคคล ติดตามทางโทรศัพท์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (p -value < 0.05) ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจออกของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง (p -value < 0.05) จากการศึกษาครั้งนี้ สรุปว่าโปรแกรมสามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ได้ การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการจัดโปรแกรมกระตุ้นช่วยเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ระยะยาว

คำสำคัญ: การเลิกบุหรี่/ สมรรถนะแห่งตน/ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

*นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of a self-efficacy enhancement program on smoking cessation behaviors of patients at risk of cardiovascular diseases

Pattra Kotana* Patcharaporn Kerdmongkol**

Tassanee Rawiworrakul*** Kwanjai Amnatsatsue****

Abstract

Patients at risk of cardiovascular diseases who smoke are at higher risk than non-smoker patients. This 8-week quasi-experimental study aimed to determine the effect of self-efficacy enhancement program on smoking cessation behaviors among patients with diabetes mellitus and hypertension who are unable to abstain from smoking in Mahasarakham Province. The participants were purposively selected and divided into the experimental group (n=24) and the comparison group (n=26). The experimental group received the self-efficacy enhancement program consisting of group education, discussion with a live model, individual counseling, and telephone follow-up, while the comparison group received usual care. Data was collected by the researcher using a questionnaire and exhaled carbon monoxide measurement at the baseline, post-test, and follow-up.

Data were analyzed using t-test and repeated measured ANOVA. It was found that after the intervention, the experimental group had higher perceived self-efficacy and smoking cessation behaviors scores, than that of the comparison group (p-value < 0.05). In addition, the exhaled carbon monoxide in the experimental group was lower than before the intervention (p-value < 0.05). The findings support that the self-efficacy enhancement program can promote smoking cessation behavior and further study should add the booster activities to sustain cessation behaviors.

Keywords: Smoking cessation/ Self-efficacy/ Patients with Cardiovascular risks

Article info: Received November 20, 2021; Revised January 28, 2022; Accepted April 22, 2022

*Graduated student in Master of Nursing Science (community nurse practitioner), Faculty of Public Health, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University, E-mail: patcharaporn.ker@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

**** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก โดยเป็นสาเหตุของการเกิดโรคร้อยละ 10 ในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด¹ ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะเป็นลำดับที่ 2 รองจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากถึง 69,590 คน² บุหรี่มีนิโคติน ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ และออกซิเดทีฟแก๊ซ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีผลต่อปัจจัยการแข็งตัวของเลือด³ ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนทั่วไป และจากการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปี ข้างหน้า พบว่าหากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร่วมด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ อันจะนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพมากขึ้น⁴

ปัจจุบันมีคลินิกเลิกบุหรี่กระจายไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศเพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องการเลิกบุหรี่เข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีสายด่วน 1600 ช่วยเลิกบุหรี่ซึ่งผู้สูบบุหรี่สามารถรับบริการได้ไม่ว่าจะอยู่สถานที่ใด ส่วนการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นจะเป็นการให้คำปรึกษาแบบกระซิบ หากผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ จะถูกส่งต่อไปรับบริการยังคลินิกเลิกบุหรี่ที่โรงพยาบาลชุมชน แต่จากการศึกษาการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

คือการติดตามผู้ป่วยให้รับบริการเลิกบุหรี่อย่างต่อเนื่อง⁵ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่านอกจากปัจจัยด้านระดับการติดนิโคตินแล้ว ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน^{5, 6, 7, 8, 9, 10} ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถเลิกบุหรี่ได้จึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อมุ่งเน้นและเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนมาเป็นหนึ่งในกิจกรรมร่วมด้วยเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้

Bandura¹¹ ได้พัฒนาแนวคิดเรื่องสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) โดยเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูงพร้อมทั้งรู้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง ก็จะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะมีพฤติกรรมใด ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ที่ยังสูบบุหรี่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พร้อมกับทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูง ประกอบกับหากเป็นการจัดบริการที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปยังคลินิกเลิกบุหรี่ แต่เป็นการจัดบริการใกล้บ้านจึงน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้มากขึ้น

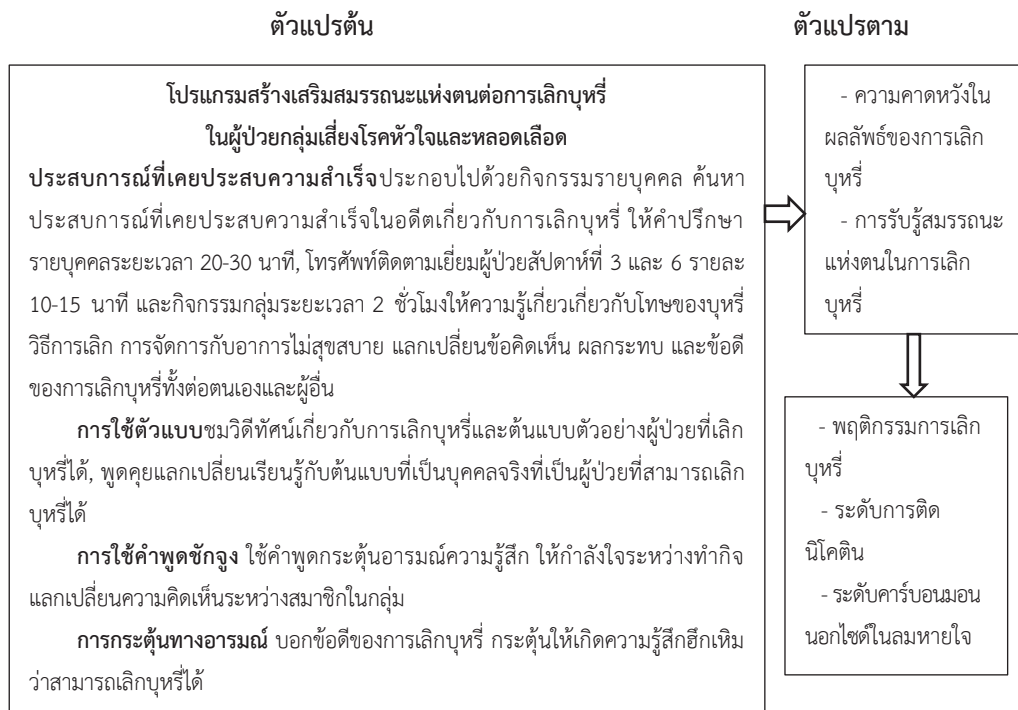
จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม เป็นจังหวัดที่มีความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมากที่สุดต่อเนื่องกัน ในเขตสุขภาพเขต 7 โดยในปี พ.ศ. 2558-2560 มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 6.51, 6.34, และ 8.61ตามลำดับ¹² จะเห็นว่าแนวโน้มของการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้มีระบบบริการเลิกบุหรี่ให้มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวทางการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระดับระดับการติดนิโคตินและระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

กรอบแนวคิดการวิจัย



สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่าก่อนการทดลองในด้าน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน มีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในด้าน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกบุหรี่ พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ ระดับการติดนิโคติน ระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบงานวิจัย เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) วัดผลก่อนหลัง การทดลองและระยะติดตามผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่สูบบุหรี่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ โดยทำการสุ่มเลือก โรงพยาบาลในอำเภอเชียงยืนจำนวน 2 ตำบล หลังจากนั้นสุ่มเลือกตำบลที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองคือ รพ.สต. ในตำบลเสื่อเฒ่า และ กลุ่มเปรียบเทียบ คือ รพ.สต. ในตำบลขามเปี้ย หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี Power analysis โดยหาค่า effect size จากการทบทวนวรรณกรรม¹³ แล้วนำมาคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตาราง¹⁴ กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (effect size 0.8) ค่าอำนาจการทดสอบ 0.08 ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างการศึกษ¹⁵ จึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 31 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่สูบบุหรี่อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วง 30 วันที่

ผ่านมา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสื่อเฒ่า และตำบลกู่ทอง อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

2. กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

มีภาวะโรครุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการศึกษาหลังจากได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับอนุมัติหนังสือรับรอง (MUPH 2019-021 ลงวันที่ 29 มกราคม 2561)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิด Self-efficacy แบ่งออกเป็น 6 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 16 ข้อ
- 2) แบบวัดระดับระดับการติดนิโคตินจำนวน 6 ข้อ
- 3) แบบวัดความคาดหวังผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ เป็นแบบวัดชนิดประมาณค่า 4 ระดับ แบบ Likert's scale จำนวน 15 ข้อ มีแนวทางการให้คะแนนได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4) แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการเลิกบุหรี่ เป็นแบบวัดชนิดประมาณค่า 5 ระดับ แบบ Likert's scale จำนวน 23 ข้อ มี แนวทางการให้คะแนนได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย

5) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ จำนวน 13 ข้อ ประกอบไปด้วยคำถามที่เกี่ยวข้องกับการหลีกเลี่ยง หรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมที่จะทำ ให้กลับไปสูบบุหรี่ การจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น ภายหลังการงดสูบบุหรี่ การลดจำนวนมวนบุหรี่ลง การไม่สูบบุหรี่ มีแนวทางการให้คะแนนคือ ทำได้ทุกครั้ง ทำได้เป็นส่วนใหญ่ ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง ทำไม่ได้เลย

6) แบบบันทึกระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ ที่วัดได้จากเครื่อง pico smokerlyzer ซึ่งเป็นวิธีที่มี sensitivity ในการตรวจอยู่ที่ 80-85% และมี Specificity อยู่ที่ 80 - 98%¹⁶

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) อาจารย์สาขาพยาบาลสาธารณสุข 3) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติและอนามัยชุมชน จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปคำนวณค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา และนำเครื่องมือไป ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 คน โดยนำ เครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ รพ.สต. ตำบล

นาทอง เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธี หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของคอนบราค ได้ค่าความ เชื่อมั่นของแบบวัดความคาดหวังในผลลัพธ์ของ การเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.79 แบบวัดการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.85 และแบบวัดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่เท่ากับ 0.83

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่ง ตนต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจาก การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่ม ทดลองจะได้รับโปรแกรมดังนี้ กิจกรรมกลุ่มใน สัปดาห์ที่ 1 ระยะเวลา 2 ชั่วโมง เป็นการให้ ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่โดยผู้วิจัย มี การสาธิตการเผาไหม้และการสูดดมควันบุหรี่เข้าสู่ ปอด มีการเปิดวิดีโอตัวอย่างผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ได้ และมีผู้ป่วยที่เป็นบุคคลจริงที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ภายหลังในชุมชนมาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์ให้ กำลังใจและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม มีการแจก ใบงานให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามถึงความ คาดหวังหรือผลลัพธ์ที่จะได้จากการเลิกบุหรี่แล้ว นำเสนอและแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม ให้กลุ่ม ตัวอย่างแลกเปลี่ยนถึงประสบการณ์การเลิกบุหรี่ ที่ผ่านมา กลุ่มทดลองจะได้รับคู่มือช่วยเลิกบุหรี่ที่ ผู้วิจัยจัดทำขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดจากการสูบบุหรี่ และความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจในผู้ป่วยที่ยังคงสูบบุหรี่ ต่อเนื่อง พิษภัยของการสูบบุหรี่ ประโยชน์ของ การเลิกบุหรี่ วิธีการจัดการกับอาการที่จะเกิดขึ้น ภายหลังหยุดสูบบุหรี่ และนอกจากนี้ยังได้รับ แบบ บันทึกการสูบบุหรี่รายวัน เป็นการบันทึกจำนวน

บุหรี และการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรีที่เกิดขึ้นโดยจะบันทึกวันละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างบันทึกในสมุดมาประกอบการให้คำปรึกษาในแต่ละราย ในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรีรายบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายโดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 เป็นการโทรศัพท์ติดตามให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ในสัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมวัดผลหลังการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้แบบสอบถามก่อนการทดลอง คู่มือช่วยเลิกบุหรี และแบบบันทึกการเลิกบุหรี

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอเขียงยืน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขามเปี้ย หนองบุญชู เสือเฒ่า และโนนสูง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยโดยสังเขปวัตถุประสงค์การวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมร่วมวิจัย จึงเซ็นชื่อในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่าง เดือน พฤศจิกายน – มีนาคม 2563 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองตามแบบสอบถาม วัดระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจโดยผู้วิจัย ในวันที่ผู้ป่วยเดินทางมารับยาตามนัดที่ รพ.สต. แต่ละแห่งตามตารางนัดหมาย โดยเก็บข้อมูลในช่วงเวลา 05.00 น – 09.00 น ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นทำการนัดหมายผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 3 และ 6 และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และระยะติดตามผลสัปดาห์ที่ 8

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) แจกแจง ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อธิบายลักษณะของประชากรและใช้สถิติ One way repeated Measure ANOVA เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศชายทั้งหมดจำนวน 50 ราย มีอาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวนครั้งของการเลิกบุหรี ระยะเวลาเฉลี่ยของการเลิกบุหรี ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่สูบบุหรีชนิดมวนเอง กลุ่มทดลองสูบบุหรีเฉลี่ย 12.41 (SD = 7.41) มวน มีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี 16.46 (SD = 4.34) ปี และกลุ่มเปรียบเทียบสูบบุหรีต่อวันเฉลี่ย 11.46 (SD = 8.20) มวน อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี 15.27 (SD = 4.70) ปี กลุ่มตัวอย่างที่เคยเลิกบุหรีมาก่อน มีสาเหตุของการเลิกบุหรีมากที่สุดคือ การเจ็บป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และ

สาเหตุที่ทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำมากที่สุดคือ การพบเห็นเพื่อน หรือ คนในครอบครัวสูบบุหรี่ และภายหลังสิ้นสุดการศึกษาในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่ม

ทดลองเลิกบุหรี่ได้จำนวน 3 ราย และในระยะติดตามผลมีผู้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ 1 ราย

Table 1 Comparison of the difference in outcome variables within the experimental group and comparison group by one-way repeated measure ANOVA.

Variable	SS	df	MS	F	p-value
Perceived outcome expectancy					
experimental group					
time	2864.333	1.30	2202.594	19.299	<0.001* ^a
Error(time)	3413.667	29.910	114.131		
comparison group					
time	470.795	2	253.397	3.681	0.032* ^b
Error(time)	3197.872	50	63.975		
Perceived self-efficacy of smoking cessation					
experimental group					
time	10363.028	1.365	7593.910	8.637	0.003*
Error(time)	27596.306	31.387	879.229		
comparison group					
time	1110.338	1.240	895.486	2.987	0.086
Error(time)	9293.667	30.998	299.814		
smoking cessation behavior					
experimental group					
time	4407.111	2	2203.556	34.743	<.001* ^b
Error(time)	2917.556	46	63.425		
comparison group					
time	500.795	2	250.397	5.691	.006* ^b
Error(time)	2199.872	50	43.977		
Nicotine dependent level					
experimental group					
time	3.111	2	1.556	2.421	0.100 ^b
Error(time)	29.556	46	0.643		

Variable	SS	df	MS	F	p-value
comparison group					
time	1.462	1.593	0.917	2.513	0.104 ^a
Error(time)	14.538	39.836	0.365		
Exhaled carbon monoxide level					
experimental group					
time	1797.028	1.134	1585.26	5.815	0.020 ^a
Error(time)	7107.639	26.072	272.611		
comparison group					
time	84.538	2	42.269	0.862	0.428 ^b
Error(time)	2450.795	50	49.016		

* = p-value <.05, ^a = Greenhouse-Geisser, ^b = sphericity Assumed

Table 2 Comparison of the differences in outcome variables within the experimental group and comparison group by Bonferroni.

	experimental group		comparison group	
	Mean Difference	p-value	Mean Difference	p-value
Perceived outcome expectancy				
Post-test – Baseline	13.17	<0.001	4.81	0.20
Follow up – Baseline	13.58	<0.001	-0.73	1.00
Follow up – Post-test	0.42	1.00	-5.54	0.012*
Perceived self-efficacy				
Post-test – Baseline	28.88	0.005*	7.27	0.219
Follow up – Baseline	19.17	0.093	-1.31	1.000
Follow up – Post-test	-9.71	0.070	-8.58	0.001*
smoking cessation behavior				
Post-test – Baseline	19.00	< .001*	6.19	0.014*
Follow up – Baseline	11.67	< .001*	2.73	0.565
Follow up – Post-test	-7.33	< .021*	-3.46	0.073

	experimental group		comparison group	
	Mean Difference	p-value	Mean Difference	p-value
Nicotine dependent level				
Post-test – Baseline	-0.17	1.00	0.04	1.000
Follow up – Baseline	-0.50	0.059	0.31	0.310
Follow up – Post-test	-0.33	0.525	0.27	0.096
Exhaled CO level				
Post-test – Baseline	-12.21	0.015*	-1.81	1.000
Follow up – Baseline	-6.83	0.450	-2.46	0.779
Follow up – Post-test	5.38	0.003*	-0.65	1.000

*p-value < 0.05

Table 3 Comparison of mean scores of outcome variables between the experimental group and comparison group at Baseline, Post-test, and Follow up.

	experimental group (n = 24)		comparison group (n = 26)		t	df	p- value
	Mean	SD	Mean	SD			
Perceived outcome expectancy							
Baseline	38.30	10.92	40.96	10.75	0.87	48	0.388
Post-test	51.46	9.32	45.77	9.64	-2.12	48	0.039*
Follow up	51.88	11.10	40.23	7.61	-4.36	48	<.001*
Perceived self-Efficacy							
Baseline	54.50	35.10	63.73	20.31	1.149	48	0.256
Post-test	83.36	18.96	71.00	20.66	2.201	48	0.033*
Follow up	73.67	24.95	62.42	21.10	1.725	48	0.091
Smoking cessation behavior							
Baseline	14.83	2.30	17.15	7.70	1.47	29.75	0.153
Post-test	33.83	9.31	23.35	8.17	4.24	48	<.001*
Follow up	26.50	12.87	19.88	7.89	2.21	48	0.032*

	experimental group (n = 24)		comparison group (n = 26)		t	df	p- value
	Mean	SD	Mean	SD			
Nicotine dependent level							
Baseline	2.75	2.33	2.73	1.91	0.032	48	0.96
Post-test	2.583	2.34	2.77	1.86	0.309	43.94	0.76
Follow up	2.250	2.49	3.04	1.89	1.255	42.79	0.22
Exhaled CO level							
Baseline	21.75	23.29	21.96	8.57	0.004	28.70	0.967
Post-test	9.55	9.89	20.15	8.95	3.981	48	<.001*
Follow up	14.92	13.30	19.50	6.61	1.524	33.08	0.137

*p-value < 0.05

ผลของโปรแกรมต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายคู่ในแต่ละช่วงเวลาพบว่า หลังทดลอง-ก่อนการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เช่นเดียวกับระยะติดตามผล-ก่อนการทดลอง (p-value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.039) เช่นเดียวกับในระยะติดตามผล (p-value < 0.001)

ผลของโปรแกรมต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ ระยะหลังการทดลอง ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.003) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาพบว่า หลังการทดลอง-ก่อนทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.005) แต่ระยะติดตามผล-ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.093) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ในระยะหลังการทดลอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.033) แต่ในระยะติดตามผลไม่มีความแตกต่างกัน (p-value = 0.091)

ผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละช่วงเวลาพบว่า หลังการทดลอง-ก่อนทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับ ระยะติดตาม-ก่อนการทดลอง ($p\text{-value} < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ในระยะหลังการทดลอง พฤติกรรมการเลิกบุหรี่ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และในระยะติดตามผลพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.032$)

ผลของโปรแกรมต่อระดับการตัดสินใจ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับการตัดสินใจ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.10$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ ในแต่ละช่วงเวลา หลังการทดลอง - ก่อนการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับใน ระยะติดตามผล-ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ในระยะหลังการทดลอง ระดับการตัดสินใจ ไม่มีความแตกต่างกัน เช่นเดียวกับในระยะติดตามผล

ผลของโปรแกรมต่อระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.02$) และเมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ภายในแต่ละช่วงเวลาพบว่า ในระยะหลังการทดลอง-ระยะก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.02$) ส่วนในระยะติดตามผล-ก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ ในระยะหลังการทดลอง ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) แต่ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างกัน

สรุปและอภิปรายผล

ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่แบบปกติ เพราะโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นประกอบไปด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีของการเลิกบุหรี่ และความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการสูบบุหรี่ และการให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึง ข้อดีข้อเสียของการเลิกบุหรี่ มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นภายในกลุ่ม ซึ่งเป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีความคาดหวังต่อการบุหรี่ยังจะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยด้านความคาดหวังในผลลัพธ์

ของการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองทั้งในระยะก่อนการทดลองและภายหลังการทดลอง มีความแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่ามีความเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองทั้ง 2 ช่วงเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ อังคนา วนาอุปถัมภ์มณฑา เก่งการพาณิชย์, ธีราดล เก่งการพาณิชย์, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย¹⁷ ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยวัณโรค

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการเลิกบุหรี่

จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่มากกว่าการให้คำแนะนำแบบปกติ โดยกิจกรรมที่กลุ่มทดลองนั้นประกอบไปด้วย การใช้ตัวแบบ (Modeling) ทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง และตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ที่จะทำตาม ผู้วิจัยยังมีการใช้คำพูดชักจูงโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในตนเองให้กำลังใจแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และให้กำลังใจในความพยายามที่จะลดจำนวนวันสูบบุหรี่สูบต่อวันลง เมื่อเข้ารับการรักษาและสร้างแรงจูงใจรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2 ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองในหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรัชพร กลิ่นประทุมและคณะ¹⁸ ที่ทำการศึกษาลงมือของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตน

ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ

พฤติกรรมการเลิกบุหรี่

จากการทดลอง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นประกอบไปด้วยกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และโทษของการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นหากยังคงสูบบุหรี่ต่อไป รวมถึงอันตรายต่อผู้อื่นด้วย ซึ่งเป็นการสร้างและเพิ่มความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ และยังได้เห็นตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับตนเองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ และวิธีที่ค้นพบตัวแบบที่เลิกบุหรี่เกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ในการนำวิธีการที่ตัวแบบทำมาใช้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการกระตุ้นอารมณ์ความรู้สึก และเสริมสร้างการรับรู้ประสบการณ์แห่งความสำเร็จที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสามารถลดจำนวนวันสูบบุหรี่ลงได้ในแต่ละครั้งที่มีการติดตาม ดังนั้นเมื่อก่อนการทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น ทราบว่าตนเองต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อช่วยให้เลิกบุหรี่ และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกบุหรี่ เป็นผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลอง และระยะติดตามผล

ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ คอ ลิต ครูนันท์ และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่นเดียวกันกับการศึกษา ของ พิรุณพร ประเสริฐ และสุนิดา ปรีชาวงศ์¹⁹ ที่ ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดที่มารับบริการในคลินิก เลิกบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ วาริศา แยม ศรี, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล, และ อรสา พันธรักดี²⁰ พบว่า มีระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้งในระยะหลังการ ทดลอง และระยะติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญ

ระดับก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจ

การวัดระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ใน ลมหายใจนั้น เป็นวิธีการยืนยันถึงการหยุดสูบ บุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการวัดระดับ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจทั้งหมด 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามผล หลังจากนั้นมีการแปลผลให้แก่ กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนทราบ ผู้วิจัยอธิบาย ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณก๊าซกับการสูบบุหรี่ แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ จากผลการทดลอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้าง เสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ โดยกลุ่ม ทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการเลิก บุหรี่ที่สูงกว่า จำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นผลทำให้ระดับ คาร์บอนมอนนอกไซด์ในลมหายใจของกลุ่ม ทดลองในระยะหลังการทดลองน้อยกว่าในระยะ ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-}$

$\text{value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนะวัฒน์ รวมสุข¹⁵ ที่ทำการศึกษาลผลของ โปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคาร์บอนมอนนอกไซด์ในลม หายใจในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการ ทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระดับการ ติดนิโคตินได้เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบ ปกติ โดยพบว่าในระยะก่อนและหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของระดับการติดนิโคตินไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากทั้งกลุ่มตัวอย่างและ กลุ่มเปรียบเทียบมีจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อ วันไม่แตกต่างกัน โดยในระยะก่อนการทดลองนั้น กลุ่มทดลองสูบบุหรี่เฉลี่ย 12.42 มวน ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบสูบบุหรี่เฉลี่ย 11.46 มวน หาก พิจารณาจากคำตอบในแบบวัดระดับระดับการติด นิโคตินจะพบว่าคะแนนจากการตอบคำถามข้อนี้ อยู่ที่ 1 คะแนนเช่นเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่าง สามารถควบคุมตนเองในการไม่สูบบุหรี่เช่นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ อีกทั้งเมื่อ เจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลก็จะหยุดสูบบุหรี่ได้ เนื่องจากเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ จึงทำให้คะแนน ระดับระดับการติดนิโคตินไม่แตกต่างกัน

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่ออกแบบ โปรแกรมตามแนวคิด Self-efficacy theory¹¹ ซึ่ง เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลการวิจัยที่ได้เกิดจากการได้รับกิจกรรมที่มี แนวคิดทฤษฎีเป็นฐาน

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง เป็นช่วงเก็บเกี่ยวผลผลิตของเกษตรกรในพื้นที่ โดยเฉพาะข้าว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษาครั้งนี้มีอาชีพเกษตรกร ทำให้ไม่สามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมกิจกรรมได้บางรายซึ่งอาจมีผลต่อการวิเคราะห์ผลการทดลอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่ติดนิโคตินในระดับน้อย โดยมีการสูบบุหรี่เฉลี่ย

ประมาณ 12 มวนต่อวัน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมสามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเลิกบุหรี่ได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ออกไปใช้กับผู้ที่มีการสูบบุหรี่ต่อวันจำนวนไม่มาก หรือใช้กับผู้ที่มีระดับการติดนิโคตินในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การจัดโปรแกรมในการช่วยเลิกบุหรี่ครั้งต่อไป ควรมีการจัดโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูราร่วมกับการเลิกบุหรี่ร่วมด้วย

References

1. World Heart Federation. Cardiovascular risk factor [internet] 2017 [cite 2018 August 10] Available from <https://www.world-heart-federation.org/resources/risk-factors/>
2. Pitayarangar S, Pankrajang P, Prechawong S. A situation of tobacco control in Thailand 2014. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; 2014.
3. Ceass T, Parsons CL. Addressing Tobacco Dependence Through a Nurse-driven Tobacco Intervention Protocol. Nurs Clin North Am 2015; 50(4): 725–34.
4. Clair C, Meigs JB, Rigotti NA. Smoking behavior among US adults with diabetes or Impair fasting glucose. Am J Med 2013; 126(6): 15-8.
5. Imnamkhao S. Behavioral patterns of smokers at the smoking cessation clinic in Mahasarakham. Journal of Nursing Division 2012; 39(3): 7-20. (in Thai)
6. Dongpho P, Ua-kit N. Predicting factors of smoking cessation among patients with coronary artery disease a Thammasat university hospital. TMJ 2018; 18(1): 40-50. (in Thai)
7. Karom N, Prechawong S. Predictors of short - term smoking cessation among patients with chronic

- disease. *Nurs J* 2015; 42(1): 1-11. (in Thai)
8. Rattanapan C, Khiewyoo J, Raiviboo S, Anuri I. The relationship between smoke-free workplaces and success in smoking cessation among patients with chronic disease in Mahasarakham province. *J Public Health* 2014; 44 (3): 300-12. (in Thai)
9. Rumkhuan C, Khuwatsamrit K, Panpakdee O. Factors related to smoking cessation behavior among patients after coronary artery bypass graft. *Thai J Cardio-Thorac Nurs* 2016; 27(2): 2-16. (in Thai)
10. Sangkeaw R, Hormsin P, Srisuriyawet R. Factors associated with intension to smoking cessation among male people with chronic disease. Choburi: Master of nursing thesis Burapa University; 2016.
11. Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall; 1997.
12. hdcservice.moph.go.th [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th>
13. Kurunun K, Manasurakarn J, Thaniwattananon P. The effect of intergrade program of behavior modification with self-efficacy on smoking cessation behaviors and self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *SCNJ* 2018; 5(1): 47-61. (in Thai)
14. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: principles and methods* (3th) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1967. p.448.
15. Ruamsook T, Kalumplakorn S, Rawiworrakul T. The effect of smoking cessation program by applying the protection motivation theory in patients with hypertension. *Thai J Nurs* 2018; 67(1): 1-10. (in Thai)
16. Covita. *piCO+ Smokerlyzer: operating manual*. New Jersey: Haddonfield; 2011.
17. Wanauppatum A, Kengganpanich M, Kengganpanich T, Termsirikunchai L. The effect of the stage of change and social support applied to a smoking cessation program among TB patients. *Journal of tobacco control (Thailand)* 2008; 2(2): 41-55. (in Thai)
18. Kleepatum P, Benjakul S, Kengganpanich M, Kengganpanich T. Effect of smoking cessation

- program for smokers at Bangkeaw subdistrict, Muangangthong district, Angthong province. Veridian E-journal, Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(4): 30-43. (in Thai)
19. Prasert P, Prechawong S. Effect of intensive smoking cessation counseling and promoting walking exercise program on quit smoking behavior in chronic ill patients, smoking cessation clinic. Bangkok: Master of Nursing thesis, Chulalongkorn University; 2014.
20. Yamsri W, Maneesriwongkul W, Panpakdee O. The Effects of a Motivational Interviewing on Smoking Behavior in persons at risk for coronary heart disease. J Pub Health Nurse 2013; 27(3): 41-57. (in Thai)

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน

สุกัญญา จันทสโร* ทศนีย์ รวีวรกุล**

พัชรพร เกิดมงคล*** ณัฐนารี เอมยงค์****

บทคัดย่อ

การพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 251 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ส่วนโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ และการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.88-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์และสถิติถดถอยโลจิสติกส์ทวิ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับรู้มาตรฐานการปฏิบัติงาน ปัจจัยสถานการณ์ด้านนโยบายองค์กร ด้านการฝึกอบรมเพิ่มเติม การนิเทศงาน และการะงัน ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้มีการ การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานใหม่ การฟื้นฟูความรู้และทักษะ การนิเทศงาน การกำหนดนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องมาตรการหรือแนวทางในการป้องกันหรือจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ การจัดสรรอัตรากำลังให้เหมาะสมกับจำนวนประชากรของกรุงเทพมหานคร

คำสำคัญ: มาตรฐานการปฏิบัติงาน/ พยาบาลเยี่ยมบ้าน/ การดูแลที่บ้าน

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail:tassanee.raw@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Associated to Home Visit Nurse Performance Regarding Health Center's Patients and Older Adults Home Health Care Standard

Supanat Chantasaro* Tassanee Rawiworrakul**

Patcharaporn Kerdmongkol*** Natnaree Aimyong****

Abstract

Providing quality nursing care in accordance with the established standards will enable a better quality of life. This analytical cross-sectional study aimed to examine factors associated to home visit nurse performance based on the standard of home care for dependent patients and elderly people at home. Two hundred fifty-one home visit nurses of the Public Health Center, Health Department, Bangkok Metropolitan were invited into the study. Data were collected using a three-part questionnaire created by the researcher from a literature review which consists of personal factors, situational factors, and the performance of home visit nurses with the Cronbach's alpha between 0.88-1.00. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square, and binary logistic regression statistics were employed for data analyses. Results revealed that the performance of home visit nurses was at a high level. The personal factor significantly associated to home visit nurse performance was perceived standard of performance. While the situational factors relating to the performance were organizational policy, additional training, supervision, and workload ($p < 0.05$).

Research recommendations include providing training for new home visit nurses, additional training for current nurses, supervision, written policy on risk prevention and management, and manpower management appropriate for the population in each community of Bangkok Metropolitan.

Keywords: Standard of Practice/ Home Visiting Nurse/ Home Health Care

Article info: Received November 29, 2021; Revised March 3, 2022; Accepted April 25, 2022

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand.

** Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail:tassanee.raw@mahidol.ac.th

*** Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**** Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาระพึ่งพิงจากความเสื่อมสภาพของร่างกายและจากโรคภัยไข้เจ็บที่ทำให้เกิดความพิการต่าง ๆ ซึ่งมีผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สถิติของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรับส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ด้วยโรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้นจาก 7,423 รายใน พ.ศ. 2553 เป็น 67,271 รายใน พ.ศ. 2561 โดยเป็นผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.30 และ 67.62 ตามลำดับ¹ ดังนั้น การนำกลยุทธ์การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านเพื่อเชื่อมโยงกระบวนการด้านการพยาบาลจากโรงพยาบาลมายังชุมชนและครอบครัว และพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุของครอบครัว จะช่วยลดระยะเวลาอนรรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อผู้ป่วยได้อยู่กับครอบครัวมากขึ้น

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านนั้นมีหลายอย่าง อาทิเช่น การประเมินภาวะสุขภาพของประชากร จัดการดูแลสุขภาพทั้งในคนปกติ เสี่ยงต่อโรค และป่วยเป็นโรค เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำการส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ฯลฯ การเยี่ยมบ้านและการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนั้นเป็นหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมการให้บริการด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ผู้สูงอายุและครอบครัวให้เหมาะสมกับปัญหาความต้องการ

และสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยครอบคลุมการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านนั้นจะต้องมีมาตรฐานเพื่อการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันและได้คุณภาพของการพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลจึงแสดงถึงบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติการพยาบาล กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. ได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลเมื่อ พ.ศ. 2545 และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. 2559 ได้จัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านจำนวน 12 มาตรฐาน ได้แก่ นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและให้ความรู้ด้านภาวะสุขภาพ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาล และการประสานงานและระบบการส่งต่อ เพื่อให้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ถูกส่งต่อมาให้ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย ได้รับการจัดการดูแลต่อที่บ้าน เป็นการประกันคุณภาพการพยาบาลให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานการพยาบาลระดับศูนย์บริการสาธารณสุข และกองการพยาบาลสาธารณสุขของสำนักอนามัยปีละ 1 ครั้ง จาก การสอบถามหัวหน้าพยาบาลและพยาบาลผู้ตรวจการที่ทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจและประเมิน

คุณภาพพบว่ามีประเด็นที่ต้องปรับปรุง เช่น การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการแพทย์ การบันทึกทางการแพทย์ เป็นต้นและการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนการตรวจประเมินมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2561 พบว่า แม้จะมีการตรวจประเมินการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และมีคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานยังมีมาตรฐานที่มีผลการประเมินในระดับน้อยและปานกลาง เช่น การคุ้มครองภาวะสุขภาพ ทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน การวินิจฉัยทางการแพทย์ การบันทึกทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในการปฏิบัติงานให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายแต่ละครั้ง ย่อมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการทำงานที่ซับซ้อน ต้องนำองค์ความรู้ในหลาย ๆ ด้านมาใช้ประกอบการทำงาน อีกทั้งเป็นการกระทำที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง ต้องผ่านการวิเคราะห์อย่างรอบคอบระมัดระวัง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้นจึงน่าจะมีความเกี่ยวข้องและส่งผลต่อการประมวลผลความคิดและการตัดสินใจลงมือปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านให้ได้ครบถ้วนตามที่มาตรฐานกำหนด

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลหลากหลายปัจจัยแตกต่างกัน แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สังกัดสำนักอนามัยกรุงเทพฯ หลังการประกาศใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่

บ้าน ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามบริบทของศูนย์บริการสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพฯ มาศึกษาตามแนวคิดของ Mc Cormick และ Ilgen² ที่ว่าการปฏิบัติงานของบุคคลให้ได้ผลสำเร็จได้ดีเพียงใดขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสถานการณ์ โดยอธิบายว่า ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นลักษณะที่แสดงความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน และส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ส่วนปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอกของตัวบุคคลหรือเงื่อนไขเหตุการณ์ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงาน ซึ่งการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการลดปัจจัยที่เป็นปัญหาและอุปสรรค ส่งเสริมปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน³ เพื่อให้ผลการประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ได้ในระดับดีขึ้นตามเป้าหมายทั้งในเรื่องความสามารถการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพึงพอใจในการให้บริการของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลที่บ้าน รวมทั้งจะได้ทราบถึงระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่กำหนด เพื่อสนับสนุนเป้าหมายขององค์กรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล อันจะนำมาซึ่งผลสำเร็จขององค์กรนั้น⁴

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์ กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

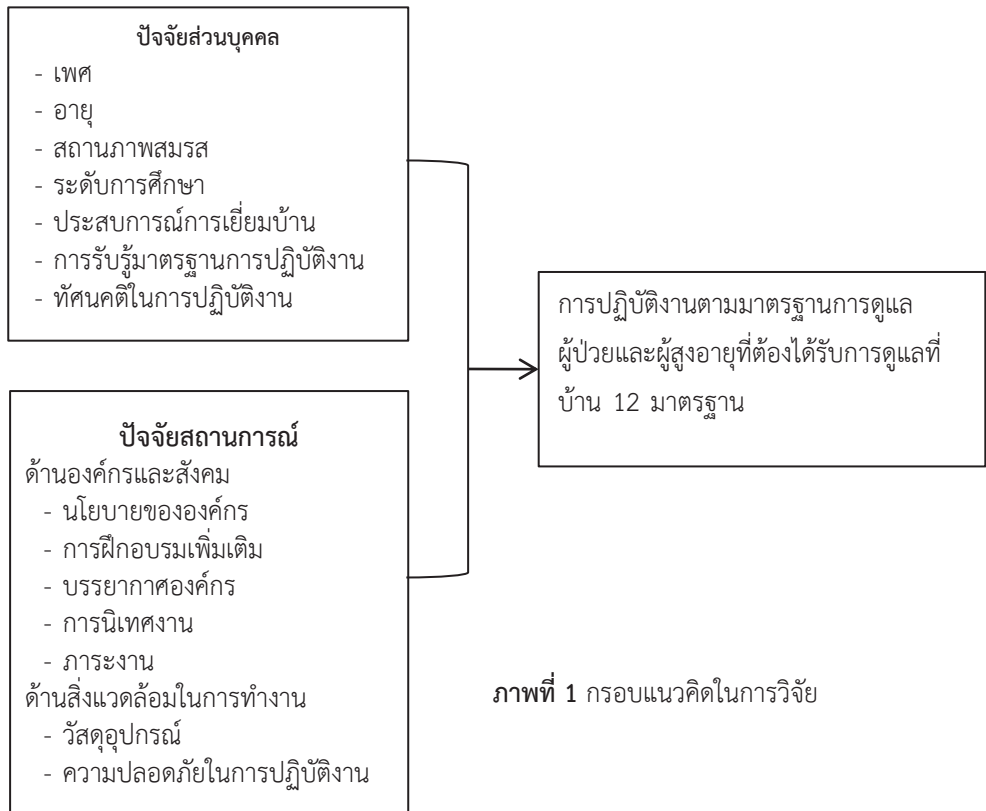
สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การรับรู้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน และทัศนคติในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. ปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคม ได้แก่ นโยบายขององค์กร การฝึกอบรมเพิ่มเติม บรรยากาศองค์กร การนิเทศงาน ภาระงาน และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความเกี่ยวเนื่องทั้งปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ประสบการณ์การศึกษา การฝึกอบรม การรับรู้ ระยะเวลาในการทำงาน) และปัจจัยด้านสถานการณ์แวดล้อม (บรรยากาศองค์กร นโยบาย เครื่องมือ จำนวนผู้ป่วย)^{5,6,7,8} ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานตามแนวคิดของ McCormick และ Ilgen โดยผู้วิจัยเลือกตัวแปรอิสระด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์การเยี่ยมบ้าน การรับรู้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ทัศนคติในการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคม ได้แก่ นโยบายขององค์กร การฝึกอบรมเพิ่มเติม บรรยากาศองค์กร การนิเทศงาน ภาระงาน และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์ ความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และตัวแปรตาม ได้แก่ การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. จำนวน 12 มาตรฐาน⁹



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive cross-sectional Study)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์ บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. 68 แห่ง จำนวน 405 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม. ในปี พ.ศ. 2563 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือต้องปฏิบัติหน้าที่เยี่ยมบ้านมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เป็นเพศชายหรือหญิงมีอายุ 22 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย

และมีเกณฑ์คัดออกคือพยาบาลเยี่ยมบ้านที่ไม่ได้ปฏิบัติงานระหว่างเก็บข้อมูลเนื่องจากอยู่ในระหว่างการลา เช่น ลาคลอดบุตร ลาศึกษาต่อ ลาป่วยเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือขาดการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านติดต่อกันในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daneil และ Cross¹⁰ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 198 คน และได้เพิ่มจำนวนในการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามอีกร้อยละ 20¹¹ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวนเท่ากับ 251 คน โดยสุ่มเลือกศูนย์บริการสาธารณสุขตามกลุ่มเขตทั้งหมด 6 กลุ่มเขตจำนวน 50 แห่ง และไม่ใส่กลับคืนด้วยวิธีสุ่มเลือกแบบอย่างง่าย (Simple random sampling)

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเพื่อส่งแบบสอบถาม ทั้งหมด 3 ครั้ง โดยสุ่มครั้งที่ 1 ส่งแบบสอบถาม 250 ฉบับ ให้กลุ่มตัวอย่าง 50 ศูนย์บริการสาธารณสุข แห่งละ 5 คน ได้รับคืน 211 ฉบับ สุ่มครั้งที่ 2 ส่ง 40 ฉบับ ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขอีก 8 แห่ง ได้รับคืน 15 ฉบับ สุ่มครั้งที่ 3 ส่ง 25 ฉบับ ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุขที่เหลืออีก 5 แห่ง ได้รับคืน 20 ฉบับ และมีแบบสอบถามที่ส่งกลับล่าช้าหลังการสุ่มไปแล้ว 3 ครั้งอีกจำนวน 5 ฉบับซึ่งมีความสมบูรณ์ทั้งหมด รวมตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม และสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 251 คน (ร้อยละ 79.7)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำและตัวเลือก 1.2) ข้อคำถามด้านการรับรู้มาตรฐานการปฏิบัติงาน การพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 14-56 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และ 1.3) ข้อคำถามด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 7-28 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์ ประกอบด้วย 2.1) ข้อคำถามด้านองค์กรและสังคม ได้แก่ นโยบายองค์กร การ

