



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 32 No. 2 July - December 2021



รายงานการวิจัย

- การพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ
- ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อปริมาณเลือดหลังคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำ
- รูปแบบการจัดการบังจี้เสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11
- ความสัมพันธ์ระหว่างบังจี้ส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
- ระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยอง
- บังจี้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
- การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย
- บังจี้ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน
- การพัฒนาเว็บไซต์แอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาดำจุดชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล
- ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
- บังจี้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มและอาการทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน
- บังจี้ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาด้วยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก
- โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด: การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง

บทความวิชาการ

- การแปลผลกีฬาในเลือดแดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง
- การช่วยเลิกบุหรี่: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล
- การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด: การสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรม

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์ครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 32 No. 2 July - December 2021

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง
จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาดพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ดร.มณฑนา เหมชะญาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.สนธยา มณีรัตน์
รองผู้อำนวยการฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ดร.รุ่งนภา เขียวชะอ่า
Ph.D. (Nursing Study)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. ผศ. ดร.ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชื่นมื่น อุ้นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 4. ดร.ทรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณม โดสิงห์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช |
| 7. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 8. ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. นางคณิศร เจริญกิจ | ภาควิชาบริหารและพื้นฐานการพยาบาล |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวกนกภัทร เกลิมกลิ่น
- นางสาวชลิตา วรวิมลพิศาล

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ
ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล
การบริหารการพยาบาล และการสาธารณสุข

กำหนดออกเผยแพร่

- ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้
- ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน
(รับบทความถึงสิ้นเดือนธันวาคม)
- ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม
(รับบทความถึงสิ้นเดือนมิถุนายน)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers) โดยต้นฉบับแต่ละเรื่องได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัยหรือบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. ดร.วิรัชพัชร สกกุลสันติพร เศลล์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ |
| 5. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี |
| 6. รศ. ดร.ปรารธนา สติตย์วิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 7. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 8. ผศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 9. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสตร์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 10. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 11. ผศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 12. ผศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 13. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ธัสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.ดาราวรรณ รongเมือง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ผศ. ดร.ปราณี ธีโรโสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 21. ดร.ชดช้อย วัฒนนะ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 32 No. 2 July - December 2021

ส
า
ร
บ
ณ

รายงานการวิจัย	หน้า
<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย <div style="margin-left: 20px;"> วรรณรัตน์ ลาวัณ อุรริรัฐ สุขสวัสดิ์ชน จักริน สุขสวัสดิ์ชน อโนชา ทศนาธนชัย </div> 	1
<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ <div style="margin-left: 20px;"> วรรณวิการ์ ใจกล้า อุษณีย์ จินตะวาช ศรีมณา นิยมคำ </div> 	22
<ul style="list-style-type: none"> • ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดต่อปริมาณเลือดหลังคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำ <div style="margin-left: 20px;"> วารารณ ทองนาท สุพิศ ศิริอรุณรัตน์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี </div> 	37
<ul style="list-style-type: none"> • รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในเขตสุขภาพที่ 11 <div style="margin-left: 20px;"> นงเยาว์ ชีลาวรรณ ซอพียะห์ นิเมะ </div> 	54
<ul style="list-style-type: none"> • ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี <div style="margin-left: 20px;"> ธานี ขามชัย ลาวัลย์ รักชนาวาศ จันทร์เพ็ญ อุงอำรุง พิพัทธ์ชนก วัทธิธรรมศักดิ์ </div> 	71
<ul style="list-style-type: none"> • ระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยะของ <div style="margin-left: 20px;"> นันทาล ชูยิ่งสกุลทิพย์ </div> 	84
<ul style="list-style-type: none"> • ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก <div style="margin-left: 20px;"> ดวงธิดา ไสดาพรม ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร </div> 	98



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 32 No. 2 July - December 2021

ส
า
ร
บ
ญ

	หน้า
• การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิด เชิงบริหารในเด็กปฐมวัย จริญญา วรรณโชติ จารุณี ขาวแจ้ง ชนัญญา คำไชยเทพ สุภา คำมะฤทธิ์	112
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สุนทรา เลี้ยงชางวงค์	129
• ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ ของพยาบาลฉุกเฉิน วิสุจน์ ฟื้นคำปวง อัจฉรา สุนคนธรรพ์ สุภารัตน์ วงศ์ศรีคุณ	145
• การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ชลภัทรา แก้วสากล นงศ์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล	156
• ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ กรรณา จันทุม กัลยารัตน์ กำลังเหลือ ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์	170
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ธัญรดี ปราบริปู	184
• บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพชรรัตน์ เจริมรอด นวลักษณ์ กลางบุรัมย์	195
• ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัด น้ำดื่ม และอาการทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ชนัญชิตา สุขชนะโชติ อารรณ์ ดินาน ปณิชา พลพินิจ	212
• ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลรอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก นฤตยา จ้ำเพชร วรรณภนา ศุภสีมานนท์ ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	230



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

JOURNAL OF PHRAPOKKLAO NURSING COLLEGE

ISSN 0858-110X (Print) ISSN 2651-0944 (Online)

ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 Vol. 32 No. 2 July - December 2021

ส
า
ร
บ
ญ

- โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด: การทดสอบ
ความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง
ยศพล เหลืองโสมนภา ชวนชม พิชพันธ์ไพศาล นุสรุ ประเสริฐศรี หน้า
245

บทความวิชาการ

- การแปลผลก๊าซในเลือดแดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง 257
ขวัญฤทัย พันธุ
- การช่วยเลิกบุหรี่: บทบาทที่ทำหายของพยาบาล 267
วิวัฒน์ เหล่าชัย อีระชล สาทสิน พิชรินทร์ พรหมสอน
- การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด: การสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรม 279
ละอียัด แจ่มจันทร์ นวพร มามาก อรรพรรณ ดวงใจ
รุ่งนภา เขียวชะอำ

บทความพิเศษ

- ประสบการณ์ครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย 289
กัลญาพร หาศิริ

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งบริบทในหอผู้ป่วยและในชุมชน ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการแปลผลก๊าซในเลือดแดง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง การช่วยเด็กหูหนวกในบทบาทของพยาบาล และการสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรมของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่าง ๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่าง ๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

รุ่งนภา เสียวชะอำ
บรรณาธิการ

การพัฒนาาระบบแนะนำการดูแล ญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย The Development of a Caring Recommender System for Family Caregivers of Persons with Mobility or Physical Disability

วรรณรัตน์ ลาวััง, Ph.D. (Health Sciences)¹

Wannarat Lawang, Ph.D. (Health Sciences)¹

อุรีรัฐ สุขสวัสดิ์ชื่น, วท.ด. (วิทยาการคอมพิวเตอร์)² จักริน สุขสวัสดิ์ชื่น, วท.ด. (วิทยาการคอมพิวเตอร์)³

Ureerat Suksawatchon, D.Sc. (Computer Sciences)² Jakkarin Suksawatchon, D.Sc. (Computer Sciences)³

อโนชา ทศนาถนชัย, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว)⁴

Anocha Tassanatanachai, M.N.S. (Family Nursing)⁴

Received: June 16, 2020 Revised: July 20, 2020 Accepted: July 23, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้างกับผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาพยาบาล การบริหารการพยาบาล การปฏิบัติ การพยาบาล การปฏิบัติการดูแลสุขภาพอื่น และการพัฒนาโปรแกรมทางสุขภาพ จำนวน 15 คน ที่เลือกแบบเจาะจง 2) การสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย โดยการประยุกต์เทคโนโลยี ทบทวนวรรณกรรม และชุดข้อมูลภายใต้บริบทสังคมไทย 3) การทดสอบ ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: lawang@go.buu.ac.th

^{2,3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการสารสนเทศ มหาวิทยาลัยบูรพา

^{2,3} Assistant Professor, Faculty of Informatics, Burapha University

⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University

ทางร่างกาย โดยใช้แบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจกับพยาบาลชุมชน จำนวน 60 คน ที่เลือกแบบเจาะจง และ 4) การปรับปรุงระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ตามคำแนะนำ ทั้งนี้ ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า “ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย” เป็นเทคโนโลยีทางสุขภาพที่สร้างขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลให้สามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ส่วนการบริหารจัดการฐานข้อมูลที่เครื่องแม่ข่าย และ 2) ส่วนการนำเสนอระบบบนเว็บไซต์ โดยการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพของญาติผู้ดูแลแบบออนไลน์ การวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพโดยระบบผู้เชี่ยวชาญและโครงข่ายประสาทเทียม และการให้คำแนะนำสำหรับพยาบาลในการดูแลญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ภายหลังจากทดลองใช้ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พบว่าประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.53, SD = .71$) โดยด้านความเร็วในการประมวลผลมีคะแนนสูงที่สุด ($M = 4.69, SD = .55$) รองลงมา คือ ความถูกต้องแม่นยำ ($M = 4.51, SD = .69$) และความสามารถในการให้บริการ ($M = 4.42, SD = .89$) ส่วนความพึงพอใจ พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32, SD = .84$) โดยมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาสาระมากกว่าด้านการนำเสนอ ($M = 4.45, SD = .72$ และ $M = 4.22, SD = .96$ ตามลำดับ)

จากผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนว่า ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการวางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย จึงควรสนับสนุนให้พยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนใช้อย่างจริงจัง เพื่อเพิ่มคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของญาติผู้ดูแลและสามารถงไวซึ่งบทบาทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ระบบแนะนำการดูแลเทคโนโลยีทางสุขภาพ

Abstract

This research and development aimed to develop a Caring Recommender System for Family Caregivers of Persons with Mobility or Physical Disability. There were four steps of the development: 1) a studying the feasibility and requirements for developing the recommender system by using a semi-structured interview with 15 purposive selected experts in nursing education, nursing administration, nursing practice, other

health care practices, and health program development; 2) an creating the recommender system by applying technology, literature review, and data sets under the context of Thai society; 3) a testing the efficacy and satisfaction of the recommender system by using the efficacy and satisfaction assessment questionnaire with 60 purposive selected community nurses; and 4) an improving the version of the recommender system according to suggested. The qualitative data were analyzed using content analysis. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The research results founded that “the Caring Recommender System for Family Caregivers of Persons with Mobility or Physical Disability” is a health technique that was created to address the user performance to make their nursing care more easily. There are two components of the system: 1) the database management at the server and 2) the web-based presentation of the system, through the online recording of personal data of the family caregivers and health-related factors, the health risk analyzing by expert and neural network systems, and the recommendation providing for nurses to care for the family caregiver individually. After the trial, that the overall system efficiency was rated at very high level ($M = 4.53, SD = .71$) with the highest score of processing speed ($M = 4.69, SD = .55$), followed by accuracy ($M = 4.51, SD = .69$) and serviceability ($M = 4.42, SD = .89$), respectively. The overall system satisfaction was at a high level ($M = 4.32, SD = .84$), with content satisfaction more than presentation satisfaction ($M = 4.45, SD = .72$ and $M = 4.22, SD = .96$, respectively).

This research results reflect that “the Caring Recommender System for Family Caregivers of Persons with Mobility or Physical Disability” was useful in nursing planning for the care of family caregivers of persons with mobility or physical disabilities. Therefore, this system should be encouraged to be actively used by nurses, especially community nurses in order to improve quality of nursing care that is consistent with the problems and needs of each caregiver. This leads to the health of the family caregiver and the ability to maintain a role in caregiving for persons with mobility or physical disability.

Keywords: Family caregiver, Persons with mobility or physical disability,
Caring recommender system, Health technology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563; The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2019) ปัจจุบันมีประชากรไทยที่ขึ้นทะเบียนเป็นคนพิการและยังมีชีวิตอยู่มากกว่า 2 ล้านคน (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562) โดยประมาณครึ่งหนึ่งเป็นคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย (กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2563) ซึ่งคนพิการกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย จนบางครั้งต้องพึ่งพาบุคคลอื่น (Lawang, Horey, & Blackford, 2015) คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลจากทุกฝ่าย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล”

การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นภารกิจที่หนักสำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากมีกิจกรรมจำนวนมาก ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และต่อเนื่องยาวนานหลายปี (Lawang et al., 2015; Muller-Kluit & Slabbert, 2018) ทำให้ญาติผู้ดูแลมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รู้สึกเป็นภาระเหนื่อยล้า หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จนมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาสุขภาพจิต (เช่น เครียด ซึมเศร้า) ปัญหาสุขภาพกาย (เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน) หรือมีสัมพันธภาพกับคนรอบข้างไม่ดี ซึ่งญาติผู้ดูแลมักมีข้อจำกัดในการจัดการปัญหาสุขภาพตนเองเนื่องจากภารกิจการดูแล (ฉันทพา หลงพาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2561; วิไล คุปต์นันทิศักดิ์, พวงแก้ว ชิติสกุลชัย, สุพิน สาริกา, และศิริลักษณ์ แก้วนารี, 2561; Lawang et al., 2015; Muller-Kluit & Slabbert, 2018) ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มหนึ่งที่พยาบาลชุมชน

และบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องให้บริการดูแลสุขภาพเชิงรุก เพื่อให้ญาติผู้ดูแลไม่เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงตามมา

การดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลเป็นกระบวนการที่สำคัญสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพให้ครอบคลุมวางแผนและให้การดูแลที่เหมาะสม โดยกระบวนการดังกล่าว พยาบาลต้องอาศัยข้อมูลญาติผู้ดูแล ข้อมูลผู้รับการดูแล และข้อมูลบริบทการดูแล ตลอดจนเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ และเอกสารเชิงประจักษ์ในประเด็นการดูแลสุขภาพแต่ละด้านที่มีมาตรฐานจำนวนมากมาอ้างอิง (Lawang, 2013) ต้องใช้เวลามากในการรวบรวม มีความยุ่งยากในการแปลผล และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดเมื่อปฏิบัติงานภาคสนาม จากข้อจำกัดข้างต้น การพัฒนาเทคโนโลยีทางสุขภาพ (health technology [HealthTech]) ที่เหมาะสม สะดวกในการทำงาน ถูกต้อง ได้มาตรฐาน และสามารถตอบสนองความต้องการของพยาบาลผู้ใช้ระบบ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจะเป็นเครื่องมือให้พยาบาลนำไปสู่การวางแผนและให้การดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว และสอดคล้องกับบริบทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายที่บ้านหรือชุมชน จนสามารถลดโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลได้

ในยุคประเทศไทย 4.0 (Thailand 4.0) ที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เทคโนโลยีทางสุขภาพได้ถูกนำมาใช้ในการทำงานทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข เพื่อช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครบวงจร รวดเร็ว และตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่การเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งระบบแนะนำการดูแล (caring recommender system) เป็นหนึ่งในเทคโนโลยีทางสุขภาพที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นระบบที่ใช้ในการแนะนำข้อมูล ผลิตภัณฑ์ ผู้คน

สินค้า หรือบริการผู้ใช้ระบบ (วิไลวรรณ แสนชนะ, 2559) จึงสามารถตอบสนองต่อความต้องการตามบริบทผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคลได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปัจจุบันมีการนำมาใช้ในระบบสาธารณสุข

การพัฒนาระบบแนะนำต้องมีการวางแผนที่ดีให้การดำเนินงานเป็นไปโดยราบรื่นในแต่ละขั้นตอนเพื่อนำไปสู่ระบบแนะนำให้กับบุคคลแต่ละคน โดยมีขั้นตอนการป้อนข้อมูลนำเข้า (input) โดยที่ระบบจะมีกระบวนการ (process) รวบรวม เลือก แปลงข้อมูล และแปลผลข้อมูล ตลอดจนค้นหา ประเมิน และนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการใช้งาน เกิดเป็นผลผลิต (output) คือ คำแนะนำเป็นรายบุคคล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้ระบบเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาหรือดำเนินการอื่นต่อไป (เอกสิทธิ์ พัทธวงค์ศักดิ์, 2557) เช่น ระบบแนะนำการนวดไทยเพื่อการบำบัดรักษา เป็นระบบที่มีรอบการทำงาน ได้แก่ ส่วนติดต่อผู้ใช้งาน ส่วนฐานกฎ ส่วนฐานความรู้เทคโนโลยี และเรคคอมเมนต์ (วิไลวรรณ แสนชนะ, 2559) ระบบแนะนำกิจกรรมสำหรับการลดน้ำหนักที่มีออนโทโลยีเป็นระบบที่ใช้ออนโทโลยีและกฎที่สร้างขึ้นสำหรับกิจกรรมการลดน้ำหนักและสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง (ปองพล นิลพฤกษ์ และกิริติบุตร กาญจนเสถียร, 2560) หรือระบบแนะนำการคัดกรองแบบร่วมมือในระดับปฐมภูมิ เป็นระบบที่ช่วยจับคู่และแนะนำผู้รับบริการกับแพทย์ในการดูแลเบื้องต้น ซึ่งสร้างความไว้วางใจของผู้รับบริการกับแพทย์ (Han, de Troya, Ji, Gaur, & Zejnivic, 2018)

ผู้วิจัยในฐานะทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการและร่วมรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน จึงดำเนินการพัฒนา “ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย” ซึ่งจะช่วยให้ผู้ใช้ระบบซึ่งเป็นพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนหรือนุบาลกรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในบริบทการดูแลสุขภาพที่บ้านและชุมชน ได้นำไปใช้ ซึ่งจะช่วยให้ทราบความเสี่ยงทาง

สุขภาพหรือความต้องการของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ตลอดจนคำแนะนำหรือแนวทางสำคัญในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าว เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่เหมาะสมทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคลจนสามารถป้องกันหรือลดปัญหาหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของญาติผู้ดูแล และสามารถลงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการของพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
2. เพื่อสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
3. เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจของพยาบาลต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

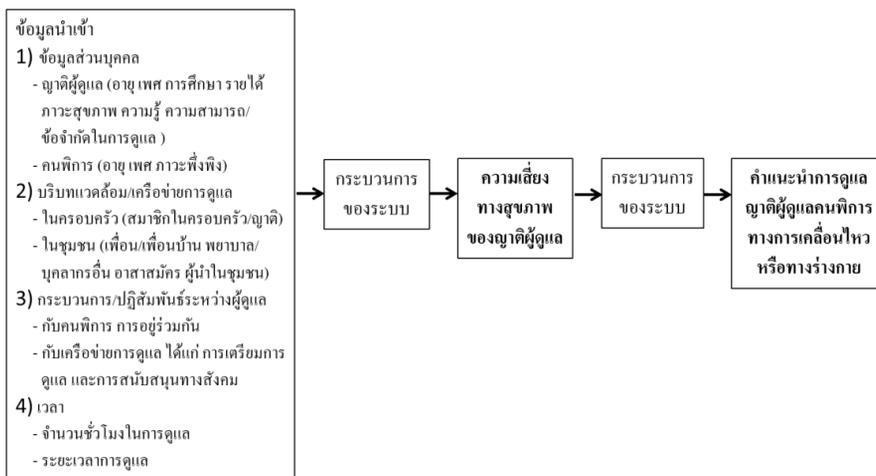
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวางแผนพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เพื่อให้ได้ระบบที่สามารถให้คำแนะนำสำหรับพยาบาลผู้ใช้ระบบในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายแต่ละราย โดยประยุกต์ “โมเดลผู้ดูแล (Khu-Thae for Care Model)” ของวรรณรัตน์ ลาวัจ (Lawang, 2013) ที่พัฒนาจากรูปแบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ซึ่งอธิบายปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล (person) เป็นคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล

ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร (อายุ เพศ การศึกษา รายได้) ภาวะสุขภาพ ความรู้ และความสามารถ/ข้อจำกัดในการดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ได้แก่ เพศ อายุ และภาวะพึ่งพิง 2) บริบทแวดล้อม (context) เป็นสิ่งแวดล้อมรอบตัวญาติผู้ดูแลทั้งที่มีปฏิสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ คนพิการ และเครือข่ายในการดูแล ได้แก่ เครือข่ายในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ และเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพเชิงรุก อาสาสมัคร ผู้นำหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 3) กระบวนการ (process) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ เช่น ความสัมพันธ์การอยู่ร่วมกัน และปฏิสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพ อาสาสมัคร หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน และ 4) เวลา (time) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น จำนวนชั่วโมงในการดูแลแต่ละวัน ระยะเวลาการดูแล จากข้อมูลข้างต้นทำให้ได้ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาพของญาติผู้ดูแลคนพิการทาง

การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งจะเป็นข้อมูลนำเข้าระบบ ผ่านกระบวนการเลือก แปลง และประเมินข้อมูล เกิดเป็นความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ในมิติสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นรายบุคคล

ความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลฯ จะนำไปใช้พื้นฐานความรู้ในกระบวนการเลือก แปลงข้อมูล และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งคำแนะนำดังกล่าวเป็นผลผลิตของระบบที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงทางสุขภาพที่ได้จากการประเมินข้างต้น ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแนวทางหรือกิจกรรมที่พัฒนาบนพื้นฐานการสนับสนุนของเครือข่ายในชุมชน ใน “โมเดลคู่มือการดูแล (Khu-Thai for Care Model)” ของวรรณรัตน์ ลาวัณ (Lawang, 2013) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ในมิติสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นรายบุคคล ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลผู้ใช้ระบบเห็นแนวทางที่เหมาะสมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

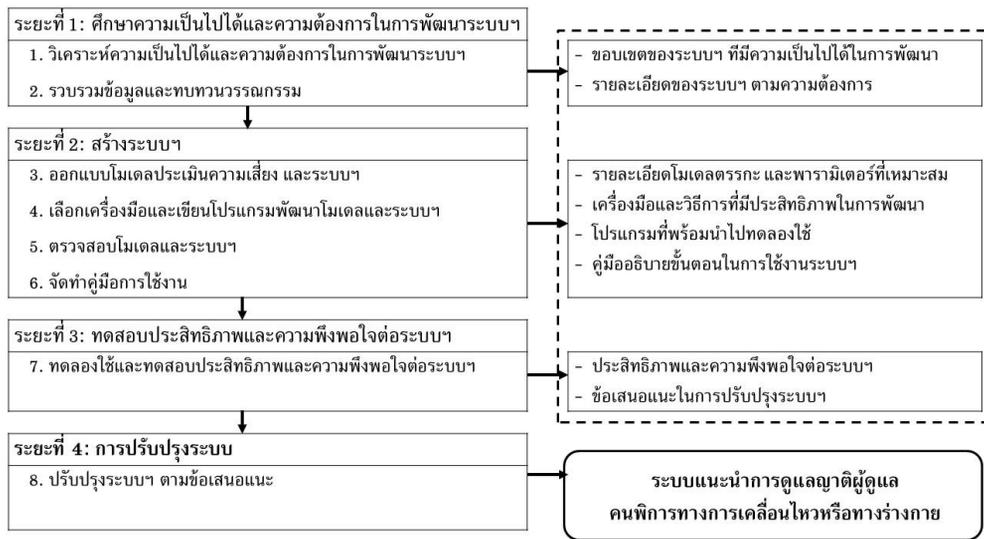


แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R&D]) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งวิธีเชิงปริมาณ (quantitative method) และวิธีเชิงคุณภาพ (qualitative method) ประกอบด้วย 4 ระยะได้แก่ 1) การศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล

ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 2) การสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล 3) การทดสอบประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล และ 4) การปรับปรุงระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล ซึ่งขั้นตอนดำเนินการวิจัย แสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัยในแต่ละระยะ มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นระยะของการวิจัย (R1) เพื่อให้ข้อคิดเห็นสำคัญเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูล เป็นพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการ หรือการพัฒนาโปรแกรม/ซอฟต์แวร์ทาง

สุขภาพ อย่างน้อย 3 ปี ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการศึกษาพยาบาล ด้านการบริหารการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาลชุมชนขั้นสูง ด้านการปฏิบัติการดูแลสุขภาพอื่น (แพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข) และด้านการพัฒนาโปรแกรม/ซอฟต์แวร์ทางสุขภาพ กลุ่มละ 3 คน รวมจำนวน 15 คน เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงโดยใช้ดุลพินิจและการตัดสินใจของผู้วิจัย (judgment sampling) ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลและรวบรวมรายชื่อจากประสบการณ์ของผู้วิจัย ร่วมกับข้อเสนอแนะจากที่ปรึกษาโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรงผ่านทางโทรศัพท์และ/หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

(อีเมล) ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงนัดหมายวัน-เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมา ประโยชน์ ความเป็นไปได้ในการพัฒนา และความต้องการ/องค์ประกอบในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรม และพยาบาลเวชปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ Sci 120/2558 วันที่ 23 กันยายน 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานและพบผู้ให้ข้อมูลตามวัน-เวลา และสถานที่นัดหมาย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง โดยใช้เวลา 30-45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ระยะที่ 2 การสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นระยะของการพัฒนา (D1) เพื่อสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ตามผลการวิจัยในระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนเมษายน 2561 เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย เอกสารวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล ตลอดจนชุดข้อมูลตัวอย่างเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในบริบทประเทศไทย (ไม่ได้รับอนุญาตละเอียดตัวตนของญาติผู้ดูแล) จำนวน 150 ชุด (Lawang, 2013) ที่นำมาใช้วิเคราะห์ในระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ และเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (server) เครื่องคอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล (client) และซอฟต์แวร์ (software) ที่ใช้ในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ซึ่งประกอบด้วย 1) ออกแบบโมเดลประเมินความเสี่ยง และระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ เพื่อให้ตรงตามความต้องการ โดยคำนึงถึงโครงสร้างการจัดเก็บการเรียกค้นหาข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์ของฐานข้อมูล และความถูกต้องของโมเดล 2) เลือกรุ่นเครื่องมือและเขียนโปรแกรมพัฒนาโมเดลและระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ 3) ตรวจสอบการทำงาน ปรับปรุง และยืนยันกระบวนการทำงาน ความสมบูรณ์ และความถูกต้องของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ จากผู้เชี่ยวชาญ และ 4) จัดทำคู่มือการใช้งานที่อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการใช้งานระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็น

ระยะของการวิจัย (R2) โดยศึกษาชนิดกลุ่มเดียว วัตหลังการทดลอง (one group, posttest-only design) เพื่อให้ข้อมูล/ข้อคิดเห็นต่อประสิทธิภาพ และความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติ ผู้ดูแลฯ จากผู้ใช้งานจริง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน ของอำเภอনার่อง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 4 อำเภอ มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลและคนพิการ อย่างน้อย 1 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .70 (Polit & Beck, 2017) เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อำเภอละ 15 คน รวมจำนวน 60 คน

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย พร้อมคู่มือการใช้งานระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ที่สร้างจากระยะที่ 2 และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อคำถามปลายปิด ครอบคลุม 2 ด้าน คือ 1) ด้านประสิทธิภาพของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ได้แก่ ความเร็วในการประมวลผล ความถูกต้องแม่นยำ และความสามารถในการให้บริการ จำนวน 3 ข้อ และ 2) ด้านความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ได้แก่ ด้านเนื้อหาสาระ และการนำเสนอในระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ตั้งแต่ ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง/ไม่พึงพอใจเลย

จนถึง ดีมาก/พึงพอใจมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ พยาบาลเห็นว่าระบบมีประสิทธิภาพและพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน) (ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2560) และส่วนที่ 2 เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรม และข้อเสนอแนะอื่นๆ เกี่ยวกับการดูแล ทั้งนี้ แบบประเมินประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรม และพยาบาลเวชปฏิบัติ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ Sci 021/2561 วันที่ 10 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และดำเนินการทดลองใช้ระบบแนะนำการดูแล

ญาติผู้ดูแล จากนั้นให้ตอบแบบประเมินประสิทธิภาพ และความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2561

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลประสิทธิภาพ และความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 4 การปรับปรุงระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย เป็นระยะของการพัฒนา (D2) เพื่อปรับปรุงระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแล ตามผลการวิจัยในระยะที่ 3 ให้มีประสิทธิภาพตามความต้องการของผู้ใช้จริง ดำเนินการในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2561

ผลการวิจัย

1. ความเป็นไปได้และความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 15 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาล 2) ผู้บริหารทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน 3) พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนชั้นสูงผู้ใช้งานระบบ 4) ผู้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพอื่นที่มีโอกาสเป็นผู้ใช้งานระบบ (แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักวิชาการสาธารณสุข) และ 5) ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาโปรแกรมที่ เป็นอาจารย์และนักพัฒนาโปรแกรม/ซอฟต์แวร์ทางสุขภาพ จำนวนกลุ่มละ 3 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80

มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 33-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 47.14 ปี ($SD = 9.16$) และระยะเวลาที่เป็นผู้บริหารหรือผู้พัฒนาโปรแกรม/ซอฟต์แวร์ต่ำสุด-สูงสุด คือ 9-35 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 19.35 ปี ($SD = 8.34$) ซึ่งสรุปประเด็นสำคัญได้ 3 ส่วน ดังนี้

1.1 ประสบการณ์การดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นบุคลากรสุขภาพทุกคนยืนยันว่า การดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นภารกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของญาติผู้ดูแล โดยญาติผู้ดูแลเหล่านั้นมักละเลยการดูแลสุขภาพและประสบปัญหาการจัดการสุขภาพของตนเอง จึงจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพที่ดี เพื่อประโยชน์ทั้งต่อตัวญาติผู้ดูแลและคนพิการ ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“...การได้อยู่กับคนพิการ ซึ่งคาดหวังให้คนดูแลทำทุกอย่างให้ ผู้ดูแลจะมีเวลาดูแลตนเองน้อยลง เครียด และมีปัญหาสุขภาพตามมา...เรา [พยาบาล] ต้องวางระบบช่วยเหลือให้เขา [ญาติผู้ดูแล] รู้ว่าการดูแลคนพิการต้องใช้ทักษะอะไรบ้าง แล้วดูแลตนเองนั้นต้องทำอย่างไร ไม่อย่างนั้นเขา [ญาติผู้ดูแล] ก็คงต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าคนพิการเสียอีก เหมือนกับว่า ดูแลเขาเราเอง” (อาจารย์พยาบาล อายุ 52 ปี ประสบการณ์ 17 ปี)

ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายว่า 1) การไปรับบริการตรวจสุขภาพหรือจัดการปัญหาสุขภาพที่สถานบริการเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก สำหรับญาติผู้ดูแล เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน ทำให้ไม่สามารถละทิ้งภารกิจการดูแลไปได้ จึงจำเป็นต้องประเมินหรือดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นหลัก 2) การประเมินสุขภาพญาติผู้ดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติทางสุขภาพในเวลาจำกัดเป็นเรื่องยาก เนื่องจากต้องใช้แบบประเมินและเกณฑ์จำนวนมาก จึงใช้เวลาค่อนข้าง

นาน 3) การแปลผลการประเมินสุขภาพและการยืนยันความถูกต้องนั้น ต้องใช้เอกสารทางวิชาการซึ่งบางครั้งไม่สามารถหาหรือจัดการได้ในทันที และ 4) พยาบาลอาจไม่สามารถวางแผนการดูแลได้ครอบคลุม ทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของญาติผู้ดูแลได้ทั้งหมด ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“บางครั้งมันยากที่จะให้เค้า [ญาติผู้ดูแล] มาที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพ รับยา หรือหาหมอ เพราะด้วยระยะเวลาทำให้ทั้งคนพิการมาไม่ได้ ไม่มีคนดู พอไปประเมินที่บ้านก็ต้องถามหลายเรื่อง ยากอยู่นะที่จะทำให้ครบในเวลาอันสั้นและถูกต้องด้วย” (พยาบาลวิชาชีพ อายุ 45 ปี ประสบการณ์ 12 ปี)

ทั้งนี้ สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลสุขภาพที่ญาติผู้ดูแลต้องการ คือ การสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลให้ความสำคัญกับสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเห็นพ้องตรงกันว่า บทบาทของญาติผู้ดูแลไม่ใช่แค่เพียงบทบาทการดูแลคนพิการ (caregiving role) เท่านั้น แต่ยังมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเองด้วย (self-care role) ซึ่งพยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องต้องสร้างความตระหนักในเรื่องเหล่านี้เป็นสำคัญ ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“หากพยาบาลชุมชนสร้างความตระหนักถึงสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของตัวเอง ไม่ใช่จะดูแลเฉพาะคนพิการ ก็จะวางแผนการดูแล [สำหรับญาติผู้ดูแล] จะช่วยให้ญาติแข็งแรงและสามารถดูแลคนพิการได้ในระยะยาวและยั่งยืนขึ้น” (แพทย์ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุ 43 ปี ประสบการณ์ 9 ปี)

1.2 ความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า ความเป็นไปได้ในการพัฒนานวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย กล่าวคือ ในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลตามบริบทจริง

หากมีระบบที่ช่วยประเมินและให้คำแนะนำการดูแลในเบื้องต้น ผ่านมือถือหรืออุปกรณ์ที่สามารถพกพาไปได้ที่บ้านหรือชุมชน จะช่วยให้พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้การดูแลญาติผู้ดูแลได้ถูกต้อง สะดวก รวดเร็ว และทันต่อเวลา ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“ดีนะ ถ้าจะมีอะไรที่ช่วยประเมินผู้ดูแลที่ง่าย ๆ โดยเฉพาะใช้ผ่านมือถือเพราะติดตัวอยู่แล้ว อาจจะช่วยให้พยาบาลทำงานในชุมชนได้ดีขึ้น เร็วขึ้น ยิ่งถ้ามีคำแนะนำด้วยว่าควรทำอะไร แต่คำแนะนำไม่ต้องลงรายละเอียดมากก็ได้ เอาแค่เป็นแนวทางว่าเรา [พยาบาล] ควรทำอะไรก็พอ อืม...ที่สำคัญสิ่งนั้นต้องไม่เพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงานจะดีมาก ๆ” (ผู้บริหารทางการแพทย์ในกลุ่มงานเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลชุมชน อายุ 59 ปี ประสบการณ์ 35 ปี)

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังระบุถึงโอกาสที่จะนำนวัตกรรมดังกล่าวไปใช้จริงที่บ้านหรือในบริบทการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ซึ่งมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งไม่ใช่เฉพาะพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิเท่านั้น แต่นักการกลุ่มอื่นก็สามารถใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมนั้นด้วย อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทางสุขภาพส่วนใหญ่ระบุว่ายังไม่ค่อยเข้าใจเกี่ยวกับระบบการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ รวมถึงเทคนิคที่นำมาใช้ในการพัฒนาอย่างการทำเหมืองข้อมูล (data mining) แต่พร้อมจะปรับ ยินดีให้ข้อมูลหรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาในฐานะผู้ใช้ ดังตัวอย่างคำกล่าวที่ว่า

“ไม่ใช่แค่พยาบาลเท่านั้นนะที่จะใช้ประโยชน์ แต่นักการ [ทางสาธารณสุข] อื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมไปถึงอสม. แต่ยังไม่เข้าใจนะว่าระบบเป็นอย่างไร ถ้าต้องการข้อมูลที่ต้องการนำไปใช้ก็ยินดี...” (นักกายภาพบำบัด อายุ 33 ปี ประสบการณ์ 10 ปี)

ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นนักพัฒนาโปรแกรมทางเทคโนโลยีที่แม้จะเคยพัฒนาโปรแกรมทางสุขภาพก็สะท้อนข้อมูลในอีกทิศทางว่า

“เรามีความรู้ว่าอะไรทำได้หรือไม่ได้ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ แต่อาจจะไม่เข้าใจสาระทางสุขภาพมากนัก และไม่รู้ว่าข้อมูลอะไรบ้าง ยังไงเราสามารถร่วมมือกันพัฒนานวัตกรรมได้ ขอแค่บอกมา” (นักพัฒนาโปรแกรม อายุ 45 ปี ประสบการณ์ 19 ปี)

1.3 ความต้องการในการพัฒนาระบบแนะนำการดูแลฯ พบว่า ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ มี 3 ประเด็นที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาระบบในอนาคตได้ ดังนี้

1.3.1 ความต้องการด้านองค์ประกอบที่ควรมีในระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ การประเมินและพยากรณ์ความเสี่ยงทางสุขภาพโดยรวมควรเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือตอบแบบสอบถาม

แบบออนไลน์ตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผ่านสมาร์ทโฟนหรืออุปกรณ์ดิจิทัลส่วนบุคคลที่พร้อมใช้งานในระยะไกลหรือในบริบทการดูแลที่บ้านหรือชุมชน จากนั้นนำสู่การวิเคราะห์ข้อมูลตามเงื่อนไขและตีความหมายข้อมูลแต่ละรายที่เที่ยงตรง ถูกต้องว่ามีความเสี่ยงทางสุขภาพระดับใด หรือมีความบกพร่องด้านใด ซึ่งระดับความเสี่ยงควรจำแนกทั้งปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนแบ่งเป็นระดับ (ตั้งแต่กลุ่มปกติหรือไม่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจนถึง กลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพมาก) และการให้คำแนะนำสำหรับพยาบาลในการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ควรระบุตามระดับความเสี่ยง โดยเน้นกิจกรรมเชิงรุกและเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลที่มีอยู่ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และจัดการปัญหาสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปคำแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลสำหรับพยาบาล

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการดูแล
การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ	
ประเมินปัญหาสุขภาพทั้งภาพรวมและเฉพาะเจาะจง	- ประเมินปัญหาสุขภาพ เช่น ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า อาการของกลุ่มอาการกระดูกและกล้ามเนื้อ ปัญหาในครอบครัว ปัญหาทางเศรษฐกิจ ซึ่งความถี่ตามระดับความเสี่ยงทางสุขภาพ
การดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลทางตรง	
สร้างเสริมสุขภาพจิต ป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิต	- เสริมทักษะการจัดการอารมณ์ของคนพิการและของตนเอง - สนับสนุนการจัดการสุขภาพจิตตนเอง การจัดการรายโรคและรายกรณี - บริการให้คำปรึกษาทั้งโดยตรง ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์
สุขภาพจิต	- บริการติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ - บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน - ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 สรุปคำแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลสำหรับพยาบาล (ต่อ)

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการดูแล
สร้างเสริมสุขภาพ ทางกาย ป้องกัน และ จัดการปัญหาสุขภาพ กาย	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้และฝึกทักษะการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค - ให้ความรู้การจัดการโรค (กรณีที่มีปัญหา) - สนับสนุนการจัดการสุขภาพกายตนเอง การจัดการรายโรคและรายกรณี - ปรับสิ่งแวดล้อมหรือสภาพบ้านที่เอื้อต่อการดูแลคนพิการและสุขภาพตนเอง - บริการให้คำปรึกษาทั้งโดยตรง ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ - บริการติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ - บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน - ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน
สร้างเสริมและ สนับสนุนสุขภาพ ทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - เสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ - สนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวร่วมในการดูแลคนพิการ - ให้ความรู้และฝึกทักษะการบริหารจัดการทางการเงิน - ประสานงานหรือจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ในการดูแล - ประสานงานหรือสนับสนุนการประกอบอาชีพ - พัฒนากลุ่มเครือข่ายผู้ดูแล สนับสนุนกิจกรรมกลุ่ม และแก้ปัญหาโดยกลุ่ม - ประสานงานปรึกษานักสังคมสงเคราะห์หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสวัสดิการสังคม - บริการให้คำปรึกษาทั้งโดยตรง ทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ - บริการติดตามทางโทรศัพท์ หรือทางไลน์ - บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน - ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์และการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน

1.3.2 ความต้องการด้านการนำเสนอ
บนหน้าจอ ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่า 1) การแสดงผลในหน้า
เว็บหรือช่องทางอื่น ๆ ควรนำเสนอข้อมูลผ่านทาง
เว็บไซต์ มีสื่อแบบสมาร์ตโฟน หรืออุปกรณ์เคลื่อนที่
เช่น แท็บเล็ต 2) การแสดงผลการวิเคราะห์ความเสี่ยง
ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล ควรสามารถเรียกดูทั้ง
รายบุคคลและรายกลุ่มญาติผู้ดูแล ตามช่วงเวลา 3)
การจำแนกกลุ่มผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแล
ควรให้สอดคล้องกับระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน
เช่น กลุ่มญาติผู้ดูแลตาม อสม.ที่รับผิดชอบ หรือ
กลุ่ม อสม.ตามพยาบาลชุมชนที่รับผิดชอบ และ 4)
การแสดงผลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพ

ควรนำเสนอเป็นภาพหรือสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย

1.3.3 ความต้องการด้านการควบคุม
มาตรฐานของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ
เนื่องจากอาจต้องระบุชื่อ-สกุล และรายละเอียดการติดต่อ
ไว้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้ควบคุมมาตรฐานของระบบ
แนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ 3 ประการ ได้แก่ 1)
การรักษาความลับหรือการปกป้องความเป็นส่วนตัว
ของข้อมูลผู้ใช้ และอนุญาตเฉพาะผู้ที่มีสิทธิ์ใน
การเข้าถึงข้อมูลเท่านั้น สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีสิทธิ์ต้องมี
ข้อกำหนดระดับผู้ใช้และควบคุมการเข้าถึงข้อมูล
หรือเรียกดูข้อมูล 2) การควบคุมข้อผิดพลาดของ
ระบบซึ่งเป็นเสมือนเกราะป้องกันผู้ที่ไม่ได้รับอนุญาต

เปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขระบบ และ 3) ความพร้อมใช้งานหรือความสามารถสำหรับผู้ใช้ในการเข้าถึงข้อมูลตลอดเวลาหรือเมื่อใดก็ตามที่ต้องการ โดยป้องกันความล้มเหลว และไม่อนุญาตให้ผู้ใช้หยุดระบบ

2. ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

ภายใต้ความร่วมมือของทีมนักวิจัยสาขาวิชาชีพ ทำให้ “ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย” ถูกพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม โดยผลลัพธ์การทำนายความเสี่ยงทางสุขภาพที่ได้ผลดีที่สุดและสอดคล้องกับการประเมินความเสี่ยงโดยผู้เชี่ยวชาญ คือ การประเมินด้วยโมเดลที่สร้างจากวิธีการโครงข่ายประสาทเทียม (neural network) ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการเรียนรู้ของเครื่องจักร (machine learning) ที่จำลองการทำงานของสมองมนุษย์ ผ่านการเรียนรู้กับข้อมูลในอดีต โดยโครงสร้างของโครงข่ายประสาทเทียมประกอบด้วยโครงข่ายที่มีโหนดการทำงาน 3 ชั้น ได้แก่ input layer, hidden layer และ output layer ซึ่งโหนดแต่ละโหนดในแต่ละชั้นเปรียบเสมือนเซลล์ประสาทในสมองมนุษย์ที่เชื่อมโยงกันทุกเซลล์ ดังนั้น โหนดใน input layer จะเชื่อมโยงกับทุกโหนดของ hidden layer และมีจำนวนโหนดเท่ากับจำนวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพ ส่วนโหนดของ hidden layer จะเชื่อมโยงกับ output layer ทุกโหนด และส่วนใหญ่กำหนดให้มีจำนวนโหนดมากกว่าชั้น input layer สองเท่า ส่วนจำนวนโหนดในชั้น output layer นั้น กำหนดให้มีจำนวนโหนดเท่ากับระดับความเสี่ยงทางสุขภาพ (health risk level)

นอกจากนี้ การเชื่อมโยงจะมีค่าน้ำหนัก (weight) กำกับแต่ละเส้นเชื่อมระหว่างโหนดเพื่อกำหนดความหนักแต่ละโหนด ส่วนวิธีการเรียนรู้ของโครงข่ายประสาทเทียมใช้วิธีการเรียนรู้แบบไป

ด้านหน้าและปรับค่าน้ำหนักแบบย้อนกลับด้วยขั้นตอนวิธีการ backpropagation กล่าวคือ ข้อมูลสำหรับการเรียนรู้จะถูกส่งจากโหนดในชั้น input layer ผ่านไปยังโหนดในชั้น hidden layer เพื่อประมวลผลและส่งผลลัพธ์ที่ได้ไปยังโหนดในชั้น output layer ต่อไป เพื่อวิเคราะห์ผลเป็นระดับความเสี่ยงทางสุขภาพ เมื่อได้ผลลัพธ์ออกมา ก็จะนำผลลัพธ์กับค่าเป้าหมายมาคำนวณเพื่อหาค่าความผิดพลาด (error) ที่ใช้สำหรับการปรับค่าน้ำหนักในแต่ละรอบของการเรียนรู้ โครงสร้างของโครงข่ายประสาทเทียมจะเรียนรู้ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้ค่าน้ำหนักที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการทำนายหรือประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ

ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ที่สร้างขึ้นนี้ สามารถตอบสนองการทำงานของผู้ใช้งานให้ใช้งานระบบได้ง่ายขึ้น โดยเน้นการบันทึกข้อมูลของญาติผู้ดูแลและคนพิการที่ดูแลอยู่ และเพื่อรักษาความปลอดภัยของข้อมูล จึงจำเป็นต้องกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลให้แก่ผู้ใช้ ซึ่งแบ่งกลุ่มผู้ใช้ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลระบบ (กำหนดสิทธิ์ให้แก่พยาบาลที่จะเป็นผู้สนับสนุนและติดตามสุขภาพของญาติผู้ดูแล) และ 2) กลุ่มพยาบาลหรืออาสาสมัครผู้ดูแลญาติผู้ดูแลและคนพิการในพื้นที่โดยตรง ส่วนองค์ประกอบของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ สามารถนำเสนอเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ส่วนการบริหารจัดการฐานข้อมูลที่เครื่องแม่ข่าย และส่วนการนำเสนอระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ บนเว็บไซต์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ส่วนการบริหารจัดการฐานข้อมูลที่เครื่องแม่ข่าย งานวิจัยนี้ใช้ MySQL เป็นฐานข้อมูลสำหรับเก็บข้อมูลที่เครื่องแม่ข่าย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลของญาติผู้ดูแลคนพิการ ข้อมูลของคนพิการ ข้อมูลของอาสาสมัคร และข้อมูลของพยาบาล 2) ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามออนไลน์ 3) ผลการประเมินและ

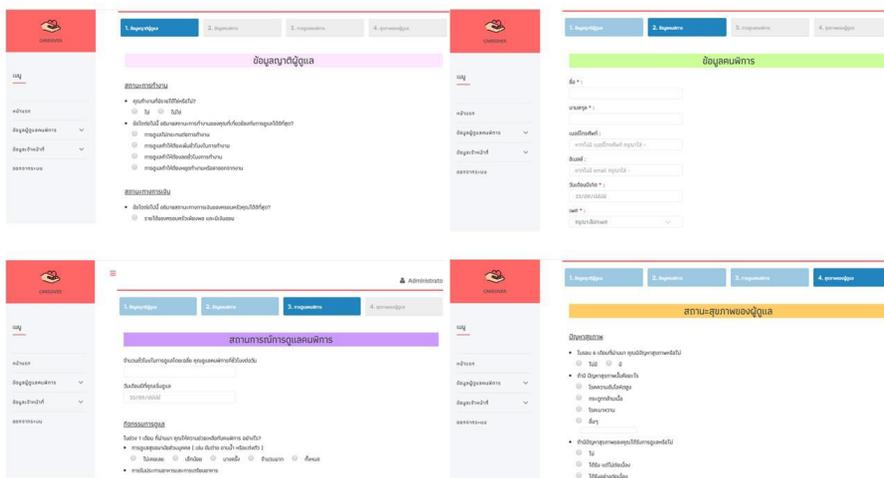
วิเคราะห์ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแล คนพิการ และ 4) คำแนะนำสำหรับพยาบาลที่ใช้ในการดูแล/ปรับปรุงสุขภาพของญาติผู้ดูแล

2.2 ส่วนการนำเสนอระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ บนเว็บไซต์ มีดังนี้

2.2.1 การลงทะเบียนผู้ใช้และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ สถานที่ติดต่อ และอีเมล ทั้งพยาบาลที่รับผิดชอบ อาสาสมัครที่รับผิดชอบ และญาติผู้ดูแลในพื้นที่

2.2.2 ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลญาติ

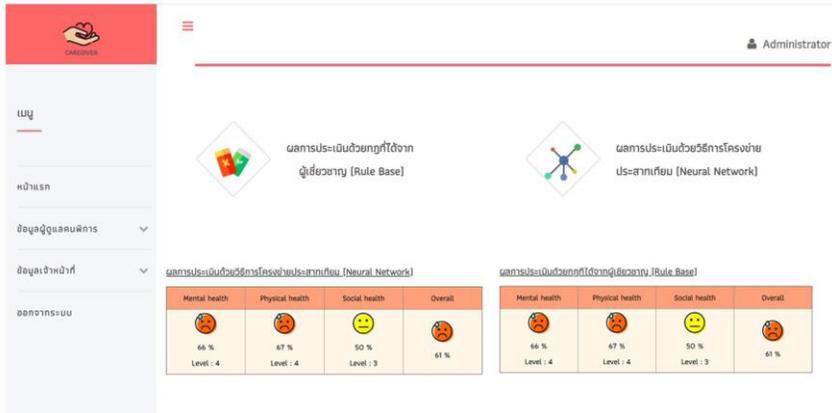
ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ และความเพียงพอของรายได้ 2) ข้อมูลคนพิการ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การประกอบอาชีพ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โรคร่วม และอุปกรณ์ช่วยเหลือ 3) ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคนพิการ กิจกรรมการดูแล ประสบการณ์ ความรับผิดชอบอื่น ข้อจำกัดการดูแล การได้รับการเตรียมการดูแล และการสนับสนุนการดูแล และ 4) ปัญหาสุขภาพ การจัดการปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานเพื่อการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ

2.2.3 ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพที่จำแนกเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่ระดับความเสี่ยงทางสุขภาพเป็น 0 จนถึงระดับ 5 (ตั้งแต่ ระดับกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงทางสุขภาพเลย จนถึง ระดับกลุ่มผิดปกติและความเสี่ยงทางสุขภาพมากที่สุดที่ต้องรีบแก้ไข โดยด่วน) ครอบคลุมสุขภาพจิต สุขภาวะกาย สุขภาวะทางสังคม และสุขภาพโดยรวม โดยเป็นการประเมินที่ได้จากกฎผู้เชี่ยวชาญ (rule base) ตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายความเสี่ยงทาง

สุขภาพของญาติผู้ดูแล และการประเมินด้วยวิธีการโครงข่ายประสาทเทียม ซึ่งให้ผลสอดคล้องกัน (ดังแสดงในภาพที่ 2) ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงของญาติผู้ดูแลแต่ละรายเป็นระยะ เพื่อความก้าวหน้าของการดูแล (ดังแสดงในภาพที่ 3) และพยาบาลยังสามารถเรียกดูข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลในภาพรวมทั้งตามความรับผิดชอบของ อสม. และทั้งพื้นที่ (ดังแสดงในภาพที่ 4)

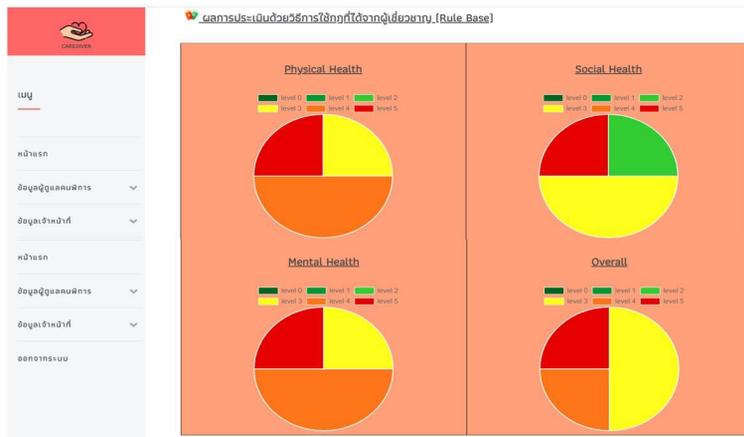


ภาพที่ 2 ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ

ตารางแสดงผลการประเมินย้อนหลังด้วยวิธีการใช้โครงข่ายประสาทเทียม (Neural Network)

Assessment Date	Mental health	Physical health	Social health	Overall
2018-10-19	😊 Level : 2	😊 Level : 2	😊 Level : 2	😊 Level : 2
2018-10-19	😊 Level : 2	😊 Level : 2	😊 Level : 2	😊 Level : 2
2018-05-22	😞 Level : 4	😐 Level : 3	😊 Level : 2	😐 Level : 3
2018-05-21	😡 Level : 5	😐 Level : 3	😞 Level : 4	😐 Level : 3

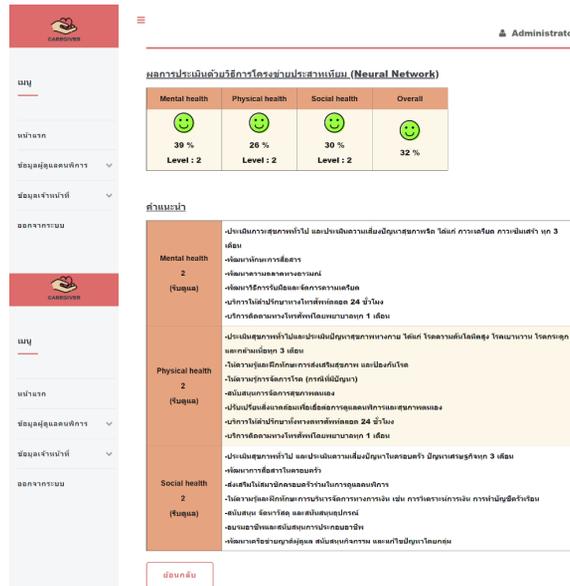
ภาพที่ 3 ข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลในแต่ละระยะ



ภาพที่ 4 ข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลในภาพรวม

2.2.4 คำแนะนำในการดูแลญาติผู้ดูแล สำหรับพยาบาลที่ตอบสนองต่อความเสี่ยงและเหมาะสมตามบริบทผู้ใช้บริการเป็นรายบุคคล (ดังแสดงในภาพที่ 5) เช่น ความเสี่ยงทางสุขภาพ ระดับ 0 และระดับ 1 เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคทั่วไป ความเสี่ยงทางสุขภาพระดับ 2 และ

ระดับ 3 เน้นการป้องกันโรคตามความเสี่ยง คัดกรองโรค รีบให้การดูแลตามความผิดปกติที่เกิดขึ้นและสนับสนุนการจัดการตนเอง ส่วนความเสี่ยงทางสุขภาพระดับ 4 และระดับ 5 เน้นการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ คัดกรองโรคแทรก รีบให้การดูแลแบบเร่งด่วน และจัดการปัญหาสุขภาพรายโรคและรายกรณี



ภาพที่ 5 คำแนะนำในการดูแลญาติผู้ดูแลตามความเสี่ยงทางสุขภาพสำหรับพยาบาล

3. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

การประเมินระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ โดยพยาบาล จำนวน 60 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.70 และมีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 26-55 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 43.23 ปี ($SD = 5.27$) ซึ่งผลการประเมินมีดังนี้

3.1 ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ พบว่า ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ มีประสิทธิภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.53, SD = .71$) โดยความเร็ว

ในการประมวลผลมีคะแนนสูงที่สุด ($M = 4.69, SD = .55$) รองลงมา คือ ความถูกต้องแม่นยำ ($M = 4.51, SD = .69$) และความสามารถในการให้บริการ ($M = 4.42, SD = .89$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ พบว่า ผู้ทดลองใช้ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ มีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32, SD = .84$) โดยมีความพึงพอใจด้านเนื้อหาสาระมากกว่าด้านการนำเสนอ ($M = 4.45, SD = .72$ และ $M = 4.22, SD = .96$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาด้านเนื้อหาสาระเป็นรายข้อ พบว่า ผู้ทดลองใช้ระบบมีความพึงพอใจ

3 ลำดับแรก คือ ตรงตามความต้องการ มากที่สุด ($M = 4.65, SD = .66$) รองลงมา คือ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ($M = 4.52, SD = .72$) และครอบคลุมตามความต้องการ ($M = 4.51, SD = .68$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สำหรับความพึงพอใจ

ด้านการนำเสนอ 3 ลำดับแรก คือ สื่อที่นำเสนอ น่าสนใจ มากที่สุด ($M = 4.72, SD = .50$) รองลงมา คือ จัดหมวดหมู่เป็นขั้นตอน ไม่เสียเวลาเรียนรู้ ($M = 4.70, SD = .57$) และสวยงาม ($M = 4.60, SD = .75$) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลประสิทธิภาพและความพึงพอใจ ต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

หัวข้อ	M	SD	การแปลผล
ประสิทธิภาพของระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ในภาพรวม	4.53	.71	ดีมาก
- ความเร็วในการประมวลผล	4.69	.55	ดีมาก
- ความถูกต้องแม่นยำ	4.51	.69	ดีมาก
- ความสามารถในการให้บริการ	4.42	.89	ดี
ความพึงพอใจต่อระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ในภาพรวม	4.32	.84	มาก
1. ด้านเนื้อหาสาระ	4.45	.72	มาก
- เนื้อหาตรงตามความต้องการ	4.65	.66	ดีมาก
- เนื้อหานำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	4.52	.76	ดีมาก
- เนื้อหาครอบคลุมตามความต้องการ	4.51	.68	ดีมาก
- เนื้อหามีความทันสมัย	4.45	.67	ดี
- เนื้อหาประกอบสื่อเหมาะสม	4.33	.55	ดี
- เนื้อหาเข้าใจง่าย	4.22	.98	ดี
2. ด้านการนำเสนอ	4.22	.96	ดี
- สื่อที่นำเสนอ น่าสนใจ	4.72	.50	ดีมาก
- จัดหมวดหมู่เป็นขั้นตอน ไม่เสียเวลาเรียนรู้	4.57	.75	ดีมาก
- สวยงาม	4.55	.99	ดีมาก
- ภาษาที่ใช้เข้าใจง่าย	4.01	1.10	ดี
- แบ่งส่วนมองเห็นชัดเจน	3.95	1.18	ดี
- ลักษณะและขนาดตัวอักษรเหมาะสม	3.56	1.22	ดี

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายเป็นเทคโนโลยีทางสุขภาพขั้นแรกที่สนับสนุนพยาบาลในการทำบทบาทการดูแลญาติผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรมใน

ประเทศไทย โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพผู้มีภาวะเรื้อรังอย่างคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในบริบทครอบครัวและชุมชนไทย โดยระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ นี้ สามารถประเมินและจำแนกความเสี่ยงทางสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว

หรือทางร่างกายเป็นรายบุคคล ผ่านกฎผู้เชี่ยวชาญ และวิธีการโครงข่ายประสาทเทียม ที่มีความถูกต้อง สะดวก และรวดเร็ว ร่วมกับให้คำแนะนำในการดูแล ญาติผู้ดูแลที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวแบบ ออนไลน์ ดังจะเห็นได้จากผลการทดลองใช้กับ พยาบาลชุมชนที่ประเมินว่า ประสิทธิภาพในภาพรวม ความเร็วในการประมวลผล และความถูกต้อง แม่นยำ อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งถือว่าเป็นจุดแข็งของ ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ได้รับการพัฒนา ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา จำนวน 2 วงรอบ เริ่มตั้งแต่การศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการ ในการพัฒนาระบบจากมุมมองพยาบาลชุมชนที่เป็น ผู้ใช้ระบบและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง (R1) จากนั้น นำมาสร้างระบบ (D1) ด้วยกระบวนการที่หลากหลาย ทั้งการสังเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิเชิงคุณภาพ ผ่าน การกรองข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการนำข้อมูล ทฤษฎีภูมิเชิงปริมาณอย่างชุดข้อมูลญาติผู้ดูแล ที่ได้ มาจากผลการวิจัยบนพื้นฐานบริบทการดูแลคน พิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายในสังคมไทย มาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ผ่านการใช้เทคนิคการทำเหมือง ข้อมูล ซึ่งเป็นเทคนิคการจัดการข้อมูลที่มากกว่า การจัดทำฐานข้อมูลปกติ (เอกสิทธิ์ พืชรวงศ์ศักดิ์, 2557) จากนั้นนำต้นแบบระบบแนะนำการดูแลญาติ ผู้ดูแลฯ ไปทดลองใช้จริงกับพยาบาลชุมชน (R2) สุดท้าย คือ นำผลการประเมินการใช้จริงและขอ เสนอแนะมาปรับปรุงระบบอีกครั้ง (D2)

นอกจากนี้ ระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลฯ ยังให้คำแนะนำสำหรับพยาบาลที่ใช้ระบบในการดูแล สุขภาพญาติผู้ดูแลตามระดับความเสี่ยงรายบุคคล ซึ่งเอื้อให้พยาบาลชุมชนและบุคลากรอื่นดูแลสุขภาพ ญาติผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังผลการประเมินความพึงพอใจ ที่พบว่าเมื่อหาสอดคล้องตรงตามความต้องการ

มากที่สุด รองลงมา คือ นำไปใช้ประโยชน์ได้จริง ครอบคลุมตามความต้องการ ที่ื่อนำเสนอน่าสนใจ จัดหมวดหมู่เป็นขั้นตอน ไม่เสียเวลาเรียนรู้ และ สวยงาม ที่อยู่ในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนา เทคโนโลยีทางสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อการจัด บริการสาธารณสุข เช่น การแนะนำการดูแลสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิ (Han et al., 2018) ทั้งนี้อาจ เนื่องจากการศึกษาความเป็นไปได้และความต้องการ ในการพัฒนาระบบจากมุมมองพยาบาลชุมชนที่ เป็นผู้ใช้ระบบและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการ ประยุกต์ “โมเดลคู่ที่การดูแล (Khu-Thae for Care Model)” ของวรรณรัตน์ ลาวัง (Lawang, 2013) ที่ได้ออกแบบผ่านรูปแบบชีวิตนิเวศวิทยาของ Bronfenbrenner (2005) ซึ่งอธิบายภาพกว้างของ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพของญาติผู้ดูแล คนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไว้ครบ ทุกด้าน ทั้งปัจจัยที่เป็นคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล และคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ปัจจัยบริบทสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ญาติผู้ดูแลเข้าไปมี ปฏิสัมพันธ์ทางตรงและทางอ้อม ปัจจัยกระบวนการ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างญาติผู้ดูแลกับคนพิการ และระหว่างญาติผู้ดูแลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว และ สุดท้าย เวลาที่เปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างของแต่ละ บุคคล จึงสามารถประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพของ ญาติผู้ดูแล และให้คำแนะนำที่เหมาะสมให้พยาบาล ได้วางแผนการดูแลญาติผู้ดูแลเป็นรายบุคคล

ผลที่ได้จากการศึกษาระบบแนะนำการดูแล ญาติผู้ดูแลฯ สนองตอบต่อนโยบายการจัดบริการ สุขภาพยุค Thailand 4.0 และช่วยส่งเสริมนโยบาย การดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังระยะยาวที่ดี คือ การจัด บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้มีภาวะเรื้อรัง ผ่านการส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ดูแลที่บ้าน ภายใต้การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ทั้งหุ้นส่วนชุมชนอย่าง อสม. หรือทีมสุขภาพเชิงรุก

อย่างพยาบาลชุมชน เพื่อให้คนพิการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารในระบบการดูแลระดับปฐมภูมิ ควรเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และสนับสนุนให้พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลชุมชนหรือบุคลากรสุขภาพที่ทำงานภาคสนาม ได้นำระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไปใช้อย่างจริงจัง ในการดูแลสุขภาพญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย/ผู้ที่มีข้อจำกัดแบบเดียวกัน เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแลแต่ละราย นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ญาติผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีและสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลผลลัพธ์การนำระบบแนะนำการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายไปใช้ ว่าช่วยสนับสนุนการดูแลญาติผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกายและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ตามมา เพื่อนำผลที่ได้ไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อเนื่อง ถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพระยะยาว นอกจากนี้ควรมีการวิจัยและพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีทางสุขภาพเพื่อการดูแลญาติผู้ที่มีภาวะเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). *รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://nadt.or.th/en/stat60.html>

ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97-109.

ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2560). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS* (พิมพ์ครั้งที่ 17). กรุงเทพฯ: บิสนิเนสฮาร์แอนด์ดี.ปองพล นิลพฤกษ์, และกิริติบุตร กาญจนเสถียร. (2560). ระบบแนะนำกิจกรรมสำหรับการลดน้ำหนักโดยการประยุกต์ใช้ฐานความรู้แบบออนโทโลยี. *วารสารวิจัยราชชมงคลกรุงเทพ*, 11(1), 8-16.

วิไล คุปต์นริตติศัยกุล, พวงแก้ว ธิติสกุลชัย, สุพิน สาริกา, และศิริลักษณ์ แก้วนารี. (2561). ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: การศึกษาสหสถาบัน. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 28(1), 8-14.

วิไลวรรณ แสนชนะ. (2559). ระบบแนะนำการนวดไทยเพื่อการบำบัดรักษา. *วารสารเทคโนโลยีสารสนเทศ*, 12(2), 42-50.

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ยุทธศาสตร์เทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560-2569)*. สืบค้นจาก https://ict.moph.go.th/upload_file/files/eHealth_Strategy_THAI_16NOV17.pdf

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจความพิการ พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสวัสดิการสังคม/ความพิการ/2560/full_report_60.pdf
- เอกสิทธิ์ พัชรวงศ์ศักดิ์. (2557). *การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคดาต้า ไม่นิ่ง เบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ดาต้า คิวบี.
- Bronfenbrenner, U. (Ed.). (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. California: SAGE Publications.
- Han, Q., de Troya, Í. M. d. R., Ji, M., Gaur, M., & Zejnilovic, L. (2018). A collaborative filtering recommender system in primary care: Towards a trusting patient-doctor relationship. In *Paper presented at the 2018 IEEE International Conference on Healthcare Informatics (ICHI)*.
- Lawang, W. (2013). *Developing support for Thai family caregivers of adults with a physical disability: A community-based action research study* (Doctoral dissertation). Melbourne: La Trobe University.
- Lawang, W., Horey, D. E., & Blackford, J. (2015). Family caregivers of adults with acquired physical disability: Thai case-control study. *International Journal of Nursing Practice, 21*(1), 70–77. doi:10.1111/ijn.12215
- Muller-Kluit, N., & Slabbert, I. (2018). Caregiver burden as depicted by family caregivers of persons with physical disabilities. *Social Work/ Maatskaplike Werk, 54*(4), 493–502. doi:10.15270/54-4-676
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- The Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. (2019). *Disability at a glance 2019: Investing in accessibility in Asia and the Pacific*. Retrieved from <https://www.unescap.org/sites/default/files/publications/SDD-DAG-2019.pdf>

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในผู้ดูแล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*

Factors Related to Caregiving among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery*

วรรณวีการ์ ใจกล้า, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Wanwika Jaikla, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

อุษณีย์ จินตะเวช, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)² ศรีมนา นิยมคำ, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Usanee Jintrawet, Ph.D. (Nursing Science)² Srimana Niyomkar, Ph.D. (Nursing)³

Received: September 19, 2021 Revised: October 13, 2021 Accepted: November 2, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาการดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกรมเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .80

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: wanwika_j@cmu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบสอบถามการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมในระดับสูง ($M = 108.35, SD = 22.66$) ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .230, p < .05$ และ $r = .340, p < .01$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรสนับสนุนการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อีกทั้งควรส่งเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแล โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจ

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine caregiving and the relationship of family hardiness and social support to caregiving among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. The samples were 85 caregivers providing care for children with congenital heart disease after cardiac surgery hospitalized in pediatric general ward of three tertiary hospitals in the Northern and one heart center of the Northeast, Thailand. The research instruments included the personal information questionnaire, the Family Hardiness Index Questionnaire with reliability as .80, the social support questionnaire with reliability as .89, and the caregiving among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery questionnaire with reliability as .89. Data were collected from September, 2019 to August, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the total mean score of caregiving among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery was at a high level ($M = 108.35, SD = 22.66$). Family hardiness and social support were positively statistically significant related to caregiving among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery ($r_s = .230, p < .05$ and $r = .340, p < .01$, respectively).

This research suggests that nurses should provide caregiving of children after cardiac surgery to caregivers as well as promote family hardiness and social support to caregivers. As such, caregivers can provide effective care to children after cardiac surgery.

Keywords: Caregivers, Congenital heart disease, Cardiac surgery

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นความผิดปกติของโครงสร้าง การทำหน้าที่ของหัวใจหรือหลอดเลือดในทรวงอก (Gazit, Huddleston, Checchia, Fehr, & Pezzella, 2010) ที่เกิดขึ้นกับทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา (กรกนก สุขพันธ์, 2556) ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรค 5-10 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (Hoffman, 2013) และพบอุบัติการณ์สูงสุดในทวีปเอเชีย (van der Linde et al., 2011) โดยประเทศไทยพบอุบัติการณ์ 7-8 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (มัสลิน จันทร์ผา, วนิตา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิธย์, 2561) จากสถิติทั่วโลกพบว่า โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เสียชีวิตร้อยละ 65 และชนิดเสียชีวิตร้อยละ 35 (ชนะรัตน์ ulyangkur, สมพันธ์ กลั่นดีมา, และแพรวดาว พันธุ์รัตน์, 2559) โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เสียชีวิตพบมากที่สุด คือ การมีรูเปิดที่ผนังกันหัวใจห้องล่าง ซึ่งพบอุบัติการณ์ 2.62 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน รองลงมา คือ การมีรูเปิดที่ผนังกันหัวใจห้องบน (Calkoen et al., 2016) และการมีรูเปิดที่ผนังกันระหว่างหัวใจห้องบนกับล่าง ซึ่งมีอุบัติการณ์ 0.40 คน ต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (van der Linde et al., 2011) ทั้งนี้ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561) เพื่อให้โครงสร้างของหัวใจเป็นปกติ ซึ่งสถิติการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวน 2,014 คน 1,991 คน

และ 2,218 คน ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2562) โดยร้อยละ 50 ของเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดมีอายุน้อยกว่า 10 ปี (Sakornpant & Kojaranjit, 2014)

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดที่ใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมทดแทนการทำหน้าที่ของหัวใจระหว่างการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Agarwal, Wolfram, Saville, Donahue, & Bichell, 2014) และการเสียชีวิตหลังผ่าตัด (Gaies et al., 2016) ดังนั้น หลังผ่าตัดเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรคหัวใจหรือหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก จนกระทั่งอาการคงที่ จากนั้นจึงย้ายเด็กมารับการดูแลที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โดยเด็กต้องมีความรู้สึกตัวดี และยังคงมีต่อระบายจากแผลผ่าตัด บริเวณทรวงอกต่อลงขวด คาสายสวนปัสสาวะ คาสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางหรือหลอดเลือดดำส่วนปลาย ร่วมกับได้รับยาหรือสารละลายทางหลอดเลือดดำ ได้รับออกซิเจนทางหน้ากากหรือทางสายยางคู่เข้าช่องจมูก โดยในหอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ผู้ดูแลประกอบด้วยบิดา มารดา หรือสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตั้งแต่เข้ารับการรักษาเพื่อการผ่าตัดหัวใจและพักฟื้นหลังผ่าตัด ซึ่งมีส่วนช่วยบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลเด็ก เนื่องจากเด็กช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้น้อย และพึ่งพาผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ (สุกัญญา สอนสี, ญณี พงศ์ตุรวิทย์, และนุจรีย์ ไชยมงคล,

2560) ไม่สามารถเข้าใจเหตุผลเชิงนามธรรมและตัดสินใจด้วยตนเองได้ (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2560) ประกอบกับผู้ดูแลเข้าใจลักษณะนิสัยและพฤติกรรมของเด็กมากกว่าบุคลากรที่มีสุขภาพ ทำให้ตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม (Lam, Chang, & Morrissey, 2006) จึงช่วยลดระยะเวลาการพักฟื้น (Welch, Check, & O'Shea, 2017) และลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจำหน่ายกลับบ้าน (Bastani, Abadi, & Haghani, 2015)

การดูแลในผู้ดูแล หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ในด้านร่างกาย ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านจิตใจ โดยการดูแลด้านร่างกายเป็นการกระทำของผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาลเป็นการกระทำของผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือเด็กขณะเด็กได้รับการทำหัตถการหรือกิจกรรมการพยาบาลและการช่วยดูแลอุปกรณ์ที่ช่วยในการรักษา สำหรับการดูแลด้านจิตใจเป็นการกระทำของผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือเด็กเกี่ยวกับสภาพจิตใจและอารมณ์ โดยการศึกษาที่ผ่านมาเน้นการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะอยู่ที่บ้านและมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งพบว่า การดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (จุฑามาศ พายจะโปะ, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และศักดิ์ อาจองค์ วัลลิภากร, 2560; ชญาภา วันทุม และสุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2555) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของบิดามารดาในการจัดการความปวดของเด็กหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ดูแลด้านอารมณ์ของเด็ก มากที่สุด รองลงมา คือ ดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของเด็ก (He, Polkki, Pietila, & Vehvilainen-Julkunen, 2006)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยความเข้มแข็งของครอบครัว (จุฑามาศ พายจะโปะ และคณะ, 2560) และการสนับสนุนทางสังคม (Chaisom, Yenbut, Chontawan, Soivong, & Patumanond, 2010) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพในการทำหัตถ์และความยืดหยุ่นในการปรับตัวของครอบครัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อบุคลิกภาพและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว (Woodson, Thakkar, Burbage, Kichler, & Nabors, 2015) และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นการช่วยเหลือบุคคลในรูปแบบต่างๆ ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล (พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และประนอม โอทกานนท์, 2560)

ความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัวที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยน และแบ่งบทบาทหน้าที่กันอย่างเหมาะสม ขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการแบ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถทำหน้าที่ดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีกับเด็ก (Woodson et al., 2015) ทั้งนี้ ความเข้มแข็งของครอบครัวตามแนวคิดของ McCubbin, McCubbin, and Thompson (1987) หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวถึงความสามารถในการควบคุมผลลัพธ์ของเหตุการณ์หรือความยากลำบากในชีวิต การมองการเปลี่ยนแปลงว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์และทำให้เกิดการพัฒนา การวางแผนล่วงหน้าในการปรับตัวและจัดการกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด

ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ในด้านการควบคุม ความทำทนาย และความมุ่งมั่นผูกพัน ขณะที่ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โดยครอบครัวจะมีส่วนช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความสุขร่างกายที่ดี จิตใจเข้มแข็ง และสามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของจุฑามาศ พายจะโปะ และคณะ (2560) พบว่าความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่ทำให้นักคล้รับรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ได้รับ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมเมื่อเผชิญปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตทำให้นักคลสามารถดูแลตนเองและบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้ดูแล คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล เพื่ออยู่เฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อช่วยให้การดูแลเด็กมีประสิทธิภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในการได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ขณะที่ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจที่หอผู้ป่วยได้ โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 2 แหล่ง คือ

1) มีความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน และผู้ดูแลเด็กคนอื่น และ 2) มีความสัมพันธ์แบบเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ จากการศึกษาของ Chaisom et al. (2010) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

การศึกษารูดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ผ่านมา เป็นการศึกษาการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่ที่บ้านและมาติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก (จุฑามาศ พายจะโปะ และคณะ, 2560; สุกมาส สร้อยเพชร, อุษณีย์ จินตะเวช, และ จุฑารัตน์ มีสุขโข, 2562) และการศึกษาการดูแลในผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจและผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดในระบบอื่น ๆ ขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสัลยกรรม (He et al., 2006) ซึ่งการดูแลเด็กมีความแตกต่างกันและผลการศึกษายังมีความแตกต่างกัน อาจทำให้ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายถึงการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมได้อย่างครอบคลุม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาล และส่งเสริมการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม

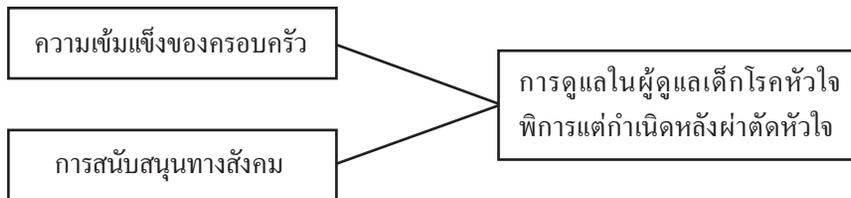
สมมติฐานการวิจัย

ความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเป็นการกระทำหรือกิจกรรมของผู้ดูแลในด้านร่างกาย ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านจิตใจ สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

คือ 1) ปัจจัยความเข้มแข็งของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการปรับตัวและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวขณะที่ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ตามแนวคิดของ McCubbin et al. (1987) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การควบคุม ความท้าทาย และความมุ่งมั่นผูกพัน และ 2) ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในการได้รับความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้สามารถดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้ ตามแนวคิดของ House (1981) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ทั้งนี้ ความเข้มแข็งของครอบครัวและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มาก น่าจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลที่อยู่เฝ้าและดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD, ASD และ AVSD ที่มีอายุ 1 เดือนถึง 6 ปี หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 เนื่องจากเป็นขนาดตัวอย่างระดับปานกลางที่เหมาะสมในการวิจัย (Polit, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย และประสบการณ์การดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ และข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัด และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้

จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ของเสริมศรี สันตติ (Santati, 2006) ที่แปลย้อนกลับตามแบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว ของ McCubbin et al. (1987) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุม จำนวน 6 ข้อ ด้านความท้าทาย จำนวน 6 ข้อ และด้านความมุ่งมั่นผูกพัน จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ข้อความนั้นผิด ข้อความนั้นผิดเกือบทั้งหมด ข้อความนั้นถูกต้องเกือบทั้งหมด และข้อความนั้นถูกต้อง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ที่มีความเข้มแข็งของครอบครัวในระดับน้อย (0-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20.01-40.01 คะแนน) และในระดับมาก (40.02-60.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุน ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการประเมิน จำนวน 6 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 27 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการแปลผล

คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (27-63 คะแนน) ในระดับปานกลาง (63.01-99.01 คะแนน) และในระดับมาก (99.02-135.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 25 ข้อ และด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่ได้ดูแลเลย/ไม่มีกิจกรรมให้ดูแล ดูแลเป็นส่วนน้อย ดูแลบางครั้ง ดูแลบ่อยครั้ง และดูแลทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการดูแลในระดับต่ำ (0-46.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46.67-93.33 คะแนน) และในระดับสูง (93.34-140.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยกุมารแพทย์ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง พยาบาล (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92 และ .97 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความเข้มแข็งของครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80, .89 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 085/2019 วันที่ 16 พฤษภาคม 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือแห่งที่ 1 (เอกสารรับรอง เลขที่ 123/62COA-NUR 085/62 วันที่ 16 พฤษภาคม 2562) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือแห่งที่ 2 (เอกสารรับรอง เลขที่ 55/2562 วันที่ 26 มิถุนายน 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือแห่งที่ 3 (เอกสารรับรอง เลขที่ อว 8393(7)/6009 วันที่ 19 สิงหาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 37/2562 วันที่ 12 กันยายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และผู้อำนวยการศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 2 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี และไม่ได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม แต่ละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลคนละ 1 แห่ง (ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในภาคเหนือ 1 แห่ง) โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยสามัญกรรมเวชกรรม แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนสิงหาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความเข้มแข็งของครอบครัว ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัวกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสปีร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 84.70 มีอายุอยู่ในช่วง 20–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.21 ปี ($SD = 9.96$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.20 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท

ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.10 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 75.30 และเคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 50.60

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่า เด็กเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.90 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 1 ปี ถึง 3 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 1.70 ปี ($SD = 1.53$) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.60 อายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ คือ แรกเกิด ถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 84.70 ชนิดการผ่าตัด คือ VSD closure คิดเป็นร้อยละ 61.20 และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ คือ มากกว่า 7 วัน คิดเป็นร้อยละ 61.20 โดยมีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาฯ เฉลี่ย 9.09 วัน ($SD = 5.08$)

2. ความเข้มแข็งของครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งของครอบครัวโดยรวมในระดับมาก ($M = 46.22, SD = 9.68$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งของครอบครัวในระดับมากที่สุด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการควบคุม ($M = 12.49, SD = 4.01$) ด้านความท้าทาย ($M = 13.44, SD = 3.33$) และด้านความมุ่งมั่นผูกพัน ($M = 20.29, SD = 4.28$)

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก ($M = 99.58, SD = 14.16$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด 2 ด้าน คือ

ด้านอารมณ์ ($M = 34.41, SD = 5.38$) และด้านการประเมิน ($M = 22.85, SD = 3.67$) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 24.42, SD = 5.85$) และด้านทรัพยากร ($M = 17.89, SD = 3.87$)

4. การดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมในระดับสูง ($M = 108.35, SD = 22.66$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลในระดับสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ($M = 23.51, SD = 3.97$) ด้านกิจกรรม

การพยาบาล ($M = 75.05, SD = 19.58$) และด้านจิตใจ ($M = 9.80, SD = 2.25$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .230, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .340, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ($n = 85$)

ตัวแปร	การดูแล	
	r	p
ความเข้มแข็งของครอบครัว	.230 (r_s)	.035
การสนับสนุนทางสังคม	.340	.001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมและรายด้านในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วยโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 75.30) ซึ่งมารดาเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็ก จึงเข้าใจและตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม

และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.70) ซึ่งมีความนุ่มนวลและอ่อนโยนในการดูแลเด็ก ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–40 ปี (ร้อยละ 82.30) โดยจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่บุคคลมีสติปัญญาและวุฒิภาวะสูงสุด มีความคิดเป็นระบบ สามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกษร เกษมสุข และอุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) นอกจากนี้ ผู้ดูแลครึ่งหนึ่งยังเคยมีประสบการณ์

การดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ร้อยละ 50.60) จึงมีความคุ้นเคยกับความเจ็บป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล ทำให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม (Abdelkader, Arabiat, Holmes, & Hamdan-Mansour, 2016)