ฝึกอบรมเพิ่มเติม บรรยากาศขององค์กร การนิเทศงาน และภาระงาน จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 18-72 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย และ 2.2) ข้อคำถามด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ได้แก่ วัสดุอุปกรณ์และความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 8-32 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติงาน

ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน 12 มาตรฐาน จำนวน 48 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนน 48-192 คะแนน โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุมเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ด้านการรับรู้มาตรฐานการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน และด้านทัศนคติในการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.98 และ 1.00 แบบสอบถามปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน มีค่า CVI เท่ากับ 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ และแบบสอบถามการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการ

ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน
มีค่า CVI เท่ากับ 0.97

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ
โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้ (Try
out) กับพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์หรือ
มีหน้าที่ในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของ
ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้สุ่มเลือกเป็นกลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าสัม
ประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถาม
ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับรู้มาตรฐานการ
ปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้อง
ได้รับการดูแลที่บ้าน ด้านทัศนคติในการ
ปฏิบัติงาน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และ
0.86 ปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคมราย
ด้าน ได้แก่ นโยบายองค์กร การฝึกอบรมเพิ่มเติม
บรรยากาศองค์กร การนิเทศงาน ภาระงาน มีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ,0.89, 0.89, 0.94 และ
0.86 ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานรายด้าน ได้แก่
วัสดุอุปกรณ์ ความปลอดภัยในการทำงาน มีค่า
ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ
และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย
และผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน 12
มาตรฐาน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ทีมการ
ดูแลสุขภาพที่บ้าน การประเมินภาวะสุขภาพ การ
วินิจฉัยปัญหาการพยาบาล การวางแผนการ
พยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผล
การพยาบาล การคุ้มครองภาวะสุขภาพ การให้
ข้อมูลและให้ความรู้ด้านภาวะสุขภาพ การพิทักษ์
สิทธิผู้ป่วย การบันทึกทางการพยาบาล และการ
ประสานงานและระบบการส่งต่อ มีค่าความ
เชื่อมั่น ระหว่าง 0.76 ถึง 0.98

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการรับรอง

จริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสาร
เลขที่ MUPH 2019-026 ลงวันที่ 7 กุมภาพันธ์
2562 และเอกสารรับรองจากคณะกรรมการวิจัย
ในมนุษย์กรุงเทพมหานคร เลขที่ U027h/62 ลง
วันที่ 16 มกราคม 2563 ก่อนดำเนินการเก็บ
ข้อมูล โดยแบบสอบถามทุกฉบับไม่เปิดเผย
แหล่งที่มาเป็นรายบุคคล การส่งและรับ
แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการผ่านทาง
ช่องรับ-ส่งเอกสาร (ช่องนกกระจอก) ของสำนัก
อนามัย และใส่ซองแยกเป็นรายบุคคล หลังจาก
ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลการพิทักษ์สิทธิ และ
ตกลงยินยอมร่วมการวิจัยแล้ว จึงให้ลงนาม
ยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมด
ถือเป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษา
หลักวิทยานิพนธ์เท่านั้น และจะถูกทำลายเมื่อ
สิ้นสุดการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอสิ้นสุดการ
ตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลาผ่านทางอีเมลหรือ
ทางโทรศัพท์ของผู้วิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเมื่อโครงการวิจัยผ่าน
การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย
มหิดล และคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์
กรุงเทพมหานคร โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บ
ข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย จัดส่งผ่านสำนักอนามัย
ไปยังศูนย์บริการสาธารณสุข เมื่อได้รับหนังสือ
อนุญาตให้เก็บข้อมูล จึงติดต่อประสานงานกับ

หัวหน้าพยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขของทั้ง 6 กลุ่มเขต ก่อนส่งแบบสอบถามผ่านและรับกลับทางช่องนกรระจอกของสำนักอนามัย ซึ่งเป็นช่องทางเครือข่ายในการนำส่งเอกสารของศูนย์บริการสาธารณสุขขนาดใหญ่แบ่งตามโซนพื้นที่รวม 6 กลุ่มเขต ตั้งอยู่ในบริเวณที่ทำการสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร โดยแต่ละกลุ่มเขตจะมีศูนย์บริการสาธารณสุขที่เป็นแม่ข่ายดูแลจำนวนกลุ่มเขตละ 1 ศูนย์ฯ เมื่อเจ้าหน้าที่ของศูนย์แม่ข่ายเข้าไปรับเอกสารแล้ว เอกสารจะถูกทำการแยกใส่ในช่องเอกสารย่อยตามศูนย์บริการสาธารณสุขที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบภายในศูนย์แม่ข่าย และจะมีเจ้าหน้าที่แต่ละศูนย์ฯ ที่เป็นลูกข่ายเข้าไปรับเอกสารที่ศูนย์แม่ข่ายและนำส่งกลับโดยวิธีเดียวกัน ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างเพื่อส่งแบบสอบถาม 3 ครั้ง จำนวน 315 ฉบับ ระยะเวลาการติดตามทั้ง 3 ครั้งโดยรวมประมาณ 12 สัปดาห์ (เดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2563) ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งหมดจำนวน 268 ฉบับ มีแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ครบถ้วนจำนวน 251 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 79.7 ของแบบสอบถามที่ส่งไปทั้งหมด

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสถานการณ์และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมกับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน โดยใช้สถิติไค์สแควร์ และสถิติถดถอยโลจิสติกส์ทวิหลังผ่าน

ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 251 คน เป็นเพศหญิง 247 คน (ร้อยละ 98.4) เพศชาย 4 คน (ร้อยละ 1.6) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี อายุเฉลี่ย 39.85 ปี สถานภาพสมรสคู่/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 60.6) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 82.1) มีประสบการณ์การทำงานเยี่ยมบ้านอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 60.2) เฉลี่ย 6.9 ปี ลักษณะชุมชนที่รับผิดชอบส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง ชุมชนแออัด บ้านจัดสรร และอาคารสูง ประชากรที่รับผิดชอบอยู่ในช่วง 50,000 คนขึ้นไป มีงานที่รับผิดชอบตั้งแต่ 2 งานขึ้นไป ส่วนใหญ่ได้แก่ งานเยี่ยมบ้าน งานส่งเสริมสุขภาพ การฝึกอบรม และงานควบคุมโรคติดต่อ

การปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานโดยรวมเท่ากับ 176.76 คะแนน จัดอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 94.8) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X} = 19.29$, $SD = 1.44$) และมาตรฐานที่ 1 นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 10.43$, $SD = 1.67$) (Table 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของพยาบาลเยี่ยมบ้าน กับ การปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่

บ้าน (Table 2) พบว่า การรับรู้มาตรฐานในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) ส่วนตัวแปรด้านเพศ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีเพียงร้อยละ 1.6 ตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การเยี่ยมบ้านและทัศนคติในการปฏิบัติงานไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ (p -value>0.05)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม กับ การปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานฯ (Table 2) พบว่าปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคมด้านนโยบาย องค์กรและการฝึกอบรมเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์

กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.026 และ <0.001 ตามลำดับ) ส่วนบรรยากาศองค์กร การนิเทศงาน และภาระงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ (p -value = 0.694, 0.061 และ 0.630 ตามลำดับ) ปัจจัยสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ได้ เนื่องจากหลังจัดกลุ่มพบว่า ไม่มีจำนวนพยาบาลเยี่ยมบ้านที่รับรู้เรื่องความปลอดภัยในการปฏิบัติงานระดับมากมีการปฏิบัติงานได้ในระดับน้อยถึงปานกลาง ส่วนด้านวัสดุอุปกรณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน (p -value = 0.176)

Table 1 Number and percentage of home visit nurses classified by the performance level of the standard of care for patients and the elderly. (n = 251)

The standard of care patients and the elderly		Frequency	percent
Standard 1 Home Health Care Policy			
high level	(score 10-12)	171	68.1
moderate level	(score 7-9)	73	29.1
Low level	(score 3-6)	7	2.8
($\bar{X}$ = 10.43, SD= 1.67, Min = 3, Max = 12)			
Standard 2 Home Health Care Team			
high level	(score 10-12)	185	73.7
moderate level	(score 7-9)	63	25.1
Low level	(score 3-6)	3	1.2
($\bar{X}$ = 10.50, SD = 1.47, Min = 6, Max = 12)			

The standard of care patients and the elderly		Frequency	percent
Standard 3 Health Assessment			
high level	(score 13-16)	208	82.9
moderate level	(score 9-12)	42	16.7
Low level	(score 4-8)	1	0.4
$(\bar{X} = 14.82, SD = 1.65, Min = 8, Max = 16)$			
Standard 4 Nursing Diagnosis			
high level	(score 10-12)	183	72.9
moderate level	(score 7-9)	66	26.3
Low level	(score 3-6)	2	0.8
$(\bar{X} = 10.84, SD = 1.46, Min = 6, Max = 12)$			
Standard 5 Nursing Care Plan			
high level	(score 13-16)	184	73.3
moderate level	(score 9-12)	65	25.9
Low level	(score 4-8)	2	0.8
$(\bar{X} = 14.12, SD = 1.97, Min = 8, Max = 16)$			
Standard 6 Nursing Performance			
high level	(score 22-28)	221	88.0
moderate level	(score 14-21)	30	12.0
$(\bar{X} = 26.31, SD = 2.44, Min = 18, Max = 28)$			
Standard 7 Nursing Assessment			
high level	(score 13-16)	210	83.7
moderate level	(score 9-12)	40	15.9
Low level	(score 4-8)	1	0.4
$(\bar{X} = 14.53, SD = 1.65, Min = 8, Max = 16)$			
Standard 8 Protection of Health			
high level	(score 13-16)	209	83.3
moderate level	(score 9-12)	42	16.7
$(\bar{X} = 14.59, S.D. = 1.68, Min = 9, Max = 16)$			

The standard of care patients and the elderly	Frequency	percent
Standard 9 Health Information and Knowledge		
high level (score 16-20)	226	90.0
moderate level (score 11-15)	25	10.0
$(\bar{X} = 19.01, S.D. = 1.69, \text{Min} = 14, \text{Max} = 20)$		
Standard 10 Protection of Patient Rights		
high level (score 16-20)	234	93.2
moderate level (score 11-15)	17	6.8
$(\bar{X} = 19.29, S.D. = 1.44, \text{Min} = 15, \text{Max} = 20)$		
Standard 11 Nursing Records		
high level (score 10-12)	191	76.1
moderate level (score 7-9)	59	23.5
Low level (score 3-6)	1	0.4
$(\bar{X} = 10.98, S.D. = 1.39, \text{Min} = 6, \text{Max} = 12)$		
Standard 12 Coordination and Transfer		
high level (score 10-12)	215	85.7
moderate level (score 7-9)	34	13.5
Low level (score 3-6)	2	0.8
$(\bar{X} = 11.33, S.D. = 1.20, \text{Min} = 6, \text{Max} = 12)$		
Overall		
high level (score 145-192)	238	94.8
moderate level (score 97-144)	13	5.2
$(\bar{X} = 176.76, S.D. = 15.26, \text{Min} = 124, \text{Max} = 192)$		

Table 2 Relationship between personal and situational factors to home visit nurse performance level using Chi-square. (n = 251)

Variables	Level of home visit nurse performance		p-value
	low/ moderate	High	
	Frequency (%)	Frequency (%)	
Personal factors			
- Age (years)			0.168
≤38	10 (3.98)	137 (54.58)	
>38	3 (1.20)	101 (40.24)	
- Marital status			0.094
Single/widowed/divorced/separated	8 (3.19)	91 (36.25)	
Married	5 (1.99)	147 (58.57)	
- Educational level			0.806
Bachelor degree	11 (4.38)	195 (77.69)	
Master degree	2 (0.80)	43 (17.13)	
- Home visit experience			0.917
0 to 5 years	8 (3.19)	143 (56.97)	
> 5 years	5 (1.99)	95 (37.85)	
- Perception of the standard home care			<0.001**
low/moderate level	7 (2.79)	25 (9.96)	
high level	6 (2.39)	213 (84.86)	
- Attitude towards the standard			0.186
low/moderate level	8 (3.19)	102 (40.64)	
high level	5 (1.99)	136 (54.18)	
Situational Factors			
(organizational and social)			
- Perceived organizational			0.026*

Variables	Level of home visit nurse performance		p-value
	low/ moderate	High	
	Frequency (%)	Frequency (%)	
policy			
low/moderate level	11(4.38)	126 (50.20)	
high level	2 (0.8)	112 (44.62)	
- Training			<0.001 **
low/moderate level	11 (4.38)	84 (33.47)	
high level	2 (0.80)	154 (61.35)	
- Perceived organizational climate			0.694
low/moderate level	9 (3.59)	152 (60.56)	
high level	4 (1.59)	86 (34.26)	
- Supervision			0.061
low/moderate level	11 (4.38)	139 (55.38)	
high level	2 (0.8)	99 (39.44)	
- Workload			0.630
low/moderate level	9 (3.59)	149 (59.36)	
high level	4 (1.59)	89 (35.46)	
Situational Factors (environmental)			
- Equipment and tools			0.176
low/moderate level	12 (4.78)	181 (72.11)	
high level	1 (0.40)	57 (22.71)	

การวิเคราะห์ตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสถานการณ์เพิ่มเติม โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์ทวิ วิธี Forward: LR (Table 3) พบว่า การรับรู้มาตรฐานการปฏิบัติงาน การฝึกอบรมเพิ่มเติม การนิเทศงาน และการะงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยม

บ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน (95% CI= 2.084-27.425, 2.072-55.752, 2.072-55.752, และ 0.015-0.592; p-value = .002, .005, .048 และ .012 ตามลำดับ)

Table 3 Relationship between studied variables and home visit nurse performance by using binary logistic regression.

Variable	Crude OR	95% Confident Interval		Sig
		Lower	Upper	
Perception of the standard home care	7.560	2.084	27.425	.002*
Training	10.748	2.072	55.752	.005*
Supervision	3.744	1.014	13.824	.048*
Workload	.094	0.015	0.592	.012*

* P < .05, Constant = .014

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ได้แก่ การรับรู้มาตรฐานการปฏิบัติงาน นโยบายองค์กร การฝึกอบรมเพิ่มเติม การนิเทศงาน และภาระงาน โดยสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

1. การปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ผลการศึกษาที่พบว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านโดยรวมในระดับมาก และพบว่า “มาตรฐานที่ 10 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย” มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด โดยไม่พบผู้เลือกตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” แสดงว่า พยาบาลเยี่ยมบ้านทุกคนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามมาตรฐานของสภาการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วย/ผู้สูงอายุและครอบครัว

ได้รับทราบข้อมูลและเข้าใจอย่างชัดเจน สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในด้านต่าง ๆ และตัดสินใจทางเลือกที่ต้องการและมีความเหมาะสมสำหรับตนเองได้¹⁹ ส่วน “มาตรฐานที่ 1 นโยบายการดูแลสุขภาพที่บ้าน” มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และพบว่าผู้เลือกตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” ในทุกข้อในมาตรฐานที่ 1 (การประชุมเพื่อกำหนดแนวทางการถ่าย ทอดให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ และการนำแนวทางไปใช้ปฏิบัติจริง) ซึ่งผู้บริหารองค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดเป้าหมายขององค์กร วางแผนนโยบาย แนวทางการปฏิบัติงาน รวมทั้งแจ้งให้บุคลากรทุกคนในองค์กรทราบ²⁰ จึงควรปรับปรุงพัฒนาให้เกิดนโยบาย อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลการปฏิบัติงานในองค์กร

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน การศึกษาครั้งนี้ ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและ

การปฏิบัติงานฯ ได้ ด้วยกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีเพียงร้อยละ 1.6 ตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์เยี่ยมบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และแตกต่างจากการศึกษาที่พบว่า อายุและประสบการณ์ที่ต่างกันจะปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพได้ต่างกัน²¹ และการศึกษาที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไต้หวัน²² แต่สอดคล้องกับการศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลประจำภูมิภาคในอินโดนีเซีย²³ ที่พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ส่วนสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ แตกต่างจากการศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลของเกาหลีใต้²⁴ ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางคลินิก ในด้านการรับรู้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น²⁵ ที่พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านการรับรู้คุณค่าวิชาชีพสามารถร่วมกันพยากรณ์การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปส่วนภูมิภาคในประเทศอินโดนีเซีย²⁶ ที่พบว่า การรับรู้การปฏิบัติงานเป็นที่ยอมรับมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน ทั้งนี้การรับรู้เป็นกระบวนการ เกี่ยว

ความคิด การตีความของบุคคลจากสิ่งกระตุ้นหรือข้อมูลที่ได้รับ โดยแต่ละคนจะมีการรับรู้และตอบสนองต่อข้อมูลผ่านคำพูดและการกระทำที่แตกต่างกัน²⁷ พยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีการรับรู้และมีความเข้าใจในมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านมาก จะสามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านอยู่ในระดับมากด้วย ส่วนด้านทัศนคติในการปฏิบัติงานพบว่าไม่มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ (p-value=0.186) การศึกษาค้นครั้งนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย²¹ ที่พบว่าความภูมิใจในวิชาชีพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม และในต่างประเทศ²³ ที่พบว่าทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลประจำภูมิภาคในอินโดนีเซีย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานการณ์กับการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสถานการณ์ด้านองค์กรและสังคม ด้านนโยบายขององค์กร และการฝึกอบรมเพิ่มเติม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง²⁸ ที่พบว่านโยบายมีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ และการศึกษาในพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป²⁹ ที่พบว่า การรับรู้

นโยบายการบริหารมีความความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามบทบาท ทั้งนี้ นโยบายเป็นข้อกำหนดในลักษณะกว้าง ๆ เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ ช่วยให้สมาชิกใน องค์กรใช้เป็นแนวทางในการตัดสินใจในการ ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงานที่รับรู้และเข้าใจใน นโยบายขององค์กร จะปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย ได้ด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในไอซียู²² ที่พบว่า การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแล ผู้ป่วยระยะท้าย การฝึกอบรมจึงเป็นการเตรียม บุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ ประสพการณ์ และความชำนาญที่เหมาะสมสำหรับการทำงาน พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมจะสามารถ ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานในระดับมากด้วย ส่วน ด้านบรรยากาศองค์กร การนิเทศงาน ภาระงาน พบว่าไม่มีความความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และแตกต่างจาก การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพในไอซียู²² ที่พบว่า บรรยากาศองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การศึกษาในผู้ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง²⁸ ที่พบว่าการนิเทศงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะ การศึกษาในพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปประจำ ภูมิภาคในอินโดนีเซีย²³ ที่พบว่าการนิเทศงาน มี ผลต่อการปฏิบัติงาน และการศึกษาในพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐ North West Bank³⁰ ที่พบว่า ปัจจัยด้านองค์กรในเรื่องภาระ งาน มีผลต่อการปฏิบัติงาน ส่วน ปัจจัย สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อม (ความปลอดภัยใน

การปฏิบัติงาน) ไม่สามารถวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์ได้ เนื่องจากการจัดกลุ่มตามระดับ การปฏิบัติงานพบว่า ไม่มีการตอบการรับรู้เรื่อง ความปลอดภัยระดับมาก และปฏิบัติงานระดับ น้อย/ปานกลาง (n=0) ส่วนด้านวัตถุประสงค์ ไม่ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานฯ ซึ่งไม่ เป็นไปตามสมมติฐาน และแตกต่างจากการศึกษา ของ Thulth และ Sayej³⁰ ที่พบว่าความพร้อม ของทรัพยากรในการปฏิบัติงานมีผลต่อการ ปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์
เพิ่มเติมด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกส์ทวิ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับรู้มาตรฐานการ ปฏิบัติงาน ปัจจัยสถานการณ์ด้านการฝึกอบรม เพิ่มเติม การนิเทศงาน และภาระงาน มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการ ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน โดยพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มีการรับรู้มากจะมีโอกาส ปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้น 7.560 เท่าของ พยาบาลที่มีการรับรู้ต่ำ/ปานกลาง พยาบาล เยี่ยมบ้านที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมมากจะมี โอกาสปฏิบัติงานตามมาตรฐานฯ เพิ่มขึ้น 10.748 เท่าของพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม น้อย/ปานกลาง พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ได้รับการ นิเทศงานมากจะมีโอกาสปฏิบัติงานตามมาตรฐาน ฯ เพิ่มขึ้น 3.744 เท่าของพยาบาลที่ได้รับการ นิเทศน้อย/ปานกลาง และพยาบาลเยี่ยมบ้านที่มี ภาระงานมากจะเพิ่มโอกาสที่ไม่ปฏิบัติงานตาม มาตรฐานฯ 10.638 เท่าของพยาบาลที่มีภาระงาน น้อย/ปานกลาง

จุดอ่อนของงานวิจัยนี้

การศึกษานี้เป็นการปฏิบัติงานในส่วน
ของพยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข
สำนักอนามัย จึงมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิง
ในสถานพยาบาลอื่นซึ่งมีบริบทในการปฏิบัติงาน
แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังอยู่ในสถานการณ์การ
ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้พยาบาลเยี่ยมบ้านมี
ภาระหน้าที่เพิ่มขึ้นในการสอบสวนและควบคุมโรค
การติดตามดูแลผู้ป่วยโควิดที่ยังอยู่ที่บ้าน และการ
บันทึกรายงาน จึงอาจไม่ให้ความสำคัญในการ
ตอบแบบสอบถาม และมีความล่าช้าในเรื่องการ
ติดต่อประสานงาน ทำให้ต้องใช้เวลานานติดตาม
เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลานาน

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

การสุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้สามารถ
อธิบายการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านใน
ศูนย์บริการสาธารณสุข ของกรุงเทพมหานครได้
และผลการศึกษานำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อ
นำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านได้ครบถ้วนตาม
มาตรฐานฯ

สรุป

พยาบาลเยี่ยมบ้านของศูนย์บริการ
สาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร มีการ
ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและ
ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้านในระดับมาก
และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตาม
มาตรฐานฯ ของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การรับรู้
มาตรฐานการปฏิบัติงาน นโยบายองค์กร การ
ฝึกอบรมเพิ่มเติม การนิเทศงาน และภาระงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดการฝึกอบรมพยาบาลเยี่ยม
บ้านก่อนปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการรับรู้มาตรฐาน
ในการปฏิบัติงานฯ เพื่อผู้ปฏิบัติงานใหม่ได้
รับทราบแนวทางการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงคงไว้ซึ่งการนิเทศ
งาน และการจัดอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ในเรื่อง
ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน

2. นโยบายที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์
อักษรและถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อให้ทราบทั่วกัน
รวมทั้งการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ สอดคล้องกับ
เกณฑ์ของ สปสช. เป็นการควบคุมกำกับภาระงาน
และลดโอกาสเสี่ยงที่จะปฏิบัติงานไม่ได้ตาม
มาตรฐานลง และเพิ่มระดับคุณภาพการปฏิบัติงาน
ให้ได้ตามมาตรฐานฯ ที่กำหนดไว้

3. แผนกเยี่ยมบ้านสามารถปรับปรุงการ
ปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้าน ในประเด็นที่
ผู้ตอบยังทำได้ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานการการ
ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน
ได้แก่ *มาตรฐานที่ 1* การประชุมอย่างสม่ำเสมอ
มาตรฐานที่ 2 การมอบหมายงานเป็นลายลักษณ์
อักษร *มาตรฐานที่ 4* การแจ้งผลวินิจฉัยแก่ผู้ป่วย
และทีม *มาตรฐานที่ 5* การประชุมร่วมกับทีม
สุขภาพ *มาตรฐานที่ 7* การประเมินผลการ
พยาบาลและการรายงานผล *มาตรฐานที่ 8* การ
ประชุมกลุ่มร่วมกับทีม และการค้นหาความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ *มาตรฐานที่ 9* การ
บันทึกข้อมูล และ *มาตรฐานที่ 12* การนำระบบ
สารสนเทศมาใช้ในการลงรายงานการรับส่งต่อ
รวมทั้งการขออนุญาตผู้ป่วย/ผู้สูงอายุและ
ครอบครัวในการใช้ข้อมูลเพื่อการรักษาร่วมกับ

หน่วยงานอื่นทั้งทางวาจาและลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเยี่ยมบ้านในด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาลเยี่ยมบ้าน เช่น การเกิด

ภาวะแทรกซ้อน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน และควรพัฒนาการวิจัยเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน เช่น การวิจัยและพัฒนาระบบการนิเทศงานตามมาตรฐานฯ เป็นต้น

Reference

1. Public Health Nursing Division. Health center home care referral report, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration. 1st ed. Bangkok: Thammasat University Printing House; 2011.
2. McCormick EJ, Ilgen DR. Industrial and Organization Psychology. 8th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1985.
3. Kunaviktikul W. Nursing Personnel Development. 1st ed. Chiangmai: Chotanaprint; 2006.
4. Yosyingyong K. Competency : based approach. 1st ed. Bangkok: Mistercopy; 2006.
5. Thiautvittee T, Jumpamool A. Factors Influencing Patient- Centered Care as Perceived by Registered Nurses Working in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. Srinagarind Med J 2019; 34(2): 198-204. (in Thai)
6. Jongruk B, Lertsakornsiri M, Cinnoros S. Factors Associated with Competency of Professional Nurses in Caring Stroke Patients. pnurj 2019; 11(1): 38-49. (in Thai)
7. Jongjaisurathum B, Naka K, Sae-Sia W. Nursing Practice for Elderly Patients Safety by Operating Room Nurses and Related Factors. Songklanagarind J Nurs 2017; 37(2): 27-40. (in Thai)
8. Keawtong W, Rawiworakul T, Kalampakorn S, Kerdmongko P. Competencies Of Palliative Care Among Community Nurses In Primary Care Units. JRTAN 2017; 18(1): 74-83. (in Thai)
9. Public Health Nursing Division. Patients and Older Adults Home Health CareStandard. 1st ed. Bangkok: Thanapornpanich; 2016.

10. Daniel WW, Cross LC. Biostatistics : Basic concepts and methodology for the health Sciences. Singapore: John Wiley & Sons; 2010.
11. Nackarajarn J. Factors related to work ability of nurses working in Public Health Center, Health Department, Bangkok Metropolitan Administration. KJN 2013; 20(2): 39-54. (in Thai)
12. Pongkwan S. The factors influencing the risk management of professional nurse at Phutthamonthon hospitalL in Nakhonpathom province. JHNR 2017; 33(1): 130-40. (in Thai)
13. Sereerat S, Hirunkitti S, Champathong. Business Psychology. Bangkok: Thamasan; 2005.
14. Niramom P, Anantachai N. Factors Predicting Job Retention of personnel at Mahanakorn University of Technology. JSSH 2020; 46(2): 190-239. (in Thai)
15. Wongnutararot P. Psychology of Personnel Management. 7th ed. Bangkok: Pimdee; 2004.
16. Kakandee N, Cheevakasemsook A, Triwichitkhun D. Job Burnout of Generation Y Professional Nurses at a Government Hospital. JRTAN 2020; 21(1): 293-301. (in Thai)
17. Chavalitnithikun U. Nurses and safety at work [Internet]. 2012 [cited 2021 June 1]. Available from: <https://www.slideshare.net/knurse/11-14412527>
18. National Health Security Office. Guidelines for auditing of healthcare service units [Internet]. 2016 [cited 2021 June 1]. Available from: <http://kpo.moph.go.th/webkpo/Manual-kpsj/Self-assessment.pdf>
19. Ibrahim F. Professional supervision and ethics for nurses. 2nd ed. Bangkok: Samcharoenpanich: 1998.
20. Office of the Public Sector Development Commission, Leadership [Internet]. 2008 [cited 2021 June 1]. Available from: <https://www.dnp.go.th/desystem/g3.pdf>
21. Sukcharoen Y, Klumrat K. Factors Related to the Job Performance Competency among Registered Nurses in Sub-district Health Promotion Hospitals, NakhonPathom Province. pnurhuso 2015; 2(2): 14-26. (in Thai)
22. Nupinit W, Nilmanat K, Mutchim Y. Selective Factors Related to Intensive Care Units' Registered Nurses' Competency in Caring for Terminally Ill Patients. TJNC 2017; 32(4), 94-104. (in Thai)

23. Shanty YM, Rantetampang AL, Mallongi A. The Factors Affecting Performance of Nurse in Heath Care Giver at Internal Room Hospital Public Jayapura. IJSHR 2019; 4(1): 21-6.
24. Kim K, Han Y, Kwak Y, Kim J. S. Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. Asian Nurs Res 2015; 9(3): 200-6.
25. Thiautvitee T, Jumpamool A. Factors Influencing Patient- Centered Care as Perceived by Registered Nurses Working in Srinagarind Hospital, Khonkaen University. Srinagarind Med J 2019; 34(2): 198-204. (in Thai)
26. Gunawan NPIN, Hariyati RTS, Gayatri D. Motivation as a factor affecting nurse performance in Regional General Hospitals: A factors analysis. Enferm clin 2019; 29(S2): 515-20.
27. Sereerat S, Hirunkitti S, Champathong S. Business Psychology. Bangkok: Thammasan; 2005.
28. Pimsena M, Wiwatwanit S. Factors Influencing Competency of Advanced Practice Nurses. Journal of Nursing Division 2015; 42(2): 47-59. (in Thai)
29. Fongkerd S, Arankeeree A. Factors Influencing to Nurse Practitioner's Role of Nurse Role Practitioner's Performance (Basic Medical Care). NJPH 2016; 26(1): 120-33. (in Thai)
30. Thulth AS, Sayej S. Selected Organizational Factors Affecting Performance of Professional Nurses in North West Bank Governmental Hospitals. J educ pract 2015; 6(7): 100-10.

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ธนะวัฒน์ รวมสุข* ศุภลักษณ์ พันทอง** ประภัสสร ธรรมเมธา*** นงนุช วงศ์สว่าง**** นพวรรณ ดวงจันทร์***** ชลธิชา บุญศิริ***** จิรกุล ครอบสอน*****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิจัยเชิงพรรณนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป และความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Cramer's V และสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ($v=.538$, $r=.105$, $v=.530$, $v=.522$, $v=.534$, $v=.502$, $v=.601$ และ $v=.433$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการศึกษา ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยพิจารณาความแตกต่างด้านปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ ความรอบรู้ทางสุขภาพ/ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

*** อาจารย์พยาบาล สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors related to Health Literacy in Preventing Coronavirus 2019 of Older Adults in Bangkok Metropolis

Tanawat Ruamsook^{*} Supaluk Phunthong^{**}

Prapassorn Thammatha^{***} Nongnuch Wongsawang^{****}

Noppawan Duangjan^{*****} Chonticha Boonsiri^{*****} Chirakun Khrobsorn^{*****}

Abstract

Older adults are particularly at risk of Coronavirus 2019 infection. This descriptive study aimed to identify the factors related to health literacy in Preventing Coronavirus 2019 among 400 older adults in Bangkok metropolis. The samples were selected by simple random sampling. A questionnaire was used to collect data on respondent demographics and health literacy in preventing Coronavirus 2019. Data were analyzed using descriptive statistics, Cramer's V, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

The results indicated that the older adults had a good level of health literacy of Coronavirus 2019. Factors related to health literacy in preventing coronavirus 2019 of older adults in Bangkok Metropolis were gender, age, education, marital status, family characteristics, health status, receiving knowledge about coronavirus 2019, and the presence of coronavirus 2019 patients in the community with a statistical significance level of $p < .05$ ($\chi^2 = .538$, $r = .105$, $\chi^2 = .530$, $\chi^2 = .522$, $\chi^2 = .534$, $\chi^2 = .502$, $\chi^2 = .601$ and $\chi^2 = .433$ respectively)

The finding suggests that promoting health literacy to prevent Coronavirus 2019 in older adults successfully should be conducted by considering the differences in basic factors of the older adults.

Keyword: Older adult/ Health Literacy/ COVID-19

Article info: Received January 20, 2022; Revised March 6, 2022; Accepted April 22, 2022

^{*} Corresponding author, Nursing instructor, College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University. E-mail: tanawat.ru@ssru.ac.th

^{**} Nursing instructor, College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University.

^{***} Nursing instructor, School of Nursing, Mae Fah Luang University.

^{****} Nursing instructor, Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

^{*****} Nursing instructor, Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

^{*****} Nursing instructor, Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

^{*****} Nursing instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด 19 หรือ COVID-19 แพร่กระจายไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพกับผู้ป่วยทุกเพศทุกวัย โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยยืนยันด้วยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่า 28.1 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตราว 5.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.2 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด¹ สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 2,217,287 คน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 21,647 คน² โดยผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ที่พบในประเทศไทย มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 36 ปี (1 เดือน - 97 ปี) เพศชาย 1,466 ราย เพศหญิง 1,290 ราย (ชาย:หญิง = 1.14:1) ประวัติมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ เบาหวานและความดันโลหิตสูง เบาหวาน หอบหืด ไขมันในเลือดสูง ไทรอยด์ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น³ โดยผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น จะมีอาการของระบบทางเดินหายใจที่ไม่รุนแรง และมักมีการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จะทำให้เกิดปอดอักเสบ ชันรุนแรง และเสียชีวิตได้ โดยทุกกลุ่มวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุจะทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ได้ง่ายและมักมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ⁴

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพื่อปี พ.ศ. 2548 โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ จำนวน 11.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ (Complete aged society) โดยจะมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20 และในปี พ.ศ.2576 จะกลายเป็นสังคมผู้สูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) โดยจะมีผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 28⁵ ซึ่งการที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยตามมาด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมถอยจากความชรา ที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ที่จำเป็นต้องให้การรักษาและการดูแลด้านสุขภาพเป็นเวลานานเป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁶ จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกประเทศทั่วโลก พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 14.8-19.0⁷

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการติดเชื้อที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อ SARS-CoV-2 virus ทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง อย่างไรก็ตามบางรายอาจได้รับการรักษาด้วยยาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคระบบทางเดินหายใจ หรือมะเร็ง มีโอกาสที่จะมีอาการที่รุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองตามคำแนะนำ¹ ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของประเทศไทย ได้แก่ การล้างมืออย่างถูกวิธี การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างจากสังคมอย่างน้อย 1-2 เมตร⁸ โดยการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นการมุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อการป้องกันการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ของนัทปัม⁹ ที่กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการกระทำให้สุขภาพของตนมีภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ โดยกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพสามารถพัฒนาได้ 6 ด้าน¹⁰ ดังนี้ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจในข้อมูล การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การตัดสินใจทางสุขภาพ การบอกต่อ

ข้อมูล และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพจากการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมามีพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐานและอยู่ในระดับปานกลาง^{11,12} ทั้งนี้หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้นหรืออยู่ในระดับดี อาจนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

จากการประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณ 49,000 คน ซึ่งมากกว่าเขตพื้นที่อื่น และพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันดับแรกคือ สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว¹³ ซึ่งผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่ยังคงต้องประกอบอาชีพแต่ได้รับรายได้ลดลง มีหนี้สินเพิ่มขึ้น เกิดภาวะเครียด รวมไปถึงผลกระทบทางด้านสุขภาพที่ทำให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีข้อจำกัดและลดลง¹⁴ แม้ว่าการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีในรูปแบบสื่อต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจะได้รับข่าวสารผ่านช่องทางออนไลน์มากขึ้น แต่ผลการสำรวจพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพยังอยู่ในระดับปานกลาง¹⁵ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบมีผู้ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรกลุ่มนี้ ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพและมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁹ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน เรียนรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ รวมไปถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพฯ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบและกิจกรรมในการ

ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

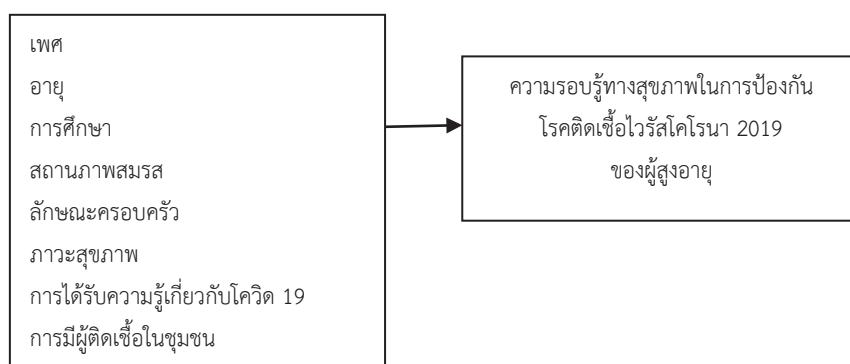
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 และการมีผู้ติดเชื้อในชุมชนกับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพฯ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของนัทปัม⁹ ที่เชื่อว่าเป็นทักษะและพื้นฐานที่สำคัญในการมีภาวะสุขภาพที่ดี และกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีขึ้น และนำไปสู่การสร้างข้อคำถามของเครื่องมือการวิจัยและใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



รูปภาพที่1 กรอบแนวคิดการ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 1,152,295 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้

กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการเปิดค่าจากตารางของ Krejcie and Morgan¹⁷ โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 422 คน จากนั้นสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข ในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้ศูนย์บริการสาธารณสุข 6, 17, 19, 20, 51 และ 52 และสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อเลือกผู้สูงอายุในการตอบแบบสอบถามจนครบจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน จำนวน 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเป็นเดิมคำและเขียนคำตอบ ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 1

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

6 องค์ประกอบ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากแบบสอบถามการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย ลักษณะคำตอบลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนน 20-100 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁸ ได้แก่ 74-100 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ระดับดี 47-73 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ระดับปานกลาง และ 20-46 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยเป็นการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และผู้วิจัยหลักดำเนินการ Try out ข้อมูลกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ใน

ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 จำนวน 30 ราย เพื่อหาค่าเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ (Reliability) เท่ากับ 0.74

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาต ขอความร่วมมือ และชี้แจงการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร แล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้แก่ผู้ประสานงานแต่ละศูนย์บริการสาธารณสุขทราบ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นไปในแนวทางเดียวกัน จากนั้นจึงนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในวันที่มีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านและเขียนได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที จนครบจำนวนที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ระหว่างเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ดำเนินการตามมาตรการของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด ผู้วิจัยตรวจทานความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถาม

ทั้งหมด มารวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา หนังสือรับรองเลขที่ COA. 1-001/2021 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงรายละเอียด วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยในครั้งนี้ พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วม และสอบถามถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ ก่อนเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการช่วยเหลือสุขภาพ ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วย Kolmogorov-Smirnov และใช้สถิติ Cramer's V และสถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ภายหลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจาก

จำนวน 417 ฉบับ พบว่ามีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 400 ฉบับ (ร้อยละ 95.9) อัตราการสูญหาย เท่ากับ ร้อยละ 4.1 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เกินจำนวนที่กำหนดไว้ สามารถวิเคราะห์ผลทางสถิติได้ต่อไป ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.2 และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 32.8 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.5 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.2 ± 5.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 51.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 77.8 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.0 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากเบี้ยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 87.8 มีจำนวนมากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 64.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 26.5 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 58.8 และครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 41.5 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 92.5 มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 88.3 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกัน คิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 16.3 และหน่วยงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 9.3

ด้านความรู้ทางสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 78.8 ± 12.9 คะแนน (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and percentage of study samples classified by level of health literacy in preventive Coronavirus 2019. (n = 400)

Level of health literacy in preventive Coronavirus 2019	Number	Percent
Good	279	69.8
Moderate	115	28.8
Bad	6	1.4
Total	400	100

Mean = 78.8, S.D. = 12.9

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้

เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ

ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($v=.502$, $v=.601$ และ $v=.433$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) (ตารางที่ 2)

Table 2 Factors related to Health Literacy in Preventing Coronavirus 2019 of the Study Samples. (n = 400)

Variables	Correlation coefficient	
	(r,v)	p-value
	Health literacy in preventive COVID-19	
Gender ¹	.538	.000
Age ²	.105	.035
Education ¹	.530	.000
Marital status ¹	.522	.000
Family characteristics ¹	.534	.000
Health status ¹	.502	.000
Receiving knowledge about COVID-19 ¹	.601	.000
The presence of COVID-19 patients in the community ¹	.433	.016

¹ = Cramer's V, ² = Pearson's Product Moment Correlation Coefficient

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.8 ชัดแย้งกับผลการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ¹⁹ ในด้านของระดับความรู้ทางสุขภาพ ที่พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 69.3 ทั้งนี้การที่พบว่าผู้สูงอายุเขต

กรุงเทพมหานครมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดีนั้น เป็นเพราะมีคนในครอบครัวและชุมชนป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีการได้รับข้อมูล รวมไปถึงการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมจากตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ในการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพฯ พบว่า เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะ

ครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ $v = .538$, $r = .105$, $v = .530$, $v = .522$, $v = .534$, $v = .502$, $v = .601$ และ $r = .433$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับผลการศึกษานพวรรณ แกมคำ และคณะ¹¹ ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ ที่พบว่า เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p > .05$) ขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาโดยพบว่า ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางอื่น ๆ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า ผู้สูงอายุเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการป้องกันคิดเป็นร้อยละ 90.0 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 55.5 รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 16.3 และหน่วยงานราชการ คิดเป็นร้อยละ 9.3 จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพฯ

ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีระดับความรู้ทางสุขภาพในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 69.8 แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังมีความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่ไม่ดี (ร้อยละ 1.4) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 28.8) ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้ อาจมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ต่อไป สัมพันธ์กับปัจจัยด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ หากผู้สูงอายุมีการได้รับข้อมูล การเข้าถึงข้อมูลที่มากขึ้นอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ทางสุขภาพของนันทปิม⁹ ที่กล่าวไว้ว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจในข้อมูล และการใช้ข้อมูลที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมและคงไว้เพื่อการมีสุขภาพที่ดี¹²

จุดอ่อนของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการนำแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ และกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือในการสำรวจความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพฯ โดยการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ร่วมกับต้องมีการรักษามาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกและพฤติกรรมในการ

ดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

จุดอ่อนของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยการนำแนวคิดความรู้ทางสุขภาพ และกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเครื่องมือในการสำรวจความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ร่วมกับต้องมีการรักษามาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึกและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

จุดแข็งของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยได้ผู้สูงอายุที่กระจายไปแต่ละแห่งภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมากและเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ โดยพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้รูปแบบและกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยและบริบทของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 69.8) พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) หากมีการพัฒนารูปแบบและกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับปัจจัย บริบท และกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีปัจจัยแตกต่างกัน ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีระดับและจำนวนของผู้ที่มีระดับความรู้ระดับดีเพิ่มมากขึ้น อันนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังมีระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับไม่ดี ถึงระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยบริการด้านสุขภาพจึงควรมีการทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามช่องทางต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น สื่อต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการ การขอความร่วมมือจาก

อาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูล เป็นต้น โดยพิจารณาปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ที่มีความแตกต่างและมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและทั่วถึงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ และปัจจัยต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อทำให้ทราบถึงรายละเอียดของพฤติกรรมและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุกลุ่มอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้สูงอายุติดบ้าน

หรือผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่บ้านร่วมด้วย ที่น่าจะมี ความแตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนารูปแบบในการให้บริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. ควรมีการศึกษารูปแบบ/กิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณบดีวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่สนับสนุนการดำเนินการวิจัย และกราบขอบพระคุณ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

Reference

1. World Health Organization. Coronavirus 2019 situation [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. World Health Organization Thailand. Coronavirus 2019 situation Thailand [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus 2019 [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
4. World Health Organization. Coronavirus 2019 [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of Thai Elderly 2019. Duantula, Bangkok; 2019.
6. Pankong P. Health status of elderly in Tron District, Uttaradit Province. J DMS 2016; 42(6): 119-23. (in Thai)
7. Department of Mental Health. Risk and Impact of COVID-19 to older adults [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>.
8. Department of Health. Advice for the elderly in the situation of the Coronavirus 2019 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://covid19.anamai.moph.go.th>.
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. Health Promot Int 2000; 15(3): 259-67.
10. Department of Health. Health literacy. National Health Literacy survey project for Thai people aged 15 years and above (phase 1). Health Systems Research Institute (HSRI); 2017.
11. Meebunmak Y, Intana J, Kitnopakieat K, Khamthana P, Rungnoei N. Health literacy among Older Adults in a Semi-Urban Community in

- Ratchaburi Province. SCNJ 2019; 6(supp): 129-41. (in Thai)
12. Kamkum N, Kespichayawattana J. Study of Health literacy of Older Person, Bangkok Metropolis. JRTAN 2020; 21(3): 382-91. (in Thai)
13. Department of Older Person. Older person statistics [Internet]. 2021 [cited 2020 October 20]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857>.
14. College of Population Studies, Chulalongkorn University. Well-being of Thai older person in the COVID-19 era [Internet]. 2020 [cited 2020 October 20]. Available from: http://www.cps.chula.ac.th/newcps/portfolio_detail.php?id=643.
15. Thaithae S, Thanaboonpuang P, Mahaprom T. Factor affecting health care behaviors of the elderly among urban community in Bangkok. RTNNMD journal 2021; 48(2): 393-406. (in Thai)
16. Inthacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing preventive behavior towards Coronavirus disease 2019 among people in Klong Town Municipality Songkhla Province. JCCPH 2021; 3(2): 19-30. (in Thai)
17. Krejcie, RV., Morgan DW. "Determining Sample Size for Research Activities". Appl Psychol Meas 1970; 3(1): 607-10.
18. Bloom BS, Englehart M, Furst E, Hill W, Krathwohl D. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. New York: Longmans Green; 1971.
19. Kespichayawattana J, Wiwatwanich S, Wanvaja C. Health literacy of older adults in senior citizen club, Bangkok metropolis. Demography 2020; 36(2): 37-52. (in Thai)

บทวิจัย

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

จิราภรณ์ อนุชา* ปาริฉัตร อารยะจารุ**

ขวัญใจ เพทายประกายเพชร*** สุภาวดี เงินยิ่ง****

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อมารดา ทารก และครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและความยากลำบากในการเลี้ยงดูทารก การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์อายุไม่เกิน 20 ปี จำนวน 202 คน ที่เข้ารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีการตั้งครรภ์ซ้ำคิดเป็นร้อยละ 28.71 และพบว่าปัจจัยด้านอายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก ระดับการศึกษา อายุของสามี ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($\chi^2 = 0.238, 0.532, 0.405, 0.322, 0.650$ และ 0.547 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านประวัติการแท้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ผลการศึกษาดังกล่าว สามารถนำไปพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น เพื่อลดปัญหาทั้งตัวมารดาวัยรุ่นและทารกได้ต่อไป

คำสำคัญ: มารดาวัยรุ่น/ การตั้งครรภ์ซ้ำ

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: ommy_kung@yahoo.com.au

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลราชบุรี

Prevalence and factors related to repeat pregnancy among adolescent mothers

Chiraporn Anucha^{*} Parichat Arayajaru^{**}

Kwanjai Pataipakaipet^{***} Supawadee Ngoenyang^{****}

Abstract

Repeated pregnancy in adolescent mothers is a public health concern that affects adolescent mothers, newborns, and their families with physical and psychological outcomes, as well as childrearing difficulties. This descriptive research aimed to study the prevalence and factors related to repeated pregnancy among adolescent mothers. The study samples were 202 pregnant adolescents aged under 20 years old selected by purposive sampling according to inclusion/exclusion criteria from the antenatal care clinic, Ratchaburi hospital. Data were collected using a self-administered questionnaire and analyzed by using descriptive and inferential statistics including frequency, percentage, standard deviation, and Chi-square.

The study results showed that 28.71 percent of adolescents mothers were repeated pregnancy. Age, age at primigravida, education, husband's age, pregnancy intention, and contraception after first pregnancy were positively associated with repeated pregnancy among adolescent mothers at a significant level $p < .05$, ($\chi^2 = 0.238, 0.532, 0.405, 0.322, 0.650$ and 0.547 , respectively). However, abortion and the number of living child were not significantly associated. Findings suggested that the factors can be used to develop interventions or activities to further reduce the adolescent pregnancy prevalence and problems of both adolescent mothers and their children.

Keyword: Adolescent mothers/ Repeat pregnancy

Article info: Received January 21, 2022; Revised April 1, 2022; Accepted April 25, 2022

^{*}Corresponding author, Registered Nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

E-mail: ommy_kung@yahoo.com.au

^{**}Registered Nurse (Senior Professional Level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

^{***}Registered Nurse (Professional Level), Boromarajonani college of nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health.

^{****}Registered Nurse (Professional Level), Ratchaburi Hospital.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage pregnancy) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและในประเทศไทยมาหลายทศวรรษจนถึงปัจจุบัน¹ โดยวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรนั้นต้องเผชิญกับความยากลำบากทั้งขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมไปถึงได้รับความกดดันจากครอบครัวและสังคม ส่งผลให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์บางรายตัดสินใจที่จะทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์จนเกิดผลกระทบต่าง ๆ ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ทำแท้งที่ไม่เหมาะสมและปลอดภัย ส่วนในรายที่ตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อไปจะมีโอกาสเกิดผลกระทบทั้งต่อตัววัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และบุตร ทั้งร่างกายและจิตใจ²

จากสถิติการสำรวจการตั้งครรภ์วัยรุ่นของสำนักงานมัยและเจริญพันธ์ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ถึงแม้ว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่องที่ละน้อย จากอัตรา 44.8 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่นอายุ 15-19 ที่คลอดบุตรปีในปี 2558 ลดลงเป็นอัตรา 35.0 ในปี 2561³ แต่เมื่อพิจารณาถึงการตั้งครรภ์ซ้ำและมาคลอดซ้ำนั้นพบว่ามีวัยรุ่นหญิงถึงเกือบ 7,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.32 ในปี พ.ศ. 2561³ ที่ตั้งครรภ์ซ้ำและคลอดบุตรครั้งที่สอง ซึ่งนับเป็นปัญหาสำคัญเชิงเศรษฐกิจสังคมและการพัฒนาคุณภาพประชากรของประเทศ^{4,5}

สำหรับสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่นของจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2561 พบว่ามีหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวนกว่า 1,200 คน ให้กำเนิดทารกและกลายเป็นแม่ในขณะที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น โดยคิดเป็นร้อยละ 42.0 ต่อประชากรหญิงวัยรุ่น 15-19

ปี 1,000 คน³ และในจำนวนนี้พบว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 26.96 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำของประเทศ³

การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นนั้นนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย เนื่องจากการตั้งครรภ์ซ้ำนั้น เป็นการเพิ่มภาระจากการมีสมาชิกใหม่เข้ามาในครอบครัว ส่งผลถึงสภาพจิตใจทารกที่ได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจากมารดาวัยรุ่นและขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ รวมไปถึงความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร^{1,5} และอีกทั้งพบว่ามารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมีการกลับเข้าสู่ระบบการศึกษาน้อยลง ทำให้วัยรุ่นเหล่านั้นขาดโอกาสทางการศึกษา เรียนไม่จบ มีรายได้ไม่เพียงพอจากการขาดโอกาสในการทำงาน ทำให้ต้องพึ่งองค์กรช่วยเหลือ หรือเงินจากรัฐบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเหล่านี้เป็นปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาถึงปัจจัยด้านอายุของหญิงตั้งวัยรุ่นพบว่า อายุเฉลี่ยของมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำอยู่ในช่วง 16-19 ปี โดยเฉลี่ย 18 ปี^{1,7} มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่แล้วจะมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น⁸ หญิงวัยรุ่นที่มีสามีอายุมากกว่าอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จะมีการตั้งครรภ์ซ้ำมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีสามีอายุเท่ากัน^{9,10} และยังพบว่า มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำร้อยละ 41 มีความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ⁸ และมีทัศนคติเชิงบวกต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ¹¹ หญิงวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำยังคงพบปัญหาการใช้ยาคุมกำเนิด^{12,13} และปัญหาอาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ทำให้การใช้ยา

คุมกำเนิดไม่ต่อเนื่อง เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำโดยไม่ตั้งใจตามมา^{10,11,13}

จากปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่น โดยการศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น Repeat Pregnancy (RP) หมายถึง หญิงวัยรุ่นที่มีการตั้งครรภ์ครั้งที่สองขึ้นไป ขณะอายุอยู่ในช่วงไม่เกิน 20 ปี แม้การตั้งครรภ์ครั้งแรกจะเป็นการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกเสียชีวิตก็ตาม^{14,15} เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการให้พยาบาลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำ ในมารดาวัยรุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น โดยปัจจัยที่ศึกษามาจากการทบทวนวรรณกรรมและสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุปัจจุบัน อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ระดับการศึกษา อายุสามปี

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ได้แก่ ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

การตั้งครรภ์ซ้ำ
ในมารดาวัยรุ่น

รูปภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นที่มาใช้บริการ ในโรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 15-19 ปี ที่มีการตั้งครรภ์ ที่ลงทะเบียนและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลราชบุรี ในปี 2562

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

คัดเลือกจากประชากร โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 202 ราย ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ เป็นสตรีอายุ 15-19 ปี ที่มีประวัติการตั้งครรภ์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป อาจเคยแท้ง หรือบุตรคนแรกเสียชีวิต ขณะให้ข้อมูลมีอายุครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป จนถึงคลอดบุตร มีชีวิต อายุไม่เกิน 6 สัปดาห์ เชื้อชาติไทย สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ปัจจุบัน อายุ ณ การตั้งครรภ์ครั้งแรก ระดับการศึกษา อายุสามี ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ

การหาคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย หลังจากจากผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการทบทวนวรรณกรรมและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของข้อมูลและนำไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาและระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงผลกระทบด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จึงมีการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ ระยะ

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยโครงร่างการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี หนังสือรับรองเลขที่ BCNR 011/2562 ลงวันที่ 25 มกราคม 2562 และระยะการเก็บรวบรวมข้อมูลและภายหลังสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งการนำเสนอข้อมูลที่จะนำเสนอในภาพรวม โดยผู้วิจัยจะแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ทราบก่อนการตัดสินใจ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลสามารถเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ และจะไม่ส่งผลกระทบต่อค่าบริการรักษาพยาบาล หรือเมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ก็ยังสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อไรก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องชี้แจงเหตุผลให้ทราบ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากจากผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี ผู้วิจัยจึงติดต่อและประสานกับบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ และเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติและจำนวนที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วม ก่อนลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ด้วย สถิติ Chi square โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า ในปี 2562 มีจำนวนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ เข้ารับ

บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 28.71 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง 202 คน ส่วนใหญ่ กลุ่มมารดาวัยรุ่นครรภ์แรก มีอายุระหว่าง 14-18 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 17.56 ± 0.81 ปี กลุ่มมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ มีอายุระหว่าง 16-19 ปี มีอายุเฉลี่ย 18.16 ± 0.81 ปี กลุ่มมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำส่วนมาก จบการศึกษาระดับ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 77.60 ในด้านอายุของสามีพบว่า สามีของมารดาวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มมีอายุมากกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.50 ในกลุ่มมารดาตั้งครรภ์แรก และร้อยละ 74.10 ในกลุ่มมารดาตั้งครรภ์ซ้ำ (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and percentage of study samples classified by general information variables. (n=202)

Variables	Pregnancy adolescents	
	First pregnancy (n = 144)	Repeated pregnancy (n = 58)
Current Age (years)		
15 – 16	66 (45.8)	21 (36.2)
17 - 19	78 (54.2)	37 (63.8)
	Min-Max 14-18	Min-Max 16-19
	Mean = 17.56	Mean = 18.16
Age at primigravida (years)		
15 – 16	97 (67.4)	35 (60.3)
17 - 19	47 (32.6)	23 (39.7)
Education		
Vocational Certificate	50 (34.7)	45 (77.6)
Junior High School	49 (34.0)	10 (17.2)
Senior High School	45 (31.3)	3 (5.2)

Variables	Pregnancy adolescents	
	First pregnancy	Repeated pregnancy
	(n = 144)	(n = 58)
Husband's age (years old)	67 (46.5)	15 (25.9)
< 20	77 (53.5)	43 (74.1)
≥ 20		

ในส่วนของการตัดสินใจตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นครั้งแรกพบว่า ส่วนใหญ่ไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์คิดเป็นร้อยละ 85.40 ในขณะที่มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 75.90 ด้านการคุมกำเนิดพบว่า มารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์แรกส่วนใหญ่ไม่มีการใช้คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 88.20 เช่นเดียวกัน เป็นการตั้งครรภ์ที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 75.90 และส่วนใหญ่ไม่เคยไม่ประวัติแท้ง (ตารางที่ 2)

Table 2 Number and percentage of study samples classified by pregnancy history variables. (n=202)

Variables	Pregnancy adolescents	
	First pregnancy	Repeat pregnancy
	(n = 144)	(n = 58)
Intention of pregnancy		
No	123 (85.4)	14 (24.1)
Yes	21 (14.6)	44 (75.9)
Contraception after the first pregnancy		
No	127 (88.2)	44 (75.9)
Yes	17 (11.8)	14 (24.1)
Contraceptive Pill	0 (0.0)	6 (10.3)
Natural family planning	12 (8.3)	6 (10.3)
Emergency contraception pill	5 (3.5)	2 (3.4)
History of abortion		
Yes	1 (0.7)	2 (3.4)
No	143 (99.3)	56 (96.6)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า ปัจจัยที่ด้านอายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก ระดับการศึกษา อายุของสามี ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น ($\chi^2 = 0.238, 0.532,$

0.405, 0.322, 0.650 และ 0.547 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยด้านประวัติการแท้ง ไม่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น (ตารางที่ 3)

Table 3 The association between selected factors and repeated pregnancy of study samples. (n = 202)

Variables	Pregnancy adolescents		χ^2	P-value
	First pregnancy	Repeated pregnancy		
	(n = 144)	(n = 58)		
Age (years old)				
15 – 16	66 (45.8)	21 (36.2)	0.238	.000
17 - 19	78 (54.2)	37 (63.8)		
Age at primigravida (years old)				
15 – 16	47 (32.6)	23 (39.7)	0.532	.000
17 - 19	97 (67.4)	35 (60.3)		
Education				
Vocational Certificate	50 (34.7)	45 (77.6)	0.405	.039
Junior High School	49 (34.0)	10 (17.2)		
Senior High School	45 (31.3)	3 (5.2)		
Husband's age (years old)				
< 20	67 (46.5)	15 (25.9)	0.322	.015
≥ 20	77 (53.5)	43 (74.1)		
Intention of pregnancy				
No	123 (85.4)	14 (24.1)	0.650	.000
Yes	21 (14.6)	44 (75.9)		

Variables	Pregnancy adolescents		χ^2	P-value
	First	Repeated		
	pregnancy (n = 144)	pregnancy (n = 58)		
Contraception after first pregnancy	127 (88.2)	44 (75.9)	0.547	.001
No				
Yes	17 (11.8)	14 (24.1)		
History of abortion				
No	143 (99.3)	56 (96.6)	0.120	.250
Yes	1 (0.7)	2 (3.4)		

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยข้างต้นพบว่า ในปี 2562 มีจำนวนของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรี คิดเป็นร้อยละ 28.71 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง 202 คน ที่เข้ารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชบุรีนั้น มีจำนวนสูงกว่าร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ซ้ำอายุต่ำกว่า 20 ปี ของระดับประเทศ ซึ่งแม้มีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังพบการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นในแต่ละพื้นที่ ที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ¹⁶ ทั้งนี้สามารถอธิบายตามการเปลี่ยนแปลงและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในจังหวัดราชบุรี ที่มีการดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือมารดาวัยรุ่น สามารถช่วยให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจในการดูแลบุตร และแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้²⁴ ซึ่งการอาศัยอยู่ในสังคมที่มีกลุ่มอ้างอิง เช่น บุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่เห็นด้วยกับการมีบุตรคนที่สอง มาเติมเต็มครอบครัว มักจะพบว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำ

มากกว่ากลุ่มที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบุคคลในครอบครัวไม่สนับสนุน¹¹

ในด้านของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบว่า อายุ และอายุเมื่อตั้งครรภ์แรก ระดับการศึกษา อายุของสามี ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุ และอายุเมื่อตั้งครรภ์แรก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำ หมายถึง มารดาที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกน้อยกว่าจะมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มมากขึ้น จากผลการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอภิปรายได้ว่าอายุเมื่อมีประสบการณ์ทางเพศครั้งแรก (First sexual experiences) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยมีการรับรู้ของตนเองต่อการควบคุมชีวิตและการตัดสินใจด้วยตัวเองนั้น

เป็นสิ่งที่ตัวเองโตพอที่จะทำและมีความรับผิดชอบมากพอที่จะรับผิดชอบต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของตัวเอง เป็นผลให้มารดาวัยรุ่นตัดสินใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ จึงพบว่าประสบการณ์ชีวิตทางเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำ และในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นครั้งแรก¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาด้านอายุในการตั้งครรภ์แรก (Age at first birth) ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ซ้ำเร็วในมารดาวัยรุ่น พบว่าอายุมารดาในการตั้งครรภ์ครั้งแรกน้อย มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำมากขึ้น¹⁸

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำ กล่าวได้ว่า การมีบุตรส่งผลให้การเรียนรู้ต่อไปได้ยาก โดยพบว่ามารดาที่มีบุตรเพิ่มขึ้นมากกว่าหนึ่งคนให้ข้อมูลว่าถึงแม้จะมีความสุข แต่ก็เหนื่อยมาก มากกว่าเดิมและมีชีวิตที่ยากขึ้น ไม่ได้ออกไปพบเพื่อน เรียนก็ยังไม่ไปได้ เพราะไม่ใช่แค่ลูกหนึ่งคนจะฝากใครได้ ถ้าลูกสองคน มันจึงเป็นสิ่งที่ยากมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Vieira¹⁹ ที่ทำการศึกษานักเรียนทำนายนการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นชาวบราซิล โดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และปัจจัยด้านสังคม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาของมารดาวัยรุ่น สามารถทำนายการเกิดการตั้งครรภ์ซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำมีการศึกษาต่ำกว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้มีการตั้งครรภ์ซ้ำ

อายุของสามี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำ สามารถอธิบายได้ว่า สามีที่มี

อายุมากกว่ามารดาวัยรุ่น จะมีอิทธิพลในการตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ หรือในทางเดียวกันก็มีอิทธิพลในการส่งเสริมการคุมกำเนิดได้เช่นเดียวกัน^{7,20} และอาจอธิบายได้ว่าการมีสามีที่อายุมากกว่าทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้มากกว่า โดยเชื่อว่าสามีที่อายุมากกว่าจะมีความพร้อมในการเลี้ยงดูครอบครัวได้^{7,8} เนื่องจากการเป็นครอบครัวจำเป็นต้องเข้าใจความต้องการของแต่ละฝ่าย ดังนั้นหากสามีที่มีความพร้อมทั้งด้านวุฒิและเศรษฐกิจจะมีอิทธิพลต่อการวางแผนการมีบุตรคนที่สอง โดยดูที่ระยะห่างระหว่างบุตรและความพร้อม มิใช่พิจารณาที่อายุ เป็นต้น⁹ อีกทั้งบริบทของสังคมไทยยังหล่อหลอมให้ผู้หญิงต้องเชื่อฟังการตัดสินใจของผู้ชาย ดังนั้นหากสามีคาดหวังที่จะมีบุตร มารดาวัยรุ่นจึงมีการคล้อยตามความคิดนั้น ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ซ้ำในช่วงวัยรุ่นตามมา¹¹

ความตั้งใจในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำ แม้ว่าส่วนใหญ่แล้วการตั้งครรภ์ซ้ำจะเกิดจากความไม่ตั้งใจ (Unintended pregnancy) แต่ก็ยังมีมารดาวัยรุ่นบางคนที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำ เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจ (Intended pregnancy) จึงตัดสินใจหยุดการคุมกำเนิดเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งต่อไปในช่วงที่ยังเป็นวัยรุ่นอยู่^{9,21} สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การมีเจตคติทางบวกและความตั้งใจในการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า ความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจนั้น สำหรับวัยรุ่นเองยังมีการรับรู้ทั้งสองฝั่งสองฝ่าย กล่าวคือมารดาในกลุ่ม

ที่มีการตั้งครรภ์ซ้ำจะไม่ตั้งใจคุมกำเนิดและไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ครั้งที่สอง เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นที่ยากที่เราจะสามารถวัดระดับของการตัดสินใจ²² ซึ่งมารดาวัยรุ่นที่ไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ก็พบว่าไม่ได้ตั้งใจที่จะป้องกันเช่นเดียวกัน²¹

การคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำ ($\chi^2=0.547$) สามารถอธิบายได้ว่า การใช้ยาคุมกำเนิด ปัจจัยเสี่ยงด้านการใช้ยาคุมกำเนิดในมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำพบว่าส่วนมากใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ประกอบกับการลืมกินยา จึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ตามมา¹⁰ โดยที่การคุมกำเนิดที่ออกฤทธิ์ระยะยาวจะมีการใช้น้อยมากในกลุ่มมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำ¹ จากผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดชนิดใด ๆ หลังจากการคลอดบุตรคนแรก สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ พบว่า มารดาวัยรุ่นหลายคนมีความเชื่อว่า การคุมกำเนิดระยะยาว เช่น การใส่ห่วง การฝังยา จะทำให้มีปัญหาบุตรยาก (infertility) ตามมา ซึ่งความกลัวที่จะไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก อาจส่งผลให้วัยรุ่นเหล่านั้นไม่เลือกการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการคุมกำเนิดวิธีเดิม หรือเลือกที่จะไม่คุมกำเนิด ส่งผลให้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำได้สูงขึ้น^{11,23}

จุดอ่อนของการวิจัยในครั้งนี้

อายุของสามี เป็นข้อมูลที่เก็บมาได้ในช่วงเวลาที่ กลุ่มมารดาวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำแล้ว มาฝากครรภ์ ซึ่งเป็นอายุปัจจุบันของสามี ณ เวลาที่เก็บข้อมูล ไม่สามารถ นำมาเปรียบเทียบได้กับอายุสามีของกลุ่มวัยรุ่นครรภ์แรกได้ เนื่องจากไม่ใช่

อายุจริงเมื่อตั้งครรภ์แรกของทั้งสองกลุ่ม ทราบได้เพียงลักษณะทั่วไปว่ามีอายุเป็นอย่างไร ด้วยสถิติเบื้องต้น จำนวน ร้อยละ เป็นต้น โดยไม่สามารถเปรียบเทียบทางสถิติได้ว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่

จุดแข็งของการวิจัยในครั้งนี้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ เป็นผลการศึกษาที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงและได้มาซึ่งข้อมูลที่ตรงกับบริบทของประชาชนในพื้นที่ อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสม

สรุป

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก ระดับการศึกษา อายุของสามี ความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ และการคุมกำเนิด ปัจจัยเหล่านี้สามารถนำไปพัฒนารูปแบบและแนวทางในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานฝากครรภ์ หลังคลอด สามารถแนะนำการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมกับการวางแผนมีบุตรของมารดาวัยรุ่น
2. ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดแก่ตัวมารดาวัยรุ่นหลังคลอดและสามี เพื่อประสิทธิภาพในการวางแผนครอบครัวระยะยาว และเว้นระยะการมีบุตรออกไปได้นานขึ้น ตามความต้องการของผู้รับบริการ
3. แผนกฝากครรภ์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ไปใช้ในการออกแบบ

การให้การดูแลที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเหล่านี้ ที่รวมไปถึงการให้ความรู้แก่สามี และให้สามีมีส่วนร่วม ต่อบทบาทการคุมกำเนิดหรือวางแผนครอบครัวให้มากขึ้น

4. การจัดการเรียนการสอน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมารดาวัยรุ่น ควรมีการเน้นให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงการให้คำแนะนำหลังคลอด ที่เกี่ยวกับการให้คำแนะนำการคุมกำเนิดที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ และเรียนรู้ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ซ้ำ ความสัมพันธ์ที่ระหว่างความแตกต่างของอายุ ชนิดของการคุมกำเนิดที่เหมาะสม รวมถึงข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับวิธีการคุมกำเนิด เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปวางแผนการให้

คำแนะนำมารดาวัยรุ่น หลังคลอดที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับ ความเชื่อ และด้านที่เกี่ยวข้องทางสังคม ที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการค้นหาลปัจจัยความสำเร็จ ความร่วมมือของครอบครัว และสามี ที่ส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นสามารถคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาการพยาบาลที่เหมาะสมกับวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ซ้ำ โดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ให้ชัดเจน เพื่อเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม

Reference

1. Talungchit P, Lertbunnaphong T, Russameecharoen K. Prevalence of repeat pregnancy including pregnancy outcome of teenage women. *Siriraj Med J* 2017; 69(6): 363-9. (in Thai)
2. UNICEF. Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand: Synthesis report 2015. Bangkok: UNICEF Thailand; 2015.
3. Bureau of Reproductive Health. Statistics on Adolescent Births, Thailand 2018. Bangkok, Thailand: Ministry of Public Health; 2018.
4. Sa-ngiamsak P. The Life Experiences of Unmarried Teenage Mothers in Thailand [Dissertation]. The University of Queensland; 2016.
5. Pungbangkadee R, Ratinthorn A. Factors and consequences of repeat pregnancy among teenagers: A case study in Bangkok metropolis. *Nurs Sci J Thai* 2014; 32(2): 23-31. (in Thai)
6. Burke HM, Santo LD, Bernholc A, Akol A, Chen M. Correlates of Rapid Repeat Pregnancy Among Adolescents and Young Women in Uganda. *Int Perspect Sex Reprod*

- Health 2018; 44(1): 11-8.
7. Wisarutkasempong A, Muangpin S. Factors related to the intention to repeat pregnancy among pregnant adolescents. *Srinagarind Med J* 2015; 30(3): 262-9. (in Thai)
 8. Huangthong M, Deoisres W, Suppaseemanont W. The Factors Related to Rapid Repeat Pregnancy among Teenage Pregnant Women. *JPNC* 2019; 30(1): 161-72. (in Thai)
 9. Cha S, Chapman DA, Wan W, Burton CW, Masho SW. Discordant pregnancy intentions in couples and rapid repeat pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214(4): 494. 1-12.
 10. Srivilai K. Repeated Pregnancy among Adolescents: A Case study in a Community Hospital, Southern, Thailand. *SCNJ* 2016; 3(3): 142-52. (in Thai)
 11. Panchareon S, Kontha J, Jongkhae P. Factors related to the intention to repeat pregnancy among pregnant adolescents. *JSBA* 2020; 5(10): 231-47. (in Thai)
 12. Bucknall A, Bick D. Repeat pregnancies in teenage mothers: An exploratory study. *J Adv Nurs* 2019; 75(11): 2923-33.
 13. Wilkie GL, Leung K, Kumaraswami T, Barlow E, Moore Simas TA. Effects of Obstetric Complications on Adolescent Postpartum Contraception and Rapid Repeat Pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(6): 612-6.
 14. Crittenden CP, Boris NW, Rice JC, Taylor CA, Olds DL. The role of mental health factors, behavioral factors, and past experiences in the prediction of rapid repeat pregnancy in adolescence. *J Adolesc Health* 2009; 44(1): 25-32.
 15. Mott FL. The pace of repeated childbearing among young American mothers. *Fam Plann Perspect* 1986; 18(1): 5-12.
 16. Bureau of Reproductive Health. Annual report 2019. . In: Health Do, editor. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2019.
 17. Subsomboon K, Phahuwatanakorn W, Chalermphichai T, Boriboonhirunsarn D. Factors Related to Repeat Pregnancy Prevention Behaviors of Postpartum Adolescent Mothers. *JRTAN* 2021; 22(3): 322-30. (in Thai)
 18. Amongin D, Nakimuli A, Hanson C, Nakafeero M, Kaharuza F, Atuyambe L, et al. Time trends in and factors associated with repeat adolescent

- birth in Uganda: Analysis of six demographic and health surveys. *PloS one* 2020; 15(4): e0231557.
19. Vieira CL, Flores PV, Rochel de Camargo K, Pinheiro RS, Cabral CS, Aguiar FP, et al. Rapid Repeat Pregnancy in Brazilian Adolescents: Interaction between Maternal Schooling and Age. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29(4): 382-5.
20. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Exploring the Risks of Repeated Pregnancy Among Adolescents and Young Women in the Philippines. *Matern Child Health J* 2019; 23(7): 934-42.
21. Arayajaru P, Klayhiran W, Anucha C. The Lived Experiences of Adolescent Mothers: Intended or Unintended Repeat Pregnancy. *J innov res health sci biotechnol* 2019; 2(1): 177-85. (in Thai)
22. Mumford SL, Sapra KJ, King RB, Louis JF, Buck Louis GM. Pregnancy intentions-a complex construct and call for new measures. *Fertil Steril* 2016; 106(6): 1453-62.
23. Reddy J, Mistry J, Jacobs F. Rapid Repeat Birth: Intersections Between Meaning-Making and Situational Support Among Multiparous Adolescent Mothers. *J Adolesc Res* 2017; 32(6): 696-718.
24. Polgaya O, Pattawan C. The Effect of the Maternal Roles Promoting Program by Family Support on Attitude and Maternal Roles. *IJHRI* 2019; 2(1): 131-42. (in Thai)

บทวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม

สุวัฒนา เกิดม่วง*

ศักดิ์กร สุวรรณเจริญ** นิจวรรณ วีรวัฒน์โนตม***

ทิพวรรณ ตั้งวงศ์กิจ*** อังคริสา พินิจจันทร์***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม และมีประสบการณ์ป่วยด้วยโรคมากกว่า 10 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโครงสร้างวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของฮัทเชอร์ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาของโคไลซี่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 25.5 ปี (S.D.=1.96) ระยะเวลาของการป่วยเป็นโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรมเฉลี่ย 22.7 ปี (S.D.=4.08) อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วย คือ 2.8 ปี (Median=1) ผู้ดูแลหลักคือ บิดา/มารดา (ร้อยละ 60) และเป็นผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม Type II และ Type III ในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50) ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายของประสบการณ์ชีวิตผ่านการเปลี่ยนแปลง 4 กระบวนการ คือ 1) การสูญเสียการควบคุม 2) การปรับตัวกับข้อจำกัด 3) การก้าวข้ามขีดจำกัด และ 4) การใช้ชีวิตด้วยความหวัง ผลการศึกษานี้ก่อให้เกิดความเข้าใจเชิงลึกถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรมด้านการดำเนินของโรค การดำเนินชีวิต และการเผชิญการเปลี่ยนแปลงของโรค บุคลากรสาธารณสุขสามารถใช้ข้อมูลในการสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเหลือ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม การดูแลรักษาพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และการก้าวข้ามขีดจำกัดของตนเอง

คำสำคัญ: ประสบการณ์ชีวิต/ ผู้ป่วย/ โรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม

* ผู้รับผิดชอบหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก E-mail: suwattana_kerd@hotmail.com

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (ด้านการสอน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Lived Experience of Patients with Spinal Muscular Atrophy

Suwattana Kerdmuang*

Sakdikorn Suwancharoen** Nitjawan Weerawatthanodom***

Tipawan Tangwongkit*** Oangrisa Pinitchan***

Abstract

This qualitative phenomenological research aimed to examine lived experience of patients with spinal muscular atrophy (SMA). Saturated ten informants were purposively selected from patients who had been diagnosed with SMA and had been suffering from the illness for more than 10 years. Data were collected using in-depth interviews and analyzed by the Husserl framework of Colaizzi's method. The findings indicated that the informants had a mean age of 25.5 years (S.D.=1.96), the duration of SMA illness was 22.7 years (S.D.=4.08), and the age at onset was 2.8 years (Median=1). The primary caregiver was the father/mother (60%) and the proportions of the patient with SMA Type II and III were equal (50%). The informants defined the lived experience through 4 transitional phrases: 1) loss of control; 2) adjustment to limitations; 3) transcending limitations; and 4) living with hope. The results provided an understanding of experiences faced by the patients with SMA in terms of disease trajectories, living life, and coping with transitional phrases of disease. The healthcare personnel could support necessary infrastructures; arrange an appropriate environment; provide treatment, and prevent complications by considering the flexibility of living along with the patient's suffering and overcoming the limit of oneself.

Keywords: Lived Experience/ Patient/ Spinal Muscular Atrophy

Article info: Received January 23, 2022; Revised April 14, 2022; Accepted April 26, 2022

* Corresponding Author, Registered nurse, Senior professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

** Instructor, Senior professional Level, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*** Registered nurse, Senior professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

**** Registered nurse, Senior professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

***** Registered nurse, Senior professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม (Spinal Muscular Atrophy) หรือโรค SMA ปัจจุบันยังไม่มีที่รู้จักอย่างแพร่หลาย แต่แท้จริงแล้วโรค SMA เป็นโรคที่มีสถิติพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากโรคธาลัสซีเมีย และมีอัตราของผู้ป่วยถึง 1 ใน 30 ของคนปกติ โดยมีสัดส่วนการป่วยระหว่างเพศชายและหญิงใกล้เคียงกัน^{1,2} โรค SMA เกิดจากการกลายพันธุ์กรรมของยีนที่เรียกว่า Survival Motor Neuron (SMN) ทำให้มีการเสื่อมของ Motor neuron โดยเส้นประสาทจากกระดูกสันหลังไม่สามารถส่งสัญญาณไปยังกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ได้ เป็นผลให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและการเสื่อมของกล้ามเนื้อโดยทั่วไปแล้วอาการและความรุนแรงของโรคจะมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับอายุขณะที่โรคเริ่มต้น ผู้ป่วยโรค SMA พบตั้งแต่เป็นทารกจนถึงเป็นตอนที่โตแล้ว โดยปกติผู้ป่วยจะต้องการการดูแลเป็นพิเศษในเรื่องของกล้ามเนื้อ ปอด ระบบประสาท กระดูก ข้อต่อ และการทำกายภาพบำบัด หรือแม้กระทั่งการผ่าตัดตามความจำเป็น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ จากโรคได้ อาการของโรคพบว่าบางรายมีอาการเพียงเล็กน้อย และถึงเสียชีวิตได้^{2,3}

SMA เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากผลจากอาการต่าง ๆ เช่น ลำตัวผู้ป่วยเป็นรูปประหลาดเนื่องจากการใช้กล้ามเนื้อส่วนท้องในการหายใจ มือกำและมีเหงื่อออกที่มือ ลิ้นสั้น เหน็บติด หลังคด ปอดติดเชื้อได้ง่าย การลุกขึ้นนั่งทำได้ยาก ความสามารถในการ

หายใจน้อยลง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหายใจซึ่งเป็นสาเหตุใหญ่ที่นำไปสู่การเสียชีวิต และจากการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติว่าโรค SMA เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษาโดยตรง มีเพียงจะต้องรักษาไปตามอาการ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีเสมหะในปอดหรือลำคอรวมทั้งหายใจลำบากจะรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจแบบชนิดไม่ต้องต่อเครื่องช่วยหายใจ (BiPAP: noninvasive ventilator) หรือพิจารณาเจาะคอช่วยหายใจ³ เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย SMA และสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ชะลอหรือบรรเทาอาการของโรคไม่ให้ลุกลามและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ควบคู่ไปกับการปรับตัวของผู้ป่วยต่ออาการของโรคอย่างเหมาะสม⁴ จำเป็นที่ต้องมีการศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย SMA ในเชิงลึก

โรค SMA แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) SMA type I เป็นประเภทที่รุนแรงที่สุด โดยเริ่มมีอาการก่อน 6 เดือนและเสียชีวิตภายใน 2 ปีแรก 2) SMA type II เป็นประเภทที่รุนแรงระดับกลางและพบจำนวนมากที่สุด โดยเริ่มมีอาการระหว่างอายุ 6 ถึง 18 เดือน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยืนหรือเดินได้ ผู้ป่วย SMA ประเภทนี้มักจะเสียชีวิตจากการติดเชื้อในปอดในวัยรุ่น ขณะที่ผู้รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคกระดูกสันหลังคดเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงอย่างต่อเนื่อง 3) SMA type III เป็นประเภทที่รุนแรงระดับน้อย อาการมักจะปรากฏขึ้น 18 เดือนหลังคลอด ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงบริเวณแขนขา ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถเดินได้

แต่ไม่ไกล และบางรายต้องใช้รถเข็น และ 4) SMA type IV เป็นประเภทที่ไม่รุนแรงมาก ซึ่งมักพบในผู้ใหญ่ มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงซึ่งสามารถใช้ยาบรรเทาอาการและยืดอายุขัยของผู้ป่วยได้^{1,2,3,4} เห็นได้ว่าผู้ที่เป็นโรค SMA ตั้งแต่อายุน้อยจะมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่เป็น SMA เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น และจากการดำเนินของโรคที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ อาจพบว่าผู้ป่วยจากที่เคยเดินได้ ช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรประจำวันเองได้ กลายเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อเกิดความพิการผู้ป่วยจะต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคมในการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศ จากลักษณะของโรค SMA เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว และมีระยะเวลาในการดำเนินของโรคนาน ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมนั้น ย่อมแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยได้เผชิญในขณะที่เจ็บป่วย เห็นได้ว่าการดำรงชีวิตอยู่กับโรค SMA นั้น นับว่าเป็นการใช้ชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอน เนื่องจากไม่สามารถบอกได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบเมื่อใด รุนแรงมากน้อยขนาดไหน หรือเมื่อใดจะเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงเกิดความยากลำบากในการเผชิญ ประกอบกับร่างกายและจิตใจที่มีศักยภาพลดลง ส่งผลให้เกิดความคับข้องใจและความทุกข์ทรมานมากขึ้น^{3,4}

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค SMA พบว่ามีการศึกษาพยาธิสภาพของ

โรค ข้อมูลทางพันธุศาสตร์ อาการและผลกระทบต่าง ๆ ของโรค SMA^{1,2,3,5} มีส่วนน้อยที่ศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรค SMA และพบเฉพาะการศึกษาของต่างประเทศเท่านั้นที่ศึกษาประสบการณ์การปรับตัวและประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย SMA type II และ type II ที่อยู่ในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ (อายุระหว่าง 13-45 ปี)^{2,4,6} ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA การวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของฮัทเชอร์ล^{7,8} เพื่อค้นหาและตีความหมายของประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค SMA ซึ่งเป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะนำมาศึกษาเพื่อเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค SMA ในบริบทของประเทศไทยมากขึ้น ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และลดความรุนแรงของโรค สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม (SMA)

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Qualitative phenomenological research)⁷ นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจความหมาย ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของประสบการณ์ (Lived Experience) ของผู้ป่วยโรค

SMA โดยใช้แนวคิดของฮัสเซิร์ล (Husserl's transcendental phenomenology)⁸ ซึ่งให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคล โดยเชื่อว่าบุคคลให้คุณค่าหรือความหมายแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (Being-in-the-world) รวมทั้งภูมิหลัง ได้แก่ อายุ การศึกษาวัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคม โดยเชื่อว่าประสบการณ์ชีวิตเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ประสบการณ์ในอดีตมีความสัมพันธ์กับปัจจุบัน และกระทบต่อชีวิต ดังนั้นประสบการณ์ชีวิตจึงเป็นกระบวนการต่อเนื่อง (Dynamic) แตกต่างไปตามปัจเจกบุคคล