การที่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวม และรายด้านในระดับสูง ยังอาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ ได้รับการวินิจฉัยโรคในช่วงแรกเกิด ถึง 1 ปี (ร้อยละ 84.70) ซึ่งการที่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคเร็ว ทำให้ผู้ดูแล ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ดูแลมีเวลาในการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม จึงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม (Elshazali, Shazali, Yousif, & Osman, 2018) และเด็กส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลครั้งนี้มากกว่า 7 วัน (ร้อยละ 61.20) ผู้ดูแลจึงมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์การดูแลเด็ก ในโรงพยาบาลมากขึ้น (Abdelkader et al., 2015) ประกอบกับเด็กส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด VSD closure (ร้อยละ 61.20) ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ไม่ซับซ้อน และผู้ดูแลได้รับความรู้จากบุคลากรทีมสุขภาพก่อนผ่าตัด เกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยพบว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ McCubbins et al. (1987) ได้ว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความสามารถของสมาชิก ในครอบครัวเกี่ยวกับการปรับตัวและจัดการกับ ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว ขณะที่ผู้ดูแลอยู่เฝ้า และดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ซึ่งความเข้มแข็ง ของครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนภายในครอบครัว ที่ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยน และแบ่งบทบาทหน้าที่กันอย่างเหมาะสม ขณะที่เด็ก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งของ ครอบครัวโดยรวมและรายด้านในระดับมาก ได้แก่ ด้านการควบคุม ด้านความท้าทาย และด้านความมุ่งมั่น ผูกพัน แสดงให้เห็นว่า ความเข้มแข็งของครอบครัว ที่มาก ทำให้ผู้ดูแลมีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างเหมาะสม โดยขณะที่ ผู้ดูแลอยู่เฝ้าและดูแลเด็กในโรงพยาบาล จะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และการดำเนินชีวิตของ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว (Lam et al., 2006) ดังนั้น ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งมาก สมาชิกใน ครอบครัวจะมีความรักใคร่สามัคคีกัน ช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งใหม่ สามารถปรับตัว ในการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้ เหมาะสม ผู้ดูแลจึงสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัว และดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑามาศ พายจะโปะ และคณะ (2560) ที่พบว่า ความเข้มแข็งของ ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลใน ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ขณะพักฟื้นที่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในผู้ดูแลเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ House (1981) ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด หัวใจในการได้รับความช่วยเหลือ ขณะที่ผู้ดูแลอยู่เฝ้า และดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด หัวใจที่หอผู้ป่วยสามัญกุมารเวชกรรม ประกอบด้วย

4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ด้านอารมณ์ และด้านการประเมิน ในระดับมาก ส่วนด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร มีคะแนนเฉลี่ย ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างเหมาะสม และการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่า (Ikiza & Cakarab, 2010) มีความรู้ (Diniz, Santos, & Koller, 2017) รู้สึกมั่นใจ สามารถรับมือและเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลเด็กในโรงพยาบาลได้ (Wray & Maynard, 2006) ทำให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chaisom et al. (2010) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล ในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรสนับสนุนการดูแลเด็ก หลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล โดยจัดกลุ่มแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแลในการดูแลเด็กหลัง ผ่าตัดหัวใจ จัดทำแผ่นพับ คู่มือ หรือสื่อการสอน เกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อีกทั้งควรส่งเสริม ความเข้มแข็งของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ในผู้ดูแลให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีการดูแลเด็ก หลังผ่าตัดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 อาจารย์พยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหา หรือประเด็นเกี่ยวกับการส่งเสริมความเข้มแข็งของ ครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมในการเรียน การสอน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลที่โรงพยาบาล

ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ชนิดไม่เขียวในโรงพยาบาลในกลุ่มอายุอื่น และศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจชนิดไม่เขียวใน โรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กรกนก สุขพันธ์. (2556). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ใน สุรีย์ เลขาบรรณวิจิตร (บ.ก.), *พยาธิวิทยา ของโรคหัวใจ* (น. 33–81). โรงพิมพ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกษร เกษมสุข, และอุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561). การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. *วารสารแพทยสาร ทหารอากาศ*, 64(3), 101–107.
- จุฑามาศ พายจะโปะ, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และ ศักดา อัจจงค์ วัลลิภากร. (2560). ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก วัยแรกเกิด–5 ปี หลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 40(4), 134–141.
- ชญาภา วันทุม, และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2555). การเสริมสร้างสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล. *วารสาร พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 1–9.
- ธนรัตน์ ลยางกูร, สมพันธ์ กลั่นดีมา, และแพรวดาว พันธุ์รัตน์. (2559). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่รุนแรงในทารกแรกเกิด. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(4), 16–21.

- พรพิมล เพ็ชรบุรี, ชมชื่น สมประเสริฐ, และประนอม โอทกานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35*(2), 188–197.
- พิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2560). *การพยาบาลเด็กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรดี้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- มัสลิน จันท์ผา, วนิตา เสน่สุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทนิตย์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 36*(1), 73–86.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2561). *เกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมกุมารแพทย์โรคหัวใจ เพื่อประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านหัตถการปฏิบัติรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20180807133907.pdf>
- ศุภมาส สร้อยเพชร, อุษณีย์ จินตะเวช, และจุฑารัตน์ มีสุขโข. (2562). พฤติกรรมการดูแลของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *พยาบาลสาร, 46*(1), 102–113.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2562). *สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544–ปัจจุบัน*. สืบค้นจาก http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212
- สุกัญญา สอนสี, ยูนี พงศ์จตุรวิทย์, และนุจรี ไชยมงคล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมการเล่นแก่บุตรวัยก่อนเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28*(1), 90–99.
- สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Abdelkader, R., Arabiat, D. H., Holmes, S. L., & Hamdan-Mansour, A. (2016). Socio-demographic correlates of parents' participation in care of a hospitalized child: A perspective from a developing country. *Journal of Child Health Care, 20*(3), 374–383. doi:10.1177/1367493515598650
- Agarwal, H. S., Wolfram, K. B., Saville, B. R., Donahue, B. S., & Bichell, D. P. (2014). Postoperative complications and association with outcomes in pediatric cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 148*(2), 609–616. doi:10.1016/j.jtcvs.2013.10.031
- Bastani, F., Abadi, T. A., & Haghani, H. (2015). Effect of family-centered care on improving parental satisfaction and reducing readmission among premature infants: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9*(1), SC04–SC08. doi:10.7860/JCDR/2015/10356.5444

- Calkoen, E. E., Hazekamp, M. G., Blom, N. A., Elders, B. B. L. J., Gittenberger-de Groot, A. C., Haak, M. C., ... Jongbloed, M. R. M. (2016). Atrioventricular septal defect: From embryonic development to long-term follow-up. *International Journal of Cardiology*, *202*, 784–795. doi:10.1016/j.ijcard.2015.09.081
- Chaisom, P., Yenbut, J., Chontawan, R., Soivong, P., & Patumanond, J. (2010). Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, *9*(2), 193–200.
- Diniz, E., Santos, L. S., & Koller, S. H. (2017). Social support as moderator of knowledge about infant development in adolescent mothers. *Paideia (Ribeirao Preto)*, *28*(68), 281–289. doi:10.1590/1982-43272768201705
- Elshazali, O. H., Shazali, H. O. H. E., Yousif, E. M. A., & Osman, H. E. S. (2018). Parent's knowledge about diagnosis and management of their children with congenital heart diseases in Khartoum, Sudan. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, *8*(6), 262–266. doi:10.15406/jpnc.2018.08.00353
- Gaies, M., Pasquali, S. K., Donohue, J. E., Dimick, J. B., Limbach, S., Burnham, N., ... Mascio, C. E. (2016). Seminal postoperative complications and mode of death after pediatric cardiac surgical procedures. *The Annals of Thoracic Surgery*, *102*(2), 628–635. doi:10.1016/j.athoracsur.2016.02.043
- Gazit, A. Z., Huddleston, C. B., Checchia, D. A., Fehr, J., & Pezzella, A. T. (2010). Care of the pediatric cardiac surgery patient--part 1. *Current Problem Surgery*, *47*(3), 185–250. doi:10.1067/j.cpsurg.2009.11.006
- He, H. G., Polkki, T., Pietila, A. M., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2006). Chinese parent's use of nonpharmacological methods in children's postoperative pain relief. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *20*(1), 2–9. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00373.x
- Hoffman, J. I. (2013). The global burden of congenital heart disease. *Cardiovascular Journal of Africa*, *24*(4), 141–145. doi:10.5830/CVJA-2013-028
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 2338–2342. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.460
- Lam, L. W., Chang, A. M., & Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 535–545. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.07.009
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., & Thompson, A. I. (1987). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice*. Madison, WI: University of Wisconsin Publishers.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Sakornpant, P., & Kojaranjit, V. (2014). *First national congenital cardiac surgical database report: Demonstrating "Practice of congenital cardiac surgery in Thailand: Analysis of performance and outcome"*. Bangkok Medical Publisher.
- Santati, S. (2006). Asthma management abilities causal model: An empirical test among parent caregivers of the pre-school asthmatic children. *Thai Journal of Nursing Research*, 10, 98–112.
- van der Linde, D., Konings, E. E., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. M., & Roos-Hesselink, J. W. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(21), 2241–2247. doi:10.1016/j.jacc.2011.08.025
- Welch, C. D., Check, J., & O'Shea, T. M. (2017). Improving care collaboration for NICU patients to decrease length of stay and readmission rate. *BMJ Open Quality*, 6(2), 1–6. doi:10.1136/bmjoc-2017-000130
- Woodson, K. D., Thakkar, S., Burbage, M., Kichler, J., & Nabors, L. (2015). Children with chronic illnesses: Factors influencing family hardiness. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(1), 57–69. doi:10.3109/01460862.2014.988896
- Wray, J., & Maynard, L. (2006). The needs of families of children with heart disease. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(1), 11–17. doi:10.1097/00004703-200602000-00002

ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ต่อปริมาณเลือดหลังคลอดและผลลัพธ์ของการคลอด ในผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำ*

Effects of Postpartum Hemorrhage Prevention Program on Postpartum Blood Loss and Outcomes of Labor among Low Risk Nulliparous Women*

วารภรณ์ ทองนาท, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Waraporn Thongnat, M.N.S. (Midwifery)¹

สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, Dr.P.H. (Public Health Nursing)² ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Supit Siriarunrat, Dr.P.H. (Public Health Nursing)² Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: April 12, 2020 Revised: February 28, 2021 Accepted: November 13, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ต่อปริมาณเลือดหลังคลอดและผลลัพธ์ของการคลอดในผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำที่เข้ารับบริการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 54 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 27 คน เครื่องมือ การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูล การตั้งครรภ์ และแบบบันทึกข้อมูลการคลอด ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวิทยาลัย สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pits1962@yahoo.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

ตุลาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent *t*-test, Chi-square test, Mann-Whitney U test และ Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดหลังคลอด ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด และระดับการฉีกขาดของฝีเย็บไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลห้องคลอดควรนำโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยเฉพาะการเบ่งคลอดแบบ open glottis และการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น เพื่อช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บ

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ปริมาณเลือดหลังคลอด ผลลัพธ์ของการคลอด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of postpartum hemorrhage prevention program on postpartum blood loss and outcomes of labor among low risk nulliparous women. The participants consisted of 54 low risk nulliparous women giving birth in delivery room at a general hospital in Chonburi Province and were equally divided into an experimental group ($n = 27$) and a control group ($n = 27$). The research instruments comprised a postpartum hemorrhage prevention program, a demographic and pregnancy record form, and a labor record form. The implementation and data collection were conducted from October, 2018 to July, 2019. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, independent *t*-test, Chi-square test, Mann-Whitney U test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that there were no differences of mean postpartum blood loss, duration of the first stage of labour, duration of the second stage of labour, and the degree of perineal tear between the experimental group and the control group.

This research suggests that labour nurses should apply this postpartum hemorrhage prevention program in caring for low risk parturients especially promoting the open glottis method and restricting episiotomy in order to decrease the degree of perineal tear.

Keywords: Postpartum hemorrhage prevention program, Postpartum blood loss, Outcomes of labor

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะตกเลือดหลังคลอด คือ การสูญเสียเลือดหลังการคลอดทางช่องคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร (World Health Organization [WHO], 2012) ภาวะตกเลือดหลังคลอดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ภาวะตกเลือดหลังคลอดทันที (early postpartum hemorrhage) เป็นภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย และ 2) ภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลัง (late postpartum hemorrhage) เป็นภาวะตกเลือดที่เกิดขึ้นหลังคลอด 24 ชั่วโมงไปแล้ว จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (สุจิต คุณประดิษฐ์, 2553) และยังแบ่งเป็นภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการเสียเลือดหลังคลอดทางช่องคลอดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ทั้งนี้ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา (WHO, 2012) โดยอัตราการตกเลือดหลังคลอดทั่วโลกอยู่ในช่วงร้อยละ 2-15 (Calvert et al., 2012; Dahlke et al., 2015; Kumar, 2016) จากสถิติในประเทศไทย พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดของมารดาในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 34.76, 36.47 และ 35.81 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นสาเหตุลำดับแรกๆ ของการเสียชีวิตของมารดา ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 25 (WHO, 2012) สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 พบประมาณร้อยละ 30 (กรมอนามัย, 2558)

ภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลกระทบต่อผู้คลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงครอบครัว โดยทำให้ผู้คลอดรู้สึกกลัวและวิตกกังวล กลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง ถูกแยกจากครอบครัวเนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษา

เพิ่มขึ้น (ลัดดาวัลย์ ปลอดภัย, สุชาติ วิภวานันต์, และอารี กิ่งเล็ก, 2559) มีความวิตกกังวลและเครียดมากขึ้น และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, 2557; สุสันหา ยิ้มแย้ม, 2560) ซึ่งผลกระทบที่รุนแรงที่สุด คือ การเสียชีวิตจากภาวะช็อกภายหลังคลอด สาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ได้ โดยพบร้อยละ 60-70 (Brown & Curran, 2015; Nyfløt et al., 2017) ซึ่งเกิดจากการอ่อนล้าของมดลูกเนื่องจากระยะคลอดยาวนาน (Eto, Hasegawa, Kataoka, & Porter, 2017; Nyfløt, Stray-Pedersen, Forsen, & Vangen, 2017) การยืดขยายมากผิดปกติของมดลูก ซึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์แฝดหรือแฝดน้ำหรือทารกตัวโต (Eto et al., 2017) การได้รับยาเร่งคลอด (Khireddine et al., 2013; Lisonkova et al., 2016; Nyfløt et al., 2017; Sheldon et al., 2014) รองลงมา คือ สาเหตุจากการบาดเจ็บหรือการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ซึ่งเกิดจากการคลอดเฉียบพลัน พบร้อยละ 20 (สุภาพร จันงูงา และสมพร วัฒนนุกูลเกียรติ, 2558) และการตัดฝีเย็บ (Rubio-Álvarez, Molina-Alarcón, & Hernández-Martínez, 2018)

การป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดภาวะแทรกซ้อนของมารดาและลดอัตราการตายของมารดาหลังคลอด ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีความพร้อมของแพทย์พยาบาล มีแนวปฏิบัติในการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดตามท้องที่การอนามัยโลกและสมาพันธ์สูตินรีแพทย์นานาชาติเสนอแนะ คือ การใช้การจัดการแบบเร่งในระยะเวลาที่ 3 ของการคลอด (active management of the third stage of labor [AMTSL]) โดยการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกทันทีที่ไหล่หน้าคลอด หรือทันทีที่ทารกคลอด และทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมและดึงสายสะดือ (controlled cord traction) (International

Federation of Gynecology and Obstetrics, 2012; WHO, 2012) อย่างไรก็ตาม การดูแลเพื่อป้องกันการตกเลือดสามารถทำได้ตั้งแต่ระยะที่ 1 ของการคลอด โดยการส่งเสริมให้มดลูกมีการหดตัวดี ซึ่งจะช่วยลดระยะเวลาของการคลอดได้ และการดูแลในระยะที่ 2 ของการคลอด ไม่ให้เกิดการล่าช้าของการคลอด และลดการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ทั้งนี้ พยาบาลผดุงครรภ์สามารถทำบทบาทนี้ได้โดยอิสระ

การส่งเสริมการหดตัวของมดลูกตามแนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด ของ Adams and Bianchi (2008) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล 3) การสนับสนุนด้านร่างกาย และ 4) การพิทักษ์สิทธิผู้คลอด เมื่อผู้คลอดผ่อนคลายจะส่งผลให้ร่างกายหลั่ง endorphin ผู้คลอดจะรู้สึกดีในตัว หากเกิดการเจ็บครรภ์มากจะมีการหลั่ง adrenaline สูงขึ้น ทำให้เกิดการคลอดล่าช้า (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, 2559) ซึ่งการดูแลสนับสนุนระยะคลอดช่วยลดการใช้หัตถการช่วยคลอดลดการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดขณะรอคลอดส่งผลให้ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง (เกศินี ไชโยม, ชาญภูมิ สุรียนมิตรสุข, และกิตติพร ประชาศรีสรเดช, 2560; ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, 2559; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, & Weston, 2011) และป้องกันการฉีกขาดของช่องทางการคลอดโดยใช้การเบ่งคลอดแบบ open glottis การตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น และการประคองฝีเย็บด้วยวิธี Ritgen maneuver ซึ่งการเบ่งคลอดแบบ open glottis ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปสู่มดลูกได้ดี ทำให้ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะอันตรายลดการฉีกขาดของช่องทางการคลอด และลดความเหนื่อยล้าของผู้คลอด (เอกชัย ไควาวิสาวัช, 2559) ส่วนการตัดฝีเย็บควรทำเมื่อจำเป็น เนื่องจากการตัดฝีเย็บไม่ได้ช่วยป้องกันอวัยวะบริเวณฝีเย็บแต่อย่างใด และยังทำให้เกิดการฉีกขาดของอวัยวะต่างๆ รุนแรงขึ้น (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2552) ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัด

ฝีเย็บเท่าที่จำเป็น มีปริมาณการเสียเลือดจากแผลฝีเย็บน้อยกว่า มีระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดสั้นกว่า และมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร (พิมาลา เล้าประจง, 2559) สำหรับการประคองฝีเย็บด้วยวิธี Ritgen maneuver นั้น สามารถควบคุมการเมยของศีรษะทารกได้ (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2552; สินีนาฏ หงษ์ระนัย, 2559) ทำให้ควบคุมการคลอดของศีรษะทารกให้คลอดอย่างช้าๆ ช่วยลดการบาดเจ็บของหูดและทวารหนักได้ (Harvey et al., 2015)

จากข้อมูลข้างต้น เพื่อเป็นการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการหดตัวของมดลูก ด้วยการประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด ร่วมกับการป้องกันหรือลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด โดยใช้การเบ่งคลอดแบบ open glottis การตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น และการประคองฝีเย็บด้วยวิธี Ritgen maneuver รวมถึงการดูแลตามปกติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 ของการคลอด ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดที่สร้างขึ้นนี้ จะช่วยลดปริมาณเลือดหลังคลอด และทำให้ผลลัพธ์ของการคลอดดีขึ้น คือ ลดระยะเวลาในระยะที่ 1 และระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และลดการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ อันเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในห้องคลอดที่เน้นการส่งเสริมบทบาทอิสระของพยาบาลผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณเลือดหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการคลอด ได้แก่ ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด และระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

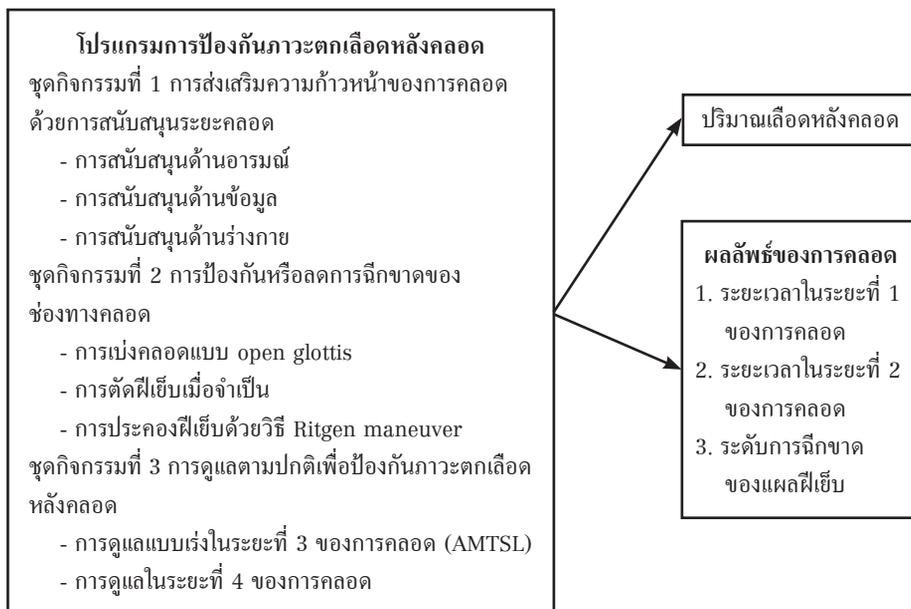
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด และค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยการป้องกันสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดที่พบบ่อย ได้แก่ การหดตัวของมดลูกไม่ดี และการฉีกขาดของช่องทางการคลอด โดยส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด ด้วยการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนระยะคลอด ของ Adams and Bianchi (2008) ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การดูแลใกล้ชิด การอยู่เป็นเพื่อน การให้กำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล เช่น การบอกข้อมูล