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรค SMA จากมูลนิธิโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง จำนวนผู้ให้ข้อมูลพิจารณาจากความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) จนได้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน ซึ่งเพียงพอที่สามารถอธิบายความหมายของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561-ตุลาคม 2562 ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling technique) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรค SMA (type I และ type II) ที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป และป่วยด้วยโรค SMA เป็นระยะเวลามากกว่า 10 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นประเภทที่รุนแรงและผู้ป่วยมีประสบการณ์เผชิญการดำเนินของโรคที่ค่อย ๆ แย่ลง 2) อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 3) มีความสามารถในการโต้ตอบสื่อสาร และ 4) สนใจในการเข้าร่วมการศึกษา

ครั้งนี้โดยลงนามยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจในการให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) ผู้วิจัยหลักที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผ่านการฝึกอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึก กระบวนการเขียน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 2) เครื่องบันทึกเสียง และ 3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured interview guideline) โดยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง⁹ ที่ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ป่วย SMA จำนวน 2 ราย นำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วนและจึงนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลจริง ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับ 3.1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ศาสนา ประเภทของโรค SMA ระยะเวลาการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยในการดำรงชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และอาการปัจจุบันของโรค SMA และ 3.2) ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย SMA ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ สาเหตุความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของชีวิตตั้งแต่กระบวนการตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงได้รับการจากแพทย์ว่าเป็นโรค SMA ผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย สิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เมื่อเผชิญกับโรค SMA และวิธีการจัดการกับความเจ็บป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย จนสิ้นสุดระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแยกกันในแต่ละคนแบบตัวต่อตัว (Face to face in depth interviews)⁷ มีการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ ร่วมกับการจดบันทึก โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 1 ถึง 2 ชั่วโมง การสัมภาษณ์ทั้งหมดเกิดขึ้นที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ระหว่างการสนทนาผู้วิจัยจับประเด็นของข้อมูลและจดบันทึกสรุปสั้น ๆ พร้อมกับการบันทึกเทปการสนทนาภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์เป็นลายลักษณ์อักษรแบบคำต่อคำ แล้วอ่านทำความเข้าใจความหมายต่าง ๆ หากประโยคใดมีความหมายไม่ชัดเจน จะนำกลับไปถามผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งต่อไปกรณีที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติมหรือต้องการการยืนยัน ซึ่งขึ้นอยู่กับความสนใจ และความยินยอมของผู้ให้ข้อมูลทุกครั้ง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้สัมภาษณ์จนกว่าไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้นเช่นนี้ไปจนกว่าพบว่ เก้นสาระอิ่มตัว (Conceptual saturation)⁷ จึงยุติการสัมภาษณ์ ซึ่งจำนวนครั้งของการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายประมาณ 2-4 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนายนาท เลขที่ BCN-IRB 2-8-2560 ลงวันที่ 29 กันยายน 2560 ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอ

ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล ให้อิสระในการเข้าร่วมและถอนตัว การสัมภาษณ์คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ไม่รบกวนการทำงานและกิจวัตรประจำวัน การจดบันทึกและใช้เทปบันทึกข้อมูลต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยจะนำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ (Transcribed verbatim) เพื่อวิเคราะห์ถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยวิเคราะห์ตามวิธีเชิงปรากฏการณ์วิทยาของ Colaizzi ทั้ง 7 ขั้นตอน¹⁰ ดังนี้ 1) อ่านคำบรรยายของข้อมูลทั้งหมดหลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เข้าใจเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งหมด 2) ตัดทอนข้อความ ให้เหลือประโยคที่สำคัญ ๆ 3) นำข้อความ หรือประโยคที่กำหนดความหมายมา กำหนดความหมาย 4) นำข้อความมาจัดเป็นหมวดหมู่ และรวมเป็นหัวข้อ ตรวจสอบความถูกต้องกับข้อมูลเดิมอีก พร้อมทั้งตรวจสอบความอืมของข้อมูล 5) อธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดครบถ้วนโดยเขียนให้มีความต่อเนื่อง กลมกลืนระหว่างประโยคความหมาย และหัวข้อต่าง ๆ 6) นำคำอธิบายปรากฏการณ์มาบูรณาการและสังเคราะห์ เพื่อสรุปเป็นผลการศึกษา⁷⁾ ตรวจสอบ

ความตรงโดยนำผลสรุปไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ
ว่าเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริง

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย
ขั้นตอนต่าง ๆ คือ อ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการ
ถอดความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์ที่ได้จาก
การเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ
ร่วมกับฟังเทปซ้ำหลาย ๆ ครั้งเพื่อให้เกิดความ
เข้าใจและให้รหัสข้อมูล (Coding) จากนั้นดึง
ข้อความสำคัญออกมาแล้วให้ความหมายที่เป็นไป
ได้ของแต่ละข้อความนั้น ทำการจัดระบบ
ความหมายของข้อความในกลุ่มประเด็นแล้ว
เขียนอธิบายประเด็นเป็นความเรียงอย่างละเอียด
แล้วกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูล และการแปลความหมายของ
ผู้วิจัย (Member checking) ผู้วิจัยกลับมาแก้ไข
ตามที่ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ เขียนประเด็นข้อมูล
และการแปลความหมายเป็นความเรียงจนมั่นใจว่า
ได้ข้อมูลที่อ้อมตัว เพื่อเป็นการเพิ่มความเชื่อถือได้
ของการวิจัย (Credibility) โดยผู้วิจัยได้นำผลการ
วิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลได้รับทราบ
เพื่อเป็นการยืนยันว่าข้อมูลที่ได้เป็นจริงและ

ถูกต้องตรงกับการประสบการณ์และรับรู้ของตน
(Trustworthiness)^{7,11,12,13}

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจาก พันธุกรรม (SMA)

อายุเฉลี่ยของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 คน
เท่ากับ 25.50 ปี (S.D.=1.96) โดยมีอายุระหว่าง
23-28 ปี เป็นเพศหญิง 9 คน (ร้อยละ 90) และ
เพศชาย 1 คน (ร้อยละ 10) ระยะเวลาของการ
ป่วยเป็นโรค SMA เฉลี่ย 22.70 ปี (S.D.=4.08)
พบว่าระยะเวลาการป่วยอยู่ในช่วง 12-27 ปี
อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มป่วย คือ 2.80 ปี (Median=1)
โดยพบอายุเมื่อเริ่มป่วยอยู่ระหว่าง แรกเกิดถึง 13
ปี ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 70)
สำหรับระดับการศึกษาที่จบ พบผู้ป่วยจบระดับ
ปริญญาตรี และมีมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในสัดส่วน
เท่ากัน (ร้อยละ 40) ผู้ป่วย SMA ส่วนใหญ่
ว่างงาน ร้อยละ 80 ผู้ดูแลหลักคือ บิดา/มารดา
ร้อยละ 60 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยพบ
เป็นผู้ป่วยโรค SMA Type II และ Type III ใน
สัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 50) ดังตารางที่ 1

Table 1 General information of patients with spinal muscular atrophy: SMA (n=10)

ID	Age (years)	Sex	Age at onset (years)	Duration of illness (years)	Type of SMA	Education	Sibling order	Primary caregiver	Occupation
A	28	F	1	27	Type II	M 3	1	mother	writer
B	28	F	4	24	Type III	M 6	1	father/ mother	unemployed
C	23	F	0	23	Type III	Bachelor's degree	only child	father/ mother	unemployed

ID	Age (years)	Sex	Age at onset (years)	Duration of illness (years)	Type of SMA	Education	Sibling order	Primary caregiver	Occupation
D	23	F	0	23	Type II	Bachelor's degree	1	hired care giver	unemployed
E	25	F	4	21	Type III	M 3	1	younger sister	unemployed
F	26	F	1	25	Type II	M 3	only child	father/ mother	unemployed
G	25	M	13	12	Type III	Bachelor's degree	1	father/ mother	graphic design
H	28	F	3	25	Type III	M 6	1	father/ mother	unemployed
I	25	F	1	24	Type II	M 3	Only child	father/ mother	unemployed
J	24	F	1	23	Type II	Bachelor's degree	1	relative	unemployed

2. สารหลักและสาระย่อย (Themes and subthemes) ของประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรคไขสันหลังเสื่อมจากพันธุกรรม: SMA

เมื่อวิเคราะห์ประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA ตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาของ Colaizzi¹⁰ จากข้อมูลการสัมภาษณ์ที่นำมาจัดหมวดหมู่ พบสารหลัก (Theme) 4 ประเด็น คือ 1) การสูญเสียการควบคุม 2) การปรับตัวกับข้อจำกัด 3) การก้าวข้ามขีดจำกัด และ 4) การใช้ชีวิตด้วยความหวัง จากนั้นผู้วิจัยได้นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและตรวจสอบความถูกต้อง พบว่า ผู้ป่วย SMA ทั้งหมดยืนยันกับ 4 สารหลักและ 8 สาระย่อย (Subthemes) โดยไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ตารางที่ 2) ผลการวิจัยได้สรุปได้ดังนี้

1. การสูญเสียการควบคุม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ตั้งแต่กระบวนการตั้งแต่ที่เริ่มมีอาการ จนถึงได้รับการจากแพทย์ว่าเป็นโรค SMA และโรคนี้รักษาไม่หาย ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญความเครียดและความสูญเสียอย่างหนัก ซึ่งการสูญเสียการควบคุมเป็นความท้าทายแรกและสำคัญที่สุด เนื่องจาก “การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ” ผู้ป่วยจึงเสี่ยงต่อการหกล้ม และเมื่อการดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีผลต่อความเสี่ยงในการหยุดหายใจ และผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตัวเองตกอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก นอกจากนี้ “การสูญเสียความมั่นใจและความนับถือในตนเอง” เนื่องจาก ผู้ป่วยโรค SMA ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวและผู้อื่น ทำให้

ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองสร้างภาระให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างมาก

1.1 สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ: เสี่ยงต่อการตก/หกล้ม และหยุดหายใจ และอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก

ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรค SMA ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้ออย่างช้าๆ มีแนวโน้มที่จะพัฒนาเป็นโรคกระดูกสันหลังคด (Scoliosis) ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะหกล้มมากขึ้นเพราะไม่สามารถรองรับน้ำหนักตัวของตนเองได้ ผู้ป่วยจึงต้องเดินเพื่อกลับมาลุกขึ้นเมื่อพวกเขาล้มลง แต่มีกล้ามเนื้ออยู่เสมอนอกจากนั้นพบว่าลำตัวผู้ป่วยเป็นรูปประหลาดเนื่องจากการใช้กล้ามเนื้อส่วนท้องช่วยในการหายใจ ความสามารถในการหายใจน้อยลง เกิดความเสี่ยงต่อการหยุดหายใจทำให้เวลานอนผู้ให้ข้อมูลต้องใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด BiPAP ตลอดเวลา ผู้ป่วยได้เผชิญกับการสูญเสียความแข็งแรงและการทำงานของส่งผลต่อความรู้สึกหมดหนทางเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่สามารถเดินขึ้นหรือแม้กระทั่งยกแขน ขา และหายใจเองได้ ทำให้ประสบปัญหาในการดำรงชีวิตตามปกติ และสูญเสียความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน

“ปัจจุบันไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ รู้สึกว่าร่างกายเริ่มอ่อนแรงลง เดิน ยกแขน ขาไม่ได้ เริ่มเกร็งคอไม่ได้ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตอนนอน หรือถ้าไม่ได้ออกไปไหนก็จะใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 20 ชั่วโมง ทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่นในทุกเรื่อง และไม่สามารถใช้ชีวิตปกติได้” (ผู้ป่วย SMA 1)

“อ่อนแรงในการยกแขน ขา และลำตัว ใส่เสื้อเองได้เป็นบางตัว แต่ถอดเสื้อเองไม่ได้ต้องมีคนช่วย ยกแก้วน้ำเองได้ ยังเขียนหนังสือได้” (ผู้ป่วย SMA 6)

1.2 สูญเสียความมั่นใจและความนับถือในตนเอง: ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว และเป็นภาระครอบครัว

เนื่องจากความสามารถทางกายภาพที่จำกัด ผู้ป่วย SMA ให้ข้อมูลว่า ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวเพื่อขอความช่วยเหลือด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลเสียต่อครอบครัวและเป็นภาระของครอบครัวอย่างมาก เพราะผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าโรค SMA มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทำให้สมาชิกในครอบครัวอาจต้องเผชิญกับการตัดสินใจทางการแพทย์ที่สำคัญเมื่อใดก็ได้ (การช่วยฟื้นคืนชีพ/การเจาะคอ) นอกจากนี้ การมีโรคเรื้อรังทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของผู้ดูแล หรือสมาชิกในครอบครัว นำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างการจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น กับความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต ส่งผลต่อวิถีชีวิตและความคิดของผู้ป่วย นำไปสู่การสูญเสียความมั่นใจและความนับถือในตนเอง

“ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ Bipap / เครื่องดูดเสมหะ / แอมบูแบคทุกวัน และเริ่มถี่ขึ้นทำให้ไปไหนมาไหนไม่สะดวกมีความยากลำบากขึ้นมากต้องพึ่งพาพ่อแม่คนรอบให้ช่วยเหลือเป็นอย่างมาก” (ผู้ป่วย SMA 5)

“ช่วงที่เป็นไข้หวัด หรือร่างกายติดเชื้อทำให้อาการของโรคแย่ลง กังวลถึงอนาคตถ้าต้องอยู่คนเดียวหรือไม่มีคนดูแล ต้องพึ่งพาคนอื่นใน

ทุกเรื่อง และไม่สามารถใช้ชีวิตปกติได้ เช่น เรียนหรือทำงานแบบคนปกติ บางอย่างที่ยากทำก็ทำไม่ได้ทุกอย่างตามใจ” (ผู้ป่วย SMA 6)

2. การปรับตัวกับข้อจำกัด

ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับความท้าทายจาก “การปรับตัวจากข้อจำกัด” ในชีวิตประจำวันจากการป่วยด้วยโรค SMA ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าได้พัฒนาความสามารถพิเศษมากมายเพื่อเอาชนะข้อจำกัดทางกายภาพของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลตระหนักถึงความจำเป็นในการใช้ “อุปกรณ์ช่วยเหลือ” และเริ่มใช้รถเข็นเพื่อการเคลื่อนย้าย/เคลื่อนไหว หรือใช้คอมพิวเตอร์ที่ใช้เทคโนโลยีควบคุมเมาส์ด้วยสายตาสำหรับผู้พิการในการประกอบอาชีพเขียนนวนิยาย หนังสือและเรื่องสั้น นอกจากนั้นผู้ป่วยยังพัฒนาการปรับตัวทางจิตวิทยาในเชิงบวกต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยบรรลุผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ชีวิตง่ายและสะดวกขึ้น

2.1 การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ: การใช้รถเข็น การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือและการปรับสภาพแวดล้อม

ผู้ป่วยโรค SMA ประสบกับความไม่สะดวกมากมาย และไม่สามารถจัดการเรื่องเล็กน้อยในชีวิตประจำวันได้ เมื่อผู้ป่วยเริ่มใช้รถเข็นได้พบว่า มันไม่สามารถใช้ขึ้นบันได หรือข้ามประตูไปถึงเป้าหมายหรือสิ่งของ (วัตถุต่าง ๆ) ที่ต้องการได้ ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่าเมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่น ๆ ตนเองว่าตนเองคือคุณค่าและกังวลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะล้ม ด้วยเหตุผลดังกล่าว และระยะเวลาการเป็นโรคที่ยาวนานทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีปรับและสร้างกลยุทธ์ในการ

ใช้รถเข็นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยเริ่มนั่งและควบคุมรถเข็น พยายามจัดการสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเองมากขึ้นเพื่อลดการพึ่งพิงบุคคลในครอบครัว นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลบางคนใช้เก้าอี้รถเข็นไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์เพื่อเดินทาง ทำให้ชีวิตง่ายขึ้น สะดวกขึ้น และยังคงควบคุมการเคลื่อนที่ของตนเองได้ดีขึ้น แต่ยังคงจำกัดเฉพาะสถานที่ที่มีทางลาด หรือทางเรียบ

“แม่เริ่มแถมตัวลง และหวังว่าฉันจะสามารถทำอะไรและไปไหนได้บ้าง จึงปรับความสูงของเก้าอี้รถเข็นให้เท่ากับเก้าอี้ที่ใช้ในบ้าน ทำให้ฉันขยับไปนั่งเก้าอี้ได้เอง ต่อมาฉันซื้อเก้าอี้รถเข็นไฟฟ้า มันแก้ปัญหาการเคลื่อนไหว ไปไหนมาไหนสะดวกขึ้น และกลายเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิต” (ผู้ป่วย SMA 4)

“ต้องนั่งวีลแชร์ แชนและขายึดเหยียดตรงไม่ได้ เกร็งเวลานั่งแล้วไม่มีอะไรฟังหรือรองรับ เวลานอนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ” (ผู้ป่วย SMA 9)

2.2 การออกแบบการเคลื่อนไหว: การปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดทางกายภาพและกิจกรรมสำคัญของชีวิตประจำวัน

จากข้อมูลผู้ป่วยระบุว่า ถึงแม้พวกเขาจะมีข้อจำกัดทางกายภาพ แต่ไม่สามารถจำกัดการพัฒนาหรือการใช้ชีวิตของแต่ละบุคคลได้ ผู้ป่วยได้ปรับทั้งวิธีการใช้ชีวิตประจำวันและปรับแนวคิดเพื่อต่อสู้และเอาชนะกับโรคที่เป็นอยู่ โดยจะปรับตัว/นิสัยในการทำกิจกรรมสำคัญของชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น อาบน้ำไปพร้อม ๆ กับการแปรงฟันและเข้าห้องน้ำ โดยอุปกรณ์บางอย่างจะออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อช่วยใน

การทำงานให้สำเร็จ เช่น ขึ้นวางต้องไม่สูงเกินไป วัตถุต้องอยู่ไม่ไกลเกินไป หรือใช้คอมพิวเตอร์ที่ควบคุมเมาส์ด้วยสายตาในการทำงาน ทำให้ผู้ป่วยพบว่าในขณะที่ร่างกายผู้ป่วยถูกบีบคั้น แต่จิตใจกลับรู้สึกดีขึ้น

“ใช้ชีวิตตามปกติ ทำในสิ่งที่ทำเองให้ได้มากที่สุด แคะใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เข้ามา เช่น เคยมีรองเท้าตัดเท้า (Ankle-foot orthosis) เสื่อเกาะ (Brace) รถเข็นไฟฟ้า เครื่องช่วยหายใจ จัดของให้หยิบใช้ง่าย เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตของเรามากขึ้น” (ผู้ป่วย SMA 8)

“ใช้วีลแชร์ ช่วยเหลือตัวเองเท่าที่จะทำได้ และพึ่งพาคนอื่นให้น้อยที่สุด” (ผู้ป่วย SMA 9)

3. การก้าวข้ามขีดจำกัด

ผู้ป่วยโรค SMA ไม่สามารถกำหนดและพัฒนาเป้าหมายชีวิตของตนเองได้ตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลต่อแนวคิดในตนเองและมุมมองต่อชีวิต เพื่อปลดปล่อยจิตใจจากข้อจำกัดของร่างกาย ผู้ป่วยจึงพยายามปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดทางกายภาพ เผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิต พัฒนาชีวิตทางสังคม และมีส่วนร่วมในการทำงาน เพราะต้องการเป็นเหมือนคนปกติอื่นๆ มีงานทำและมีสถานะเศรษฐกิจที่ดีขึ้น และใช้ชีวิตที่มีเป้าหมาย

3.1 ความมีอิสรภาพ/ ความมีเอกลักษณ์: เผชิญกับความท้าทายทั้งหมดอย่างอิสระ

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า ผู้ป่วยไม่ต้องการถูกกีดขวางจากอุปสรรคทางกายภาพ แม้ว่าจะไม่สามารถหยิบเท้าไปมาบนพื้นได้ หรือแม้แต่การขยับ/เคลื่อนไหวของอวัยวะหลาย ๆ แต่พวกเขา

สามารถนั่งรถเข็น และเดินโดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุง (มีผู้ป่วย 2 คนที่เดินได้แค่ระยะใกล้ๆ โดยใช้ Walker ร่วมกับรถเข็น) ทำงานและเรียนหนังสือได้ แต่ด้วยความแข็งแรงของร่างกายที่ลดลง ความไม่แน่นอนของอาการแทรกซ้อนจากโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความท้าทายทั้งหมดอย่างเป็นอิสระจากโรคที่เป็น

“ก็คิดว่าความพิการมันคือความไม่สะดวกแค่นั้น ตอนที่ท้อหรืออยากตายแต่ไม่ตายสักทีมันทำให้รู้ว่าชีวิตคนเรานั้นไม่สิ้นสุดแค่ความพิการนะ ถ้าไม่ตายก็ต้องอยู่อย่างอะไรให้มีประโยชน์ที่สุด กำลังใจสำคัญที่สุดคือตัวเรานะ เราต้องให้กำลังใจตัวเองเพราะคนอื่นเขาไม่ได้มาให้เราทุกวินาที” (ผู้ป่วย SMA 1)

“โรคที่เป็นมันมีระยะเวลาพอสมควรที่อาการจะแย่ลงทีละระดับ มันทำให้ช่วยเลิกคิดนอนรอความตายแล้วมาใช้ชีวิตให้ดีกว่า โดยพยายามทำในสิ่งที่เราสามารถทำได้ด้วยตัวเอง การยอมรับนับถือในตัวเองจะเป็นกำลังใจให้ตัวเองและครอบครัวผ่านปัญหาต่าง ๆ ไปได้” (ผู้ป่วย SMA 2)

3.2 การพัฒนาด้านสังคม: การทำงานเพื่อเติมเต็มชีวิตให้สมบูรณ์ ทักษะคิดและความคิดเชิงบวก

ผู้ป่วยโรค SMA ให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายผู้ป่วยโรคหายาก และมูลนิธิโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงแห่งประเทศไทย มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วยโรค SMA ด้วยกัน ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเอง และมีเพื่อนมากมาย ผู้ป่วยได้ร่วมพยายามทำงานเหมือนคนปกติ และรู้สึกบรรลุผลสำเร็จโดย

ทำงานให้เสร็จจุล่ง และพบว่าผู้ป่วยมีเป้าหมายที่แน่นอนในชีวิตและแสวงหาความมั่นคงในอาชีพการงาน และถึงแม้ผู้ป่วยหลายคนจะไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่พวกเขาพยายามทำงานบ้านทำตัวเองให้เกิดประโยชน์ เช่น สอนการบ้านน้อง (ผู้ให้ข้อมูลประกอบอาชีพ 2 คน ว่างาน 8 คน) เพราะการทำงานไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยลืมความเจ็บป่วย แต่ยังส่งเสริมสถานะทางเศรษฐกิจ เกิดรายได้ และช่วยให้บรรลุเป้าหมายในชีวิต

“เขียนนวนิยายให้สำนักพิมพ์ค่ะ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความรัก ออกมาหลายเล่มแล้วค่ะ ฉบับแรกเขียนเรื่องตัวเองเพื่อเป็นกำลังใจให้คนอื่น แรก ๆ ก็ใช้นิ้วนึกพิมพ์ในโทรศัพท์ ต่อมานิ้วใช้ไม่ได้ ก็ใช้ปากคาบปากกาจิ้มตัวหนังสือ จนตอนนี้ใช้ตาในการมองตัวหนังสือแล้วกระพริบตาเลือกเอาค่ะ มีทั้งนั่งและนอนเขียน ซึ่งตัวเองจะอยู่กับปัจจุบัน กับงานที่ทำ มีบ้างที่รู้สึกท้อแท้ในชีวิตนะ แต่มันก็เป็นความคิดสั้น ๆ แวบเดียวเท่านั้น จิตใจของเราเองที่เป็นกำลังใจให้สู้ ภูมิใจที่สามารถหารายได้ให้ครอบครัว” (ผู้ป่วย SMA 1)

“อยู่อย่างเข้าใจโรค พยายามช่วยเหลือกิจการของครอบครัว และใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม” (ผู้ป่วย SMA 10)

4. การใช้ชีวิตด้วยความหวัง

ความหมายที่สำคัญที่สุดของชีวิต คือ การได้รับสิทธิในความเป็นอิสระของร่างกายกลับคืนมา เนื่องจากการดำเนินของโรค ผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต และไม่แน่ใจด้วยซ้ำว่าพวกเขาหายใจได้ปกติในวันรุ่งขึ้นหรือไม่ ดังนั้นผู้ป่วยจึงรักชีวิต และเผชิญกับวันใหม่ได้ดีมากกว่าคนธรรมดา แม้ว่าชีวิตของ

ผู้ป่วยจะไม่พร้อมสมบูรณ์ และต้องเจอกับความยากลำบาก ความไม่สะดวกอย่างมาก แต่พวกเขายังคงใช้ชีวิตด้วยความพยายามอย่างเต็มที่ โดยพบว่าผู้ป่วยสามารถสร้างคุณค่าของชีวิตได้จากการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4.1 ความหวังแทนชีวิต: อยู่อย่างมีความหวังในช่วงชีวิตที่จำกัด

ผู้ป่วยโรค SMA ได้รับผลกระทบจากการเจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนและการคุกคามต่อความตายอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างระยะเวลาที่เจ็บป่วยนั้นพวกเขาค่อยๆ เข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนและความเสี่ยงของโรค เอาชนะความท้าทาย ใช้ชีวิตอยู่กับปัจจุบัน และผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าพวกเขาต้องวางแผนชีวิต และอยู่อย่างมีความหวังในช่วงชีวิตที่จำกัด

“พยายามใช้ร่างกายส่วนที่ใช้ได้ออกกำลังกายเท่าที่เราจะทำได้เพื่อไม่ให้มันอ่อนแรงหรือยึดติดไปมากกว่าที่เป็นอยู่” (ผู้ป่วย SMA 4)

“ความรู้สึกตอนนี้ คือพยายามอยู่กับปัจจุบันแค่นั้นพอ เอาจริงก็รู้เหมือนกันว่าเราจะเจออะไรหนัก ๆ ไหม จะรับไหวไหม แต่พยายามเชื่อมั่นว่าต้องทนได้และผ่านไปให้ได้ อย่าให้โรคมามีอุปสรรคของความสุขและสดใสในชีวิตเรา มีความสุขในสิ่งที่เป็น อยู่อย่างเข้าใจและยอมรับสิ่งที่จะเกิดต่อไปในอนาคต” (ผู้ป่วย SMA 9)

4.2 การควบคุมตนเอง: เชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง

ผู้ป่วยโรค SMA มีเข้าใจความก้าวหน้าของโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เป็นอย่างดี

จึงพยายามทุกวิถีทางที่จะเปลี่ยนจาก "การสูญเสียการควบคุม" เป็น "การควบคุมตนเอง" โดยเข้าใจความต้องการของตนเองและใช้พยายามอย่างมากในการควบคุมตนเองโดยเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง

“จิตใจของเราเองที่เป็นกำลังใจให้อยู่สู้ เรานั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ มันทำให้ใจ ความคิดของเราเข้าใจและยอมรับในตัวและครอบครัวก็เข้าใจกัน มันเป็นสิ่งที่ทำให้เราอยู่กับ

โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้อย่างเข้มแข็ง” (ผู้ป่วย SMA 3)

“รับรู้ว่าคุณเองเป็นโรคตั้งแต่เด็ก และอาการก็ค่อย ๆ แสดงออกมา ค่อย ๆ ปรับตัวไป กับอาการที่เกิดขึ้น ทำจิตใจให้แจ่มใส ยอมรับในสิ่งที่ตัวเองเป็น ไม่เอาตัวเองไปเปรียบเทียบกับใคร ถึงเราจะแตกต่างจากคนอื่นไปบ้าง แต่เราไม่ใช่ตัวประหลาด และทำงานที่เราสามารถทำได้” (ผู้ป่วย SMA 10)

Table 2 Themes and subthemes of life experience of patients with spinal muscular atrophy: SMA.

สาระหลัก (Themes)	สาระย่อย (Subthemes)	การอธิบายความหมาย (Description of meaning)
การสูญเสียการควบคุม (Loss of control)	สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	- เสี่ยงต่อการตก/หกล้ม และหุดยุคหายใจ เพราะสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ - อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก
	สูญเสียความมั่นใจและความนับถือในตนเอง	- ต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัว - เป็นภาระครอบครัว
การปรับตัวกับข้อจำกัด (Adjustment to limitations)	การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ	- การใช้รถเข็น - การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยเหลือและการปรับสภาพแวดล้อม
	การออกแบบการเคลื่อนไหว	- การปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดทางกายภาพ - กิจกรรมสำคัญของชีวิตประจำวัน
การก้าวข้ามขีดจำกัด (Transcending limitations)	ความมีอิสรภาพในตนเอง	- เผชิญกับความท้าทายทั้งหมดอย่างอิสระ
	การพัฒนาด้านสังคม	- การทำงานเพื่อเติมเต็มชีวิตให้สมบูรณ์ - ทศณคติและความคิดเชิงบวก
การใช้ชีวิตด้วยความหวัง (Living with hope)	ความหวังในชีวิต	- อยู่อย่างมีความหวังในช่วงชีวิตที่จำกัด
	การควบคุมตนเอง	- เชื่อมั่นในความสามารถของตัวเอง

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้ผู้ป่วยโรค SMA จำนวน 10 ราย มีประสบการณ์ชีวิตผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 กระบวนการ คือ 1) การสูญเสียการควบคุม 2) การปรับตัวกับข้อจำกัด 3) การก้าวข้ามขีดจำกัด และ 4) การใช้ชีวิตด้วยความหวัง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า หลังจากผู้ให้ข้อมูลเริ่มมีอาการของโรค SMA ผู้ป่วยเริ่มประสบกับการสูญเสียความแข็งแรงและรู้สึก “สูญเสียการควบคุม” ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับความท้าทายที่ยากลำบากและ “ปรับตัวกับข้อจำกัด” ดังนั้นผู้ป่วยโรค SMA จึงให้อธิบายถึงประสบการณ์ชีวิตของตนเอง โดยระบุถึง การควบคุมตนเอง ทักษะคิดและความคิดเชิงบวกในชีวิต การทำงานและสังคม นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังแสดงทัศนคติต่อ “การข้ามขีดจำกัด” การตั้งเป้าหมายในอนาคต และการไล่ตามความสำเร็จ หลังจากเผชิญอาการต่าง ๆ ของโรคตามการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนตัวเองโดย “ใช้ชีวิตด้วยความหวัง” ได้ การเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์การใช้ชีวิตในผู้ป่วย SMA เหล่านี้ ไม่เพียงแต่สะท้อนถึงการรับรู้ในแง่ของมิติทางสรีรวิทยา จิตวิทยา และสังคม แต่ผู้ให้ข้อมูลยังนำเสนอความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิตพร้อมกับความเจ็บป่วยและการก้าวข้ามขีดจำกัดของตนเอง

การปรับตัวกับข้อจำกัด เป็นจิตสำนึกส่วนบุคคลและมุ่งเน้นไปที่กระบวนการทางปัญญาของประสบการณ์ ความเข้าใจ และการตัดสินใจ^{4,14} ส่วนการก้าวข้ามขีดจำกัดของตนเอง หมายถึงบุคคลที่ดีความประสบการณ์ชีวิตด้วยทัศนคติเชิงบวกและจากมุมมองที่กว้าง และการแสดง

พฤติกรรมทางสังคม โดยมองคำนึงถึงผู้อื่นมากกว่าตนเองไม่มีการต่อต้าน และไม่ความเห็นแก่ตัว¹⁵ การศึกษาของ Ho และคณะ⁴ และ Frankl¹⁶ ตั้งข้อสังเกตว่าบุคคลสามารถแสวงหาและเติมเต็มความหมายของชีวิตผ่านการอยู่เหนือข้อจำกัดตนเองผ่านการปลดปล่อยตนเองจากมิติทางจิตวิทยาที่จะทำให้พบความหมายของชีวิต ซึ่งสนับสนุนการค้นพบของผลการศึกษานี้ที่พบว่าความหมายที่สำคัญที่สุดของชีวิต คือการได้รับสิทธิในความรู้สึกเป็นอิสระจากโรค เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นในอนาคต ผู้ป่วยจึงพยายามปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัดทางกายภาพและปลดปล่อยจิตใจจากข้อจำกัดของร่างกาย

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Ho และคณะ⁴ และ Lamb และ Peden¹⁷ ที่ระบุว่าประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค SMA ที่ไม่ว่าจะเป็น SMA Type II หรือ SMA Type III นั้นท้าทายและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค SMA แล้วร่างกายของผู้ป่วยก็เริ่มที่จะสูญเสียความแข็งแรงและจะประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และสังคม เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA ใกล้เคียงกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไป ดังนั้นการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลืออย่างเหมาะสม สามารถช่วยผู้ป่วยลดความไม่สะดวกในชีวิตประจำวัน และได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับโรค ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรค SMA ทั้ง 10 คน จากการศึกษาี้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยพยายามทุกวิถีทางที่จะอยู่รอด เช่น การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การหายใจ และการเคลื่อนไหว

ผู้ป่วยสามารถใช้รถเข็น และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และไม่ต้องการเพิ่มภาระให้ครอบครัว แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพลังใจที่แข็งแกร่งในการใช้ชีวิตที่แท้จริง ปรากฏการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ความหมายของชีวิตในผู้ป่วยโรค SMA คือการค้นหาคำตอบควบคุมตนเองและรักษาศักดิ์ศรี การค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ho และคณะ⁴ และ Tseng และคณะ¹⁸ ที่ระบุว่า ศักดิ์ศรีเป็นแนวคิดที่มีหลายแง่มุมด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง การเสริมอำนาจในตนเอง การนับถือตนเอง และความรับผิดชอบในตนเอง ทำให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์เปลี่ยนจาก "การสูญเสียการควบคุม" เป็น "การควบคุมตนเอง" ในช่วงชีวิตที่จำกัด ผลการศึกษาคครั้งนี้ ยังสนับสนุนว่าประสบการณ์ชีวิตเป็นกระบวนการต่อเนื่อง (Dynamic) แตกต่างไปตามปัจเจกบุคคล เห็นได้จากผู้ป่วยโรค SMA ทั้ง 10 คน มีประสบการณ์เผชิญความเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 12-27 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีมัธยมศึกษา ทำให้มีความรู้ และการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนั้นพบว่าผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งสามารถทำให้ปัจจุบันรับรู้การเป็นไปของโรคตามความเป็นจริง ไม่คิด ไม่กังวลกับโรค นำไปสู่การก้าวข้ามขีดจำกัดของตนเอง จนเกิดความสามารถในการระบุทิศทางและการพัฒนาเป้าหมายชีวิตของตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลจึงคาดหวังว่าจะมีงานทำ หารายได้ให้กับครอบครัว หรือช่วยเหลือครอบครัวตามศักยภาพที่ตนเองมี และทำตัวให้มีประโยชน์ต่อสังคม

จุดแข็งของการวิจัยในครั้งนี้

ประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาจึงมีความเหมาะสมต่อการศึกษาเรื่องดังกล่าว

จุดอ่อนของการวิจัยในครั้งนี้

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA นี้ อาจเกิดอคติจากความไม่ครอบคลุมของตัวแทนผู้ให้ข้อมูล ในประเด็นความไม่หลากหลายของคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส และการประกอบอาชีพ เป็นต้น เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลถูกเลือกแบบเจาะจงจากมูลนิธิโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจสะท้อนให้เห็นภาพปัญหาของคนกลุ่มนี้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สรุป

โรค SMA เป็นโรคหายากที่เกิดจากพันธุกรรม มีระยะเวลาการดำเนินของโรคนาน และไม่มีทางรักษา จากการศึกษาในผู้ป่วยโรค SMA จำนวน 10 รายครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์ชีวิตผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ประเด็น คือ 1) การสูญเสียการควบคุม 2) การปรับตัวกับข้อจำกัด 3) การก้าวข้ามขีดจำกัด และ 4) การใช้ชีวิตด้วยความหวัง ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว และสังคม อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค SMA สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการ

พยาบาล และวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรค SMA โดยตระหนักถึงประสบการณ์ชีวิตผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 กระบวนการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

2. ด้านการศึกษาทางการพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการสอนเกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาล และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยให้ความสำคัญกับด้านการสูญเสียการควบคุม การปรับตัวกับข้อจำกัด การก้าวข้ามขีดจำกัด และการใช้ชีวิตด้วยความหวังของผู้ป่วยโรค SMA

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรค SMA สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแล และพัฒนานวัตกรรม/อุปกรณ์ ที่ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรืออวัยวะ

ความสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยโรค SMA จากหลากหลายจังหวัดหรือเครือข่าย เนื่องจากประเด็นในเชิงเศรษฐกิจและสังคม สามารถทำให้เห็นความแตกต่างของปัญหา และนำไปสู่การต้องการความช่วยเหลือที่หลากหลายมากขึ้น

2. ควรวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรค SMA การปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

3. ควรวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรค SMA มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ ผู้ดูแล และการดำเนินงานในรูปภาคเครือข่าย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

References

1. Boonsue P, Kittiponghansa S, Siripaopradit T, Jitpimolmard S. Familial Spinal Muscular Atrophy with Additional Features: A family report. Srinagarind Med J 1995; 10(1): 13-25.
2. Sproule DM, Kaufmann P. Therapeutic developments in spinal muscular atrophy. Ther Adv Neurol Disord 2010; 3(3): 173-85.

3. Rutkove SB, Shefner JM, Gregas M, Butler H, Caracciolo J, Lin C, Fogerson PM, Mongiovi P, Darras BT. Characterizing spinal muscular atrophy with electrical impedance myography. *Muscle & Nerve* 2010; 42(6): 915-21.
4. Ho H-M, Tseng Y-H, Hsin Y-M, Chou F- H, Lin W-T. Living with illness and self-transcendence: the lived experience of patients with spinal muscular atrophy. *JAN* 2016; 72(11): 2695–705.
5. Chaisomchit S, Thongnoppakhun W, Pho-iam T, Limwongse C, Likasitwattanukul S, Chareonsirawatana W, et al. Investigation of carrier frequency for spinal muscular atrophy in Thailand using dried blood spot specimens. *G&G* 2016; 9(2&3): 78–84.
6. Yang B-H, Chung C-Y, Weng W-C, Lo K-w, et al. Self-care Experiences of Adolescents with Spinal Muscular Atrophy, *Asian Nurs Res* 2021; 15: 231-38.
7. Speziale HJS, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. (4th ed.). Philadelphia: Lippincott; 2007.
8. Husserl E. Phenomenology and the Crisis of Philosophy (Lauer Q. trans.). New York: Harper & Row; 1965.
9. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
10. Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. In Ronald S. Valle & Mark King (eds.), *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. Oxford University Press, 1978.
11. McClelland SB. Training needs assessment data-gathering methods: Part 2 – individual interviews. *J Eur Ind Train* 1994; 18(2): 27–31.
12. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
13. Creswell JW. Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. (2nd

- ed.). London: Sage Publications; 2003.
14. Wei CH. The lived meaning of self-transcendence-service learning as an example. *Journal of Holistic Education* 2007; 1: 139–54.
15. Coward DD. Self- transcendence and correlates in a healthy population. *Nurs Res* 1996; 45(2): 116–21.
16. Frankl VE. *Man’s Search for Ultimate Meaning*. New York: Perseus Publishing; 2000.
17. Lamb C, Peden A. Understanding the experience of living with spinal muscular atrophy: a qualitative description. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(4): 250–6.
18. Tseng CN, Chan HY, Dai YT. Dignity: a concept analysis. *VGH Nursing* 2001; 28(1): 97–103.

บทวิจัย

ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและ ความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

บุษยา เพชรมณี* ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื่อ**

พัชรพร เกิดมงคล*** กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่อยู่ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง (n= 27 คน) ซึ่งได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งประยุกต์แนวความคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์ ประกอบด้วย (1) การสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง (2) การฝึกทักษะ (3)การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (4) การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (5) การเยี่ยมสนับสนุนโดยพยาบาลและทีมสหสาขา และ (6) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และกลุ่มเปรียบเทียบ (n=29 คน) ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกค่าความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และในกลุ่มทดลอง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและ ลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้เพื่อปรับพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้/ พฤติกรรมจัดการตนเอง/
โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง

* นักศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail:kwanjai.amn@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of Self Management Support Program on Self Management Behavior and Blood Pressure among the Older Adults with Uncontrolled Hypertension

Bussaya Phetmanee*

Kwanjai Amnatsatsue**Patcharaporn Kerdmongkol***Kamonrat Kittipimpanon****

Abstract

This quasi-experimental research with 2 group pre-post test design aimed to examine effect of a self-management support program among older adults with uncontrolled hypertension. Older adults registered at a health promoting hospital in Samutprakan Province were assigned into an experimental group (n=27), and a comparison group (n=29). The experimental group received a 6-week self management support program, including (1) self-motivation for self management; (2) skill training; (3) self-monitoring of blood pressure; (4) home visit by village health volunteer; (5) home visit by nurse and multi-disciplinary team; and (6) a telephone consultation, whereas a comparison group received a usual care. Data were collected by the researcher using a questionnaire and blood pressure record before and after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test และ Independent t-test

After intervention, the intervention group had mean scores for self-management behaviors significantly higher than before the intervention and higher than the comparison group. The intervention group also had systolic blood pressure and diastolic blood pressure significantly lower than that before the experiment and those from the comparison group ($p < 0.001$). Therefore, community nurse practitioner should implement self-management support programs to adjust behavior and control blood pressure of elderly patients.