ความก้าวหน้าของการคลอด และ 3) การสนับสนุนด้านร่างกาย เช่น การกำหนดลมหายใจ การลูบหน้าท้อง การจัดทำศีรษะสูง ร่วมกับการใช้แนวคิดการป้องกันหรือลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด ประกอบด้วย 1) การเบ่งคลอดแบบ open glottis ซึ่งช่วยให้ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาช้าๆ เป็นการขยายช่องทางการคลอดและฝีเย็บครั้งละน้อย ลดการฉีกขาดของช่องทางการคลอดและฝีเย็บ (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2552; เอกชัย โควาวิสารัช, 2559) 2) การตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็นเพื่อช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ และ 3) การประคองฝีเย็บด้วยวิธี Ritgen maneuver เพื่อให้ควบคุมการเบ่งของศีรษะทารกได้ดี ช่วยลดการบาดเจ็บของช่องทางการคลอด (วิทยา ธิฐาพันธ์, 2552) รวมถึงการดูแลตามปกติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดในระยะเวลาที่ 3 และระยะเวลาที่ 4 ของการคลอด ซึ่งคาดว่าผู้คลอดที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด จะมีปริมาณเลือดหลังคลอดน้อยลง ระยะเวลาของการคลอดสั้นลง และระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บน้อย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตหลังการทดลอง (two groups, posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้คลอดครั้งแรกที่มีความเสี่ยงต่ำที่เข้ารับบริการคลอด ณ ห้องคลอด โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เข้ารับบริการคลอดในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562 2) มีอายุ 17-35 ปี 3) มีอายุครรภ์ 37-40 สัปดาห์ 4) ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร 5) ตั้งครรภ์เดี่ยว และทารกมีศีรษะเป็นส่วนนำ 6) มีความเข้มข้นของเลือด (Hct) มากกว่าหรือเท่ากับ 33% 7) มีส่วนสูงมากกว่า 145 เซนติเมตร 8) น้ำหนักทารกในครรภ์จากการประเมินไม่เกิน 3,500 กรัม 9) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ เช่น ภาวะรกเกาะต่ำ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ 10) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ ภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก 11) พูดและฟังภาษาไทยได้ดี และ 12)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มารดามีภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะชัก ภาวะรกลอกตัวก่อนคลอด ภาวะสายสะดือข้อยึด ภาวะช่องเชิงกรานมารดาและศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกัน หรือภาวะรกค้าง 2) มารดาขอถอนตัวจากการวิจัย 3) ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจต่ำกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือสูงกว่า 160 ครั้งต่อนาที และ 4) ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 3,500 กรัม คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน

(กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 54 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากเลขประจำตัวโรงพยาบาล หากเป็นเลขคู่จัดให้เป็นกลุ่มทดลอง และหากเป็นเลขคี่ จัดให้เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการสนับสนุนระยะคลอด ของ Adams and Bianchi (2008) และแนวความคิดป้องกันหรือลดการบาดเจ็บของช่องทางคลอด ประกอบด้วยชุดกิจกรรม 3 ชุด ดังนี้

ชุดกิจกรรมที่ 1 การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดด้วยการสนับสนุนระยะคลอด ดำเนินการดังนี้

1.1 ระยะแรกรับในห้องคลอด ปากมดลูกเปิดไม่เกิน 4 เซนติเมตร ให้คำแนะนำต้องระบวนการคลอด การบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอด สอนเทคนิคการหายใจขณะเจ็บครรภ์ การดูหน้าท้อง สอนเทคนิคการเบ่งคลอดแบบ open glottis โดยการบรรยายผ่าน PowerPoint และการสาธิต จากนั้นให้ผู้คลอดฝึกปฏิบัติ

1.2 ระยะที่ 1 ของการคลอด การดูแลประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การดูแลอย่างใกล้ชิด การอยู่เป็นเพื่อนขณะเจ็บครรภ์คลอด การพูดคุยโดยใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล อ่อนโยน การปลอบโยนทั้งแบบใช้คำพูดและการสัมผัส และการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจผู้คลอด 2) การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การบอกข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดให้ทราบเป็นระยะๆ และการสอนเทคนิคการบรรเทาปวดซ้ำในรายที่ปฏิบัติไม่ได้ และ 3) การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ การบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา (เช่น การนวด การหายใจ การผ่อนคลาย

การเพ่งจุด การลูบหน้าท้อง) การจัดทำศีรษะสูง 30-60 องศา โดยใช้หมอนอิงหลัง การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการดูแลความสบาย เช่น การเช็ดหน้าด้วยน้ำเย็น

1.3 ระยะที่ 2 ของการคลอด การดูแลประกอบด้วย 1) การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การบอกความก้าวหน้าของการคลอด และการทบทวนวิธีการเบ่งคลอดแบบ open glottis และ 2) การสนับสนุนด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดทำศีรษะสูง 30-60 องศา โดยใช้หมอนอิงหลัง และการดูแลความสบายในขณะที่เบ่งคลอด

ชุดกิจกรรมที่ 2 การป้องกันหรือลดการฉีกขาดของช่องคลอด ดำเนินการดังนี้

2.1 การดูแลให้เบ่งคลอดแบบ open glottis โดยให้เบ่งเมื่อมดลูกมีการหดตัวตามความต้องการของผู้คลอด ไม่กลั้นหายใจ ขณะเบ่งเปล่งเสียงได้ และเบ่งเป็นชุดสั้นๆ 3-5 ครั้ง นานครั้งละ 5 วินาที มีระยะพักในขณะที่เบ่งได้ตามความรู้สึกของผู้คลอด

2.2 การตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น ในรายที่ฝีเย็บตึงมาก ไม่ยืดหยุ่น ทารกตัวโต และผู้วิจัยพิจารณาว่าหากไม่ตัดฝีเย็บจะเกิดการฉีกขาดมาก โดยจะตัดเมื่อฝีเย็บบาง ตึง ใส เป็นมัน มองเห็นส่วนนำของทารกโผล่ที่ปากช่องคลอดกว้างประมาณ 5 เซนติเมตร

2.3 การประคองฝีเย็บด้วยวิธี Ritgen maneuver โดยผู้ทำคลอดใช้มือข้างที่ถนัดถือฝ่าประคองฝีเย็บ หงายมือขึ้นและออกแรงดันที่ตำแหน่งตรงกลางที่อยู่ต่ำกว่ารูทวารหนัก พร้อมๆ กับใช้ปลายนิ้วทั้ง 4 ซ้อนคางทารกให้ศีรษะแยกขึ้น และมืออีกข้างหนึ่งช่วยจับบริเวณท้ายทอยของทารกขึ้น ทำให้การเบ่งเป็นไปอย่างราบรื่น

ชุดกิจกรรมที่ 3 การดูแลตามปกติ เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด ดำเนินการ ดังนี้

3.1 การดูแลแบบเบ่งในระยะที่ 3 ของการคลอด (AMTSL) ประกอบด้วย 1) การให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเมื่อไหล่หน้าคลอดหรือเมื่อทารกคลอด โดยคลำมดลูกให้แน่ใจว่าไม่มีทารกอีกคน ให้ oxytocin 10-20 ยูนิต ผสมน้ำเกลือ 1,000 มิลลิลิตร หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100-150 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 2) การทำคลอดรกด้วยวิธีการควบคุมและดึงสายสะดือ (controlled cord traction) เมื่อมดลูกมีการหดตัวกลมแข็ง (อาจไม่มี cord sign หรือ vulva sign) 3) การตรวจรกอย่างละเอียดหลังรกคลอด เพื่อให้แน่ใจว่ารกคลอดออกมครบ 4) การดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่าง หากกรังยังไม่คลอด และ 5) การรายงานแพทย์ หากกรังยังไม่คลอดภายใน 30 นาทีหลังทารกคลอด

3.2 การดูแลในระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบด้วย 1) การนวดมดลูกอย่างน้อย 1 นาที หรือจนกว่ามดลูกจะมีการหดตัวดี หลังรกคลอดครบ 2) การติดตามประเมินเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ การบันทึกสัญญาณชีพของผู้คลอด การหดตัวของมดลูก แผลฝีเย็บ กระเพาะปัสสาวะ และปริมาณเลือดหลังคลอดที่ออกมาทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก หากปกติตรวจซ้ำทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 หลังคลอด และ 3) การกระตุ้นการดูดนมของทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และความเข้มข้นของเลือด จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการคลอด

ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกขับ ชนิดการแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาเร่งคลอด การได้รับการตัดฝีเย็บ น้ำหนักทารกแรกเกิด ปริมาณเลือดหลังคลอดระยะเวลาของการคลอด และระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ และแบบบันทึกข้อมูลการคลอด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยสูติแพทย์ พยาบาล และอาจารย์พยาบาล (3 คน) ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 03-07-2561 วันที่ 23 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี เข้าพบหัวหน้าแผนกห้องคลอดและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในห้องคลอด แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นบันทึกข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ในแบบบันทึก โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นรายบุคคล โดยให้ได้รับชุดกิจกรรมที่ 1 (การส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดด้วยการสนับสนุนระยะคลอด) ชุดกิจกรรมที่ 2 (การป้องกันหรือลดการฉีกขาดของช่องทางคลอด) และชุดกิจกรรมที่ 3 (การดูแลตามปกติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด) นอกจากนี้ผู้วิจัยเตรียมการเพื่อการประเมินปริมาณเลือดหลังคลอด ดังนี้ 1) ชั่งน้ำหนักถุงรองรับเลือด โดยใช้เครื่องชั่งมาตรฐานที่มีการทดสอบความเที่ยงตรงทุก 3 เดือนของหน่วยเครื่องมือแพทย์ประจำโรงพยาบาล วัดหน่วยเป็นกรัม แล้วแปลงเป็นมิลลิลิตร โดย 1 กรัม เท่ากับ 1 มิลลิลิตร และใส่ถุงรองรับเลือดหลังทารกคลอดก่อนทำคลอดกร เพื่อรองรับเลือดที่สูญเสียไปในขณะรกคลอดและขณะเย็บแผลฝีเย็บ และ 2) ชั่งน้ำหนักผ้าอ้อมผู้ใหญ่ และให้ผู้คลอดสวมผ้าอ้อมผู้ใหญ่เพื่อรองรับเลือด หลังเย็บแผลฝีเย็บเสร็จ ทั้งนี้ ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับการคลอด ในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที

4. ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการคลอดเรื่องระดับการฉีกขาดของแผลฝีเย็บ ก่อนผู้คลอดได้รับการเย็บแผล โดยแบ่งการฉีกขาดออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีการฉีกขาดบริเวณผิวหนังของฝีเย็บ และเยื่อช่องคลอด แต่ไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจเกิดรอยด่าง ไม่มีเลือดออก ระดับที่ 2 มีการฉีกขาดระดับที่ 1 ร่วมกับการฉีกขาดของผนังช่องคลอดและกล้ามเนื้อของฝีเย็บเพิ่มเติม ระดับที่ 3 มีการฉีกขาดระดับที่ 2 ร่วมกับการฉีกขาดของกล้ามเนื้อหูรูด

ทวารหนักด้านใน และระดับที่ 4 มีการฝึกขากระดับที่ 3 ร่วมกับการฝึกขาของทวารหนัก ทั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องคลอดอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการประเมินจากนั้นบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด

5. ผู้วิจัยประเมินปริมาณเลือดหลังคลอด โดยชั่งถุงรองรับเลือดของผู้คลอด แล้วนำมาหักลบกับน้ำหนักก่อนใช้งาน และชั่งน้ำหนักผ้าอ้อมผู้ใหญ่ของผู้คลอดเมื่อสิ้นสุดระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด แล้วนำมาหักลบกับน้ำหนักก่อนใช้งาน จากนั้นรวมปริมาณเลือดหลังคลอดทั้งหมด หน่วยเป็นมิลลิลิตร และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด

6. ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการคลอด เรื่องระยะเวลาของการคลอด โดยคำนวณระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด และระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด เป็นหน่วยนาที จากนั้นบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด

7. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในห้องคลอด แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการตั้งครรภ์ในแบบบันทึก โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

8. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ตามมาตรฐานการดูแลผู้คลอด โดยในระยะที่ 2 ของการคลอด เมื่อปากมดลูกเปิดหมด ผู้ทำคลอดเชียร์ให้เบ่งคลอดในท่านอนหงายชันขาห้อย ด้วยวิธี close glottis คือ หายใจเข้าลึกๆ เบ่งแบบปิดปาก กลั้นลมหายใจไว้ขณะเบ่ง กลั้นเบ่งไม่เกิน 10 วินาที เบ่ง 3-4 ครั้ง ต่อการหดรัดตัวของมดลูก 1 ครั้ง และให้เบ่งทุกครั้งที่มดลูกหดรัดตัว ตัดฝีเย็บทุกราย ด้วยวิธีการแบบ median episiotomy หรือ mediolateral episiotomy และป้องกันการฝึกขาของแผลฝีเย็บโดยผู้ทำคลอดกางมือข้างที่ถนัดออก

ใช้นิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วทั้ง 4 วางบริเวณฝีเย็บระดับสองข้างของรูทวารหนัก ส่วนมืออีกข้างหนึ่งคอยผลักหน้าผากของทารกให้เงยขึ้น ส่วนในระยะที่ 3 ของการคลอด และระยะที่ 4 ของการคลอด ให้ได้รับการดูแลตามปกติเพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่นเดียวกับในกลุ่มทดลอง

9. ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการคลอด เรื่องระดับการฝึกขาของแผลฝีเย็บ ก่อนผู้คลอดได้รับการเย็บแผล โดยแบ่งการฝึกขาออกเป็น 4 ระดับ (ระดับที่ 1-4) ทั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินร่วมกับพยาบาลวิชาชีพคนเดิม เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการประเมิน และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด

10. ผู้วิจัยประเมินปริมาณเลือดหลังคลอด (วิธีการเช่นเดียวกับในกลุ่มทดลอง) และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด

11. ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของการคลอด เรื่องระยะเวลาของการคลอด (วิธีการเช่นเดียวกับในกลุ่มทดลอง) และบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลการคลอด ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกรกฎาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ และข้อมูลการคลอด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์เรื่องอายุ และรายได้ของครอบครัว และข้อมูลการคลอดเรื่องน้ำหนักทารกแรกเกิด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์เรื่องการศึกษ อาชีพ อายุครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ และความเข้มข้นของเลือด และข้อมูลการคลอดเรื่องการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับ

ชนิดการแตกของถุงน้ำคร่ำ การได้รับยาเร่งคลอด และการได้รับการตัดฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบปริมาณเลือดหลังคลอด และระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test การเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบระดับการฝึกหัดของแผลฝีเย็บ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 21.67 ปี ($SD = 5.01$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 77.80 ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 66.70 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 14,074.07 บาทต่อเดือน ($SD = 5,312.72$) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 70.40 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50-22.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.20 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.90 และส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดอยู่ในช่วง 33-39% คิดเป็นร้อยละ 74.10 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 19.52 ปี ($SD = 2.51$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 66.70 ประกอบอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.60 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 16,259.26 บาทต่อเดือน ($SD = 5,815.05$) ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 37-39 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 63 มีดัชนีมวลกาย

ก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50-22.90 กก./ม.² มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.30 น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์เป็นไปตามเกณฑ์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 และส่วนใหญ่มีความเข้มข้นของเลือดอยู่ในช่วง 33-39% คิดเป็นร้อยละ 92.60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตั้งครรภ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ข้อมูลการคลอด (ส่วนที่ไม่ใช่ตัวแปรตาม) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับอยู่ในช่วง 3-4 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 63 การแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นชนิดแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 51.90 ได้รับยาเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 59.30 ได้รับการตัดฝีเย็บ คิดเป็นร้อยละ 51.90 และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 3,127.30 กรัม ($SD = 302.44$) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการเปิดขยายของปากมดลูกเมื่อแรกรับอยู่ในช่วง 3-4 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 74.10 การแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นชนิดแตกเอง คิดเป็นร้อยละ 70.40 ได้รับยาเร่งคลอด คิดเป็นร้อยละ 55.60 ส่วนใหญ่ได้รับการตัดฝีเย็บ คิดเป็นร้อยละ 92.60 และน้ำหนักทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2,957.26 กรัม ($SD = 288$) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการคลอด (ส่วนที่ไม่ใช่ตัวแปรตาม) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การได้รับการตัดฝีเย็บ และน้ำหนักทารกแรกเกิดที่พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการตัดฝีเย็บน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.170, p < .01$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.116, p < .05$)

3. การเปรียบเทียบปริมาณเลือดหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดหลังคลอดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			t	p
	min-max	M	SD	min-max	M	SD		
ปริมาณเลือดหลังคลอด	145-521	325.89	124.11	75-627	379.30	148.90	1.430	.079

4. การเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			t	p
	min-max	M	SD	min-max	M	SD		
ระยะเวลาในระยะเวลาที่ 1 ของการคลอด	200-960	530.56	173.60	140-820	475.82	176.62	1.150	.128

5. การเปรียบเทียบระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 27)			กลุ่มควบคุม (n = 27)			Z	p
	min-max	M	SD	min-max	M	SD		
ระยะเวลาในระยะเวลาที่ 2 ของการคลอด	5-88	29.33	23.11	4-47	14.96	10.07	1.500	.939

6. การเปรียบเทียบระดับการฝึกขาดของ แผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง

มีระดับการฝึกขาดของแผลฝีเย็บไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับการฝึกขาดของแผลฝีเย็บระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ระดับการฝึกขาด ของแผลฝีเย็บ	กลุ่มทดลอง (n = 27)		กลุ่มควบคุม (n = 27)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับ 0-1	4	14.80	-	-	4.220	.111
ระดับ 2-3	23	85.20	27	100.00		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ปริมาณเลือดหลังคลอดไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเรื่องการคลอดอย่างสั้น ๆ ใน ขณะแรกรับไว้ในห้องคลอด ซึ่งอาจทำให้ผู้คลอด ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ประกอบกับแนวทางการดูแลรักษาที่ไม่เอื้อต่อ การเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้การจัดทำศีรษะสูง ทำได้ไม่เต็มที่ ส่งผลให้ระยะเวลาในระยะที่ 1 และ ระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดไม่สั้นลง จึงไม่มีผลต่อปริมาณเลือดหลังคลอดอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของพะยอม ปอนสืบ, สุกัญญา ปรีชญญกุล, และฉวี เบาทรวง (2553) ที่พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการจัดผู้คลอดใน ทำศีรษะสูงของพยาบาลผดุงครรภ์มี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านแผนการรักษา ด้านกระบวนการคลอด ด้านความร่วมมือของผู้คลอด ด้านความปลอดภัย ของผู้คลอด และด้านวัสดุอุปกรณ์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่แตกต่าง จากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการให้ข้อมูลภายหลังการรับผู้คลอดไว้ใน โรงพยาบาล ซึ่งผู้คลอดเริ่มมีการเจ็บครรภ์ อาจทำให้ ผู้คลอดไม่มีความพร้อมในการรับข้อมูล หรือไม่เคยฝึก วิธีการผ่อนคลายมาก่อน ทั้งการส่งเสริมการคลอด ด้วยเทคนิคการบรรเทาปวด และการอยู่ในท่าศีรษะสูง ในขณะรอคลอด ส่งผลให้มีการเผชิญความปวดใน ระยะคลอดได้ไม่ดีเท่าที่ควร ร่างกายจึงหลั่งฮอร์โมน ความเครียด เช่น adrenaline, catecholamine ซึ่งฮอร์โมนเหล่านี้จะไปยับยั้งการหลั่ง oxytocin (เอกชัย โควาวิสารัช, 2559) ทำให้ระยะเวลาของ การคลอดของกลุ่มทดลองไม่น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณภา พาหุวัฒน์กร (2558) ที่พบว่า การบริหาร การหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงในระยะคลอด ช่วยให้ผู้คลอดมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอาจเนื่องจาก