Keywords: Older Adult/ Uncontrolled Hypertension/ Self-Management Behavior/ Self-Management Support Program

Article info: Received January 30, 2022; Revised April 7, 2022; Accepted April 27, 2022

*Student in M.N.S. (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University E-mail: kwanjai.amn@mahidol.ac.th

***Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

****Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ความสำคัญและที่มาของการศึกษา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร พบว่าจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมี 1.13 พันล้านคนซึ่งมีโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้น้อยกว่า 1 ใน 5 ของผู้ที่เป็โรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด¹ ซึ่งปัจจัยหลักที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การไม่ออกกำลังกายและการบริโภคแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่² นำไปสู่การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูงส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตประมาณปีละ 9.4 ล้านคนทั่วโลก³ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ไตวาย จอประสาทตาเสื่อม

จากรายงานสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทยพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) เพิ่มขึ้นจาก 4,971,889 คนในปี 2557 เป็น 5,851,344 คนในปี พ.ศ. 2561 โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2561 อยู่ที่ 6,001,113 คน⁴ โดยพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดในประเทศไทยโดยในปี พ.ศ. 2561 คิดเป็นร้อยละ 42.98⁵ และในปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีประชากรเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นโดยพบมีการเสียชีวิตสูงถึง 9,313 ต่อแสนประชากร⁶

แม้ว่าประเทศไทยมีการดำเนินการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิด Chronic Care Model ของ Wagner⁷ เป็นต้นแบบในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) เป็นหนึ่งในทงองค์ประกอบที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้⁸ และจากการดำเนินการจัดการโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ร้อยละ 31.02 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ร้อยละ 50⁴ จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 64.7 และจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 8 ราย เมื่อวันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา จังหวัดสมุทรปราการ⁹ พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้และทักษะในการจัดการตนเอง และไม่มีการกำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ขาดการติดตามความดันโลหิตของตนเอง ซึ่งส่งผลให้ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ จึงควรมีการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ มีการติดตามตนเองประเมินตนเอง เพื่อสามารถรับมือและอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างปกติสุข ปลอดภัยจาก

ภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิจัยในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในเรื่องการจัดการตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ ความแตกฉานด้านความรู้ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านการรับประทานอาหารการรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง งานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นการทำกิจกรรมรียกลุ่มในสถานบริการร่วมกับการเยี่ยมบ้าน และติดตามทางโทรศัพท์ยังขาดการติดตามเรื่องระดับความดันโลหิตซึ่งมีความสำคัญในการสร้างความตระหนักให้กับผู้ป่วยให้มีการจัดการตนเองให้ดีขึ้นและการให้บริการของหน่วยให้บริการขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้านการโทรติดตามทางโทรศัพท์ และพบว่าการทำกิจกรรมการจัดการตนเองในด้านต่างๆของผู้สูงอายุยังไม่มีอย่างต่อเนื่องและมั่นคงทน เนื่องจากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพบว่าการศึกษาที่ผ่านไม่ได้มีการออกแบบมาเพื่อการรักษาที่ชัดเจนทำให้ผลที่

ออกมาไม่ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ ที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยบุคคลอื่น นอกจากตัวบุคคลเองและการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจะต้องอาศัยแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลยอมรับและเห็นประโยชน์ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการจัดการของ Kanfer⁹ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นการติดตามตนเอง (Self-monitoring) 2) ขั้นการประเมินตนเอง (Self-evaluation) และ 3) ขั้นการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มาใช้ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ความสามารถในพฤติกรรมจัดการตนเองในโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ทักษะการจัดการตนเอง คือ การประเมินตนเอง การสร้างความตระหนัก การตั้งเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติ การติดตามตนเอง การแก้ปัญหา การตัดสินใจ การเสริมแรงตนเอง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองได้ และนำไปสู่การดูแลตนเองได้ถูกต้องและพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 Self- monitoring

เป็นการประเมินปัญหาและความสามารถของตนเอง

-ผู้วิจัยให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง

แปลผลค่าความดันโลหิต/สร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง/ส่งเสริมการสร้างเป้าหมายในการจัดการตนเอง

-มอบเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติไปวัดเองที่บ้าน 1 สัปดาห์ วัด เช้า-เย็น

-สอนครอบครัวการวัดความดันโลหิต และการแปลผล

- อสม. นำเครื่องวัดความดันโลหิตไปให้วัดที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง

ขั้นตอน 2 Self - evaluation ประเมินผลจากข้อมูล ความรู้ประสบการณ์ที่ได้รับ เปรียบเทียบกับการปฏิบัติตัว ถึงข้อบกพร่องและปรับแก้ไขพฤติกรรม

-ผู้วิจัยแนะนำการใช้สมุดคู่มือและการบันทึกเพื่อประเมินตนเอง/โทรศัพท์เยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นให้เกิดการประเมินตนเอง/การเยี่ยมบ้านผู้วิจัยและอสม.

ขั้นตอนที่ 3 Self - reinforcement เป็นขั้นของการสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ป่วยให้ปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

-ผู้วิจัยโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน 10-15 นาที

-ผู้วิจัยและอสม. ลงเยี่ยมบ้าน 1 ชั่วโมง

-อสม. นำเครื่องวัดความดันโลหิตไปให้วัดที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง

-การใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

-ครอบครัวช่วยเหลือสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

พฤติกรรมจัดการตนเอง
(Self –management behaviours)

ค่าความดันโลหิต (Blood pressure)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตซิสโต

ลิก และไดแอสโตลิกลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-experimental research with two group pre-post test design)

ประชากรที่ศึกษา คือผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มีอายุ 60-79 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษาอย่างน้อย 6 เดือนและมีการวัดความดันโลหิตสูงมากกว่า 140 หรือ 90 มิลลิเมตรติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มาตรวจรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา ตำบลท้ายบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการที่อาศัยในหมู่ 2,8 และเป็น ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้โดยผลการวัดความดันโลหิตสูง มีค่าระดับความดันโลหิตมากกว่า 140 หรือ 90 มิลลิเมตรปรอทติดต่อกัน 2 ครั้งสุดท้าย และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปีและได้รับการรักษาด้วยการกินยาลดความดันโลหิต คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการประมาณค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁰ โดยใช้สูตรคำนวณของ Polit ได้ค่า Effect size = 0.80 นำไปเปิดตารางอำนาจ

การตรวจสอบของ Cohen¹¹ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่สุด .05 การทดสอบ Power = .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มละ 4 คนเพื่อป้องกันการสูญหายได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิในตำบลท้ายบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา โดยคัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มที่อาศัยในหมู่ 2 เป็นกลุ่มทดลอง ซึ่งมีประชากร 287 คนและกลุ่มที่อาศัยในหมู่ 8 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีประชากร 194 คน⁷ โดยสุ่มกลุ่มทดลองมา ทั้งหมด 30 คนจากรายชื่อในเวชระเบียนและสุ่มกลุ่มเปรียบเทียบมาทั้งหมด 30 คน โดยจับคู่คุณลักษณะด้านอายุและเพศ และระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับรุนแรงเดียวกัน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแลปกติจากพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรังและกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

เกณฑ์การคัดเข้า

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึงอายุ 79 ปีทั้งเพศหญิงและชาย
2. มีสัญชาติไทยและสามารถพูดอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทยได้
3. สนใจเข้าร่วมโครงการการวิจัยและยินดียินยอมในหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัย
4. ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ประเมินด้วยเครื่องมือ ADL มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน¹²

เกณฑ์การคัดออก(Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดภาวะหลอดเลือดหัวใจแตกตีบตัน
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยใน
3. ไม่สามารถเข้าโปรแกรมได้ตลอดโครงการวิจัย
4. มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประเมินโดยแบบทดสอบ Mini cog¹³

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ รวมระยะเวลาดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย (1)การพูดสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง (2) การจัดอบรมให้ความรู้การจัดการตนเองและฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (3) การสนับสนุนการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (4) การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (5) การเยี่ยมสนับสนุนโดยพยาบาลและทีมสหสาขาเดือนละ 1 ครั้ง (6) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน

วรรณกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) แบบบันทึกค่าความดันโลหิต และ 3) พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากงานวิจัยที่ผ่านมา¹¹ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่ปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-80 คะแนนรวมที่ยิ่งสูงคือมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี และเครื่องวัดความดันโลหิต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัย ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการผู้สูงอายุ คำนวนค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.8 นอกจากนี้ผู้วิจัยนำเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ผ่านการสอบเทียบเครื่องวัดความดันโลหิตโดยกองวิศวกรรมการแพทยกรรมสนับสนุนบริการสุขภาพจังหวัดสมุทรปราการ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกโรคเรื้อรัง รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติคลองบางปลากี่จำนวน 30 คน ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังที่โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยมีการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนกันยายน 2563 โดยผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. ระยะเตรียมการ

เมื่อโครงการผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยนำ หนังสือจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรปราการ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พุทธราชาและมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย 5 คน ทำหน้าที่ ลงเยี่ยมบ้าน และวัดความดันโลหิต คัดเลือกมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการอบรมจำนวน 3 ชั่วโมง

2.ระยะดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ผู้วิจัยดำเนินการโดยจัดกิจกรรมตามโปรแกรม สนับสนุนการจัดการตนเองในกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้รายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ที่คลินิก โรคเรื้อรัง โดยเริ่มจากวัดค่าความดันโลหิต และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง และมีการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยให้มีความตระหนักในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ โดยการกระตุ้นให้สังเกตตนเอง ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ การตั้งเป้าหมาย พูดคุยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ แบบรายกลุ่ม การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิต

สูง การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การจัดการด้านการรับประทานอาหาร (DASH diet) การจัดการการรับประทานยา การสอนและสาธิตย้อนกลับ การฝึกสมาธิแบบ SKT1,-SKT3 ซึ่งเป็นท่าที่ช่วยลดความดันโลหิตได้ และการออกกำลังกายแบบใช้ยางยืด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การจัดการความเครียด การฝึกวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน เข้า-เย็น การใช้และการบันทึกคู่มือโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 โดย

ผู้วิจัยและอสม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เป็นขั้นตอนการสร้างแรงจูงใจและการประเมินตนเอง เพื่อกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประเมินทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง สอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวและแก้ไขอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 3 โทรศัพท์ติดตามโดย ผู้วิจัย

ใช้เวลา 10-15 นาทีต่อครั้ง เป็นขั้นตอนการประเมินตนเอง เพื่อติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหา และอุปสรรค ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย การฝึก SKT การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ พร้อมทั้งพูดกระตุ้นแรงจูงใจให้กำลังใจ การปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านมา เพื่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรม

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ที่คลินิกโรคเรื้อรัง เป็นขั้นตอนการเสริมแรงตนเอง โดยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยใช้บุคคลต้นแบบที่ปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ มาเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจเสริมกำลังใจซึ่งกันและกัน และมีการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่ผ่านมา และให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง ในการปฏิบัติตัวตามเป้าหมาย และสรุปปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมและเสนอแนวทางในการแก้ไข

สัปดาห์ที่ 5 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยและอสม.ซึ่งเป็นขั้นตอนการติดตามตนเองและการเสริมแรงตนเอง เพื่อติดตามการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พร้อมกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับโปรแกรมฯและวัดค่าความดันโลหิตที่คลินิกโรคเรื้อรัง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

กลุ่มเปรียบเทียบ

- สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง(pretest)ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปพฤติกรรมในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิต และวัดค่าความดันโลหิต

- สัปดาห์ที่ 2-5 ได้รับการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษาตามปกติ

- สัปดาห์ที่ 6 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองพฤติกรรมจัดการตนเอง (Posttest)และวัดค่าความดันโลหิตร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตพร้อมมอบสมุดคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและยางยืดสำหรับออกกำลังกายที่บ้าน

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2020-028 ลงวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลเป็นความลับผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนทดลองและหลัง

ทดลอง กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลัง 6 สัปดาห์ พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ มีทั้งหมด 56 คน พบว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีการสูญหายระหว่างกิจกรรม (Drop out) จำนวน 3 คน และ 1 คน ตามลำดับเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกในการนำเครื่องวัดความดันโลหิตไปวัดที่บ้านและย้ายที่อยู่อาศัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 27 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 29 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลส่วนบุคคลคล้ายคลึงกันทั้งในเรื่องเพศ อายุเฉลี่ย (68.59 ปี, $SD = 5.10$ ปี) และระดับการศึกษา ยกเว้นรายได้ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย (7,703 บาท) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (4,813 บาท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันของระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคร่วมและกลุ่มยาความดันโลหิตที่ใช้พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรค

ความดันโลหิตสูง 9.67 ปี ($SD=4.82$) และกลุ่มเปรียบเทียบ 8.93 ปี ($SD=5.26$) โรคร่วมที่พบส่วนใหญ่ เป็นโรคไขมันในเลือดสูง ดังตารางที่ 1

2. ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=6.518$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.16$, $p < 0.05$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ($t=1.39$, $p > 0.05$) แต่หลังทดลองพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.77$, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

Table 1 Demographic use related characteristics by intervention status.

Demographic Data	Intervention group		Control group		Statistics value	p-value
	(n=27)		(n=29)			
	number	%	number	%		
Gender					2.65	0.103 ^a
Male	11	40.7	6	20.7		
Female	16	59.3	23	79.3		
Age (years)					0.596	0.440 ^a
60-69	14	51.9	18	62.1		
70-79	13	48.1	11	73.9		

Demographic Data	Intervention group (n=27)		Control group (n=29)		Statistics value	p-value
	number	%	number	%		
Education level	$\bar{X}$ =68.59,SD=5.101		$\bar{X}$ =67.97,SD=4.444		0.42	0.838 ^a
primary school	22	81.5	23	79.3		
Secondary school/vocational and higher	5	18.5	6	20.7		
monthly income	$\bar{X}$ =7,703		$\bar{X}$ =4813			0.038 ^c
Duration of hypertension	$\bar{X}$ =9.67,SD=4.82		$\bar{X}$ =8.93,SD=5.26		0.20	0.889 ^a
						0.743 ^c

a = Chi-square, b = Fisher's exact test ,c=t-test

Table 2 Compared the mean score of self-management behavior and Blood pressure of intervention group and control group in the before and after experimental comparison with statistics paired t-test.

Self-management Behaviors and Blood pressure		Before		After		Paired t-test	p-value
		Mean	SD	Mean	SD		
Intervention group (n=27)	Self-management Behaviors	48.25	3.69	56.51	3.57	-9.015	<0.001
	systolic Blood pressure	159.04	16.76	133.74	12.01	8.51	<0.001
	Diastolic Blood pressure	83.63	11.01	74.89	8.45	3.68	<0.001
Control group (n=29)	Self-management Behaviors	47.55	3.56	50.3	3.54	-5.214	<0.001
	systolic Blood pressure	151.69	7.09	148.59	6.64	2.428	0.022
	Diastolic Blood pressure	80.07	7.96	80.52	8.99	-0.238	0.813

Table 3 Compared the mean score of self-management behavior between intervention group and control group in the before and after experimental comparison with statistics Independent t-test.

Variable	Self-management behavior				t	p-value
	Intervention group n=27		Control group n=29			
	Mean	SD	Mean	SD		
Before	48.25	3.69	47.55	3.56	0.729	0.469
After	56.51	3.57	50.31	3.54	6.518	<0.001

Table 4 Compared the mean score of blood pressure between intervention group and control group in the before and after experimental comparison with statistics Independent t-test.

Variable	Blood pressure				Independent t-test	p-value
	Intervention		Control group			
	group (n=27)		(n=29)			
	Mean	SD	Mean	SD		
systolic Blood pressure						
Before	159.04	16.07	151.69	7.09	2.16	0.035
After	133.74	12.01	148.59	6.64	-5.77	<0.001
Diastolic Blood pressure						
Before	83.63	11.01	80.07	7.96	1.39	0.169
After	74.89	8.45	80.52	8.99	-2.40	0.019

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

($t = 6.518$, $p < 0.001$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ที่ประยุกต์แนวคิดการจัดการของ Kanfer⁹ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้น ที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การตรวจสอบตนเอง (Self-observation) การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-

evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

เนื่องจากในโปรแกรมมีการ ให้ความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการจัดการตนเองด้านอาหาร ยา ความเครียด การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ และสอนทักษะการติดตามความดันโลหิตด้วยตนเอง วัดความดันโลหิตเองที่บ้าน อ่านค่าแปลผลรับรู้ค่าความดันโลหิตของตนเอง ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลและ อสม. การโทรติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมกับการเสริมแรงให้กำลังใจผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมี พฤติกรรมการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแล ตามปกติ คือ การตรวจรักษาตามนัดและรับยากลับบ้าน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยและ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา สารีพล และ ปัทมา สุริต¹⁴ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hallberg และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ป่วยเกิดการรับรู้ ค่าความดันโลหิตที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ตัวในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดแรงจูงใจในการ รักษา และให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามแผน รักษาของแพทย์และสอดคล้องกับ Bolarinwa และคณะ¹⁶ การเยี่ยมบ้าน สามารถที่จะช่วย ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการ ทดลอง ค่าความดันโลหิต พบว่า กลุ่มทดลองมีค่า ความดันโลหิต ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการ สนับสนุนการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก

หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และค่าเฉลี่ยความ ดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองต่ำกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.005$) ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกมีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.16, p < 0.05$) และ ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกไม่มีความ แตกต่างทางสถิติ ($t = 1.39, p > 0.05$) แต่หลังทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตซิสโตลิกมีความแตกต่างอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.77, p < 0.001$) อธิบายได้ ว่าโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่ใช้ แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ มา ประยุกต์ใช้ สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ลดลง โดยในโปรแกรมมี ขั้นตอนดังนี้ การสำรวจ ตนเอง การสร้างแรงจูงใจ ประเมินตนเอง ติดตาม ตนเองและเสริมแรงตนเองซึ่งเป็นกระบวนการที่ให้ ผู้สูงอายุเกิดการจัดการตนเองด้วยตนเองโดยมีการ กำหนดเป้าหมายด้วยตนเองซึ่งการกำหนด เป้าหมายเกิดจากการสำรวจตนเองและพบปัญหา ของตนเองและเริ่มตั้งเป้าหมายของตนเองร่วมกับการ สนับสนุนจากผู้วิจัยและอาสาสมัคร สาธารณสุขในการหาแนวทางแก้ไข โดยการให้ ความรู้ สอนทักษะ ให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองได้และมีการเยี่ยมบ้านและการ โทรศัพทเยี่ยมบ้านและให้ผู้สูงอายุมีการติดตาม ตนเองโดยการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตด้วย ตนเองที่บ้านและมีอาสาสมัครสาธารณสุขนำ

เครื่องวัดความดันโลหิตไปให้วัดเองที่โลหิตที่บ้าน ในสัปดาห์ ที่ 2,3, 5 ให้กำลังใจ ชมเชยผู้สูงอายุวัดความดันโลหิตด้วยตนเองได้ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจึงทำให้ค่าความดันโลหิตกลุ่มทดลองลดลงของและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุภาพร นาคกลิ้ง และ ปราณี ทัดศรี¹⁷ การให้กำลังใจ การชมเชยการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้สอดคล้องกับชนิษฐา สารีพล และ ปัทมา สุริต¹⁴ ที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของแคนเฟอร์ช่วยให้มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถลดความดันโลหิตได้ดีและสอดคล้องดุชนฤภา และคณะ¹⁸ ที่พบว่า การดูแลที่บ้านร่วมกับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องในการกำกับติดตามให้ผู้ป่วยใช้ยารักษาโรคอย่างเคร่งครัดส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้สอดคล้องกับ จันทนา เสวสุวรรณ¹⁹ การให้ความรู้ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์การติดตามระดับความดันโลหิตช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การดูแลตนเองสูงขึ้นและมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงสอดคล้องกับ Jung and EunLee²⁰ ที่ใช้ eHealth (eHSM) ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชาวเกาหลีที่อาศัยอยู่คนเดียวพบว่าผู้สูงอายุมีระดับความดันโลหิตสูงที่ลดลงและมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

หลังการสิ้นสุดการวิจัยภายในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบนลดลงเมื่อเปรียบเทียบ

กับการก่อนการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุมีหลอดเลือดที่มักจะแข็งและมีความยืดหยุ่นน้อยลงจึงสามารถมีการเปลี่ยนของค่าความดันโลหิตตัวบนได้ง่ายกว่าความดันโลหิตตัวล่างซึ่งค่าความดันโลหิตตัวบนอาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และปริมาณของการออกกำลังกาย ซึ่งในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในหมู่ 8 ซึ่งเคยมีการจัดโครงการให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงในบางชุมชนซึ่งอาจจะเป็นเหตุผลที่ทำให้ค่าความดันโลหิตตัวบนลดลงได้

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก็พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาการนำแนวคิดส่งเสริมการจัดการตนเองของ Kanfer⁹ ที่มีขั้นตอนการตรวจสอบตนเอง (Self-observation) ติดตามตนเอง (Self-monitoring) ประเมินตนเอง (Self-evaluation) เสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มาประยุกต์ใช้ ได้แก่ การให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การตั้งเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์กัน การแก้ไข ปัญหาแบบรายบุคคล การฝึกทักษะการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และการแปลผลและจดบันทึก การรับประทานอาหาร การรับประทานยาและการตรวจตามนัด พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่ควรหลีกเลี่ยง การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การ

จัดการกับภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้น การติดตามเยี่ยมบ้าน การโทรเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงได้

จุดอ่อนของงานวิจัย

1. ระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ไม่มีระยะติดตามเพื่อดูความคงทนของการจัดการพฤติกรรม และขาดการประเมินผลทางคลินิกร่วมด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย
2. ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาจึงใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่คล้ายคลึงกัน แต่ไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นได้
3. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตอบแบบสอบถามเองอาจเกิดการลำเอียงได้ ดังนั้นควรมีผู้ช่วยวิจัยที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล

จุดแข็งของงานวิจัย

การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมและบริบทของชุมชน นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดการตนเองได้และควบคุมความดันโลหิตได้ดี และส่งเสริมให้มีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรรนำโปรแกรมนี้ไปจัดทำเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ และผู้ป่วยในคลินิกไว้

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริม กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการติดตามความดันโลหิตของตนเองอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด ผู้วิจัยจึงขอเสนอการทำวิจัยในครั้งต่อไปดังนี้

1. การวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ และควรเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกร่วมด้วย เช่น ระดับไขมันในเลือด ค่าดัชนีมวลกาย
2. ควรมีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรพศ 2 แห่งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพื่อป้องกันการพบกันของกลุ่มตัวอย่าง
3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อาศัยในสังคมกึ่งชนบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพุทธรักษา และบุคลากรทุกคน ตำบลท้ายบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการที่ให้ความอนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

References

1. World Health Organization. World Hypertension [Internet]. 2019 [cited 2019 August 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/world-hypertension-day-2019>
2. World Health Organization. Non communicable diseases: Hypertension [Internet]. 2015 [cited 2019 August 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-as-on-hypertension>
3. Office of Policy and Strategy of Ministry of Public Health. Statistical Thailand 2018 [Internet]. 2018 [cited 2019 August 15]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic61%20full.pdf
4. Ministry of Public Health. Statistics of patients with hypertension [Internet]. 2019 [cited 2019 August 18]. Available from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
5. International Health Policy Development Agency. Loss of health years report burden of disease and injury of the Thai population 2013). Nonthaburi: The Graphico Sis Company Tems Co., Ltd.; 2015.
6. Ministry of public health department of disease control non-communicable disease division [Internet]. 2020 [cited 2022 April 9]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/11158202103_05082338.pdf
7. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs* 2001; 20(6): 64-78.
8. Phuttharaksa Subdistrict Health Promoting Hospital, Medical Records and Statistics Department. Annual Report; 2018.
9. Kanfer FH. Self-management methods. In. Kanfer and Arnold P. Goldstein. (Eds), *Helping People Change : A Textbook of method* (2nded). New York: Pergamon; 1980.
10. Benjamas T, Duangrudee L. Tossaporn K. Effects of Self-Management Support Program on Self-Management Behavior and Blood Pressure of Elderly with Hypertension. *Nurs Sci J Thai* 2017; 44(2): 60-70. (in Thai)
11. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum; 1988.

12. Somdej Phra Sangkharajyanasangvara
Institute of Medicine for the Elderly,
Department of Medicine, Ministry of
Public Health. Barthel Activities of
Daily Living: ADL [Internet]. 2014
[cited 2020 December 22]. Available
from: [http://www.msdbangkok.go.th](http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/book%20oldman.pdf)
download%20file/book oldman.pdf
13. Trongsakul S, Lambert R, Clark A,
Wongpakaran N, Cross J.
Development of the Thai version of
Mini-cog, a brief cognitive screening
test. *Geriatric Gerontol Int* 2015;
15(5): 594-600.
14. Sareephon K, Surit P. Effects of Self-
Management on health behaviors
and blood pressure among essential
hypertension patients. *Journal of
Nursing Science & Health* 2015;
33(3): 110-16. (in Thai)
15. Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K.
Supporting the self-management of
hypertension: Patients' experiences
of using a mobile phone-based
system. *J Hum Hypertens* 2016;
30(1): 141-6.
16. Bolarinwa OA, Juni MH, NorAfiah MZ,
Salmiah MS, Akande TM. Midterm
impact of home based Follow up
care on health related quality of life
of hypertensive patients at a
teaching Hospital in Ilorin, Nigeria.
Niger J Clin Pract 2019; 22(1): 69-78.
17. Nakkling Y, Thadsri P. Effect of Self-
Efficacy Enhancement Program on
Health. Behaviors among Older
Adults with Uncontrolled
Hypertension. *APHEIT INTER* 2017;
6(1): 27-35. (in Thai)
18. Pakpiyawat D, Hoontrakul S,
NimitAnan N. The Effects of self-
Management program related to
medication adherence in
uncontrollable hypertensive
patients at a private clinic in
Pathumthani. *JBCN_Bangkok* 2018;
45(2): 20-30. (in Thai)
19. Sawekwan C. Effects of Continuing
Care Program for Olderly adults with
Uncontrolled Hypertension. *J Pub
Health Nurse* 2019; 33(1): 152-70. (in
Thai)
20. Jung H, EunLee J. The impact of
community-based eHealth self-
Management intervention among elderly
living alone with hypertension. *J TELEMED
TELECARE* 2017; 23(1): 167-73.

บทวิจัย

ประสิทธิผลของการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้ เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์

สุดารัตน์ วงศ์จุลชาติ*

พรทรัพย์ ศรีนวนันต์** ปาริฉัตร กิตติมาสกุล***

บทคัดย่อ

การใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งช่วยพัฒนาทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ส่งเสริมผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนสอบความรู้ร่วบยอดก่อนและหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้ ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง และศึกษาประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ประชากรเป็นนักศึกษา จำนวน 139 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง แบบทดสอบความรู้ร่วบยอด แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test

คะแนนสอบความรู้ร่วบยอดหลังใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งสองวิชา รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ($df=138$, $t=6.55$) รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ($df=138$, $t=6.90$) ความพึงพอใจภาพรวมของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 0.38$) ประสิทธิภาพของบทเรียน มูเดล อีเลิร์นนิ่ง (E1/E2) รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เท่ากับ 78/46 รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เท่ากับ 91/61 ซึ่งมีค่าประสิทธิภาพต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ 80/80 ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งมีประสิทธิภาพในการเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียน รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ นักศึกษามีความพึงพอใจ ดังนั้นผู้วิจัยเสนอแนะว่า ควรพัฒนาบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งให้ครบทั้ง 8 วิชา ออกแบบสื่ออีเลิร์นนิ่งให้น่าสนใจ และสร้างแรงจูงใจในการเข้าใช้

คำสำคัญ: บทเรียน/ มูเดล อีเลิร์นนิ่ง/ การเตรียมความพร้อม/ การสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ E-mail: sudarat.v@slc.ac.th

** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Effects of Using Moodle E-learning Courseware to Provide Student's Readiness for the National Nursing License Examination

Sudarat Vongchulachat*

Ponsab Srinualnad** Parichat Kittimasakun***

Abstract

The use of Moodle e-learning courseware can help improving students' 21st century learning skills and promoting self-directed learning. The objectives of this quasi- experimental research were to compare the students' comprehensive test scores before and after using e-learning courseware to provide students' readiness for the National Nursing License Examination in Child and Adolescent Nursing and Mental Health and Psychiatric Nursing, explore the students' satisfaction with the use of e-learning courseware and to study the efficiency of the e-learning courseware. The population consisted of 139 nursing students. Research tools consisted of e-learning courseware, comprehensive examination, questionnaire regarding the students' satisfaction on using e-learning courseware. Data were analyzed by descriptive statistics and Paired t-test.

Learners' comprehensive test scores after using the e-learning courseware were higher than the pre-test at .001 level of the statistically significant difference of the both subjects – Child and Adolescent Nursing (df=138, t= 6.55), Mental Health and Psychiatric Nursing (df=138, t=6.90). Overall students' satisfaction with the use of e-learning courseware was at high level ($\bar{X}$ = 3.69, SD = 0.38, p < 0.05). The efficiency of the e-learning courseware (E1/E2) - Child and Adolescent Nursing courseware was 78/46, Mental Health and Psychiatric Nursing courseware was 91/61 which are less than the determined criteria of 80/80. The results of this study showed that the e-learning courseware is effective for students' readiness for the National Nursing License Examination. Students are also satisfied using the e-learning courseware. Therefore, the researchers suggest that there should be development on e-learning courseware to be more effective and cover all eight subjects. Instructors should design e-learning courseware to be more interesting and able to motivate students to use the courseware.

Keywords: Courseware/ Moodle e-learning/ Student's Readiness/ National Nursing License Examination

Article info: Received February 4, 2022; Revised April 19, 2022; Accepted April 27, 2022

*Corresponding author; Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College. E-mail: sudarat.v@slc.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College.

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 สภาการพยาบาลได้กำหนดให้มีการจัดสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เพื่อให้ผู้บริโภครู้ด้านสุขภาพมั่นใจว่าจะได้รับการบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานวิชาชีพ อีกทั้งการสอบขึ้นทะเบียนผ่านในปีแรกของผู้สำเร็จการศึกษา เป็นเกณฑ์สำคัญของการพิจารณาการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ได้จัดโครงการเตรียมความพร้อมนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เพื่อสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ โดยให้นักศึกษาทบทวนความรู้ด้วยตนเองจากหนังสือ ตำรา ทำข้อสอบรวบยอด อาจารย์เสริมความรู้ ให้แนวทางการทำข้อสอบ แต่ทุกกิจกรรมเป็นการเสริมความรู้ภายในห้องเรียน ซึ่งจะจัดหลังจากนักศึกษาฝึกปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้วในภาคปลาย ซึ่งมีเวลาเพียง 2-3 เดือนก่อนสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ จากการประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาในปีการศึกษา 2561 ที่ผ่านมา นักศึกษามีความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดโครงการว่ามีเวลาน้อย ตารางกิจกรรมแน่น นักศึกษาเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาอ่านหนังสือทบทวนด้วยตัวเอง ผลสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ของผู้สำเร็จการศึกษา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เฉลี่ย 3 ปี (พ.ศ.2558-2560) จากหนังสือแจ้งผลสอบ

สภาการพยาบาล สอบครั้งแรกผ่านร้อยละ 51.97 และสอบ 3 ครั้งภายใน 1 ปีผ่านร้อยละ 90.64 คะแนนเฉลี่ยของวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เท่ากับ 40.94/75 (คะแนนเฉลี่ยทั้งประเทศเท่ากับ 40.92/75) คะแนนเฉลี่ยของวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเท่ากับ 46.42/75 (คะแนนเฉลี่ยทั้งประเทศเท่ากับ 45.46/75) การที่คะแนนเฉลี่ยของวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นไม่ผ่านเกณฑ์ 45 คะแนนหรือร้อยละ 60 นั้น อาจเป็นเพราะนักศึกษาเรียนวิชานี้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ฝึกปฏิบัติในชั้นปีที่ 3 และมีเนื้อหาสอบตาม Test blueprint ค่อนข้างมาก ส่วนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช นักศึกษาเรียนในชั้นปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติในชั้นปีที่ 4 จากผลการประเมินรายวิชานักศึกษาบอกว่าเรียนทฤษฎีไม่ค่อยรู้เรื่อง เมื่อได้ฝึกปฏิบัติทำให้เข้าใจมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสอบผ่านของนักศึกษาขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ปัจจัยทางด้านผู้เรียน ได้แก่ เกรดเฉลี่ยสะสมตลอดหลักสูตร การกำหนดเป้าหมายการสอบผ่านรอบแรก การวางแผนล่วงหน้าอย่างชัดเจน การมีวินัยและเข้มงวดกับตนเอง การใช้เทคนิคที่หลากหลายในการทบทวนความรู้ การขยันทำแบบทดสอบตาม Test blueprint ปัจจัยทางด้านสถานศึกษาที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบ และการสนับสนุนด้านวิชาการ^{1,2}

ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การสื่อสารในยุคปัจจุบัน สถาบันการศึกษาควรจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นแนวโน้มคุณลักษณะของพลเมืองโลก มีกลยุทธ์ในการจัดการเรียนสอนที่

ส่งเสริมให้นักศึกษาใช้แอปพลิเคชันหรือสื่อดิจิทัลพัฒนาการเรียนรู้ด้วยตนเอง หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2560 คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ กำหนดตัวชี้วัดในรายวิชาหมวดวิชาชีพ ให้มีการใช้แอปพลิเคชันหรือสื่อดิจิทัลเพื่อการเรียนรู้ของนักศึกษาอย่างน้อยร้อยละ 80 ต่อปีการศึกษา เพื่อตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการศึกษา (Desired outcomes of education: DOE Thailand) โดยเชื่อว่าผู้เรียนเป็นผู้ที่มีความเพียรใฝ่เรียนรู้ รู้วิธีเรียน สามารถวางแผน รับผิดชอบในการเรียนรู้ของตนเอง มีทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อก้าวทันโลกยุคดิจิทัลและโลกในอนาคต ดังนั้นสถาบันการศึกษาพึงส่งเสริมการจัดการศึกษา จัดการเรียนรู้แบบยืดหยุ่นทั้งในด้านของเวลา สถานที่ และความหลากหลายของอุปกรณ์เทคโนโลยีที่สามารถใช้ในการเข้าถึงแหล่งการเรียนรู้ที่หลากหลายได้ ตามความต้องการของผู้เรียน และควรสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในยุคดิจิทัล³ ทฤษฎีคอนสตรัคติวิสต์ (Constructivist theory) เชื่อว่าการเรียนรู้หรือการสร้างความรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในของผู้เรียน โดยที่ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้โดยนำประสบการณ์หรือสิ่งที่พบเห็นมาเชื่อมโยงกับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม มาสร้างเป็นโครงสร้างทางปัญญา การจัดการเรียนการสอนควรสนับสนุนการสร้างมากกว่าการถ่ายทอดความรู้ บทบาทที่สำคัญของครูผู้สอนคือการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือสำรวจ ค้นหาตามธรรมชาติ ห้องเรียนควรเติมสิ่งที่น่าสนใจที่จะกระตุ้นให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้

ด้วยตนเองอย่างเต็มตัว⁴ การจัดการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิง ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาบทเรียนตามความต้องการได้อย่างสะดวก รวดเร็วผ่านอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต โดยไม่จำกัดสถานที่และเวลา ผู้เรียนสามารถกำกับการเรียนด้วยตนเองตามอัตราความเร็ว ช้า หรือความก้าวหน้าตามความสนใจของตนเอง ผู้สอนสามารถเสนอเนื้อหา ปรับปรุง เปลี่ยนแปลงแก้ไขเนื้อหาและสื่อการสอนได้ง่ายและสะดวกผ่านอีเลิร์นนิง ทำให้นำเสนอข้อมูลได้ทันสมัยอยู่เสมอ⁵

มูเดิล (Moodle) เป็นระบบจัดการบทเรียน (Learning Management System: LMS) แบบซอฟต์แวร์ ที่นำมาใช้เพื่อการเรียนการสอนแบบอีเลิร์นนิงกันอย่างแพร่หลาย ผู้สอนจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ได้แก่ สร้างใบเนื้อหาการสอน รูปภาพประกอบ คลิปวิดีโอ ใบรายงานรายวิชาการมอบหมายงาน อาทิ การบ้าน ใบงานให้ผู้เรียนสร้างแบบสอบถามแบบต่าง ๆ รายงานผลการเรียน ติดตามและประเมินผู้เรียน ผู้เรียนทำหน้าที่เข้าเรียนรายวิชา ทำงานที่ได้รับมอบหมาย ส่งตามเวลาที่กำหนด ทำแบบทดสอบ ทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ผู้สอนกำหนดให้ใช้งาน เช่น กระดานข่าว แบบสอบถาม แผนที่ความคิด การสนทนารายวิชา เขียนบล็อกข้อมูลส่วนตัว มูเดิล อีเลิร์นนิงจึงเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ประเมินผู้เรียนในระหว่างเรียน (Formative assessment) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ตามสภาพจริงของกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงกับผู้เรียนที่อยู่ในมูเดิล อีเลิร์นนิง ช่วยให้ผู้สอนสามารถระบุและวินิจฉัยปัญหาการเรียนรู้อ และให้ข้อมูลย้อนกลับที่มีคุณภาพแก่ผู้เรียนเป็นรายบุคคลได้ จัดเป็นการประเมินผลเพื่อการเรียนรู้

(Assessment for learning) โดยมุ่งหวังพัฒนาผู้เรียนให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้⁷

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์มีระบบจัดการบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ตั้งแต่ พ.ศ.2552 เพื่อเป็นสื่อเสริมการเรียนการสอนรายวิชาต่าง ๆ ในหลักสูตร ที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียน เรียนรู้โดยไม่จำกัดเฉพาะในห้องเรียนเท่านั้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Self-directed learning) เป็นการเรียนการสอนแบบยืดหยุ่น แต่ยังไม่มีการทบทวนความรู้สำหรับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะต้องฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานพยาบาลและในชุมชนที่ต่างจังหวัด แต่เดิมนักศึกษาจะต้องพกหนังสือหรือตำราไปทบทวนความรู้ขณะฝึกปฏิบัติงานด้วยบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่นักศึกษาสามารถใช้งานได้ทุกที่ที่มีอุปกรณ์สื่อสารและสัญญาณอินเทอร์เน็ต ตามความต้องการโดยไม่จำกัดเวลา และสถานที่ นักศึกษาสามารถควบคุมความก้าวหน้าของการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง สามารถทบทวนเนื้อหาซ้ำได้ตลอดเวลา ซึ่งนักศึกษาจะต้องมีความรับผิดชอบเป็นอย่างสูง จึงจะประสบผลสัมฤทธิ์ตามที่คาดหวังไว้ จากการศึกษาผลของการใช้มูเดล อีเลิร์นนิ่ง ในหัวเรื่องการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยง รายวิชาการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนแบบทดสอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบที่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเสริมประกอบมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบเพิ่มขึ้นร้อยละ 30.8

ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนที่ไม่มีบทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเสริมประกอบมีคะแนนเฉลี่ยของแบบทดสอบเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.52 สอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยการใช้โปรแกรมมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ในรายวิชาคณิตศาสตร์และวิชาภาษาอังกฤษพื้นฐานพบว่าหลังการทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{8,9}

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้ ขอขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเปรียบเทียบคะแนนสอบความรู้รวบยอดก่อนและหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง และศึกษาประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่ออีเลิร์นนิ่ง ให้ครบทั้ง 8 วิชา ในปีการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสอบความรู้รวบยอดก่อนและหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2. ศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ฯ ในรายวิชาการ

พยาบาลเด็กและวัยรุ่น รายวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช

3. ศึกษาประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล
อีเลิร์นนิ่ง รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่มี
ประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80

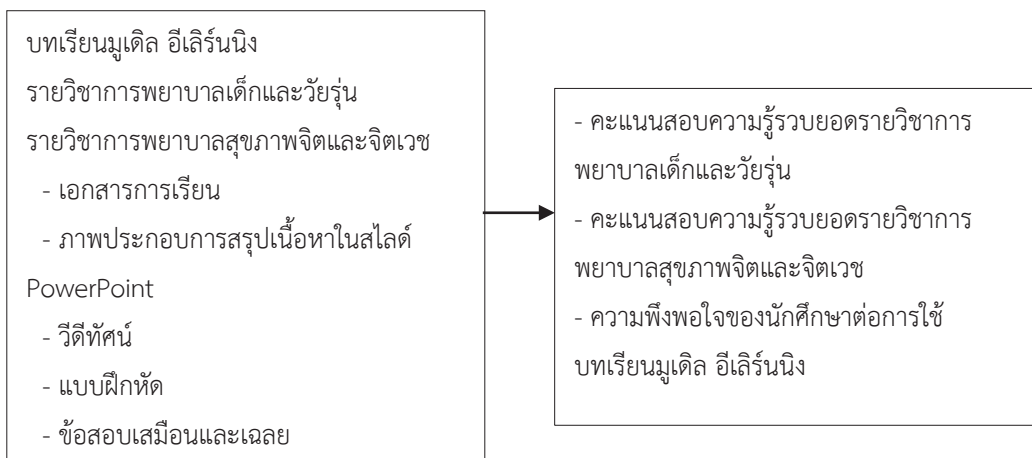
สมมติฐานการวิจัย

คะแนนผลสอบความรู้รวบยอดหลังใช้
บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อม
สอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต
ประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและ
วัยรุ่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มากกว่าก่อนใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi
experimental research design) แบบวัดผล
ก่อนและหลังทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดคอนสตรัคติ
วิสตร์ (Constructivism) ที่เชื่อว่าผู้เรียนเป็นผู้สร้าง
ความรู้จากประสบการณ์ สิ่งที่พบเห็นมาเชื่อมโยง
กับความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม แล้วสร้างเป็น
ความเข้าใจของตนเอง⁴ จึงเป็นแนวคิดในการ
พัฒนาบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเพื่อให้ผู้เรียน
ทบทวนความรู้ด้วยตนเอง โดยเนื้อหาของบทเรียน
มูเดลอีเลิร์นนิ่ง แบบฝึกหัด ข้อสอบเสมือนและ
ข้อสอบความรู้รวบยอดครอบคลุมตาม Test
blueprint ของสภาการพยาบาล และใช้กรอบ
มาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาเป็นแนวทางใน
การพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียน โดย
สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้
ดังนี้

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตร
พยาบาลศาสตรบัณฑิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 4
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 139 คน
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่เข้าร่วมโครงการเตรียม

ความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ปีการศึกษา 2562 เลือกประชากรแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีเกรดเฉลี่ยสะสมไม่น้อยกว่า 2.00 จะสำเร็จการศึกษาภายในปีการศึกษา 2562 และสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก นักศึกษาเข้าเรียนในบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ไม่ครบทุกบทของแต่ละรายวิชา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 13 บท ได้แก่ บทที่ 1 การส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ บทที่ 2 การส่งเสริมภาวะโภชนาการ บทที่ 3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค บทที่ 4 การดูแลเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บทที่ 5 การพยาบาลทารกแรกเกิด บทที่ 6 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาการติดเชื้อ บทที่ 7 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร บทที่ 8 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ บทที่ 9 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะและต่อมไร้ท่อ บทที่ 10 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาทางโลหิตวิทยาและนิโอพลาสม บทที่ 11 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบหัวใจ บทที่ 12 การพยาบาลเด็กที่มีปัญหาระบบประสาท และบทที่ 13 การป้องกันและช่วยเหลือเด็กที่ได้รับอุบัติเหตุและสารพิษ ส่วนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 6 บท ได้แก่ บทที่ 1 หลักการพื้นฐาน ลักษณะและขอบเขตของงานการพยาบาล

สุขภาพจิตและจิตเวช บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บทที่ 3 เครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช บทที่ 4 การพยาบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตสังคม บทที่ 5 การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และบทที่ 6 แนวคิดการบำบัดรักษาทางจิตเวช ซึ่งในแต่ละบทของแต่ละวิชาประกอบด้วย เอกสารการเรียนรู้ ภาพประกอบการสรุปเนื้อหาในสไลด์ PowerPoint วีดิทัศน์ แบบฝึกหัด ข้อสอบเสมือนครอบคลุมเนื้อหาตาม Test blueprint ของสภาการพยาบาล พร้อมเฉลย บทละ 10-60 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบทดสอบความรู้รวบยอดวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นแบบเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก จำนวน 75 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมตาม Test blueprint ของสภาการพยาบาล

2) แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5 = มากที่สุด, 1 = น้อยที่สุด)

การตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity: CV) ของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง แบบทดสอบความรู้รวบยอด ผู้วิจัย

คัดเลือกข้อสอบที่มีค่าความยากง่าย (p) ระหว่าง 0.20-0.80 และมีค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป และแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่ง ตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการสอน วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช วิชาละจำนวน 3 ท่าน หลังจากได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

นำแบบทดสอบไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับ วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เท่ากับ 0.70 วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ E.002/2563 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายรายละเอียดของกิจกรรม ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรม เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยอย่างอิสระ มีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ และสามารถถอนตัวออกจากโครงการได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนหรือผลการเรียนใด ๆ การนำเสนอข้อมูลกระทำในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งมีการทำลายข้อมูลเมื่อสรุปรายงานวิจัยแล้ว

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การทบทวนความรู้โดยใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ใช้เวลาทั้งหมด 19 สัปดาห์ มีขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจงวิธีการใช้บทเรียนมูเดิลอีเลิร์นนิ่งเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้รวบยอดก่อนใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่ง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่งได้ทันทีที่ทุกเวลาตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่วิทยาลัยฯ จัดสรรให้หรือจะใช้อุปกรณ์ส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยกำหนดตารางเข้าทบทวนความรู้รายบท บทละ 1 สัปดาห์ กำหนดกิจกรรมการทบทวนความรู้ตามลำดับขั้นตอน คือ ทำแบบทดสอบก่อนทบทวนบทเรียนรายบท บทละ 10-20 ข้อ ทบทวนบทเรียนที่มีเอกสารการเรียนรู้ PowerPoint วีดิทัศน์ ทำแบบฝึกหัดรายบท ทำแบบทดสอบรายบทหลังทบทวนบทเรียน ผู้วิจัยเข้าไปตรวจสอบและกำกับติดตามการเข้าใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่งตามตารางเวลาที่กำหนด

3. ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่งครบทุกบทของทั้งสองวิชาแล้ว ให้ทำแบบทดสอบรวบยอดหลังเรียน และทำแบบประเมินความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการใช้บทเรียนมูเดิล อีเลิร์นนิ่ง

4. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลแต่ละฉบับ แล้วนำมาวิเคราะห์ประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง (E_1/E_2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสอบความรู้รวบยอดก่อนและหลังใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ จำนวน 139 คน เพศหญิง 135 คน คิดเป็นร้อยละ 97.12 เพศชาย จำนวน 4 คน ร้อยละ 2.88 อายุระหว่าง 23-30 ปี ร้อยละ 100

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนก่อนและหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง

1. คะแนนเฉลี่ยวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.55, p < .001$) ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 30.21 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.53 คะแนนเฉลี่ยรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.90, p < .001$) ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 41.28 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.44 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.69, SD = 0.38$) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจระดับมากในด้านเทคนิคการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ($\bar{X} = 3.62, SD = 0.46$) และด้านประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ($\bar{X} = 4.11, SD = 0.46$) ส่วนด้านผู้เรียน นักศึกษามีความพึงพอใจในตนเองต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.36, SD = 0.52$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง (E_1/E_2) รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น เท่ากับ 78/46 ซึ่งมีค่าประสิทธิภาพของกระบวนการจากคะแนนแบบฝึกหัดรายบทและค่าประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากคะแนนสอบความรู้รวบยอด ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 ส่วนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เท่ากับ 91/61 ซึ่งมีค่าประสิทธิภาพของผลลัพธ์ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

Table 1 Comparison mean score of comprehensive test scores before and after the use of Moodle E-learning courseware to provide Student's Readiness for the National Nursing License Examination. (N=139)

Variable	Mean	SD.	df	t	P-value
Child and Adolescent Nursing comprehensive test scores					
Before	30.21	6.09	138	6.55	.000*
After	33.53	7.23			
Mental Health and Psychiatric Nursing comprehensive test scores					
Before	41.28	5.65	138	6.90	.000*
After	44.44	5.29			

หมายเหตุ: * $p < .05$

Table 2 Mean and standard deviation of students' satisfaction with the use of Moodle e-learning courseware.

Students' satisfaction	Mean	SD.	Overall
Technical use of Moodle e-learning courseware	3.62	0.46	High
The efficiency Moodle e-learning courseware	4.11	0.46	High
Self-assessment in using Moodle e-learning courseware	3.36	0.52	Moderate
Overall	3.69	0.38	High

Table 3 Mean of the efficiency of process (E1) and mean of the efficiency of product (E2) of Child and Adolescent Nursing courseware.

															Comprehensive test scores after use Moodle e-learning
Students	Quiz scores														
Lessens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	total	
Total scores	34	31	20	10	20	20	10	16	15	15	15	15	17	238	75
1	27	30	20	10	10	20	8	14	12	14	13	15	15	208	34

															Comprehensive test scores after use Moodle e- learning
Students	Quiz scores														
2	28	26	19	9	20	18	9	15	15	4	6	9	13	191	31
3	23	26	20	9	20	20	10	4	6	4	7	9	11	169	34
4	28	28	20	9	20	18	9	14	8	3	4	8	11	180	37
5	28	18	20	6	17	13	10	9	9	9	11	15	11	176	37
total	134	128	98	43	87	89	46	56	50	34	41	56	61	924	173
Mean for percent														77.65	46.13

Table 4 Mean of the efficiency of process (E1) and mean of the efficiency of product (E2) of Mental Health and Psychiatric Nursing courseware.

Students		Quiz scores						Comprehensive test scores after use Moodle e- learning
Lessons	1	2	3	4	5	6	total	
Total scores	20	20	20	20	20	20	120	
1	19	19	20	20	19	19	116	49
2	20	20	20	20	20	20	120	51
3	20	20	20	20	20	20	120	43
4	18	19	19	19	20	20	115	51
:								
49	18	16	17	17	18	18	104	54
total	880	893	898	891	905	899	5,366	2,239
Mean for percent							91.26	60.93

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสอบความรู้รวบยอดภายหลังการใช้โมเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ

รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการใช้บทเรียนโมเดล อีเลิร์นนิ่ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากนักศึกษาเรียนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นตั้งแต่ชั้นปีที่ 2

และเรียนวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชั้นปีที่ 3 ความรู้ที่เคยเรียนในชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 อาจลดน้อยลง เมื่อนักศึกษาได้ทบทวนความรู้เดิมที่เคยเรียนมาในมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ที่มีสื่อและวิธีการช่วยจดจำเนื้อหาที่หลากหลาย ได้แก่ เอกสารสรุปบทเรียน PowerPoint ที่มีรูปภาพประกอบเนื้อหาสาระที่สำคัญ วิดีทัศน์ ได้ฝึกการทำแบบฝึกหัดและข้อสอบเสมือนก่อนเรียนและหลังเรียน ทราบผลคะแนนได้ทันที จึงช่วยรื้อฟื้นความรู้ ตรวจสอบความเข้าใจของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างความรู้เชิงปัญญา เป็นแนวคิดที่ว่าผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ เป็นผู้กระทำในเชิงรุกด้วยการเลือกข้อมูลเนื้อหาเชื่อมโยงตามประสบการณ์และพื้นฐานความรู้เดิมที่ผู้เรียนมีอยู่เพื่อการเรียนรู้ของตนเอง บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งเป็นสื่อการเรียนรู้ที่เน้นคุณสมบัติที่ทำให้ผู้เรียนชั้นนำการเรียนรู้ของตนเอง และพัฒนาสู่ความสามารถควบคุมการเรียนรู้ของตนเอง¹⁰ นอกจากนี้ มูเดล อีเลิร์นนิ่ง เป็นระบบบริหารจัดการการเรียนรู้จะทำการบันทึกประวัติการเข้าใช้งานของนักศึกษา อาจารย์สามารถติดตามและกระตุ้นนักศึกษาให้เข้าทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้คะแนนสอบรวบยอดหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง จึงมากกว่าก่อนการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และคณะ¹¹ พบว่าคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเรียนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยบทเรียน

อีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของ ธัญญลักษณ์ วาณะวิศิษฐ์¹² คะแนนก่อนเรียนและหลังเรียนด้วยบทเรียนอีเลิร์นนิ่งรายวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศของนักศึกษาพยาบาลพบว่า คะแนนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และผลการศึกษาของนวรรตน์ โกมลวิภาต และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์¹³ พบว่า คะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังการเรียนรู้โดยใช้สื่อการสอนอิเล็กทรอนิกส์รายวิชากฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .000$

2. ความพึงพอใจของนักศึกษาต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่านักศึกษามีความพึงพอใจระดับมากในด้านเทคนิคการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง และด้านประสิทธิภาพของบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ส่วนด้านผู้เรียน นักศึกษามีความพึงพอใจในตนเองต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เป็นสื่อเสริมช่วยให้นักศึกษาทบทวนความรู้ด้วยตัวเอง นักศึกษาย่อมมีอิสระและเลือกเข้าใช้ทบทวนความรู้ได้ตามความต้องการของตนเอง ได้ทุกสถานที่ ในเวลาที่นักศึกษาสะดวก ใช้อุปกรณ์สื่อสาร เช่น สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ หรือโน้ตบุ๊ก และสัญญาณอินเทอร์เน็ต ก็สามารถ

เข้าทบทวนบทเรียนได้ ไม่ต้องพกตำราหรือเอกสารประกอบการสอนที่เป็นกระดาษโดยเฉพาะ ในช่วงที่นักศึกษาต้องไปฝึกปฏิบัติงานที่ต่างจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง เพื่อทบทวนความรู้ในช่วงเวลาที่นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติงานในชั้นปีสุดท้ายเพื่อเตรียมเป็นบัณฑิตพยาบาลนั้นนักศึกษาจะต้องบริหารเวลาเป็นอย่างดี นักศึกษาจะต้องกำกับตนเองให้ดำเนินการเรียนรู้ตามกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายในแต่ละบท ได้แก่ การทำข้อสอบก่อนเรียน การอ่านทบทวนเนื้อหา การทำแบบฝึกหัด และการทำข้อสอบหลังเรียน นักศึกษาที่รับรู้ว่าการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง จะช่วยให้มีความพร้อมในการสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ได้ก็จะมีแรงจูงใจให้เข้าใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้นักศึกษาประเมินตนเองต่อการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Mostafa และคณะ¹⁴ พบว่า นักศึกษาพยาบาลร้อยละ 42 เห็นว่าการเรียนการสอนในมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ทำได้ง่าย มีประสิทธิภาพ และมีการรับรู้ที่ดีต่อการเรียนในมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ร้อยละ 39.8

3. ผลการทดสอบประสิทธิภาพบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น E1/E2=78/46 รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช E1/E2=91/61 ได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทั้งสองชุดวิชา แสดงว่านักศึกษามีความรู้ในระหว่างการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง มากกว่าความรู้รวบยอดหลังการใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ซึ่งผู้วิจัยได้คำนวณจากจำนวนนักศึกษาที่เข้า

ใช้บทเรียน มูเดล อีเลิร์นนิ่ง ครบทุกบทเท่านั้น รายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น มีจำนวน 5 คน รายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีจำนวน 49 คน จากนักศึกษาทั้งหมด 139 คน ผลที่ได้จึงเป็นผลการทดสอบประสิทธิภาพของบทเรียนจากนักศึกษาจำนวนน้อย การที่มีนักศึกษาจำนวนน้อยเข้าใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ได้ครบทุกบท มีหลายปัจจัยได้แก่ นักศึกษาอาจทบทวนความรู้จากหนังสือ ตำรา เอกสารประกอบการสอน หรือฝึกทำข้อสอบจากแหล่งอื่นที่นอกเหนือจากมูเดล อีเลิร์นนิ่ง บางคนไม่ชอบอ่านหนังสือจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ นักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติงานไม่มีเวลาทบทวนในมูเดล อีเลิร์นนิ่ง สัญญาณอินเทอร์เน็ตช้าหรือไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต นักศึกษาอาจไม่เข้าใจวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Active learning) ไม่เห็นความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยสื่ออีเลิร์นนิ่ง นักศึกษาจะต้องมีวินัยในการกำกับตนเองแตกต่างจากการทบทวนกับอาจารย์ในชั้นเรียน นอกจากนี้ อาจมีปัจจัยจากพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้แก่ ความรับผิดชอบ ความเอาใจใส่ ความขยันหมั่นเพียร แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง จากการศึกษาของ สุรชาติ อาจทรัพย์ และคณะ¹⁵ พบว่านักศึกษาร้อยละ 84.6 เห็นด้วยในการเรียนผ่านมูเดล มีความเป็นอิสระในการเรียน ทำให้รับผิดชอบมากขึ้น การศึกษาของ ศิริชัย นามบุรี และคณะ¹⁶ พบว่านักศึกษาที่เรียนผ่านมูเดล อีเลิร์นนิ่ง มีพฤติกรรมความรับผิดชอบด้านตรงต่อเวลาร้อยละ 13.65 ด้านความขยันหมั่นเพียร ร้อยละ 12.52 และด้านการเอาใจใส่ต่อการเรียนร้อยละ 11.05 ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้เรียน

ในการเรียนในอีเลิร์นนิ่ง จึงเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ ชี้นำให้เห็นประโยชน์ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้เรียน การนำเสนอเนื้อหาที่ท้าทาย สร้างความสนุกในการเรียนรู้ แข่งขันกันเรียนรู้ เป็นต้น¹⁷

จุดอ่อนของงานวิจัย บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง วิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีเนื้อหาจำนวนมาก เพื่อให้ครอบคลุมหัวข้อตาม Test blueprint ระยะเวลาในการเข้าใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่งค่อนข้างจำกัดเนื่องจากนักศึกษาจะต้องฝึกปฏิบัติงาน และเป็นส่วนเสริมที่ไม่มีผลต่อการตัดเกรดหรือการสำเร็จการศึกษา นักศึกษาอาจให้ความสำคัญน้อยกว่าบทเรียนภาคบังคับในหลักสูตร จึงส่งผลทำให้มีนักศึกษาจำนวนน้อยที่เข้าใช้ได้ครบทุกบท

จุดแข็งของงานวิจัย การผลิตบทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ให้นักศึกษาใช้ทบทวนความรู้ด้วยตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ เป็นรูปแบบบทเรียนที่คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่เคยมีมาก่อน เป็นการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองโดยใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ

สรุป บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง มีประสิทธิผลในการทบทวนความรู้ด้วยตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียน

และรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ แต่จะมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้นถ้ามีการสร้างแรงจูงใจ และควบคุมกำกับติดตามการเข้าใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ของนักศึกษาให้ครบทุกบท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรนำรูปแบบการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการเรียนการสอนในวิชาอื่น ๆ หรือเพื่อเตรียมความพร้อมสอบความรู้เพื่อขอขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพฯ ในรายวิชาอื่น ๆ ให้ครบทั้ง 8 วิชา โดยปรับการออกแบบสื่อการสอนที่น่าสนใจ ช่วยกระตุ้น และเสริมแรงจูงใจให้ผู้เรียนเข้าใช้บทเรียนให้มากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในครั้งต่อไป ควรศึกษาปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าใช้บทเรียนมูเดล อีเลิร์นนิ่ง ของนักศึกษาเพื่อเตรียมสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยทุกท่าน รวมทั้งคณาจารย์และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมตามโครงการวิจัยเป็นอย่างดี

Reference

1. Kongkar R, Charoenkitkarn V, Tosuksri W, Sareewiwatthana P. Factors affecting the result of nursing licensure examination among bachelor graduates from faculty of nursing, Mahidol University. *Nurs Sci J* 2012; 30(3): 82-91. (in Thai)
2. Booranatanit C, Sinakom D, Boonprasert N, Theangjit R. Factors related to Thai Nursing Council's Examination results for registering as first-class nursing and midwifery professionals of nursing graduates of Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan. *J Grad Res* 2019; 10(2): 229-48. (in Thai)
3. Office of the Higher Education Commission (OHEC). Guidelines for Higher Education Standards. Bangkok: Office of the Higher Education Commission; 2018.
4. Chaijaroen S. Instructional design: Principles and theories to practices. 2nd ed. Khon Kean University; 2016.
5. Thammetar T. E-Learning: from theory to practice .Thailand Cyber University (TCU) Project: Office of the Higher Education Commission; 2014.
6. Ratanaterakul A. Install and system administration Moodle e-Learning (complete edition). Bangkok: SE-EDUCATION; 2015.
7. Chanchusakun S. Concept, principle and strategies for learning outcomes evaluation. *JEM-MSU* 2018; 24(1): 14-28. (in Thai)
8. Handayanto A, Supandi S, Ariyanto L. Teaching using Moodle in mathematics education. *J Phys Conf Ser* 2018; 1013: 1-4.
9. Puenkeaw N. Using Moodle E-Learning to develop learning achievement in Fundamental English of 1st year: International conference for innovation the second time; 2018.
10. Nasongkhla J. Digital learning design. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.
11. Chuencham J, Kittiboonthawal P, Ubolyaem D. Effects of using interactive E-learning lessons in students' health examination topic among nursing students' learning achievement. *JHNR* 2020; 36(2): 234-42. (in Thai)

12. Wajanawisit T. Development of E-learning on Information Technology course, Kuakarun Faculty of Nursing. KJN 2014; 21(1): 100-13. (in Thai)
13. Komonwipast N, Pakdevong N. Effectiveness of E-learning Courseware Media of BNS 408: Law and Professional Ethics for student's readiness of nursing licensing examination 2013; Rangsit University.
14. Mostafa MF, Salama H, Elwasefy SA. Introducing Moodle as a new path for nursing education: Students' perception, experience and barriers. Am J Nurs Res 2017; 5(6): 243-49.
15. Artsub S, Kunkum S, Sitipoomongkol A. Effectiveness of Moodle E-learning for Kinesiology Students JPR2R 2015; 2 (August): 81-9. (in Thai)
16. Namburi S, Sureerattanan N, Thianthong M. Development of model and software module for ethical behavior assessment and improvement regarding to learner's learning responsibility in E-Learning environment. J YRU 2010; (1)5: 41-58. (in Thai)
17. Insa-ard, S. Tips e-learning instruction for instructional designer. Bangkok: SE-EDUCATION; 2018.

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

ณัฐนิช ชันหลวง*

สุนีย์ ละกำปັນ** ขวัญใจ อำนาจลัตย์เชื้อ***

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์นี้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ โดยประยุกต์ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกรอบทฤษฎี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 100 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามคำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาสหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 73.45$, $SD = 13.37$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็น โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 34.9 ($Adj R^2 = 0.349$, $p = 0.024$) และพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ($\beta = -0.374$)

จากข้อค้นพบนี้เสนอแนะให้พยาบาลชุมชนควรให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและอาการต่าง ๆ รวมถึงวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาแก่ครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต/ ผู้สูงอายุ/ โรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ/ PRECEDE PROCEED

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Email: sunee.lag@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Influencing Quality of Life of the Elderly with Age-Related Macular Degeneration

Nattnich Kunluang^{*}

Sunee Lagampan^{**} Kwanjai Amnatsatsue^{***}

Abstract

This analytical descriptive research aimed to assess the quality of life and the factors influencing the quality of life of the elderly with age-related macular degeneration (AMD). PRECEDE-PROCEED framework was applied for this research framework. This study included 100 patients, randomly selected from the elderly with AMD who visit the ophthalmology outpatient department, King Chulalongkorn Memorial Hospital. Data were collected by interviewing the elderly with AMD from September to October 2021. The statistical analysis used were descriptive statistics, Pearsons' Product Moment Correlation, and Multiple Regression Analysis.

It was found that the overall quality of life of the elderly with AMD was at the moderate level ($\bar{X}$ = 73.45, SD = 13.37). Furthermore, depression, perceived severity of AMD, social support and visual acuity were the factors that can predict the quality of life of the elderly with AMD by 34.9% (Adj R² = 0.349, p = 0.024). Also, depression had the greatest influence on quality of life (beta = - 0.374).

Finding suggested that community nurse practitioners should consider the quality of life of the elderly with AMD by provide eye health care education and screening depression routinely.

Keywords: Quality of life/ Elderly/ Age-related macular degeneration/ PRECEDE
PROCEED

Article info: Received March 26, 2022; Revised April 20, 2022; Accepted April 28, 2022

^{*} Graduate Student in Master of Nursing Science major in Community Nurse Practitioner, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

^{**} Correspondent author: Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University Email: sunee.lag@mahidol.ac.th

^{***} Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ (Age related macular degeneration: AMD) เป็นปัญหาสุขภาพด้านการมองเห็นที่พบในผู้สูงอายุ โดยคาดการณ์ว่าจะมีผู้ป่วยอายุ 30-95 ปี เป็นโรค AMD ในปี ค.ศ. 2030 จำนวน 243.3 ล้านคน¹ และความชุกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุก 10 ปี² โรค AMD เป็น 1 ใน 4 อันดับของโรคตาที่ทำให้เกิดภาวะตาบอดในผู้สูงอายุ โดยทุกปีจะมีผู้สูงอายุไทยเกือบ 3 หมื่นคนประสบปัญหาด้านการมองเห็นจากโรค AMD ชนิดที่มีหลอดเลือดงอกผิดปกติ (Neovascular AMD) และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรงในระยะเวลาอันสั้นจนถึงขั้นตาบอดได้³ อีกทั้งการรักษาโรคทางตาในผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดจากโรคร่วม หรือการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงได้สูงเมื่อใช้กับผู้ที่มียาคุม⁴

โรค AMD แบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) ชนิดไม่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติหรือชนิดแห้ง (Non-neovascular หรือ dry AMD) ที่พบเป็นส่วนใหญ่⁵ 2) และชนิดมีเส้นเลือดงอกผิดปกติหรือชนิดเปียก (Neovascular หรือ wet AMD) ที่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติในจอตาชั้น Choroid ที่เรียกว่า Choroidal neovascularization (CNV) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ อายุ พันธุกรรม เชื้อชาติ การสูบบุหรี่ ดัชนีมวลกายสูง แสงอัลตราไวโอเลตระดับน้ำตาในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น⁶ โดยโรคอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือเลือดออกในชั้นจอตา หรือการลอกของจอตา⁷ เมื่อความเสื่อมมากขึ้นจึงมีอาการมองภาพไม่ชัด เห็นภาพบิดเบี้ยว เห็นจุดดำ หรือจุดบอดที่

บริเวณส่วนกลางภาพ โดยไม่มีอาการเจ็บปวด⁸ ปัจจุบันไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่มีวิธีการชะลอความรุนแรงของโรค⁹ ซึ่งการมองภาพไม่ชัดในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การขับรถ การขึ้นลงบันได¹⁰ รวมถึงมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การอ่านตัวหนังสือ ที่เป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงสังคม และส่งผลถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ¹¹ และพบว่าเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ภาระต่อครอบครัวและสังคม³

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจะมีความซับซ้อน ปรับเปลี่ยนไปตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม¹² ซึ่งความเสื่อมถอยตามวัย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการอยู่ด้วยภาวะทุพพลภาพ ดังเช่นโรค AMD เป็นโรคเรื้อรังทางตาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในมิติต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพทั่วไป การมองเห็นทั่วไป ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม การพึ่งพาผู้อื่น การเข้าถึงสังคม และสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป่วยด้วยโรค AMD จะมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยมีปัจจัยภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมที่นำมาสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁹ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD โดยการประยุกต์ PRECEDE PROCEED Framework¹³ โดยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ^{9,14,15} ความรุนแรงของโรค¹⁴ ระยะเวลาการรักษาโรค¹⁴ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตา¹⁶ ปัจจัยเอื้อ

ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁶ ที่อยู่อาศัย¹⁵ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม^{9,16} ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา¹⁶ และปัจจัยภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า^{14,17,18,19} มีอิทธิพลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพตา ซึ่งการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ โดยมีบริบทแตกต่างจากผู้สูงอายุในประเทศไทย ทั้งทางด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค AMD เนื่องจากการรักษาโรคนี้ไม่มีแต่ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ระดับตติยภูมิตำนั้น²⁰ ผู้วิจัยซึ่งทำงานในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่มีผู้ป่วยส่งต่อมารับการรักษาจำนวนมากและได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงได้เห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำไปสู่การ

วางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ต่อไป

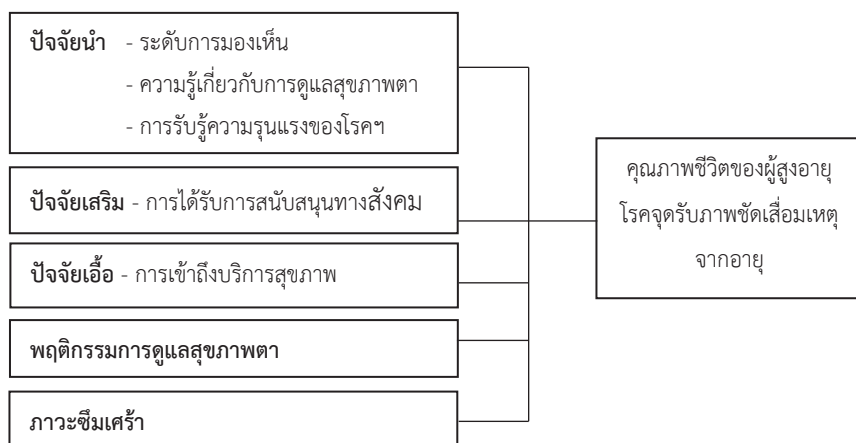
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ
3. เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ (ระดับการมองเห็น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนทางสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (Descriptive analysis research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจุดรับภาพชัดเสื่อม เหตุจากอายุโดยจักษุแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ที่รักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power version 3.0.10) โดยเลือกสถิติกลุ่มทดสอบ F- tests ประเภทการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบแบบ Multiple Regression: Fixed model, R2 deviation from zero กำหนด Effect Size เท่ากับ 0.15 (เป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (α) เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 ตัวแปรอิสระที่เป็นตัวทำนายทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 94 คน เพื่อป้องกันกรณีข้อมูลสูญหายหรือข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คนเลือกตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการสืบค้นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารและโต้ตอบได้รู้เรื่อง สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงแผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มาตรวจตามนัดในช่วงระหว่างที่ผู้ป่วยรอคอยพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยผู้วิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน-ตุลาคม 2564 ในเวลาราชการ (8.00-16.00 น.) มีการแนะนำตัวและชี้แจงกระบวนการวิจัยให้ผู้ป่วยรับทราบ เมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบสอบถามทุกชุดของการวิจัยนี้ ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาทีต่อคน

เครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเครื่องมือวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิด้านจักษุกรรม จำนวน 3 ท่าน และมีการปรับปรุงแก้ไขก่อนจะนำเครื่องมือไปทดสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) แล้วนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สัทธิการรักษาร่วมทางตาอื่น ๆ โรคประจำตัวอื่น ๆ ประเภทของโรค AMD ระยะเวลาการรักษาโรค AMD และแบบประเมินระดับการมองเห็น

ประเมินระดับการมองเห็นใช้ Snellen Chart วัดโดยเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยนอก แผนกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ ในวันที่ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจัดระดับความรุนแรงของความพร่องทางการมองเห็นเป็นคะแนนตามเกณฑ์ของ Elliott²¹ มีคะแนนเต็ม 110 คะแนน และบันทึกเป็นระดับการมองเห็นของตาข้างที่ดีที่สุด (Best Corrected Visual Acuity: BCVA)

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคทางตาที่เป็นอยู่ ผลกระทบของโรคต่อความพิการ ความยากลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา เป็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องอาหารที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่หรือดื่มสุรา การหลีกเลี่ยงการเผชิญแสงแดด การตรวจสุขภาพตา และการสังเกตอาการผิดปกติของการมองเห็น มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามชนิดถูก/ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-7 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของคูเตอร์-ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.7

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตา เป็นคำถามเกี่ยวกับการมาพบแพทย์ตามนัด การประเมินการมองเห็นด้วยตนเอง การรับประทานอาหารบำรุงสายตา การสวมแว่นป้องกันแสง UV รวมถึงการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อความเสื่อมของตา มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 (ไม่เคยทำ) ถึง 5 (ทำเป็นประจำ) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 7-35 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 5 แบบวัดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นคำถามเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ใกล้บ้าน เดินทางสะดวก สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ สามารถเข้ารับบริการได้ตามต้องการ ปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดของ ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา²² มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 6 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นคำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำจากทีมดูแลสุขภาพ และการได้รับการช่วยเหลืออำนวยความสะดวกจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพตา ปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดของ ฐาพัชรลดา เกียรติเลิศเดชา²² จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) คะแนน

รวมอยู่ระหว่าง 5-25 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 1 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 7 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) ฉบับภาษาไทย ของมาโนช หล่อตระกูล²³ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เป็นมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 0 (ไม่มีเลย) ถึง 3 (มีเกือบทุกวัน) คะแนนที่ได้อยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงมีภาวะซึมเศร้ามาก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77

ส่วนที่ 8 แบบวัดระดับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถาม NEI-VFQ-25 พัฒนาโดย Mangione²⁴ ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์และแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ และส่วนเสริม 1 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุในมิติด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็น ด้านความยากลำบากในการทำกิจกรรม และด้านการตอบสนองต่อปัญหาสายตา มีคะแนนรวมระหว่าง 15-100 คะแนน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CV) เท่ากับ 0.81 สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการสุขภาพศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2021-069 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 545/64 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารชี้แจงการวิจัยถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา พร้อมทั้งอธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่อพิจารณา ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วลงนามในใบยินยอมตนในการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (SPSS) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติในการทดสอบสมมติฐาน ที่ .05 ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ในการพรรณนาตัวแปรที่ศึกษา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จากการวิจัยลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรค AMD พบว่า ผู้สูงอายุโรค AMD ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจักษุกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีช่วงอายุ 70-79 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 46) อายุเฉลี่ย

71.71 ปี (SD = 6.47) การศึกษาส่วนมากจบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 37) สิทธิการรักษาส่วนมากใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 39) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมทางตาอื่น ๆ (ร้อยละ 66) สำหรับโรคร่วมทางตาอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ โรคต้อหิน โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา โรคพังผืดที่จอตา และโรคต้อกระจก ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอื่น ๆ (ร้อยละ 86) ส่วนใหญ่เป็นโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุขินิต WetAMD (ร้อยละ 95) มากกว่าครึ่งมีระยะเวลาการรักษาโรคฯ ช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 59.6)

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา และภาวะซึมเศร้า

ด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการมองเห็น การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตา ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุจำนวนครึ่งหนึ่งมีระดับการมองเห็นของตาข้างที่ดีที่สุด (BCVA) ปกติ (ร้อยละ

50) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=10.88, SD = 3.28) ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตาอยู่ในระดับต่ำ (Mean= 3.56, SD= 1.54) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 19.21, SD= 3.39) ด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 17.02, SD= 5.03) ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.57, SD= 3.82) และด้านภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 4.21, SD= 3.602)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 73.45, SD= 13.37) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดและอยู่ในระดับปานกลางคือ การตอบสนองต่อปัญหาสายตา และด้านที่น้อยที่สุดและอยู่ในระดับต่ำคือด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็น ดังตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 Mean, Percentage, Standard deviation, Minimum and Maximum of quality of life of elderly with AMD. (n = 100)

Quality of life	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	Level
Total (%)	73.45	13.37	38.57	96.43	medium
1. Responses to vision problems	39.67	8.56	16	50	medium
2. Difficulty with activities	38.19	8.76	16	51	medium
3. General health and vision	19.40	3.73	11	25	low

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ การได้รับ

การสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็น สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.9 (Adj R²= 0.349, F= 14.253, p= 0.024) โดยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดคือ ภาวะซึมเศร้า (beta= - 0.374) รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ (beta= - 0.260) ดังตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Results of predictors of Quality of life of elderly with AMD.

Quality of life of elderly with AMD						
Factors	R ²	Adjusted R ²	b	beta	t	p-value
1. Depression	0.207	0.199	-1.338	-0.374	-4.514	.000**
2. Perceived severity of AMD	0.300	0.286	-1.058	-0.260	-3.129	.002*
3. Social support	0.340	0.320	0.518	0.195	2.374	.020*
4. Visual acuity	0.375	0.349	5.081	0.191	2.293	.024*
Constant			79.149		13.195	.000**

F = 14.253 *p - value < 0.05 **p - value < 0.001

อภิปรายผล

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

การศึกษานี้พบว่า มีผู้ป่วยชำระค่ารักษาเองหรือชำระค่ารักษาล่วงหน้าแล้วเบิกค่ารักษาจากต้นสังกัดในภายหลัง (ร้อยละ 19) เนื่องจากโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาไม่ออกหนังสือส่งตัวให้ และผู้ป่วยต้องการเลือกมารักษาที่โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยโดยไม่ผ่านโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิตามสิทธิการรักษา ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางตาอื่นๆ ที่การดำเนินของโรคไม่รุนแรง

และระดับการมองเห็นยังอยู่ในระดับดี หรือกำลังรักษาอยู่ ซึ่งไม่กระทบต่อการรักษาโรค AMD ด้านการวินิจฉัยและรักษาในผู้ป่วยโรค wetAMD จะต้องใช้เครื่องมือพิเศษ และต้องฉีดยาต้านการงอกของเส้นเลือดผิดปกติ (anti-VEGF) ซึ่งมีเพียงโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีจักษุแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุประสาทตาจะสามารถส่งจ่ายยาได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยชนิด wetAMD ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและรับทุติยภูมิ อีกทั้งช่วงเวลาที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลมีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม dryAMD คือกลุ่มอาการที่ไม่

เร่งด่วน จักษุแพทย์จึงเลื่อนนัดติดตามอาการห่างออกไปหรือจนกว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 ดีขึ้น

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุเป็นความเสื่อมถอยตามวัยและเป็นโรคเรื้อรังทางตาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhu²⁵ พบว่าผู้ป่วย neovascular AMD มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งต่างจากการศึกษาของ กนกอร พูนเปี่ยม⁹ และ Inan¹⁴ พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย AMD อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วย AMD มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็นอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การป่วยด้วยโรค AMD เป็นความเสื่อมตามวัย แต่หากมารักษาอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความรุนแรงได้ แต่การเป็นโรคนี้สำหรับผู้ป่วย อาจทำให้มีความลำบากในการใช้สายตาทำงาน กระทั่งต่อการใช้ชีวิตประจำวัน จึงทำให้ผู้ป่วยยังวิตกกังวลเกี่ยวกับการมองเห็นแย่ง กลัวเป็นโรค AMD ในตาทั้งสองข้าง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไปและการมองเห็นของผู้ป่วย AMD อยู่ในระดับต่ำ^{14,26,27}

ด้านความยากลำบากในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังสามารถอ่านหนังสือได้โดยจะเลือกอ่านเฉพาะที่จำเป็น หรือบางรายจะสวมแว่นตาตลอดเวลา เมื่อต้องอ่านตัวหนังสือขนาดเล็กจะใช้แว่นขยายช่วย หรือใช้โทรศัพท์มือถือถ่ายภาพแล้วขยายรูปภาพเพื่ออ่าน การเดินทางต่างระดับหรือขึ้นลงบันไดจะอาศัยความเคยชิน แต่หากต้องไปในที่ที่ไม่คุ้นเคยต้องมีแสงสว่างเพียงพอ ส่วนการหาของบนชั้นวางของจะอาศัยความเคยชินในการจัดเก็บสิ่งของ และจะเลือกวางของให้เป็นระเบียบ ส่วนการเลือกเสื้อผ้าส่วนใหญ่ไม่ลำบาก ผู้สูงอายุเกินครึ่งไม่ขับรถ เนื่องจากขับไม่เป็นหรือเลิกขับด้วยปัญหาสุขภาพอื่น ๆ หรือจากปัญหาการมองเห็น ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความพร่องทางการมองเห็นระดับรุนแรงจะมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน²⁸ และการมองภาพไม่ชัดในผู้สูงอายุจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การขับรถ และการขึ้น-ลงบันได¹⁰

ด้านการตอบสนองต่อปัญหาสายตาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างยังสามารถใช้สายตาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ แต่จะหลีกเลี่ยงการทำงานที่ต้องใช้สายตาตามองใกล้ ๆ เนื่องจากจะต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นและปริมาณงานที่ได้ลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางรายอยู่บ้านเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากมองไม่เห็น และจะหงุดหงิดมากเมื่อไม่ได้สวมแว่นตาเพราะทำให้การมองเห็นลดลงและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลำบาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการมองเห็นมากจะพึ่งพิงบุตรหลานในการพาออกไปนอกบ้าน การ

อ่านฉลากยา ร้อยด้ายใส่เข็ม เป็นต้น ดังนั้นข้อจำกัดด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุจะมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การอ่านตัวหนังสือ ที่เป็นอุปสรรคในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การเข้าสังคม¹¹ รวมถึงส่งผลถึงสุขภาพจิต เศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม³

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตจากอายุ

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ ระดับการมองเห็น การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้า สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจุดรับภาพชัดเสื่อมเหตจากอายุได้ โดยอธิบายดังนี้

ระดับการมองเห็น เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่พบว่าสามารถเป็นตัวร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD ได้ ซึ่งระดับการมองเห็นที่ดีจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตดี^{9,19,25,29-31} หากมีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับที่รุนแรงจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่แย่มากกว่าผู้ป่วย AMD ที่มีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับปานกลาง¹⁵ และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีภาวะพร่องทางการมองเห็นระดับรุนแรงร่วมด้วยจะมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง ในด้านอารมณ์ ด้านการเคลื่อนไหว และด้านการอ่านตัวหนังสือ³² ซึ่งสอดคล้องตามกรอบทฤษฎี PRECEDE PROCEED ที่กล่าวว่า ปัญหาสุขภาพจะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาทางสังคม หรือได้รับผลกระทบทางสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน³³

การรับรู้ความรุนแรงฯ เป็นปัจจัยนำที่สามารถเป็นตัวร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงฯ ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง โดยตามกรอบทฤษฎี PRECEDE PROCEED กล่าวว่า การตระหนักรู้ที่ทำให้ค้นพบความต้องการที่แท้จริง¹³ ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงฯ จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม ภาวะสุขภาพ และระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงฯ อยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้ว่าการใช้ระยะเวลาในการรักษาระดับสูง และรับรู้ว่าการเป็นโรคนี้มีผลต่อความพิการในระดับสูง หากไม่รักษาต่อเนื่องอาจทำให้ตาบอดได้ และต้องรักษาติดตามอาการไปเรื่อย ๆ และคิดว่าการรักษาต่อเนื่องสามารถทำให้หายจากโรคได้

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD และมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งด้านการมีคนคอยรับฟังปัญหาหรือข้อไม่สบายใจ ด้านการมีคนช่วยเหลือในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพตา และด้านที่มดูแลสุขภาพคอยแนะนำการดูแลสุขภาพตาเฉลี่ยอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่แนะนำดี มีครอบครัวคอยรับฟังปัญหาและช่วยเหลือด้านการพามาพบแพทย์เป็นประจำ ส่วนด้านการรับกำลังใจและปลอบใจเมื่อรู้สึกท้อแท้ในการดูแลสุขภาพตาจากทีมดูแลสุขภาพ และด้านการมีคนคอยช่วยเหลือยามเดือดร้อนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ป่วยเข้าใจว่าเจ้าหน้าที่ต้องรับผิดชอบงานหลายอย่าง จึงไม่มีเวลาให้คำแนะนำหรือพูดให้กำลังใจผู้ป่วย

ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรค AMD⁹ โดยพบว่าการแจกแผ่นพับให้กำลังใจในผู้ป่วย wetAMD ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁶

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยด้านสุขภาพที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD โดยมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรค AMD มากที่สุด อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรค AMD ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและยังไม่ได้ได้รับการรักษาโดยจิตแพทย์จำนวน 2 ราย โดยผู้ป่วยโรค AMD มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และระดับคุณภาพชีวิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป^{14,19} นอกจากนี้ผู้ป่วยโรค AMD เสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามักกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรค และพบว่าผู้สูงอายุโรค AMD ที่มีระดับคุณภาพชีวิตต่ำมีความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นด้วย¹⁸

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตา ทั้งนี้้อาจอธิบายได้ว่าการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตา เช่น เข้าใจการทดสอบสภาพจอตาด้วยตารางตรวจจุดภาพชัดไม่ถูกต้อง ไม่ทราบการสังเกตอาการผิดปกติจากการทดสอบสภาพจอตาด้วยตารางตรวจจุดภาพชัด รวมถึงไม่ทราบการเลือกรับประทานอาหารเพื่อชะลอการดำเนินโรค ส่วนด้านการเข้าถึงบริการ

สุขภาพเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสิทธิสวัสดิการข้าราชการ และไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยสังเกตได้จากช่วงเวลาของผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเดือนกันยายน - ตุลาคม 2564 มีการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 แต่ผู้สูงอายุสามารถเดินทางมารับการรักษาโดยให้บุตรขับรถส่วนตัวมาส่ง บางท่านขับรถส่วนตัวมาเองเพื่อลดความเสี่ยงได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19 และสามารถเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดได้สม่ำเสมอ แม้มีการระบาดของโรค และในด้านพฤติกรรมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เท่านั้น ส่วนใหญ่ เป็นชนิดที่มีเส้นเลือดงอกผิดปกติ (wetAMD) และระดับการมองเห็นค่าที่ดีที่สุดยังอยู่ในระดับดี การศึกษาวิจัยนี้จึงอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุทั้งหมดได้

จุดแข็งของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ และภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจอรับภาพขัดเสื่อมเหตุจากอายุ ซึ่งเป็นข้อ

ค้นพบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการให้ข้อมูลความรู้ และให้ความสำคัญต่อการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคนี้ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น

สรุป

จากผลการศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า การรับรู้ความรุนแรงของโรคฯ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็นเป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคจิตรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรมีการส่งเสริมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การดำเนินโรค ผลกระทบของโรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน วิธีการรักษา และระยะเวลาในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักรู้เกี่ยวกับตัวโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและลดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค

2. ทีมดูแลสุขภาพควรส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากขึ้น และควรมีการคัดกรองเพื่อค้นหา

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าเพื่อส่งต่อพบจิตแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตรับภาพชัดเสื่อมเหตุจากอายุ

2. ควรมีการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตาให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้คงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ความรู้ อันมีคุณค่า รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา ขอกราบขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนแก่ผู้วิจัย และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิทยานิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. WHO. World report on vision [internet]. 2019 [cited 2020 March 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision>
2. Flaxel CJ, Adelman RA, Bailey ST, Fawzi A, Lim JI, Vemulakonda GA, et al. Age-Related Macular Degeneration Preferred Practice Pattern. *Ophthalmology* 2020; 127(1): 1-65.
3. Pangputtipong P, Isipradit S, Thonginate O, Yingyong P, Chaisrisawassuk N, Wongsawat W, et al. Eye Diseases. Thailand Medical Services Profile 2011-2014 [internet]. 2014 [cited 2020 May 30]. Available from: <http://training.dms.moph.go.th>
4. Hazare S, Yang R, Chavan S, Menon MD, Chougule MB. Nano-Biomaterials for Ophthalmic Drug Delivery. USA: Springer; 2016.
5. Tantisevi V, editor. Ophthalmology textbook for medical students and general practitioners. Bangkok: Pimdee; 2018.
6. Cabrera G, Heeling H. Macular Degeneration, Age-Related: Risks and Prevention. Evidence base care sheet [Internet]. 2021 [cited 2020 June 26]. Available from: <https://www.ebsco.com/sites/g/files/nabnos191/files/acquiadam-assets/Nursing-Reference-Center-Plus-Care-Sheet-Macular%20Degeneration-Screening.pdf>
7. Leksakul A. editor. Ophthalmology, Ramathibodi. Bangkok: Tamasarn; 2018.
8. Rodanant N. Age related macular degeneration in older adult [internet]. 2018 [cited 2020 June 22]. Available from: https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=749
9. Poonpiam K. Factors related to health related quality of life in older persons with Age-Related Macular Degeneration. *JRTAN* 2019; 18(2): 382-92. (in Thai)
10. Pan CW, Lui H, Sun HP, Xu Y. Increased Difficulties in Managing Stairs in Visually Impaired Older Adults: A Community-Based Survey. *PLoS One* 2015; 10(11): e0142516.
11. Niihata K, Fukuma S, Hiratsuka Y, Ono K, Yamada M, Sekiguchi M, et al. Association between vision-specific quality of life and falls in

- community-dwelling older adults: LOHAS. *PloS one* 2018; 13(4): e0195806.
12. Kerase A. The Quality of Life Among the Elderly: Decoding of the Experts and Active Ageing. *J Soc Work* 2019; 27(2): 131-62. (in Thai)
13. Green LW, Krueter MW. HEALTH PROMOTION PLANNING An Educational and Ecological Approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
14. Inan S, Cetinkaya E, Duman R, Dogan I, Inan UU. Quality of life among patients with age-related severe macular degeneration assessed using the NEI-VFQ, HADS-A, HADS-D and SF-36 tests. A cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2019; 137(1): 25-32.
15. Yibekal BT AD, Anbesse DH, Alemayehu AM, Alimaw YA. Vision-Related Quality of Life among Adult Patients with Visual Impairment at University of Gondar, Northwest Ethiopia. *J Ophthalmol* 2020; 2020; 1-7. doi.org/10.1155/2020/9056097.
16. Markun S, Dishy A, Neuner-Jehle S, Rosemann T, Frei A. The Chronic Care for Wet Age Related Macular Degeneration (CHARMED) Study: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2015; 10(11): e0143085.
17. Li Y, Crews JE, Elam-Evans LD, Fan AZ, Zhang X, Elliott AF, Balluz L, et al. Visual impairment and health-related quality of life among elderly adults with age-related eye diseases. *Qual Life Res* 2011; 20(6): 845-52.
18. Ryu SJ, Lee WJ, Tarver LB, Shin YU, Kang MH, Seong M, et al. Depressive Symptoms and Quality of Life in Age-related Macular Degeneration Based on Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). *Korean J Ophthalmol* 2017; 31(5): 412- 23.
19. Šiaudvytytė L, Mitkutė, D., Balčiūnienė, J. Quality of Life in Patients With Age-Related Macular Degeneration. *Medicina (Kaunas)* 2012; 48(2): 109-11.
20. Chuencharoensuk K. Service plan 2017-2021 [internet]. 2017 [cited 2020 July 10]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1_C-pX-4Yy0pm7lq64h1X8cMbVF2jFzM1/

21. Elliott DB. The good (logMAR), the bad (Snellen) and the ugly (BCVA, number of letters read) of visual acuity measurement. *Ophthalmic Physiol Opt* 2016; 36(4): 355-8.
22. Kiatlerddecha T. Factors related to quality of life in type 2 diabetes patients [Master thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2017.
23. Lortrakul M. PHQ-9 Patient Health Questionnaire [internet]. 2008 [cited 2021 March 2]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/PHQ9%20Thai.pdf>.
24. Coleman AL. Development of the 25-item national eye institute visual function questionnaire. *Evidence-Based Ophthalmology* 2002; 3(1): 58-9.
25. Zhu M, Wijeyakumar W, Syed AR, Joachim N, Hong T, Broadhead GK, et al. Vision-related quality of life: 12-month aflibercept treatment in patients with treatment-resistant neovascular age-related macular degeneration. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2016; 255(3): 475-84.
26. Spooner KL, Mhlanga TC, Hong HT, Broadhead KG, Chang AA. The burden of neovascular age-related macular degeneration: a patient's perspective. *Clin Ophthalmol* 2018; 12: 2483.
27. Jelin E, Wisløff T, Moe CM, Heiberg T. Psychometric properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ 25) in a Norwegian population of patients with neovascular age-related macular degeneration compared to a control population. *Health Qual. Life Outcomes* 2019; 17(1): 1-9.
28. Barman D, Mishra M. How does eye care seeking behaviour change with increasing age and visual impairment? Intersectional analysis of older adults in the Indian Sundarbans. *BMC Geriatr* 2020; 20(1): 1-9.
29. Rung L, Lovestam-Adrian M. Three-year follow-up of visual outcome and quality of life in patients with age-related macular degeneration. *Clin Oph (Auckland, NZ)* 2013; 7: 395-401.
30. Cypel MC, SS, Dantas PC, Belfort R, Lottenberg CL, Kasahara N, et al.

- Vision status ophthalmic assessment and quality of life in the very old. *Arq Bras Oftalmol.* 2017; 80(3): 159-64.
31. Gomi F, Migita H, Sakaguchi T, Okada H, Sugawara T, Hikichi Y, et al. Vision-related quality of life in Japanese patients with wet age-related macular degeneration treated with intravitreal aflibercept in a real-world setting. *Jpn J Ophthalmol* 2019; 63(6): 437-47.
32. Man RK, Gan AL, Fenwick EK, Gupta P, Thakur S, Fang XL, et al. The differential impact of age on vision-related quality of life across the visual impairment spectrum. *Ophthalmology* 2020; 128(3): 354-63.
33. Powwattana A. Health promotion and disease prevention in community: an application of concepts and theories to practice. Bangkok: M N COMPUTE OFFSET; 2017.

บทความวิชาการ

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ลลิตา แก้ววิไล*

บทคัดย่อ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้ต้องได้รับการดูแลในหลากหลายมิติ ดังนั้นการคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่นภาวะซึมเศร้า สมอ่งเสื่อม หรือ การเดินและการทรงตัวผิดปกติจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการด้านสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยการตรวจคัดกรองตามระบบและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น และเน้นการประเมินสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และ สมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยสหสาขาวิชาชีพช่วยค้นหาปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะพึ่งพา วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่ออธิบายหลักการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ/ พยาบาลเวชปฏิบัติ

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

Comprehensive Geriatric Assessment in Community: Roles of Nurse Practitioner

Lalita Kaewwilai*

Abstract

As people age, they often have complex health problems requiring multidimensional care. It is essential to identify older adults at risk for a particular condition such as depression, dementia, and gait abnormality so they will receive the care they need. Nurse practitioners play an important role in identifying older adults with health problems in the community through systematically screens and comprehensive geriatric assessment (CGA) by concerning the unique characteristics of older adults that are different from other ages and focusing on health assessment in 3 domains: 1) physical and functional health, 2) psychological health and cognitive, and 3) social and environment. The multidisciplinary approach helps find problem lists that affect the health of the older adults, leading to the development of an individual care plan to meet those needs to maintain activities of daily living and dependency. This article aims to explain how to apply CGA in community settings to address each domain of aging.

Keywords: Older people/ Aging/ Comprehensive geriatric assessment/
Nurse practitioner

Article info: Received January 1, 2022; Revised April 20, 2022; Accepted April 28, 2022

*Corresponding Author, Lecturer, Department of Public Health Nursing Faculty of Public Health Mahidol University. E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรผู้สูงอายุเฉลี่ยในอยู่ที่ร้อยละ 18.3¹ (ข้อมูลเมื่อเดือนมกราคม 2565) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องรองรับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างและซับซ้อนกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ และ ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสุขภาพตามวัย ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ^{2,3} นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การขยายตัวของสังคมเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁴ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข และบริการทางสังคมทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัวอาสาสมัครเพื่อนบ้าน) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองส่งเสริมป้องกันโรค พันฟูสุขภาพและได้รับการดูแลตามความจำเป็นในการดูแลระยะยาวอย่าง

เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีคุณสมบัติและความสามารถในการดำเนินการในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) ซึ่งมีบทบาทในการจัดทำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในชุมชนโดยการคัดกรองประเมินความต้องการการดูแล และการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มติดเตียง ซึ่งการคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการรวมกับอาสาสมัคร โดยมีสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลหลัก และบุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เป็นผู้สนับสนุนการดูแล เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสร้างความตระหนักของคนในชุมชนและนำไปวางแผนปรับปรุงการบริการเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งสุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางสังคม

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง² นอกจากนี้ ยังรวมถึงทั้งกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะ

โภชนาการ ปัญหาการทรงตัว การพลัดตกหกล้ม การมองเห็นและการได้ยินลดลง การกลืน ปัสสาวะไม่ได้ และปัญหาการนอนหลับ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ⁵ ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุม พยาบาลเวชปฏิบัติต้องเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุร่วมกับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะพึ่งพิงและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ปัญหาที่มักพบ คือ การดูแลผู้สูงอายุยังคงมุ่งเน้นการรักษาโรคมากกว่าการดูแลเป็นรายกรณี² ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือประเมินสุขภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด² นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและระยะเวลาในการให้บริการ อาจทำให้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร² เช่น พยาบาลผู้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุนั้นต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งมีข้อดี และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ผู้ประเมินต้องเลือกประเมินตามสถานะสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มให้เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากวิธีการประเมิน และลดความคลาดเคลื่อนในการแปล

ผลการประเมิน³ อีกทั้งแบบประเมินข้อคำถามเป็นจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมีจำนวนมาก ความรีบเร่งในการให้บริการ ส่งผลให้การคัดกรอง และการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอาจทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ²

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น และเน้นการประเมินสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้นั้น พยาบาลเวชปฏิบัติต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในใช้เครื่องมือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถซักประวัติ ตรวจร่างกาย และเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment)

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในหลากหลายมิติซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม⁶ โดยสหสาขาวิชาชีพช่วยค้นหา

ปัญหา ประเมินบริการที่จำเป็นและวางแผนการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการซักถามประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ขณะให้การบริการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลต้องคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น (R-A-M-P-S)⁵ ได้แก่

R-Reduced body reserve

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสำรองลดลงทั้งในการทำงานของระบบหัวใจ ปอด ตับ ไต กล้ามเนื้อและภูมิคุ้มกัน

A-Atypical presentation

อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอาจไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้เรียกว่า “big’s I”^{5,7} ได้แก่ (1) Instability หมายถึง ภาวะหกล้ม (2) Immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน (3) Incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด (4) Intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่ง

ถึงภาวะสมองเสื่อม (Dementia) (5) iatrogenesis หมายถึง การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction) และ (6) Inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M-Multiple pathology

ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา

กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิก

ผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรค⁵ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (Musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น

2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral arterial disease) เป็นต้น

3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative disease) เช่นภาวะสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) เป็นต้น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) โรคพาร์กินสัน

(Parkinson's disease) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression)

P-Polypharmacy ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม หรือซื้อยารับประทานเองโดยไม่จำเป็น การใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ

S-Social adversity จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น เกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้นหรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

จากลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุดังที่กล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างครบถ้วนในทุกมิติโดยแบ่งการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. สุขภาพกาย และ สมรรถนะทางกาย (Physical health and functional assessment) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจึงพบความเสื่อมถอยของอวัยวะในหลายระบบ ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพกายสามารถทำได้โดยการซักถามประวัติต่าง ๆ (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว) การประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอาการในกลุ่ม “big's I”^{5,7} การ

ตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดเป็นต้น การประเมินภาวะโภชนาการ ดัชนีมวลกาย (BMI) รวมถึงยาที่ผู้สูงอายุใช้ในปัจจุบัน เช่น การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ปริมาณและขนาดยาที่เหมาะสม ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงประวัติการได้รับวัคซีน

การประเมินสมรรถนะทางกายช่วยในการพิจารณาถึงข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยในการติดตาม พยากรณ์โรคในผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (Functional decline) ซึ่งส่งผลถึงการพยากรณ์โรคที่แย่งลง โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจาก ที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Daily Livings: IADLs) ซึ่งเป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหาร รับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น นอกจากนี้ การประเมินสมรรถนะกายยังเป็นการประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการหกล้มและอุบัติเหตุต่าง ๆ การประเมินการเดินและการทรงตัว ประวัติหกล้ม การประเมินภาวะกระดูกพรุน (OSTA index)

และข้อเข้าเสื่อม รวมถึงการมองเห็น (Visual acuity) และการได้ยิน

2. สุขภาพจิตใจและการรู้คิด (Psychological health and cognitive assessment) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น สภาพจิตใจที่อาจเกิดจากสูญเสีย การเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ⁸ ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุ แสดงอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ น้ำหนักลด มีปัญหาการนอน อ่อนเพลีย รู้สึกผิดและไร้ค่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ⁸ และอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และอาจร้ายแรงถึงฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 72.3 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 15.6 มีภาวะซึมเศร้า⁹

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และสมองเสื่อม (Dementia) เป็นอีกอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุในชุมชน¹⁰ ความจำของผู้สูงอายุในแต่ละวัย ทั้งที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ก็อาจมีความแตกต่าง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อม

ประมาณร้อยละ 8.10 เป็นเพศชายร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.60¹¹ จากสถิติโดยภาพรวม แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อจัดการด้านปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคหรือภาวะแทรกซ้อน ปัญหาจิตสังคม วิถีชีวิต และภาวะโภชนาการ เพื่อวางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสมอง

3. สังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environmental assessment) ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ตั้งแต่ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าถึงสวัสดิการสุขภาพต่าง ๆ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณะต่าง ๆ การเดินทางคมนาคม และการใช้เทคโนโลยี เช่น การบริการทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ต (Telehealth) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินสุขภาพกาย จิตใจ และภาวะความเครียดของผู้ดูแล หากมีปัญหาควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ป้องกันการทอดทิ้งผู้สูงอายุ และลดการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elderly abused)^{5,12}

การประเมินสุขภาพแบบครบถ้วน ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ช่วยให้มีการค้นพบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติ หรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป³

การประยุกต์ใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนควรเน้นที่การคัดกรองและการประเมินสุขภาพในโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหรือมีกลุ่มอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ก่อน โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะการเดินและการทรงตัวผิดปกติ (Gait disturbance)¹² นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินภาวะการดูแลรวมถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อเข้าใจถึงความคาดหวัง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผน

แผนการดูแลในครอบครัวให้เหมาะสม คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 85 ปี อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง มีประวัติหกล้ม ตกบันไดเมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากการหกล้ม ผู้สูงอายุก้าวเดินอย่างช้า ๆ และต้องคอยจับเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านทุกครั้งที่ก้าวเดิน มีความกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่ยอมรับประทานอาหาร และคอยเรียกหาลูกสาวหลาย ๆ ครั้ง ในแต่ละวัน แต่เนื่องจากลูกสาวต้องดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด จึงมาเยี่ยมผู้สูงอายุเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่านั้น ผู้สูงอายุรายนี้ควรได้รับการประเมินสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย และสมรรถนะทางกาย (Physical health and Functional assessment)

1.1 การซักประวัติ และทบทวนการใช้

ยา ผู้สูงอายุควรได้รับการซักประวัติสุขภาพ การเจ็บป่วยและการใช้ยาในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทั้งนี้ในการซักประวัติผู้สูงอายุนั้น พยาบาลควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อสามารถระบุปัญหา และวางแผนการดูแลร่วมกัน

1.2 การตรวจร่างกายตามระบบ และ การประเมินภาวะโภชนาการ เมื่อซักประวัติเรียบร้อยแล้ว ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกายตามระบบ รวมถึงการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)

และการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน Mini Nutrition Assessment (MNA)¹³ เนื่องจากผู้สูงอายุกรณีศึกษามีความรู้สึกไม่ยอมรับประทานอาหาร พยาบาลควรค้นหาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการเคี้ยว และการกลืน ปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาบางชนิด ข้อจำกัดด้านการเงิน ความรู้เรื่องอาหาร เป็นต้น

1.3 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง และมีประวัติหกล้ม ดังนั้นการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันนั้น มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ¹² โดยการประเมินกิจวัตรประจำวันสามารถประเมินด้วยแบบประเมิน Barthel Index for ADL^{12,14} และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ด้วยแบบประเมินดัชนีจูนา^{12,15}

1.4 ประเมินการเดินและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุกรณีศึกษา มีประวัติหกล้ม ตกบันได เมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากการหกล้ม ผู้สูงอายุก้าวเดินอย่างช้า ๆ และต้องคอยจับเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน ทุกครั้งที่ก้าวเดิน มีความกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน ปัญหาการหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ^{16,17} โดยสาเหตุของการหกล้มลำดับแรก

คือ การลื่นล้มของผู้สูงอายุหญิงและชาย ส่วนสาเหตุรองลงมา ได้แก่ การสะดุดสิ่งกีดขวาง และการเสียการทรงตัว¹⁷ การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย เกิดการบาดเจ็บ เช่น ฟกช้ำ เกิดแผล จนกระทั่งบาดเจ็บรุนแรงเช่นภาวะกระดูกสะโพกหักและการบาดเจ็บของสมอง¹⁶ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผลกระทบด้านสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 66.3 ที่เคยหกล้มจะมีอาการกลัวการหกล้มซ้ำ ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดินและ การทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า^{17,18} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมส่วนรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลหลังการหกล้ม การสูญเสียเวลาทำงานของญาติเมื่อเกิดความพิการหรือต้องเข้ารับการรักษานที่โรงพยาบาล เป็นต้น^{16,17} ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถูกคัดกรองหรือตรวจพบ และนำไปสู่การแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้ม จึงมีแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังรูปที่ 1

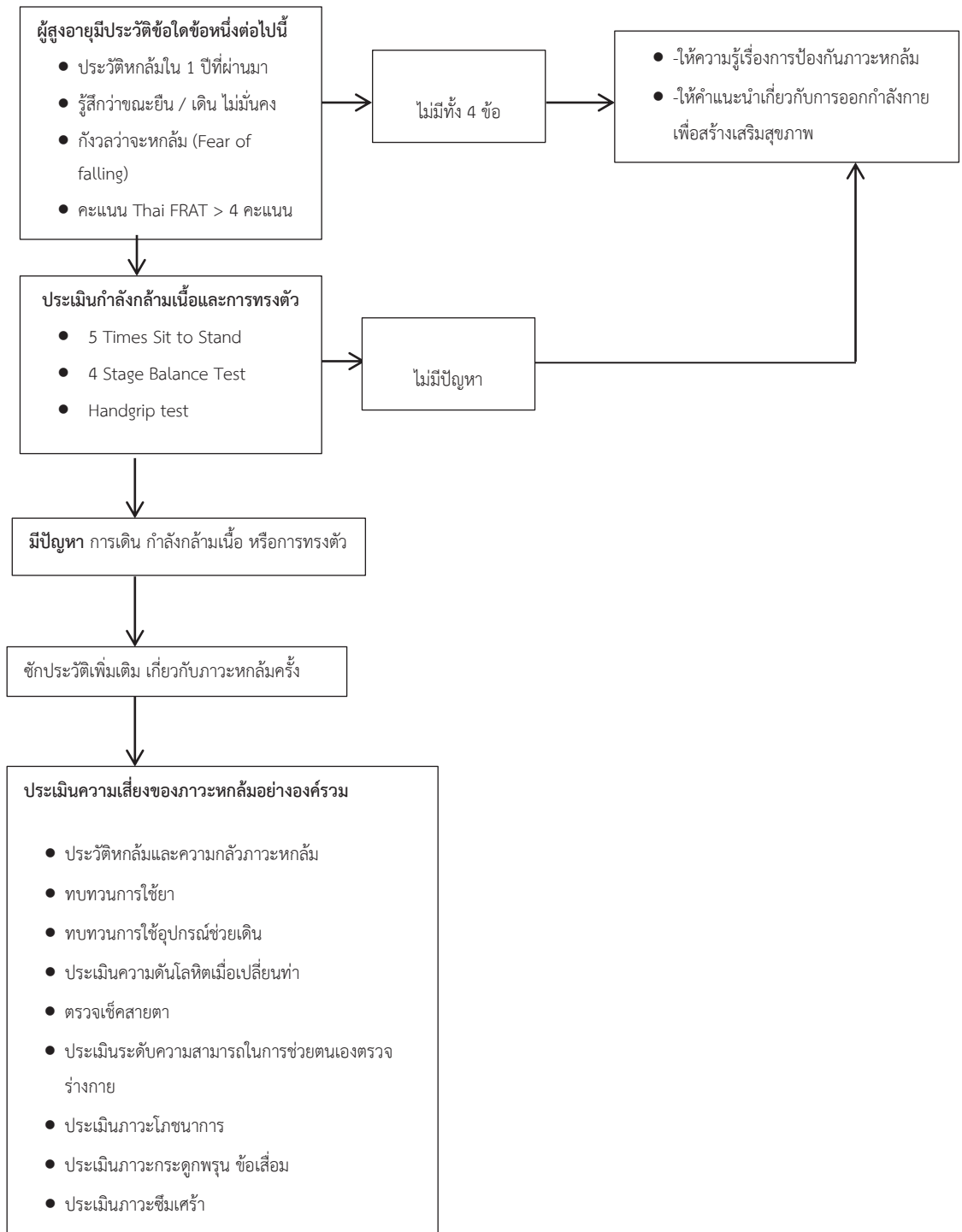
1.4.1 การซักประวัติการหกล้มใน 6 เดือน และ 12 เดือน ที่ผ่านมา และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไทย (Thai-FRAT)¹⁹ และความกลัวการหกล้ม (Fear of Falling)²⁰ หากไม่พบความเสี่ยงพยาบาลควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะหกล้ม และส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

1.4.2 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ดังเช่นผู้สูงอายุกรณีศึกษา ที่มีประวัติการหกล้มใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีความกลัวการหกล้ม ควรได้รับการประเมินการเคลื่อนไหวการทรงตัว โดยทดสอบการลุกนั่ง เช่น Fived Times Sit to Stand โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัว คือผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทดสอบ มากกว่าหรือเท่ากับ 14 วินาที^{16,21} นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมิน การทรงตัวโดย 4 Stage Balance Test โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัวคือผู้สูงอายุที่ทรงตัวได้น้อยกว่า 10 วินาที^{16,22} รวมถึงการทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อมือ (Handgrip)

1.4.3 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ควรได้รับการ

ประเมินปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวและการทรงตัว^{16, 17}

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ สายตาและการมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม การใช้ยา การเคลื่อนไหวบกพร่อง ข้อเข่าเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะโภชนาการ และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย การสวมใส่รองเท้าและแผ่นรองรองเท้าที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่นไม้เท้า หากพบความเสี่ยงส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละปัญหา เช่น สายตา ส่งพบ จักษุแพทย์, สมองเสื่อม ส่งพบ จิตแพทย์/อายุรแพทย์ ข้อเข่าเสื่อม ส่งพบ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงส่งพบ นักกายภาพบำบัด ภาวะทุพโภชนาการ ส่งพบ นักโภชนาการ เป็นต้น



รูปที่ 1 แนวทางในการประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

2. การประเมินภาวะสุขภาพจิตใจ

และการรู้คิด (Psychological health and Cognitive assessment) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากลูกสาวแยกครอบครัว และมีภาระในการดูแลสามีซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ และการทำกิจวัตรประจำวัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำเนื่องจากมีอายุ 85 ปี และมีประวัติการเรียกหาลูกสาวหลาย ๆ ครั้งใน 1 วัน ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตใจและการรู้คิดดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินและคัดกรอง

ภาวะซึมเศร้า²³ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียด และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยมีแนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้า ดังรูปที่

2

2.1.1 การคัดกรองภาวะ

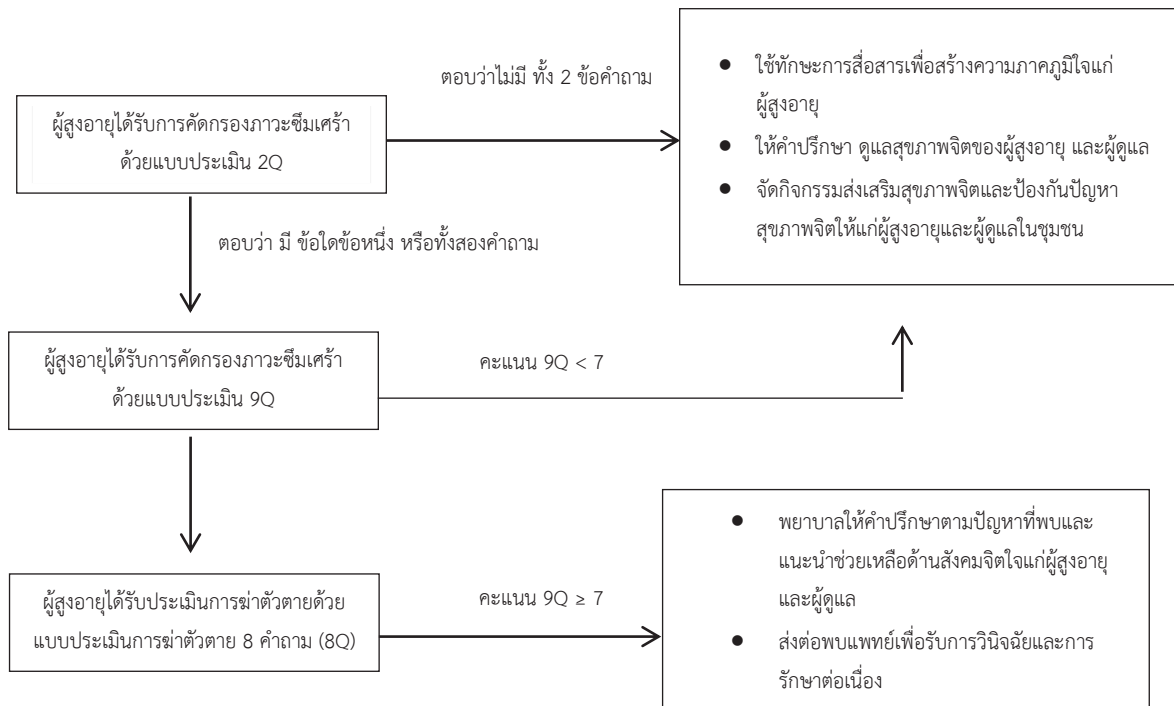
ซึมเศร้า พยาบาลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q หากไม่พบความเสี่ยง (คะแนน 2Q = 0) พยาบาลควรใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความภาคภูมิใจผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพจิตผู้และให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2.1.2 ผู้สูงอายุที่มีความ

เสี่ยงโรคซึมเศร้า พยาบาลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากไม่พบอาการโรคซึมเศร้า (คะแนน 9Q < 7) พยาบาลควรใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความภาคภูมิใจผู้สูงอายุและดูแลสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ

2.1.3 หากผู้สูงอายุมีความ

เสี่ยงโรคซึมเศร้า 9Q มีคะแนน ≥ 7 ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พยาบาลควรให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล และ ส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่อง



รูปที่ 2 แนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การประเมินความแตกต่างของภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ภาวะสมองเสื่อม สามารถประเมินเบื้องต้นได้ จากการซักประวัติ การพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยตรง และพูดคุยกับญาติ ผู้ดูแล และผู้ใกล้ชิด เพื่อรวบรวมข้อมูลความผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์ และการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ รวมทั้งการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น ดังรูปที่ 3

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment: MCI) หมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ภาวะรู้คิด (ด้านความจำ ด้านการตัดสินใจ ด้านการวางแผน มิติสัมพันธ์ ด้านการ

ใช้ภาษา และ ด้านสมาธิ) ด้านใดด้านหนึ่งแย่งลงเมื่อเปรียบเทียบกับ คนปกติในวัยเดียวกัน และระดับการศึกษาเท่ากัน แต่ยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันหรือเข้าสังคมได้ แต่กิจกรรมที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิล ค่าน้ำค่าไฟ การไปซื้อของอาจทำได้ไม่ดีเท่าเดิม หรือใช้เวลามากกว่าเดิม¹⁰

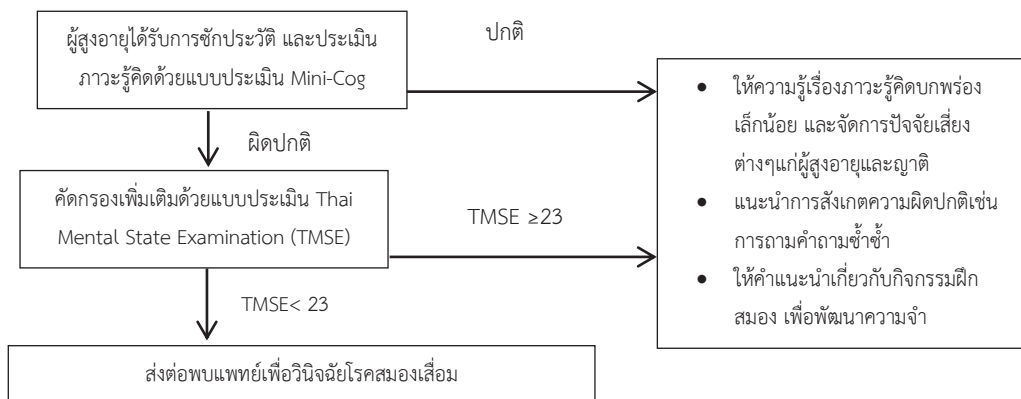
ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หมายถึง ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอยบกพร่อง ภาวะรู้คิด (ด้านความจำ ด้านการตัดสินใจ ด้านการวางแผน มิติสัมพันธ์ ด้านการใช้ภาษา และด้านสมาธิ) แย่งลงมากกว่าหนึ่งด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับ คนปกติในวัยเดียวกัน และระดับการศึกษาเท่ากัน โดยมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน และการเข้าสังคม แต่ต้องไม่มีภาวะเพ้อ (Delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวล¹⁰

2.2.1 การคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นในชุมชนด้วยแบบประเมิน Mini-Cog²⁴ ซึ่งเป็นแบบทดสอบ 2 ข้อคำถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ การลบเลข รวมถึง การวาดรูปนาฬิกา หากไม่พบความผิดปกติ พยาบาลให้ความรู้เรื่องภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย การสังเกตความผิดปกติ เช่น การถามคำถามซ้ำซ้ำ รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมฝึกสมอง เช่น จีบ-แอล โป้ง-

ก้อย หรือการเล่นเกมส์ต่าง ๆ เช่นเกมส์บวกลบเลข เกมส์จับคู่ภาพ เป็นต้น

2.2.2 หากพบความผิดปกติจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง Mini-Cog ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมด้วยแบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE)²⁵ โดยแบ่งเป็นทดสอบ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้นและการใช้ภาษา และหากพบความผิดปกติ (TMSE < 23 คะแนน) ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งต่อแพทย์อายุรกรรมระบบประสาท/จิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรคต่อไป



รูปที่ 3 แนวทางในการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน

3. การประเมินสุขภาวะทางสังคม

(Social and environmental assessment) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแลหลัก ลูกสาวของผู้สูงอายุกรณีศึกษามีภาระในการดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ในกรณีนี้ พยาบาลควรประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย

เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกรณีศึกษามีภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นจึงควรมีผู้ดูแลหลัก พยาบาลต้องร่วมวางแผนกับครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางในการดูแล เพื่อเข้าใจถึง ความคาดหวัง ความ

ต้องการของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล มีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองให้ดียิ่งขึ้น สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดภาระในความดูแล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3.1 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการดูแล ส่งผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านเวลาและการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และความรู้สึกละการในการดูแล (Care burden) และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง²⁶ จากการรายงานพบว่าผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) เหนื่อยล้า (Fatigue) และมีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกละการในการดูแล^{26,27} ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการประเมิน ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียดจากการดูแล ดังต่อไปนี้

3.1.1 การประเมินภาระในการดูแล ด้วยแบบประเมิน Thai version of the Burden Interview)²⁸ เพื่อประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด เนื่องจากภาระการดูแลมีหลากหลายมิติ และมีการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา ภาระการดูแลอาจเพิ่มขึ้นตามอาการและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

3.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q/9Q²¹ ตามที่กล่าวไว้ในข้างต้น

3.1.3 การประเมินภาวะความเครียด สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด(ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁹

สรุป การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดภาวะพึ่งพิง และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ไม่จำเป็นต้องประเมินสุขภาพให้ครบทั้ง 3 ด้านในครั้งเดียว หากไม่สามารถประเมินสุขภาพในครั้งนี้ได้ ก็สามารถประเมินในครั้งต่อไปเมื่อมีโอกาส นอกจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลก็เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลอาจจะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม เนื่องจากบทบาท ภาระดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกทักษะในการจัดการความเครียดรวมถึงการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

References

1. Department of Older persons. Aging population in Thailand.2022. [cited 2022 Apr 26]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/1159>
2. Kaewsaeng P, Isaramalai S-a. Development and Evaluation of a Health Assessment Procedure for Elderly Patients in an Out-Patient Department. JTNMC 2017; 32(3): 91-103. (in Thai)
3. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community : an application of concepts and theories to practice. 2nd ed. Bangkok: M N Compute Offset Co., Ltd; 2018.
4. Sringemyuang L, Felix M, Torut B, Wongjinda S, Chaimongkol U, Wongjinda T. Thailand: Case Studies of Filial Piety, Family Dynamics, and Family Finances – Unexpected Findings of a Country-Wide Research of The Evaluation of Project Performance Supported by Older Persons Fund. Asia-Pac Soc Sci 2020; 20(1): 145-58. (in Thai)
5. Assantachai P. Health Services for Thai Older Adults in Primary Health Care. The PCFM 2009; 1(2): 37-40. (in Thai)
6. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing 2018; 47(1): 149-55.
7. Isaacs B. The Giants of Geriatric. The challenge of geriatric medicine. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. J Royal Thai Army Nurses 2014; 15(3): 24-31. (in Thai)
9. Nansupawat W, Siriwattanamethanon J, Hornboonherm P. Mental Health of the Elderly. JNATNO 2009; 21(1): 27-32. (in Thai)
10. Tanglakmankhong K. The Role of Nurses in Screening and Caring for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Community. JHNR 2021; 31(1): 1-13. (in Thai)
11. Prasartkul P, Vapattanawong P, Rittirong J, Chuanwan S,

- Kanchanachitra M, Jaratsit S. The Situation of the Thai elderly 2016. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2017.
12. Boongird C. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. PCFM 2009;1(2): 32-26. (in Thai)
 13. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr 2006; 10(6): 466-85.
 14. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1994; 77(5): 231-8. (in Thai)
 15. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994; 23(2): 97-101
 16. Kittipimpanon K. Fall Risk Assessment and Management Among Older Adults in The Community: The Role of The Public Health Nurse in The Primary Care. J Pub Health Nurse 2016; 30(3): 184-95. (in Thai)
 17. Rodseeda P. Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. TRCN J 2018;11(2): 15-25. (in Thai)
 18. Kitkumhang V, Kittimanon N, Pannarunothai S. Risk Factors of Fall in Elderly in the Community. JHS 2006; 15(5): 787-99. (in Thai)
 19. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S. Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai 2009; 91(12): 1823-31. (in Thai)
 20. Thiamwong L, Suwanno J. Fear of Falling and Related Factors in a Community-based Study of People 60 Years and Older in Thailand. Int J Gerontol 2017; 11(2): 80-4.
 21. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology 2009; 55(2): 169-78.

-
22. Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA. Assessment and management of fall risk in primary care settings. *Med Clin North Am* 2015 ;99(2): 281-93.
23. Soonthornchaiya R, Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Wisetrit W, Sukhawaha S, Leejongpermpool J. The Development and Construct Validity Testing of Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with Depressive Disorders. *JPNMH* 2018; 32(2): 100-12. (in Thai)
24. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15(5): 594-600.
25. Muangpaisan W, Assantachai P, Sitthichai K, Richardson K, Brayne C. The distribution of thai mental state examination scores among non-demented elderly in suburban bangkok metropolitan and associated factors. *J Med Assoc Thai* 2015; 98(9): 916-24. (in Thai)
26. Supaporn K. Caregiver Burden and Mental Health Problems among the Caregivers of the Elderly at Home-based Palliative Stage. *KJN* 2020; 27(1): 150-61. (in Thai)
27. Aggar C. Caring burden. *Aust Nurs J.* 2012; 20(5): 35-35.
28. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Educ* 2011; 4(1): 62-75. (in Thai)
29. Silpakit O. Srithanya stress scale. *J Ment Health Thai* 2008; 16(3): 177-85. (in Thai)

บทความวิชาการ

การใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์

จิตติพร สุวรรณอำภา*

ทัศนีย์วรรณ พฤกษามะธานันท์**

ฐาพัชร์ลดา เกียรติเลิศเดชา***

บทคัดย่อ

จากประกาศของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการนำกัญชามาใช้ในการทางการแพทย์และวิจัย ปี พ.ศ. 2562 และประกาศเพิ่มเติมในราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2564 (ฉบับที่ 4) กำหนดเรื่องตำรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคหรือการวิจัย และด้วยสถานการณ์ปัจจุบันที่มีงานวิจัยออกมาสนับสนุนประโยชน์ของสารสกัดกัญชาว่ามีประโยชน์ทางการแพทย์ หลายประเทศทั่วโลกที่ได้มีการปรับแก้กฎหมาย เพื่อเปิดโอกาสและอนุญาตให้ประชาชนใช้กัญชาในการทางการแพทย์มากขึ้น เช่น เนเธอร์แลนด์ นิวซีแลนด์ และประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับประโยชน์ของกัญชา ส่วนใหญ่จะใช้กัญชาเพื่อการผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ลดอาการคลื่นไส้อาเจียน บรรเทาปวด แก้ปัญหาการนอนไม่หลับ การใช้กัญชาในต่างประเทศนั้นค่อนข้างแพร่หลาย ใช้ในทุกกลุ่มอายุ เด็กวัยรุ่นเพศหญิง เพศชาย สตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรีตั้งครรภ์ มีการศึกษาค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผลของกัญชาในการทางการแพทย์ ซึ่งพบว่าการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ผ่านนั้น มีผลกระทบทั้งต่อการตั้งครรภ์ ต่อทารกในครรภ์ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเข้ารับรักษาในหน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เพิ่มความเสี่ยงของอัตราการตายปริกำเนิด และยังพบว่าในเด็กที่เกิดจากมารดามีการใช้กัญชาในขณะตั้งครรภ์ เสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด กระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย และการพัฒนาทางสมอง จากการศึกษาค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรมการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีวัยเจริญพันธุ์ ควรหลีกเลี่ยงการใช้กัญชา สารสกัด ผลิตภัณฑ์จากกัญชา จนกว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าถึงประโยชน์ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้งานวิจัยกัญชาทางด้านการแพทย์ยังมีน้อยทั้งคุณภาพและปริมาณที่พอจะสรุปได้อย่างชัดเจนถึงผลดีและผลเสียต่อการใช้ในสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: กัญชา/ สตรีตั้งครรภ์

* ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์ E-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัย จุฬาภรณ์

Effects of cannabis use in pregnant women

Thitiporn Suwanampa*

Tasaneewan Purksametanan**

Thapatlada Kiatlertdecha***

Abstract

With the announcement of the Ministry of Public Health on the use of marijuana for medical and research purposes in 2019 and 2021, research has come out to support the medical benefits of cannabis extracts. Netherlands, New Zealand, and USA have amended the laws to open up opportunities and allow people to use it. Marijuana is mostly used for relaxation, reduce anxiety, nausea and vomiting, relieve pain, and resolve insomnia. Research shows that the use of cannabis has an impact on pregnancy and women of reproductive age. It has an effect to the fetus in short/long term, increased risk of admission to neonatal intensive care and perinatal mortality. It is also found that children born to mothers who used marijuana during pregnancy were at risk of developing cardiovascular diseases, affecting the immune system and brain development. From a review of the literature, the use of cannabis, its extracts and products should be avoided by pregnant women and women of child bearing age. Since there is little research on medical cannabis for quality and quantity to conclusively determine pros and cons of its uses in pregnant women. We have to wait till there is a comprehensive study and research on cannabis.