ปากมดลูกของผู้คลอดเมื่อแรกรับน้อยกว่า 3 เซนติเมตร ทำให้มีความสนใจในการฟังและรับรู้ข้อมูล จึงสามารถปฏิบัติตนเพื่อลดความเจ็บปวดและระยะเวลาใน ระยะที่ 1 ของการคลอด และไม่สอดคล้องกับการศึกษา ของปราณี ชีโรโสภณ และคณะ (2560) ที่พบว่า การจัดทำให้ผู้คลอดนั่งบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ข้างเตียง หรือนอนในท่าศีรษะสูง 30–60 องศา มีผลให้ผู้คลอด ครั้งแรกมีค่าเฉลี่ยเวลาในระยะที่ 1 ของการคลอด สั้นกว่า ผู้คลอดที่อยู่ในท่านอนหงายราบ หรือนอนตะแคง และมีการให้ความรู้เพื่อเตรียมตัวคลอดแก่ผู้คลอด ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ 32 สัปดาห์ อีกทั้งมีการทบทวน ในระยะก่อนคลอด จึงทำให้ผู้คลอดมีความพร้อมในการเรียนรู้ และให้ความร่วมมือดีในระยะคลอด ส่งผลให้ ระยะเวลาในการคลอดสั้นลง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด ไม่แตกต่างจาก กลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงให้เห็นว่า การเบ่งคลอดแบบ open glottis ร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงในขณะเบ่งคลอดโดยใช้ หมอนอิงหลัง ไม่ช่วยให้ผู้คลอดมีระยะเวลาใน ระยะที่ 2 ของการคลอด น้อยกว่าการดูแลตามปกติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การเบ่งคลอดแบบ open glottis เป็นการเบ่งแบบสั้น ๆ ซึ่งช่วยให้เชิงกรานค่อย ๆ ยืดขยายออก จึงต้องใช้เวลาในการที่ศีรษะทารก จะเคลื่อนต่ำลงมา ประกอบกับการเบ่งคลอดแบบ open glottis มีแรงดันในช่องท้องน้อยกว่า จึงทำให้ มีแรงดันให้ทารกเคลื่อนลงมาในช่องทางคลอดได้ น้อยกว่า อีกทั้งการต้องการให้ศีรษะทารกคลอดออกมา อย่างช้า ๆ เพื่อลดการฉีกขาดของช่องทางคลอด และฝีเย็บ จึงทำให้ระยะเบ่งคลอดของกลุ่มทดลอง นานกว่ากลุ่มควบคุมที่มีการเบ่งคลอดแบบ close glottis ซึ่งมีผลการศึกษายืนยันว่า ผู้คลอดที่เบ่งคลอด แบบ close glottis มีระยะเวลาในระยะที่ 2 ของ การคลอด สั้นกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบ open glottis

(Koyucu & Demirci, 2017) อย่างไรก็ตาม การเบ่งคลอด แบบ close glottis ทำให้เกิดผลเสีย คือ การกลั้นหายใจ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกและรกลดลง ทารกในครรภ์ อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจน ผู้คลอดรู้สึกเหนื่อยมาก ในการเบ่งคลอด และทำให้มีการฉีกขาดของฝีเย็บ มากขึ้นจากแรงเบ่งที่แรงและเร็ว อีกทั้งอาจส่งผลกระทบต่อ ระบบทางเดินปัสสาวะหลังคลอดได้ (เอกชัย ไคววิสารัช, 2559)

สำหรับการจัดทำศีรษะสูงโดยใช้หมอนอิงหลัง ขณะเบ่งคลอด ไม่ช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 2 ของ การคลอด เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดของ เตียงคลอดที่ไม่สามารถปรับท่ามุมได้ จึงใช้หมอนอิงหลัง ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ในการจัดทำศีรษะสูง 30–60 องศา ซึ่งขึ้นอยู่กับท่านอนของผู้คลอดแต่ละคน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองยังมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ทารกในครรภ์ของกลุ่มทดลองมีขนาดใหญ่กว่าของ กลุ่มควบคุม ซึ่งการที่ทารกในครรภ์ตัวโตกว่า จะมีการเคลื่อนต่ำของทารกน้อยกว่า และทำให้เคลื่อน ผ่านช่องทางคลอดได้ยากกว่า (ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล, 2559)

แม้ว่าในการวิจัยครั้งนี้ การเบ่งคลอดแบบ open glottis และการจัดทำศีรษะสูงในขณะเบ่งคลอด โดยใช้หมอนอิงหลัง จะไม่ช่วยลดระยะเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอด แต่ระยะเวลาในระยะที่ 2 ของ การคลอดในกลุ่มทดลองยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ และ ยังช่วยให้ผู้คลอดไม่ต้องได้รับการตัดฝีเย็บโดยไม่จำเป็น มากกว่าผู้คลอดที่เบ่งคลอดแบบ close glottis ดังนั้น การเบ่งคลอดแบบ open glottis จึงมีผลดีต่อผู้คลอด คือ ช่วยลดการบาดเจ็บของฝีเย็บ ซึ่งการไม่ได้รับการตัดฝีเย็บจะช่วยลดการฉีกขาดของฝีเย็บระดับ 3–4 (Cunningham et al., 2018)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการฉีกขาด ของฝีเย็บไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไป

ตามสมมติฐานการวิจัย แต่กลุ่มทดลองมีการฝึกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 2-3 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 85.20 และ 100 ตามลำดับ) ทั้งนี้เนื่องจากการเบ่งคลอดแบบ open glottis ช่วยให้ผู้คลอดไม่ต้องใช้พลังงานมากในการเบ่งคลอด ทำให้ช่องทางคลอดและกล้ามเนื้อของพื้นเชิงกรานยืดขยายแบบช้าๆ ส่วนนำของทารกเคลื่อนลงมาผ่านช่องทางคลอดอย่างช้าๆ ช่วยลดการฉีกขาดของช่องทางคลอด ร่วมกับการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น และการใช้มือประคองฝีเย็บในขณะที่ช่วยคลอด ทำให้ศีรษะทารกคลอดออกมาอย่างช้าๆ จึงช่วยลดการฉีกขาดของแผลฝีเย็บได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเธียรชัย ชันฉวีจิตร และธิดารัตน์ ชวงค์เหลื่อง (2559) ที่พบว่า ผู้คลอดกลุ่มที่ได้รับการตัดฝีเย็บมีการฉีกขาดของแผลฝีเย็บระดับ 3 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการตัดฝีเย็บ และสอดคล้องกับการศึกษาของพิมลลา เล้าประจง (2559) ที่พบว่า ผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บเท่าที่จำเป็นมีระดับการฉีกขาดของฝีเย็บน้อยกว่าผู้คลอดที่ได้รับการตัดฝีเย็บตามกิจวัตร

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลห้องคลอดควรมานำโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ไปปรับใช้ในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ ตั้งแต่ระยะรอคลอดถึงระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอด โดยเฉพาะการเบ่งคลอดแบบ open glottis และการตัดฝีเย็บเมื่อจำเป็น รวมทั้งควรปรับการจัดท่าศีรษะสูงด้วยวิธีอื่นนอกจากการใช้หมอนอิงหลัง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มการเตรียมตัวคลอดตั้งแต่

ระยะฝากครรภ์ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมตัวคลอดในระยะคลอด ซึ่งผู้คลอดมีเวลาทำความเข้าใจน้อย จึงให้ความร่วมมือไม่เต็มที่

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ไม่มีข้อจำกัดในการสนับสนุนการคลอด และการจัดทำผู้คลอด

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2558). *รายงานประจำปี กรมอนามัย 2558*. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/1805e862ad36da00e9ca38d41e7d4dd7.pdf>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf

เกศินี ไชโยม, ธัญญมล สุริยานิมิตรสุข, และกิตติพร ประชาศรัยสรเดช. (2560). การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในระยะคลอด. *วารสาร มวก. วิชาการ*, 20(40), 141-150.

ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, ฉวีวรรณ อยู่สำราญ, และวรรณมา พาหุวัฒน์กร. (2558). ผลของการบริหารการหายใจร่วมกับการจัดทำศีรษะสูงต่อความเจ็บปวดและระยะเวลาการคลอดในผู้คลอดครรภ์แรก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(2), 52-62.

เธียรชัย ชันฉวีจิตร, และธิดารัตน์ ชวงค์เหลื่อง. (2559). ภาวะแทรกซ้อนของผู้คลอดที่ได้รับการตัดหรือไม่ตัดฝีเย็บ โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารกรมการแพทย์*, 41(5), 108-112.

- ปราณี ชีวโสภณ, สมจิตร เมืองพิล, สมสกุล นีละสมิต, สุทธิณัฐ นางเมืองจันทร์, อารยา ฉัตรธนะพานิช, และเกรียงศักดิ์ หาญสิทธิพร. (2560). ผลของการส่งเสริมการเคลื่อนไหวและการอยู่ในท่าศีรษะสูงของมารดาในระยะที่หนึ่งของการคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 28(1), 1–13.
- พะยอม ปอนสืบ, สุทธิญา ปริสัณญกุล, และฉวี เบาทรวง. (2553). โปรแกรมส่งเสริมการจัดผู้คลอดในท่าศีรษะสูงและการปฏิบัติของพยาบาลผดุงครรภ์. *พยาบาลสาร*, 37(1), 73–85.
- พิมลา เล้าประจง. (2559). *ผลลัพธ์ของการตัดฝั่เย็บตามกึ่งตัวกับการตัดฝั่เย็บเท่าที่จำเป็นในผู้คลอดครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพรินทร์ สุคนธ์ตระกูล. (2559). ความก้าวหน้าของการคลอดกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 17(2), 1–6.
- ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ, สุชาตา วิภวกันต์, และอารี กิ่งเล็ก. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการตกเลือดหลังคลอดระยะแรกในห้องคลอด โรงพยาบาลกระบี่. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 127–141.
- วิทยา ธิฐาพันธ์. (2552). การทำคลอดปกติ: ถึงเวลาที่จะต้องทบทวน?. ใน มงคล เบญจภิบาล, ประเสริฐ คันสนีย์วิทยกุล, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, ชันยรัตน์ วงศ์วานุรักษ์, ปัทมา เชาวโพธิ์ทอง, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, และภัทรวลัย ตลิ่งจิตร (บ.ก.), *สูตินรีเวชทันยุค* (น. 3–13). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลิฟวิ้ง.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *บัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบระดับคุณภาพโรงพยาบาล*. สืบค้นจาก <https://www.ha.or.th/thip/KIPDictionary2561.pdf>
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. (2557). การป้องกันการตกเลือดใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด: บทบาทผดุงครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(2), 155–162.
- สินีนานู หงษ์ระนัย. (2559). เทคนิคการประคองฝั่เย็บในขณะที่ทำคลอดศีรษะทารก: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 13–21.
- สุจิต คุณประดิษฐ์. (2553). การตกเลือดหลังคลอด. ใน ถวัลย์วงศ์ รัตนสิริ, จูติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒิ (บ.ก.), *สูติศาสตร์ฉุกเฉิน* (น. 248–266). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สุภาพร จันอุษา, และสมพร วัฒนนุกุลเกียรติ. (2558). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาออกซิโทซินชักนำหรือเร่งคลอด โรงพยาบาลมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(4), 56–67.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2560). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด. ใน นันทพร แสนศิริพันธ์, และฉวี เบาทรวง (บ.ก.), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (น. 321–332). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- เอกชัย โควาวิสารัช. (2559). *คลอดแบบไหนดี? คลอดเองหรือผ่าคลอด*. กรุงเทพฯ: ตาตา.

- Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37(1), 106–115. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Brown K. E., & Curran, C. (2015). *Postpartum haemorrhage part I: Prevention strategies nursing considerations*. Retrieved from <http://www.medicalinteractive.com/courses/POSTHEM1/document/Monograph.pdf?cidReq=POSTHEM1>
- Calvert, C., Thomas, S. L., Ronsmans, C., Wagner, K. S., Adler, A. J., & Filippi, V. (2012). Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 7(7), e41114. doi:10.1371/journal.pone.0041114
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., ... Spong, C. Y. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill Medical.
- Dahlke, J. D., Mendez-Figueroa, H., Maggio, L., Hauspurg, A. K., Sperling, J. D., Chauhan, S. P., & Rouse, D. J. (2015). Prevention and management of postpartum hemorrhage: A comparison of 4 national guidelines. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 213(1), 76.e1–76.e10. doi:10.1016/j.ajog.2015.02.023
- Eto, H., Hasegawa, A., Kataoka, Y., & Porter, S. E. (2017). Factors contributing to postpartum blood-loss in low-risk mothers through expectant management in Japanese birth centres. *Women and Birth*, 30(4), e158–e164. doi:10.1016/j.wombi.2016.11.003
- Harvey, M.-A., Pierce, M., Alter, J.-E., Chou, Q., Diamond, P., Epp, A., ... Thakar, R. (2015). Obstetrical anal sphincter injuries (OASIS): Prevention, recognition, and repair. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(12), 1131–1148. doi:10.1016/s1701-2163(16)30081-0
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2012). Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 117(2), 108–118. doi:10.1016/j.ijgo.2012.03.001
- Khiredine, I., Le Ray, C., Dupont, C., Rudigoz, R. C., Bouvier-Colle, M. H., & Deneux-Tharaux, C. (2013). Induction of labor and risk of postpartum hemorrhage in low risk partuents. *PLoS One*, 8(1), 1–7. doi:10.1371/journal.pone.0054858

- Koyucu, R. G., & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, *56*(5), 606–612. doi:10.1016/j.tjog.2017.02.005
- Kumar, N. (2016). Postpartum hemorrhage; a major killer of woman: Review of current scenario. *Obstetrics and Gynecology International Journal*, *4*(4), 130–134. Retrieved from <https://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-04-00116.pdf>
- Lisonkova, S., Mehrabadi, A., Allen, V. M., Bujold, E., Crane, J. M., Gaudet, L., ... Joseph, K. S. (2016). Atonic postpartum hemorrhage: Blood loss, risk factors, and third stage management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *38*(12), 1081–1090. doi:10.1016/j.jogc.2016.06.014
- Nyfløt, L. T., Sandven, I., Stray-Pedersen, B., Pettersen, S., Al-Zirqi, I., Rosenberg, M., ... Vangen, S. (2017). Risk factors for severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 17. doi:10.1186/s12884-016-1217-0
- Nyfløt, L. T., Stray-Pedersen, B., Forsen, L., & Vangen, S. (2017). Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *PLoS One*, *12*(4), 1–10. doi:10.1371/journal.pone.0175306
- Rubio-Álvarez, A., Molina-Alarcón, M., & Hernández-Martínez, A. (2018). Incidence of postpartum anaemia and risk factors associated with vaginal birth. *Women and Birth*, *31*(3), 158–165. doi:10.1016/j.wombi.2017.09.020
- Sheldon, W. R., Blum, J., Vogel, J. P., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., & Winikoff, B. (2014). Postpartum hemorrhage management, risks, and maternal outcomes: Findings from the World Health Organization Multicountry Survey on maternal and newborn health. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(suppl. 1), 5–13. doi:10.1111/1471-0528.12636
- World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf?ua=1

รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11* Model of Health Risk Management due to Alcohol, Tobacco, and Substance Abuse under the Cooperative Mechanism of the District Health Board in Health Region 11*

นงเยาว์ ชิลวรรณ, วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ)¹
Nongyao Chinlawan, M.Sc. (Health System Management)¹
ขอพิยะห์ นิมะ, ปร.ด. (เภสัชศาสตร์)²
Sawpheeyah Nima, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)²

Received: September 21, 2021 Revised: November 17, 2021 Accepted: November 23, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/ที่เลี้ยง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมจำนวน 226 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* A part of Master's Thesis of Science Program in Health System Management, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Master, Program in Health System Management, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yao0908712854@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Health Systems Management Institute, Prince of Songkla University: Advisor

ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน และแบบสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความร่วมมือในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE ดังนี้ 1) การทำงาน เป็นทีม โดยกรรมการ 21 คน ร่วมกันออกแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ 2) การให้ความสำคัญ กับกลุ่มเป้าหมาย มีการใช้ข้อมูลในพื้นที่มาพัฒนาแผนงาน/โครงการ และประเมินความพึงพอใจ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในลักษณะร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมประเมินผล 4) การชื่นชมและให้คุณค่า มีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติ แก่ชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี และบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ เลิกปัจจัยเสี่ยงฯ ได้ 5) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล มีการใช้และพัฒนาทรัพยากรร่วมกันในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน มีการบูรณาการการให้บริการสุขภาพ ในหน่วยงานสุขภาพทุกระดับของชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุน การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงาน มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ การจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ กลไกความร่วมมือ
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This descriptive research aimed to explore the model of health risk management due to alcohol, tobacco, and substance abuse under the cooperative mechanism of the District Health Board (DHB) in Health Region 11. The 226 informants consisted of the committees of the Local Health Fund, the DHB, and the network partners/ mentors of Sawi District, Chumphon Province and Ban Na San District, Surat Thani Province. The research instruments included the opinion regarding the model of health risk management due to alcohol, tobacco, and substance of community questionnaire and the focus group discussion form. Data were collected from July, 2019 to March, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, and content analysis.

The research results revealed that the DHB had fulfilled the health risk management due to alcohol, tobacco, and substance abuse in accordance with the UCCARE framework as follows: 1) Unity team: 21 members collaborated on the design of health risk

management; 2) Customer focus: used local information to develop plans/projects, and evaluated people satisfaction; 3) Community participation: integrated performance among various sectors through co-thinking, co-operating, and co-evaluating; 4) Appreciation: awards were honored in a community model with good practices and role models that reduced and quitted the health risk factors; 5) Resource sharing and human development: the utilization of resources was seen in both public and private sectors; and 6) Essential care: integrated health care services at all levels of health care setting in the community.

This research suggests that the National Health Security Office should encourage the capability development for the committees of the Local Health Fund in order to increase the efficiency of performance.

Keywords: Model, Management, Health risk, Cooperative mechanism, the District Health Board

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยเฉพาะการใช้สารเสพติด การบริโภคสุราและยาสูบ มีแนวโน้มทำให้เกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุมากขึ้น ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เกิดการเจ็บป่วย พิการ ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษา กระทบต่อเศรษฐกิจในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ปี 2560 ระบุว่า ความชุกของการดื่มสุราสูงสุดในประชากรกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 25-44 ปี) ร้อยละ 33.46 (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2562) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุและการก่ออาชญากรรม และจากผลการสำรวจปี 2560 ระบุว่า มีผู้สูบบุหรี่จำนวน 10.70 ล้านคน (ร้อยละ 19.10) โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 22 (ศูนย์วิจัยและจัดการ

ความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ส่วนสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดนั้น ประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหานี้ โดยพบการจับกุมด้วยคดียาเสพติดในพื้นที่จังหวัดชายแดน ร้อยละ 56.59 ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของยาเสพติดทั่วประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม, 2560) สำหรับในพื้นที่ภาคใต้พบว่า ผลสุขภาพที่ 11 มีสัดส่วนนักดื่มเพศชายถึงร้อยละ 37.80 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่ร้อยละ 53 โดยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี ประมาณร้อยละ 10 ของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในภาค และเคยประสบอุบัติเหตุจากการดื่มแล้วขับ ร้อยละ 14.20 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศไทยที่ร้อยละ 8 (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย, 2562) และภาคใต้มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 48.48 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ส่วนด้านสารเสพติด

พบว่ามีการแพร่ระบาดของทั้งยาบ้า พิษกระท่อม และ โไอซ์ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ชุมพร ภูเก็ต และกระบี่ ตามลำดับ

การดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ที่ผ่านมามีกลไกในระดับพื้นที่ที่สำคัญ 2 กลไก คือ 1) กลไก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยรูปแบบ การดำเนินงานเป็นลักษณะการวิเคราะห์สถานการณ์ ในบริบทพื้นที่ เพื่อหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยง นำมาวางแผน ประสงค์การดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการ สำหรับแก้ปัญหา ติดตามและประเมินผลโครงการ (นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวดี มณีโชติ, และสมใจ นกดี, 2559) และ 2) กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีบทบาทในการสนับสนุนและติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานให้บริการสุขภาพระดับอำเภอ รวมถึงประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนา ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอ พิจารณาเห็นชอบแผนและงบประมาณ จัดหาและ นำทรัพยากรต่างๆ จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ภายในอำเภอมาร่วมกัน ทำให้เกิดแนวคิดการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมจากการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ อย่างเป็นระบบ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การทำงาน ในรูปแบบเครือข่ายที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยใช้ บริบทเป็นฐาน ทำให้เกิดการสานพลังของเครือข่าย ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนใน ชุมชน (กฤษดา แสงดี และคณะ, 2559)

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังขาดการเชื่อมโยงหรือนบูรณาการความร่วมมือ ระหว่างสองกลไกข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลไก ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

ตามแนวทาง UCCARE ในเขตสุขภาพที่ 11 โดย เลือกศึกษาในพื้นที่อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี เนื่องจากเป็น พื้นที่ที่สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ คัดเลือกเป็นพื้นที่นำร่องใน การดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ของภาคใต้ ในเขตสุขภาพที่ 11 ทั้งนี้ แนวทาง UCCARE เป็น กรอบแนวคิดหรือแนวทางที่ใช้ในการดำเนินงาน และประเมินผลการดำเนินงานในด้านการพัฒนา ระบบคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย การทำงาน เป็นทีม (Unity team) การให้ความสำคัญกับกลุ่ม เป้าหมาย (Customer focus) การมีส่วนร่วมของ ชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) การแบ่งปัน ทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource sharing and human development) และ การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) เพื่อให้ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ และแผนยุทธศาสตร์ ระดับพื้นที่ เกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และสามารถนำแผนมาใช้แก้ปัญหาได้อย่างครอบคลุม ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