Keywords: Cannabis/ Pregnant women

Article info :Received February 3, 2022; Revised April 16, 2022; Accepted April 27, 2022

*Corresponding author; Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy. E-mail: Thitiporn.suw@cra.ac.th

**Associate professor, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy.

*** Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy.

บทนำ

กัญชา (Cannabis) เป็นพืชล้มลุกที่มีอายุเพียงปีเดียว ชื่อทางพฤกษศาสตร์ว่า *Cannabissativa* L. เป็นพืชล้มลุกดั้งเดิมในทวีปเอเชีย ลักษณะลำต้นตั้งตรง สีเขียว สูงประมาณ 1-6 เมตร ใบเดี่ยวลักษณะเป็นแฉก 5-7 แฉก¹ กัญชาจัดเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5² ส่วนที่นำมาใช้เสพคือ ใบและยอดช่อดอกตัวเมีย การออกฤทธิ์ของกัญชา มีทั้งกระตุ้น กด หลอน ประสาท โดยฤทธิ์ของกัญชาจะส่งผลกระทบต่อประสาททำให้ผู้เสพมีอาการร่าเริง ช่างพูด หัวเราะง่าย หัวใจเต้นเร็วตื่นตื่นง่าย การใช้กัญชาทางการแพทย์ (Cannabis Use in Medicine หรือ Medical cannabis) หมายถึง การนำกัญชา และ/หรือสารสกัดจากกัญชาไปใช้ทางการแพทย์เพื่อรักษาโรค และบรรเทาอาการต่าง ๆ² จากการศึกษาพบหลักฐานการใช้กัญชาในทางการแพทย์เพื่อรักษาโรคและบรรเทาอาการต่างมากมาย สำหรับประเทศไทยนั้นพบหลักฐานการใช้กัญชาตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ 1 และรัชกาลที่ 3³ การแพทย์แผนไทยมีหลายตำราที่ได้กล่าวอ้างถึง เช่น คัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์จำนวน 3 ตำรับ ตำราพระโอสถครั้งรัชกาลที่ 2 จำนวน 2 ตำรับ และจารึกวัดโพธิ์จำนวน 14 ตำรับ

พืชกัญชาได้รับการจัดเป็นสิ่งผิดกฎหมายมาตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 และจากการประชุมนานาชาติ ณ กรุงเฮก ประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี ค.ศ 1925 ที่ได้กำหนดวัตถุประสงค์การใช้กัญชาทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์เท่านั้น ต่อมาในปี 2014 ประเทศ

อูรุกวัยเป็นประเทศที่ริเริ่มเปิดให้มีการใช้กัญชาอย่างกว้างขวาง ประชาชนสามารถปลูกกัญชาได้ มีร้านขายกัญชาโดยรัฐเป็นผู้ควบคุมมีการเปิดให้มีการใช้กัญชาอย่างเสรี มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม⁴ และต่อมาเริ่มมีการแก้ไขนโยบายการใช้กัญชาเพิ่มมากขึ้น ในหลายประเทศ สำหรับประเทศไทยรัฐบาลในยุคปัจจุบันได้มีนโยบายในเรื่องของการใช้ “กัญชาทางการแพทย์” โดยมีการประกาศใช้พรบ. ยาเสพติดให้โทษ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2562 ขึ้นมาโดยมีเนื้อหาในการอนุญาตให้มีการใช้กัญชาเพื่อทางการแพทย์ และเพื่อการศึกษาวิจัยจากการเปิดให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้น แต่สำหรับการใช้เพื่อการค้าความบันเทิงหรือสันทนาการนั้นยังไม่อนุญาต จากรายงานวิจัยถึงประโยชน์ของการนำกัญชามาใช้ได้ทางการแพทย์นั้น ส่งผลต่อการเกิดปรากฏการณ์ทางสังคมในหลายประเด็น มีการนำเสนอข่าว ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับกัญชา รวมทั้งความเชื่อและความรู้ต่างมากมายที่ส่งผ่านในเรื่องของกัญชาที่สามารถรักษาได้ทุกโรค มีการเผยแพร่ข้อมูลหลากหลายผ่านทางช่องทางสื่อออนไลน์ทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง มีการเติบโตของธุรกิจซื้อขายกัญชาและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ มากมาย กัญชา นั้นเป็นพืชสมุนไพรที่มีสารมีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ชื่อว่า Cannabinoids ซึ่งมีสารที่สำคัญ 2 สาร คือ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ซึ่งผลจากการศึกษาจะพบว่า สาร Tetrahydrocannabinol (THC) ในกัญชา มีผลต่อระบบจิตประสาท ทำให้เกิดความผ่อนคลาย นอนหลับได้ดี ช่วยลดการอาการ

คลื่นไส้ อาเจียน และกระตุ้นให้มีความอยากในการรับประทานอาหาร และสาร Cannabidiol (CBD) จะออกฤทธิ์ในส่วนของการระงับประสาท (Sedative) ลดอาการปวดเรื้อรัง ลดการเกร็งกล้ามเนื้อ มีฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบ ลดการชักเกร็ง ช่วยให้สงบ ผ่อนคลาย และมีคุณสมบัติยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์เนื้องอกหลายชนิดในหลอดทดลอง⁵ ซึ่งพบได้ว่าในปัจจุบันผลิตภัณฑ์ยาที่นำมารักษาโรคนั้นมี 4 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบ สารสกัดน้ำมันกัญชา 2) ตำรับยาที่ปรุงขึ้นโดยแพทย์แผนไทย เช่น ยาสุขไสยาสน์ ยาแก้ลมแก้เส้น 3) น้ำมันกัญชาสำหรับดมและ 4) ตำรับยาที่ปรุงขึ้นโดยแพทย์แผนไทยประยุกต์และหมอพื้นบ้าน ที่ได้รับรองจากกรมแพทย์ทางเลือกและการแพทย์ทางเลือก จากการทบทวนวรรณกรรมพบ ผลของการนำกัญชามาใช้ทำให้เกิดโทษได้เช่นกัน ได้แก่ อาการกระวนกระวาย ตื่นกลัว (Panic) การเสียสมาธิ ความทรงจำ เกิดอาการมึนงง (Dizziness) เหนื่อยล้า (Tired) อาเจียน (Vomiting)⁶ และผลของการใช้กัญชาระยะยาว จะส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสังคม

แต่อย่างไรก็ตามความชุกของการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในต่างประเทศ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมใช้กัญชาเพื่อช่วยลดอาการแพ้ท้อง เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน บางรายใช้เพื่อลดความวิตกกังวล ภาวะนอนไม่หลับ และช่วยผ่อนคลายความเครียด การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมสูบกัญชามากขึ้น เนื่องจากทัศนคติที่เปลี่ยนไปและการเปิดเสรี

กัญชา⁷ จากที่เกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19⁸ ในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อความเครียด และความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้มีอัตราการใช้กัญชาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ในประเทศไทย โดยทางกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศข้อห้ามใช้กัญชาทางการแพทย์ หรือผลิตภัณฑ์ที่มีสาร Tetrahydrocannabinol (THC) เป็นส่วนประกอบในกลุ่มของสตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร สตรีที่วางแผนจะตั้งครรภ์ และในสตรีวัยเจริญพันธุ์⁸

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณ คุณภาพ งานวิจัยมีน้อย ทำให้ขาดข้อมูลที่ชี้ชัดถึงประโยชน์และโทษของกัญชาอย่างชัดเจน บทความนี้เกี่ยวกับการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อนำเสนอประเด็นของการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งเป็นความรู้พื้นฐานทางด้านสุขภาพ และทางพยาบาลในการนำองค์ความรู้ที่ได้มาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับกลุ่มเป้าหมาย อันจะนำไปสู่การส่งเสริมให้เกิดการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ที่เหมาะสมต่อไป

คำจำกัดความของกัญชาทางการแพทย์

กัญชาทางการแพทย์⁹ (Cannabis Use in Medicine หรือ Medical cannabis) คือสิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ไปบำบัดและรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ไม่ได้หมายถึง กัญชาที่ยังคงสภาพเป็นพืช หรือ

ส่วนประกอบใด ๆ ของพืช เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก

ผลิตภัณฑ์กัญชา⁹ คือ รูปแบบหรือลักษณะของสารสกัดจากกัญชาที่ผ่านการเตรียมเพื่อนำมาใช้ในทางการแพทย์ กับผู้ป่วย เช่น ยาเม็ดแคปซูล สเปรย์พ่น น้ำมันสกัด แท่งเหน็บ ทวาร เป็นต้น

ประโยชน์ของกัญชาในทางการแพทย์

การศึกษาวิจัยเพื่อคิดค้นเป็นผลิตภัณฑ์ยารักษาโรคต่าง ๆ พบว่าในพืชกัญชามีตัวยามากกว่า 500 ชนิด โดยแบ่งออกเป็น 1) Cannabinoids 2) Terpenoids 3) Flavonoids และสารกลุ่ม Cannabinoids ที่มีมากกว่า 110 ชนิด¹⁰ พบ Tetrahydrocannabinol (THC) และ Cannabidiol (CBD) ในปริมาณที่มากกว่าสารชนิดอื่น ๆ ทั้ง THC และ CBD มีสรรพคุณทางการแพทย์หลายประการ Tetrahydrocannabinol (THC) เป็นสารที่มีคุณสมบัติทำให้เกิด อาการมึนเมาได้ ในขณะที่ CBD ไม่มีฤทธิ์ มึนเมา แต่ไปช่วยยับยั้งอาการมึนเมาจาก THC ได้¹¹

ร่างกายมนุษย์มีการสร้างสาร แคนนาบินอยด์ Cannabinoids (CB) ซึ่งเรียกระบบนี้ว่า ระบบเอ็นโดแคนนาบินอยด์ของมนุษย์ (Endocannabinoid System: ECS) มีหน้าที่ในการรักษาความสมดุลของร่างกายโดยทำหน้าที่ควบคุมระบบประสาท การรับรู้ความเจ็บปวด ความอยากอาหาร ระบบย่อยอาหาร การนอนหลับ อารมณ์ การอักเสบ ความจำและส่งผลต่อการเกิดภาวะลมชัก นอกจากนั้นยังส่งผลร่วมกับการทำงานร่วมกับระบบอื่นๆในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นระบบภูมิคุ้มกัน การทำงานของหัวใจ ระบบ

ประสาทสัมผัส การเจริญพันธุ์ การตอบสนองต่อความเครียด เมื่อร่างกายบกพร่องไม่สามารถผลิต ECS ได้เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของร่างกายสามารถเกิดโรคได้ในทุกระบบของร่างกาย เราเรียกภาวะนี้ว่า ภาวะพร่องแคนนาบินอยด์ (Clinical Endoanabinoid Deficiency: CED)¹² ดังนั้นจากการศึกษาและวิจัยสรรพคุณของพืชกัญชาจึงสามารถอ้างอิงได้ว่า เมื่อสารจากพืชกัญชาเข้าสู่ร่างกายจะไปทำหน้าที่ในการกระตุ้นต่อม ECS ให้เกิดการหลั่งสารมากขึ้น ร่างกายมีความสมดุล พืชกัญชาจึงมีฤทธิ์ในการแก้ปวด ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบ กดภูมิคุ้มกัน แก้แพ้ ช่วยให้ผ่อนคลาย ลดระดับความเครียด กระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร ลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลดความดันโลหิต ช่วยขยายหลอดเลือด ช่วยระบบประสาทและยับยั้งการเกิดเนื้องอกหรือมะเร็ง

เนื่องจากปัจจุบันมีการนำกัญชามาใช้ในการรักษาโรค ทั้งสกัดออกมาเป็นน้ำมันกัญชาอย่างมากมายทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยยังพบถึงข้อขัดแย้งของการนำมาใช้ในการรักษาในทางการแพทย์ เช่นมีรายงานการใช้ในการรักษาโรคต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น อาการแพ้เกร็งจากโรคของสมองหรือไขสันหลังทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ อาการปวดทรมาน ข้อ เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ ภาวะของการปฏิเสธอาหาร ทั้งทางโรคจิตประสาท และโรคทางกาย โรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม เช่น อัลไซเมอร์ ใช้ป้องกันชะลอ บรรเทา โรคลมชักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ที่คุมไม่ได้ โรคจิตเภท โรคกระสับเพื่อพวยงคุณภาพชีวิต แก้ปวด หดหู่ เบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้

อาเจียน¹² เช่นเดียวกับงานของ Schlitz and Beyer¹³ ที่ใช้นำสารสกัดจากกัญชาในรูปน้ำมันมา ใช้เพื่อรักษามะเร็ง Glioblastoma Multiforme โดยเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบัน ซึ่งผลจาก งานวิจัยพบว่า อัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ประมาณ 83% สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรางค์ ลีลาวัฒน์¹⁴ ที่ได้ใช้สารสกัดจากกัญชาในการรักษา มะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งผลการวิจัยพบว่าสารสกัดจาก กัญชาสามารถยับยั้งการเจริญเติบโตและการ แพร่กระจายได้ และยังมีรายงานการวิจัยอื่นๆอีก มากที่มาสสนับสนุน แต่อย่างไรก็ตามทางแพทยสภา ได้มีการคำแนะนำสำหรับแพทย์ในเรื่องของการใช้ กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งยังพบข้อขัดแย้งของการ นำมาใช้ประโยชน์เนื่องจากยังมียังงานวิจัยที่ มารองรับยังน้อย ทั้งคุณภาพและปริมาณของ งานวิจัย ดังนั้นการใช้กัญชาทางการแพทย์จึงยังมี ข้อมูลที่จำกัดในบางประเด็นที่นำมาใช้เพื่อการ รักษาจึงยังไม่มีคำตอบชัดเจน อย่างไรก็ตามแพทย สภา ได้จัดทำคำแนะนำการใช้กัญชาในทาง การแพทย์⁹ เพื่อทำการประชาสัมพันธ์ให้บุคลากร ทางทางการแพทย์ทราบเกี่ยวกับแนวทางการใช้กัญชา ในประเทศไทย โดยได้กำหนดข้อบ่งใช้ ดังนี้

1. ภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากยาเคมีบำบัด
2. โรคลมชักที่ไม่ตอบสนองต่อการ รักษาด้วยยากันชัก (Anticonvulsants)
3. ภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งในผู้ป่วยโรค ปลอกประสาทเสื่อมแข็ง (Multiple sclerosis)
4. ภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท (Neuropathic pain)

5. ภาวะเบื่ออาหารในผู้ป่วยติดเชื่อเอช ไอวีที่มีน้ำหนักตัวน้อย

6. การเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วย ระยะสุดท้ายของชีวิต

นอกจากนี้ แพทยสภายังได้กำหนดข้อ ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบ ของ THC ดังนี้

1. ผู้ที่มีประวัติแพ้ผลิตภัณฑ์ที่ได้จาก การสกัดกัญชา
2. ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอาการรุนแรง และอาการยังไม่คงที่ หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรค หลอดเลือดหัวใจ
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์ แปรปรวนหรือโรควิตกกังวล
4. สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร สตรีที่ วางแผนจะตั้งครรภ์ และสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้คุมกำเนิด

จากการรายงานของคณะกรรมการ ควบคุมยาเสพติดนานาชาติ International Narcotics Control Board (INCB)¹⁵ ในเดือน มีนาคม 2019 ที่มีการรายงานเกี่ยวกับนโยบาย ของกัญชาว่า การที่มีการเปิดเสรีกัญชานั้น มีบท พิสูจน์ในความจริงอย่างจำกัดมาก เนื่องจาก หลักฐานทางด้านวิชาการมีน้อย งานวิจัยที่ ทำ การอ้างอิงเพื่อสนับสนุนนั้น มีน้อย และขาด ความเข้มแข็ง การนำกัญชามาใช้มีอัตราการ เกิดผลข้างเคียงหรือผลที่ไม่พึงประสงค์สูง ในแต่ละประเทศที่มีการเปิดเสรีกัญชานโยบายของ กัญชาจะต้องมีการควบคุม การเผยแพร่ความรู้ การวางมาตรการควบคุม เนื่องจากในหลาย

ประเทศที่มีการปลดล็อก กำลังประสบกับปัญหาทางด้านสังคมและสาธารณสุขในหลายเรื่อง ตั้งแต่มีกระบวนการค้าขายที่ผิดกฎหมาย การใช้ที่ผิดวัตถุประสงค์ จนยากที่จะแก้ไข

การใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์

จากรายงานของ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹⁶ ถึงการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ มีอัตราเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 5 และยังคงมีอัตราและแนวโน้มการเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ในเมืองที่มีปัญหาในเรื่องของเศรษฐกิจนั้นพบว่ามีการใช้กัญชาสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 เป็น ร้อยละ 28 ความสุขของการใช้กัญชาระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาจจะเพิ่มสูงถึงร้อยละ 60 ของการใช้ระหว่างตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดได้ ถึงแม้จะมีรายงานว่ากัญชาส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของทารกในครรภ์ และ Δ^9 -tetrahydrocannabinol ในกัญชา สามารถส่งผ่านจากมารดาไปยังทารกผ่านทางรก¹⁷ ซึ่งสารดังกล่าวนี้ในพืชกัญชา ส่งผลต่อพัฒนาการของทารกในเรื่องของระบบประสาทส่วนกลาง เยื่อหุ้มสมองส่วนหน้า ในด้านการทำหน้าที่ และการเจริญเติบโต¹⁸ แม้ว่าจะมีรายงานถึงผลกระทบเช่นนี้ แต่ด้วยการเปิดเสรีกัญชา ข้อมูลในแง่ของประโยชน์ในเรื่องลดความวิตกกังวล ช่วยผ่อนคลาย จึงส่งผลให้มีการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น

สำหรับประเทศไทยนั้นความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ของแพทยสภา ได้ ลงวันที่ 21 มิถุนายน 2562¹⁹ ถึงการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ซึ่งอ้างอิงจากผลการวิจัยผลของการ

ใช้กัญชาในสัตว์ทดลอง ที่พบว่าการใช้พืชกัญชานั้นจะไปขัดขวางการเจริญและพัฒนาการของเนื้อเยื่อสมองและการทำหน้าที่ของสมอง จะทำให้พร้อมต่อการเรียนรู้ และมีแนวโน้มจะต่อการใช้ยาเสพติดในอนาคตได้ แต่พบว่าผลการศึกษากการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ยังคงมีความไม่ชัดเจนทั้งงานวิจัยที่มารองรับยังมีปริมาณน้อย ดังนั้นราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้ออกความคิดเห็นในเรื่องของการใช้กัญชาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ดังนี้

- ก่อนตั้งครรภ์หรือช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ควรสอบถามสตรีตั้งครรภ์ทุกคนถึงการใช้อยู่ว่า เช่น บุหรี่สุรา ซึ่งรวมถึงกัญชาและยาอื่น ๆ ด้วยที่ไม่ได้ใช้ในการรักษา
- หากพบว่ามีการใช้กัญชา ควรแนะนำว่าส่งผลกระทบต่อทารกและการตั้งครรภ์
- หากเป็นผู้ที่พยายามจะตั้งครรภ์ให้หยุดการใช้สารเหล่านี้ก่อน
- หากเคยใช้กัญชาในฐานะเป็นยาตามความเข้าใจเดิม ให้เลิกใช้ยาตัวอื่นแทนก่อน
- มีข้อมูลน้อยเกี่ยวกับกัญชาในน้ำนมแม่ อย่างไรก็ตามให้งดการใช้ไปก่อน น่าจะส่งผลดีกว่า

ผลของใช้กัญชาของสตรีตั้งครรภ์

ผลของการศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ พบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้กัญชากับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิด เช่น น้ำหนักแรกเกิดน้อย การคลอดก่อนกำหนด การตายคลอด และพบภาวะความดันโลหิตสูงในขณะตั้งครรภ์^{19,20} แต่มีบางผลการศึกษา

ยังคงมีผลลัพธ์ที่หลากหลายระหว่างการใช้อย่าง
ของสตรีตั้งครรภ์กับน้ำหนักแรกเกิดของทารก²¹

ดังนั้นจากการที่ผู้ศึกษาได้รวบรวม
ผลงานวิจัยจากต่างประเทศในเรื่องของการใช้พิช
กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ จึงทำการสรุปผลการใช้
กัญชาของสตรีตั้งครรภ์เป็น 3 ประเด็นดังนี้คือ 1)
การใช้อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ 2) การใช้อยู่ใน
ขณะตั้งครรภ์ และ 3) ผลกระทบต่อทารกที่เกิด
จากมารดาที่มีการใช้กัญชาในขณะตั้งครรภ์

1) การใช้กัญชาของสตรีในระหว่าง ตั้งครรภ์

- การใช้กัญชาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ส่งผล
ต่ออัตราการตั้งครรภ์ที่ยากมากขึ้น โดยเฉพาะใน
รายที่มีการใช้กัญชาในระยะยาว กล่าวคือ สตรีวัย
เจริญพันธุ์ที่มีการใช้กัญชาจะมีฮอร์โมน
Luteinizing Hormone (LH) และ Follicle-
stimulating hormone (FSH) ซึ่งมีผลต่อการตก
ของไข่ที่ถูกปล่อยออกไป ทำให้มีผลต่อรอบ
ประจำเดือนของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่แน่นอน ทำให้
ลดโอกาสของการตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่ากัญชาจะ
ช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความต้องการทางเพศ
มากขึ้น^{22,25} นอกจากนี้ยังพบว่าสารในพืชกัญชา
จะไปรบกวนการทำงานของ ฮอร์โมนเอสโตรเจน
และโปรเจสเตอโรนที่มีความสัมพันธ์กับการมี
ประจำเดือนโดยไม่มีการตกไข่ จึงส่งผลต่อ
การตั้งครรภ์ได้^{23,26} การใช้กัญชาในสตรีวัยเจริญ
พันธุ์นั้นส่งผลกระทบต่อถึงจำนวน ขนาดของไข่
เช่นกัน²⁴ ดังนั้นจากการศึกษาข้อมูลและหลักฐาน
เชิงประจักษ์จึงพบว่า การใช้กัญชาในสตรีวัยเจริญ
พันธุ์นั้นส่งผลกระทบต่อการทำงานของระดับ
ฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการตกไข่ ขนาดของไข่

จำนวนและปริมาณที่ลดลง ส่งผลให้สตรีที่มีการใช้
กัญชาที่มีโอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง ถึงแม้ว่าจะ
มีการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์ก็ตาม²⁷

2) การใช้กัญชาในระหว่างตั้งครรภ์

- มีงานศึกษา วิจัยที่สนับสนุนข้อมูลว่า
การที่สตรีตั้งครรภ์มีการใช้กัญชาในขณะตั้งครรภ์
ส่งผลต่อการเกิดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวของ
ทารกโดยมีความสัมพันธ์กับปริมาณและความถี่
ของการใช้กัญชา^{28,19} นอกจากนั้นยังมีรายงานถึง
การพบภาวะซีดในขณะตั้งครรภ์²⁹ แต่พบ
การศึกษาถึงการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะ
ความดันโลหิตสูงพบว่าไม่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ของ
โรคที่แย่งลง แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีรายงานการใช้
กัญชาเพิ่มขึ้นในสตรีตั้งครรภ์³⁰ ซึ่งมีรายงานพบว่า
สตรีตั้งครรภ์ที่มีการใช้กัญชาในขณะตั้งครรภ์นั้น
เพื่อช่วยบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน อาการ
ต่างๆที่เกิดจากการตั้งครรภ์³¹

3) ผลกระทบต่อทารกที่เกิดจาก มารดาที่มีการใช้กัญชาในระหว่างตั้งครรภ์

จากการศึกษาการใช้กัญชาในขณะ
ตั้งครรภ์ตั้งแต่ในไตรมาสแรกในประเทศนอร์เวย์
ผลจากการวิจัยพบว่า การเจริญเติบโตของทารก
ในครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่มีการใช้กัญชาใน
ระยะยาวและระยะสั้นนั้น ไม่มีความต่างในส่วน
ของสัดส่วนของทารก เช่น รอบหัว หรือความ
ยาวของลำตัว แต่จะมีความแตกต่างสำหรับ
ทารกที่เกิดจากมารดาที่มีประวัติการใช้กัญชาใน
ระยะยาว (Prolonged use) โดยส่งผลต่อ
น้ำหนักของทารก ทำให้ทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า
เกณฑ์ เกิดการคลอดก่อนกำหนด หรือการเพิ่ม
อัตราการตายปริกำเนิด และมีอัตราเพิ่มขึ้นของ

การเข้ารักษาตัวให้หน่วยวิกฤตทารกแรกเกิด^{28,29,32} นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กที่เกิดจากมารดาที่ใช้กัญชา ร่วมกับการสูบบุหรี่ในระหว่างตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบ Hypothalamus-pituitary-adrenal ซึ่งส่งผลให้สามารถตรวจพบความเข้มข้นของคอร์ติซอลของเส้นผมที่สูงขึ้น ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้ส่งผลเสียต่อเด็กในระยะยาว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด อัตราการเผาผลาญอาหาร ระบบภูมิคุ้มกัน รวมถึงการพัฒนาทางระบบประสาท พบรายงานภาวะพิษที่เกิดจากการเสพกัญชาที่เป็น

กลุ่มของภาวะพิษเรื้อรังซึ่งมีอาการดังนี้ 1) เกิดความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน 2) เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ 3) ความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด 4) ความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ 5) ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ 6) ความผิดปกติของระบบประสาท 7) ความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร^{33,34} ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์จึงควรระมัดระวังการใช้กัญชาในขณะตั้งครรภ์ จากผลการศึกษานี้ ควรมีการศึกษาและวิจัยเพิ่มเติมเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันภาวะเสี่ยงดังกล่าว



รูปที่ 1 ผลของการใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์

บทบาทพยาบาลกับการใช้กัญชาทาง การแพทย์ของสตรีตั้งครรภ์

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชาเป็นความท้าทายของพยาบาล เนื่องจากการศึกษาผลของการใช้กัญชาต่อสตรีตั้งครรภ์นั้นยังมี

ค่อนข้างน้อย และยังเป็นที่ยังขัดแย้งกันดังที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลมักพบปัญหาในการประเมินสตรีตั้งครรภ์ที่ทำได้ยาก เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้จะถูกการปกปิดเพราะสังคมยังไม่ยอมรับ การใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

การมาฝากครรภ์ไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคัดกรอง และแนวทางการให้การพยาบาลสตรีที่มาฝากครรภ์ที่เหมาะสม เพื่อวางแผนในการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้

ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรมีการปรับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชาให้เหมาะสมดังนี้

1. พยาบาลผดุงครรภ์ควรเริ่มคัดกรองเพื่อหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีการใช้ยาเสพติดทุกรายเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก และทุกไตรมาสด้วยแบบสอบถาม ได้แก่ 4 Ps (Parents, Partner, Past, Present), NIDA Quick Screen, CRAFFT) เป็นต้น

2. เมื่อค้นพบขณะตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชา สตรีรายนั้นควรได้รับการตรวจครรภ์ด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ เพื่อกำหนดอายุครรภ์ที่ถูกต้อง การตรวจเมื่ออายุครรภ์น้อยโดยเฉพาะไตรมาสแรกจะบอกอายุครรภ์ได้ดีกว่าอายุครรภ์ที่มากขึ้น การทราบอายุครรภ์ที่ถูกต้องมีประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะเหล่านี้เป็นปัญหาที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชา พยาบาลผดุงครรภ์สามารถติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้จากการวัดความสูงของยอดมดลูกสัมพันธ์กับอายุครรภ์หรือไม่ และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นของสตรีตั้งครรภ์ และการได้รับการประเมินน้ำหนักทารกในครรภ์เพื่อกำกับติดตามภาวะทารกเจริญเติบโตช้าใน

ครรภ์ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีผลลัพธ์การคลอดที่ดี

3. ควรให้คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญแก่สตรีตั้งครรภ์และสามี หรือครอบครัวในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ลด หรือตัดสินใจเลิกใช้กัญชา หรือยาเสพติดชนิดอื่น ๆ

4. เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่ 3 ของการคลอด สตรีตั้งครรภ์ควรถูกส่งไปปรึกษาวิสัญญีแพทย์ก่อนคลอด เพื่อวางแผนในการลดความเจ็บปวดระหว่างคลอด เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด จะมีความไวต่อความเจ็บปวดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ปกติ

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ ให้เกิดการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อให้ทารกที่เกิดมามีสุขภาพที่ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน และให้สอดคล้องกับนโยบายการตั้งครรภ์คุณภาพ พยาบาลจะต้องมีบทบาทในการให้ความรู้ ข้อมูลของผลกระทบของกัญชาในขณะตั้งครรภ์ให้กับสตรีที่มีความประสงค์จะตั้งครรภ์ รวมถึงการจัดทำเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันลดการใช้กัญชาในสตรีวัยเจริญพันธุ์ วางแผนการให้ความรู้เนื่องจากพยาบาลเป็นกำลังสำคัญในระบบสุขภาพ จึงต้องมีการเตรียมตัวและสร้างองค์ความรู้ ความพร้อมในการปฏิบัติงานเพื่อนำส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผล รวมถึงการรับรู้ ถึงผลกระทบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาสมุนไพรต้องมีความรู้ความเข้าใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยหรือการศึกษาข้อมูลในเรื่องของการใช้ กัญชาในประเทศไทยยังมีไม่มาก และในงานวิจัย ต่างประเทศในสตรีตั้งครรภ์ยังคงมีน้อย เนื่องจากงานวิจัยใช้ระยะเวลาในการศึกษา ค่อนข้างนาน จำนวนประชากรในการศึกษามี หลากหลายกลุ่ม จึงทำให้ยังไม่ปรากฏงานวิจัย การใช้กัญชาในสตรีตั้งครรภ์ หรือในสตรีวัยเจริญ พันธ์ในประเทศไทย แต่จะเห็นได้ว่าตั้งแต่รัฐบาล มีการประกาศนโยบายเรื่องกัญชาทางการแพทย์ การนำเสนอข่าวจากสื่อต่างๆ หรือจากกระแสใน โลกออนไลน์จะมุ่งประเด็นไปในเรื่องของ ซีให้เห็นประโยชน์มากกว่าซีในมุมของโทษ ไม่ว่าจะ เป็น “กัญชาคือยารักษาโรค” “กัญชามีโทษ น้อยกว่าเหล้าบุหรี่และสิ่งเสพติดอื่น” หรือ “กัญชาคือภูมิปัญญาไทยแต่โบราณ”³⁵ ส่งผลให้ เกิดกระแสการใช้กัญชา หรือผลิตภัณฑ์จาก กัญชาทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ประกอบกับ บุคลากรทางด้านสุขภาพเข้าถึงความรู้ในเรื่อง ของกัญชาได้ไม่มาก และยังขาดการให้ความรู้ ให้กับประชาชนอย่างเพียงพอ³⁶ และด้วย

งานวิจัยในเรื่องของกัญชาในประเทศไทยยังมี จำนวนน้อย ยังไม่ครอบคลุมในทุกกลุ่มช่วงอายุ จึงอาจจะส่งผลกระทบต่อการใช้กัญชาที่ไม่ ถูกต้อง ดังนั้นการบรรจุเนื้อหาเรื่องการใช้กัญชา ในหลักสูตรระดับปริญญาตรีของนักศึกษา พยาบาลและนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ อื่น ๆ จึงเป็นเรื่องจำเป็น และต้องดำเนินการ อย่างเร่งด่วน การเพิ่มเติมสมรรถนะพยาบาลใน ระบบบริการด้วยระบบการศึกษาต่อเนื่อง อบรม ระยะสั้น หรือ โมดูลการศึกษาด้วยตนเอง จะ ช่วยให้พยาบาลมีความรู้และทักษะในการให้ คำแนะนำที่ถูกต้องกับสตรีวัยเจริญพันธ์ และ สตรีระหว่างการตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

บทความฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย ความอนุเคราะห์จากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ร์ รองคณบดีฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ และ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและการ ผดุงครรภ์ที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริม ให้ บทความนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

Reference

1. Kanato M, Ritmontri S, Leeatikul P, Yuenyueng S. Report of research papers on cannabis policy and management: A case study of the United Kingdom and the United States of America. Bangkok: Charansanitwong printing; 2015.
2. The government gazette drugs (7 Vols) in 2019. The government gazette. 2019; 136 Vols; (Part 19a). p. 1-16. (in Thai)
3. Rattana-anan C. Marijuana: a long way to go [Internet]. 2021 [Cited 2022 April 19]. Available from: <https://www.technologychaoban.com>
4. Worathanarat T. Medical marijuana policy complete report of case study: situation, impact, management approach and policy recommendations for Thailand [Internet]. 2020 [Cited 2022 March 10]. Available from: <https://cads.in.th/cads/media/upload/159340355>
5. Ministry of Public Health. Committee drive public relations on the use of marijuana for medical purposes: Unlock marijuana for medical [Internet]. 2021 [Cited 2022 March 10]. Available from: <https://www.medcannabis.go.th>
6. Chokevivat V. Cannabis: Is It Really a Magic Medicine? J Thai Trad Alt Med 2019; 17(2): 324-40. (in Thai)
7. Young-Wolff CK, Tucker LY, Alexeeff S, Armstrong MA, Conway A, Weisner C, Goler N. Trends in self-reported and biochemically tested marijuana use among pregnant females in California from 2009-2016. Jama 2017; 318(24): 2490-1.
8. Young-Wolff KC, Ray GT, Alexeeff SE, Adams SR, Does MB, Ansley D, Avalos LA. Rates of Prenatal cannabis use among pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. JAMA 2021; 326(17): 1745-47.
9. Medical council. Advice for medical personnel: Medical cannabis [Internet]. 2019. [Cited 2022 March 10]. Available from: https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
10. Aizpurua-Olaizola O, Soydaner U, Ozturk E, Schibano D, Simsir Y, et al. Evolution of the cannabinoid and terpene content during the growth of Cannabis sativa Plants

- from different chemotypes.
Journal of natural product 2016;
79(2): 324–31.
11. Mechoulam R (Ed.). Cannabinoids as therapeutics. Basel: Birkhauser Verlag; 2005.
 12. Russo E. Clinical endocannabinoid deficiency Reconsidered: Current research supports the theory in migraine, fibromyalgia, irritable bowel, and other treatment-resistant syndromes. Cannabis Cannabinoid Res 2016; 1(1): 154-65.
 13. Schultz S, Beyer M. GW pharmaceuticals achieves positive results in phase 2 proof of concept study in glioma. UK: GW Pharmaceuticals: Cambridge; 2017.
 14. Leelawat S, Leelawat K, Narong S, Matangkasombut O. The dual effects of delta (9)-tetrahydrocannabinol on cholangiocarcinoma cells: Anti-invasion activity at low concentration and apoptosis induction at high concentration. Cancer Invest 2010; 28(4): 357-63.
 15. International narcotics control board. Report of the international narcotics control board for 2019. Vienna: United Nations Publication; 2020.
 16. American college of obstetricians and gynecologists committee on obstetric practice. Committee opinion: Marijuana use during pregnancy and lactation. Obstet Gynecol 2017; 130(4): 205–9.
 17. Bailey JR, Cunny HC, Paule MG, Slikker W Jr. Fetal disposition of delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) during late pregnancy in the rhesus monkey. Toxicol Appl Pharmacol 1987; 90(2): 315-21.
 18. Behnke M, Smith VC; Committee on substance abuse; Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: Short-and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics 2013; 131(3): 1009-24.
 19. Gunn JK, Rosales CB, Center KE, Nunez A, Gibson SJ, Christ C, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2016; 6(4): 1-8.
 20. Hoffman MC, Hunter SK, D'Alessandro A, Noonan K, Wyrwa A, Freedman R. Interaction of maternal choline

- levels and prenatal marijuana's effects on the offspring. *Psychol Med* 2020; 50(10): 1716-26.
21. Rodriguez CE, Sheeder J, Allshouse AA, Scott, Wymore E, Hopfer C, et al. Marijuana use in young mothers and adverse pregnancy outcomes: A retrospective cohort study. *BJOG* 2019; 126(12): 1491-97.
22. Mumford SL, Flannagan KS, Radoc JG, Sjaarda LA, Zolton JR, et al. Cannabis use while trying to conceive: a prospective cohort study evaluating associations with fecundability, live birth and pregnancy loss. *Human Reproduction* 2021; 36(5): 1405-15.
22. Mumford SL, Flannagan KS, Radoc JG, Sjaarda LA, Zolton JR, Metz TD, et al. Cannabis use while trying to conceive: a prospective cohort study evaluating associations with fecundability, live birth and pregnancy loss. *Human Reproduction* 2021; 36(5): 1405-15.
23. Brents LK. Marijuana, the endocannabinoid system and the female reproductive System. *Yale J Biol Med* 2016; 89(2): 175-91.
24. Klonoff-Cohen, Hillary S, Natarajan L, Chen RV. A prospective study of the effects of female and male marijuana use on in vitro fertilization (IVF) and gamete intrafallopian transfer (GIFT) outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(2): 369-76.
25. Mendelson JH, Mello NK, Ellingboe J, Skupny AS, Lex BW, Griffin M. Marihuana smoking suppresses luteinizing hormone in women. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 1986; 237(3): 862-66.
26. Whan LB, West MCL, McClure N, Lewis SEM. Effects of delta-9-tetrahydrocannabinol, the primary psychoactive cannabinoid in marijuana, on human sperm function in vitro. *Fertil Steril* 2006; 85(3): 653-60.
27. Ryan KS, Bash JC, Hanna CB, Hedges JC, Lo JO. Effects of marijuana on reproductive health: preconception and gestational effects. *Curr opin endocrinol diabetes obes* 2021; 28(6): 558-65.
28. Fried PA, Watkinson, Willan A. Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation.

- Am J Obstet Gynecol 1984; 150(1): 23-7.
29. Ryan SA, Ammerman SD, O'Connor ME. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding: implications for neonatal and childhood outcomes. *Pediatrics* 2018; 142(3): 1-15.
30. Martin CE, Longinaker N, Mark K, Chisolm MS, Terplan M. Recent trends in treatment admissions for marijuana use during pregnancy. *Journal of addiction medicine* (2015); 9(2): 99-104.
31. Young-Wolff KC, Sarovar V, Tucker L, et al. Association of nausea and vomiting in pregnancy with prenatal marijuana use. *JAMA intern med* 2018; 178(10):1423-24.
32. Greiner KS, Lo JO, Speranza RJ, Rincon M, Burwick RM. Marijuana use and pregnancy outcomes among women with hypertension in pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020; 1-8.
33. Gabrhelik R, Mahicb M, Lund IO, Bramnessb J, Selmerb R, Skovlund E, et al. Cannabis use during pregnancy and risk of adverse birth outcomes: A longitudinal cohort study. *European addition research* 2021; 27(2): 131-41.
34. Nimsomboon T. Toxicology of cannabis. *Journal of hospital pharmacy* 2020; 30(2): 125-36.
35. Harunkasem N. Shaping the media's social agenda on medical marijuana report. [Internet]. 2021. [Cited 2022 April 20]. Available from: <https://cads.in.th/cads/media/upload/1616467628-Info%20pdf.pdf>
36. Tienthong T, Suwonnaroop N, Boonyamalik P, Kaewboonchoo O. Factors associated with health literacy in an application of Cannabis oil in patients with non-communicable diseases in Bangkok. [Internet]. 2020. [Cited 2021 December 11]. Available from: <https://cads.in.th/cads/content?id=198>

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปแบบ และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ 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 ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงบรรทัด
3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปลักษณะเครื่องมือวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กระทั่งได้ ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Key word) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 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 ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีส่วนอะไรบ้าง 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) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชาวนากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชาวนามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

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 $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 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 ถ้าไม่ได้รับระบุว่ามีได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น **ภาษาอังกฤษ** ใน ระบบ **Vancouver style** ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <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.

คณะกรรมการกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

Journal article

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 3,000 บาท
 - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 4,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
 - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 8,000 บาท
 - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

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

****ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2565)**

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 ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังนี้

.....โทรศัพท์.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

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