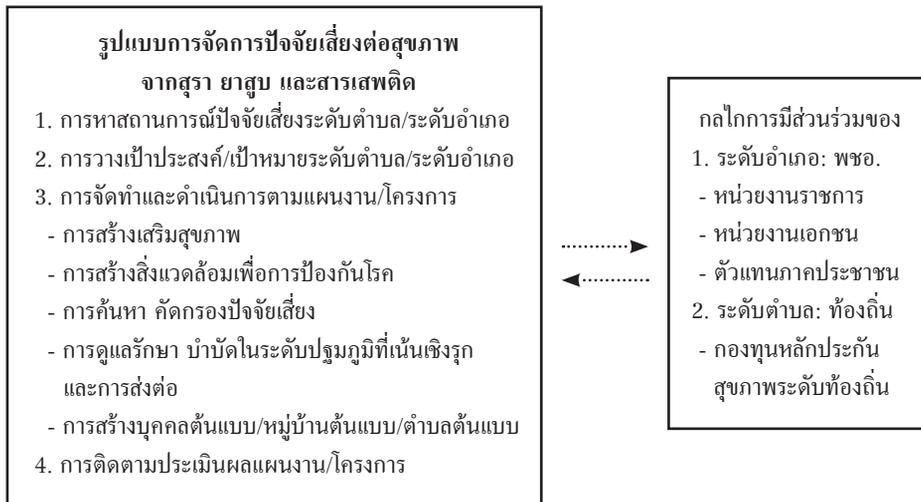
เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้อำเภอ ความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ และการจัดการปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ซึ่งประกอบด้วย การหา สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงระดับตำบล/ระดับอำเภอ

การวางแผนเป้าประสงค์/เป้าหมายระดับตำบล/ระดับอำเภอ การจัดทำและดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ และการติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการ โดยศึกษาในกลุ่มคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อหาสถานการณ์การดำเนินงาน แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ซึ่งถือว่าเป็นความร่วมมือในระดับตำบล และนำข้อมูลการดำเนินงานมาใช้ศึกษารูปแบบการจัดการ

ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีบทบาทในการผลักดันการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ตามแนวทาง UCCARE สรุปลงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นทุกตำแหน่ง อำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 10 กองทุน รวมจำนวน 100 คน และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 กองทุน รวมจำนวน 100 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 200 คน เนื่องจากกองทุนฯ ใน 2 อำเภอนี้ ได้มี

การดำเนินงานด้านแผนงาน/โครงการที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับแผนงาน/โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น 2) มีประสบการณ์ในการร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เครือข่ายสุขภาพอำเภอสวี จังหวัดชุมพร จำนวน 8 คน และเครือข่ายสุขภาพอำเภอบ้านนาสาร

จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 8 คน รวมจำนวน 16 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการดำเนินงานที่เข้มแข็งและผลการดำเนินงานโดดเด่น โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับแผนงานยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ 2) มีประสบการณ์ในการร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการ อย่างน้อย 1 ปี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/ที่เลี้ยง อำเภอสวี จำนวน 5 คน และอำเภอบ้านนาสาร จำนวน 5 คน รวมจำนวน 10 คน เนื่องจากเป็นภาคีเครือข่าย/ที่เลี้ยงที่มีการดำเนินงานสัมพันธ์ มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ มีประสบการณ์ในการทำงานด้านปัจจัยเสี่ยงหรือเป็นที่เลี้ยง อย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับศึกษาสถานการณ์และลักษณะแผนงาน/โครงการในกองทุนตำบลด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ) ตำแหน่งในชุมชน และประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลสถานการณ์และรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลแผนงาน/โครงการของอำเภอสวี และอำเภอบ้านนาสาร เกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะโดยภาพรวมในการดำเนินงาน

ชุดที่ 2 แบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้สำหรับค้นหาปัญหาและข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่ 1) กระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวทาง UCCARE 2) ลักษณะการดำเนินการจัดการปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด ที่ผ่านมา 3) ผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามบทบาทหน้าที่ สาเหตุที่ทำให้ผลการดำเนินงานเป็นเช่นนั้น และความต้องการในการปรับเปลี่ยน 4) ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน/โครงการด้านการจัดการปัญหาจากสุรายาสูบ และสารเสพติด และ 5) แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ที่ควรดำเนินการเพื่อให้มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและครอบคลุมพื้นที่และบุคคลที่ควรเกี่ยวข้อง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรายาสูบ และสารเสพติดของชุมชน และแบบสนทนากลุ่ม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล อาจารย์ด้านสาธารณสุข และอาจารย์ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ ได้คำดัชนี

ความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .95 และ 1 ตามลำดับ และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ EC 013/61 วันที่ 26 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากประธานคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละกองทุนในอำเภอสวีและอำเภอบ้านนาสาร และประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้ง 2 พื้นที่ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยศึกษาแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติด จากเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล (localfund.happynetwork.org) จากนั้นพบเลขาคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นแต่ละกองทุน แล้วนำแผนงาน/โครงการที่ศึกษามาตรวจสอบความถูกต้องกับเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ อีกครั้ง จากนั้นมอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดของชุมชน พร้อมเอกสารชี้แจงการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล แก่เลขาคณะกรรมการกองทุนฯ และขอให้ช่วยแจกคณะกรรมการกองทุนฯ ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล

จำนวน 200 คน และภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พื้เลี้ยง ที่เป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 10 คน ในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ แจ้งผู้ให้ข้อมูลว่าให้นำแบบสอบถามที่ตอบแล้วมาส่งที่ตนเอง ภายในระยะเวลา 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนจากเลขาคณะกรรมการกองทุนฯ

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และข้อมูลจากแบบสอบถาม จากนั้นคืนข้อมูลในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงแก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่ทำงานด้านปัจจัยเสี่ยง/พื้เลี้ยง และผู้นำชุมชน

4. ผู้วิจัยศึกษารายงานการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และเข้าพบผู้ให้ข้อมูลที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในแต่ละเครือข่าย แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) คืนข้อมูลในประเด็นสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด และรูปแบบการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง ขออนุญาตในการบันทึกเทปการสนทนากลุ่ม จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรายละเอียดของแผนงาน/โครงการ และการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้น หาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการผลักดันให้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และศึกษาแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ปัญหา และข้อเสนอแนะต่อ

การดำเนินงานของคณะกรรมการ ใช้เวลาเครือข่ายละ ประมาณ 90 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนกรกฎาคม 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป และการบันทึกภาคสนามมาพิจารณาประเด็นสำคัญ เพื่อที่จะตีความ โดยมีการตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า 2 วิธี คือ การตรวจสอบด้านข้อมูล ระหว่างผู้วิจัยกับ ผู้ให้ข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล อีกครั้ง และการตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม กับข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาเปรียบเทียบกัน เพื่อดูว่าข้อมูลมีความสอดคล้องกันหรือไม่ จากนั้น นำข้อมูลที่ได้มาจัดระบบ และจำแนกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ แยกประเด็นที่สำคัญ ประเด็นหลัก/ ประเด็นรอง ตั้งชื่อคำสำคัญ แล้วนำแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึงกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อ และสรุปในแต่ละเรื่อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55.14 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.31 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.64 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.51 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.40 ตำแหน่งในชุมชน คือ เป็นผู้นำชุมชน และเป็น ตัวแทนจาก อบต./เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 37.50

และ 39.08 ตามลำดับ และมีประสบการณ์การทำงาน ด้านแผนงาน/โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่นในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.28 ส่วนคณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 62 มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปีร้อยละ 75 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63 มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ตำแหน่งในชุมชน คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นตัวแทนจากหน่วยงาน ภาครัฐ/สาธารณสุข และเป็นตัวแทนจาก อบต./ เทศบาล คิดเป็นร้อยละ 25, 44 และ 39 ตามลำดับ และไม่มีประสบการณ์การทำงานด้านแผนงาน/ โครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 59

2. การรับรู้สถานการณ์และระดับปัญหาด้าน สุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของคณะกรรมการ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น พบว่า คณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอสวี มีการรับรู้สถานการณ์ ปัญหาด้านสุรา ยาสูบ และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 97.20, 95.28 และ 75.24 ตามลำดับโดยรับรู้ว่าเป็นปัญหาในระดับปานกลาง ส่วนคณะกรรมการกองทุนฯ อำเภอบ้านนาสาร มีการรับรู้สถานการณ์ปัญหาด้าน สุรา ยาสูบ และสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 87.20, 87.20 และ 67.90 ตามลำดับ โดยรับรู้ว่าเป็นปัญหา ระดับปานกลาง

3. การหาสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ช่องทางการรับรู้ สาเหตุ และผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่า ช่องทางการรับรู้สถานการณ์ ได้แก่ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน สื่อประชาสัมพันธ์ แบ่งออกเป็นสื่อ ภายนอกชุมชน ได้แก่ เอกสารแผ่นพับ แผ่นโปสเตอร์

ไวเนิล ป้ายโฆษณา และสื่อภายในชุมชน ได้แก่ หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน การจัดอบรมในหมู่บ้าน และร้านค้าในหมู่บ้าน ส่วนสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก และสื่ออื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ พบว่ามาจากตัวบุคคลบางกลุ่ม ได้แก่ วัยรุ่นที่มีความเชื่อ มีค่านิยมผิดๆ เช่น “คิดว่าการดื่มสุรา ใช้น้ำยาสูบและสารเสพติด เป็นการกระทำที่คู่แท้ช่วยให้ได้รับการยอมรับ และสามารถเข้าร่วมสังคมนอกเพื่อนวัยเดียวกันได้” (ช./เจ็ด) หรือพฤติกรรมลอกเลียนแบบ และจากปัญหาสุขภาพ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม พบว่ามีโรงงานผลิตสุรา ยาสูบในพื้นที่ร้านค้าจำหน่ายในบางพื้นที่ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย มีการจำหน่ายสุรา ยาสูบให้แก่บุคคลที่มีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ นอกจากนี้ยังมาจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และความเครียด สำหรับผลกระทบที่เกิดขึ้นพบว่า ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย เช่น เกิดโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคตับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ส่วนด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง และด้านสังคม เกิดความวุ่นวาย การทะเลาะวิวาท เกิดอุบัติเหตุจากการเมาแล้วขับ เกิดอาชญากรรม และการสูญเสียชีวิต เป็นต้น

4. การกำหนดเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบ การวางแผนการดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด พบว่าได้มีการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานร่วมกัน โดยผู้รับผิดชอบทั้งในหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ครูในสถานศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และ

โรงพยาบาลชุมชน โดยมีบทบาทในการให้ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการสอดส่องดูแล และร่วมดำเนินการจัดโครงการแก้ปัญหา ดำรวจ ทหาร กำกับดูแลด้านกฎหมาย เป็นต้น โดยกิจกรรมส่วนใหญ่ที่ดำเนินการ ได้แก่ การจัดอบรมให้ความรู้หรือกิจกรรมการณรงค์ ประชาสัมพันธ์โดยการสร้างกระแสประเพณีปลอดสุรา ยาสูบ ตามช่วงเทศกาลต่างๆ ซึ่งพบว่า ทุกท้องถิ่นมีการณรงค์อย่างต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายในอำเภอสวี่ในการดำเนินงาน To Be Number One ในสถานศึกษา ร้อยละ 86.95 ผลที่เกิดขึ้น คือ ผู้สูบบุหรี่/ผู้ดื่มหน้าใหม่ (นักเรียน) ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับคำพูดจากการสนทนากลุ่ม (“อำเภอสวี่มีการจัดโครงการรณรงค์ให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาสัมพันธ์แบบตัวอย่าง ประชาชนเกิดความตระหนัก จึงส่งผลให้ผู้สูบบุหรี่/ผู้ดื่มหน้าใหม่ที่เป็นเด็กวัยรุ่นลดน้อยลง” ช./หก) มีเครือข่ายอาสาสมัครงดเหล้าครอบครัวทุกตำบล และภายในตำบลมีการใช้งบประมาณกองทุนฯ ในการแก้ปัญหาสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ส่งผลให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ในด้านกิจกรรมการบำบัด ลด ละ เลิก พบว่า อำเภอสวี่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษาเพิ่มมากขึ้นในปี 2560 เมื่อเปรียบเทียบกับในปี 2559 โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 51.99 หรือกิจกรรมงานบุญปลอดเหล้า ที่พบว่า ประชาชนในพื้นที่ให้การตอบรับเป็นอย่างดี ส่วนกิจกรรมด้านการบังคับใช้กฎหมาย มีกิจกรรมสถานที่ราชการปลอดสุรา ยาสูบ ตามกฎหมาย ร้อยละ 100 และมีการบังคับใช้กฎหมายในงานประเพณี ซึ่งกิจกรรมที่บุคคลส่วนใหญ่ในพื้นที่คิดว่าเหมาะสมต่อการแก้ปัญหา คือ การสร้างภาคีเครือข่าย การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาทของบุคคล การทำงานร่วมกัน และการติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการ ซึ่งทั้ง 2 พื้นที่

มีการติดตามผลการดำเนินงานโดยเครือข่ายอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายใต้การกำกับของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน
และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผ่านโปรแกรม HDC
ตัวอย่างโครงการ เช่น โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกนุหรี
ทั่วประเทศ เกิดไต่องค์กรฯ

5. แผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยง
ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของกองทุน
หลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นในปัจจุบัน พบว่า
มีการกำหนดแผนงาน/โครงการเพื่อแก้ปัญหาตาม
สถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ แต่ไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหา
เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ระดับท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบ
เกี่ยวกับการร่วมเขียนโครงการ ส่วนใหญ่หน่วยงาน

สาธารณสุขจะเป็นหลัก โดยมีคณะกรรมการกองทุนฯ
เป็นแกนนำในการช่วยผลักดันการจัดทำแผนงาน/
โครงการ เพื่อมาเสนอขอสนับสนุนงบประมาณ
มีหน้าที่ประชุมพิจารณาสนับสนุนงบประมาณใน
การจัดทำแผนงาน/โครงการ มีส่วนร่วมในกระบวนการ
จัดการ สนับสนุน จัดทีมพี่เลี้ยง และพัฒนาทักษะ
การจัดทำแผนงาน/โครงการให้แก่ชาวบ้านและผู้นำ
ชุมชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ และทำ
การบันทึกข้อมูลแผนงาน/โครงการลงในเว็บไซต์
กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้ แต่พบว่ามีกรบันทึก
ข้อมูลที่ไม่เป็นปัจจุบัน และมีแผนงาน/โครงการด้าน
สารเสพติดน้อย ซึ่งตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้าน
การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และ
สารเสพติด ใน 2 พื้นที่ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประเด็น	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การสร้างเสริม สุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตห่างไกลจาก สารเสพติด สุรา นุหรี/ ค่ายเยาวชนสดใส 2. โครงการอบรมการดูแลสุขภาพ รณรงค์ ป้องกันยาเสพติดในสถานศึกษา 3. โครงการลด ละ เลิกเหล้า นุหรี ยาเสพติด 4. โครงการลดนักสูบบุหรี่ใหม่ในโรงเรียน 5. โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ/ กีฬาต้านยาเสพติด 6. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำเยาวชน ครอบครัวร่วมใจต้านภัยยาเสพติด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการกีฬาต้านยาเสพติด/ To Be Number one 2. โครงการลด ละ เลิกนุหรี สุรา ยาเสพติด 3. โครงการรณรงค์ต่อต้านภัยจากยาเสพติด 4. โครงการอบรมเยาวชนห่างไกลจาก ยาเสพติดของโรงเรียน 5. โครงการอบรมให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชน และเยาวชน
การสร้าง สิ่งแวดล้อม เพื่อการป้องกัน โรค	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา 2. โครงการสถานศึกษาปลอดยาเสพติด 	<ol style="list-style-type: none"> 1. โครงการงดเหล้าเข้าพรรษา 2. โครงการเทศกาลปลอดเหล้า เราปลอดภัย 3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภค 4. โครงการโรงเรียนปลอดเหล้า 5. โครงการปลอดนุหรีในชุมชน

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแผนงาน/โครงการด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ต่อ)

ประเด็น	อำเภอสวี จังหวัดชุมพร	อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
การค้นหา คัดกรอง ปัจจัยเสี่ยง	1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ	1. โครงการค้นหาผู้เสพ คัดกรอง เฝ้าระวัง ป้องกันและปราบปรามผู้เสพ
การดูแลรักษา บำบัด	1. โครงการชวนคนเลิกเหล้า 2. โครงการบำบัดยาเสพติดในชุมชน 3. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน	1. โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน 2. โครงการบำบัดยาเสพติด สุรา โดยชุมชน เป็นศูนย์กลางระดับอำเภอ 3. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การสร้าง ต้นแบบ ทางสุขภาพ	1. โครงการสานพลังสู่ตำบลปลอดภัย 2. แผนงานจัดตั้งเครือข่ายองค์กรงดเหล้า 3. โครงการวัดสร้างสุข มีเจ้าอาวาสเป็น ต้นแบบเลิกบุหรี่	1. โครงการหมู่บ้านสีขาว 2. แผนงานจัดตั้งภาคีเครือข่ายในตำบล เรื่อง การลดใช้ยาเสพติดให้โทษ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สานพลัง ชุมชน ร่วมใจต้านภัยบุหรี่

6. ความร่วมมือในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามแนวทาง UCCARE มีดังนี้

6.1 การทำงานเป็นทีม (Unity team) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ จำนวน 21 คน โดยมีนายอำเภอลงนาม มีอนุกรรมการทำงานในประเด็นสุรา ยาสูบ มีการแบ่ง หน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจน วางแผนและร่วมกัน ดำเนินงาน อนุกรรมการฯ วางแผนร่วมกันในการ จัดทำแผนงาน/โครงการ แล้วเสนอคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อให้มีมติรับรอง ประสานงานร่วมกันทั้งแนวตรงและแนวราบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากแต่ละภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ส่วนระดับ

ตำบลมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล ให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่แทน โดยคณะกรรมการชุดนี้มีนายกองดีการบริหาร ส่วนตำบลหรือนายกเทศมนตรีเป็นประธาน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเลขานุการ

6.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย (Customer focus) มีกระบวนการพิจารณาประเด็น ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบท พื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และช่องทางการรับรู้ ความต้องการของประชากรทุกกลุ่ม กำกับด้วย นิยามตามช่วงวัยและประเภทของประชากร โดย ผ่านช่องทางการสื่อสาร ช่องทางการเข้าถึงบริการ ทั้งเชิงรุกและเชิงรับในพื้นที่ คือ สื่อออนไลน์ ได้แก่ ไลน์ เฟซบุ๊ก เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

นอกจากนี้ยังได้จากการประชุมประจำเดือน การประชาสัมพันธ์ เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ประชุมหมู่บ้าน ที่ประชุมผู้นำชุมชน ที่ประชุมคณะกรรมการกองทุนฯ ที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อนำปัญหาที่พบมาพัฒนาระบบงาน และประเมินความพึงพอใจต่อไป

6.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation) มีการบูรณาการดำเนินงาน การประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ปัญหา ได้แก่ ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน ตัวแทนภาคประชาชน ภาคเอกชน สื่อมวลชน ตัวแทนองค์กรหรือตัวแทนจากชมรมต่างๆ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และสถาบันทางวิชาการ โดยมีการจัดทำเวทีประชาคมหรือจัดประชุมคณะกรรมการ มีการจัดประชุมวางแผน ร่วมดำเนินโครงการตามแผนงานในลักษณะร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล โดยจัดทำแผนงาน/โครงการ แล้วถ่ายทอดลงไปยังกองทุนสุขภาพตำบล เพื่อเสนอของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ส่วนด้านข้อมูลและความรู้ มีสถาบันวิชาการ คือ สถาบันการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ศจรส.ม.อ.) แนะนำให้มีการบันทึกข้อมูลลงในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน มีการทบทวนและปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงาน มีการประเมินผลการดำเนินงานในประเด็นสุรา ยาสูบ และสารเสพติด

6.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) มีการจัดประชุมสรุปผลการดำเนินงานของคณะกรรมการเพื่อร่วมพัฒนาผลการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดอย่างต่อเนื่อง โดยมีนายอำเภอชื่นชมและสร้างขวัญกำลังใจในเวทีแลกเปลี่ยน เสริมพลังในการตรวจ

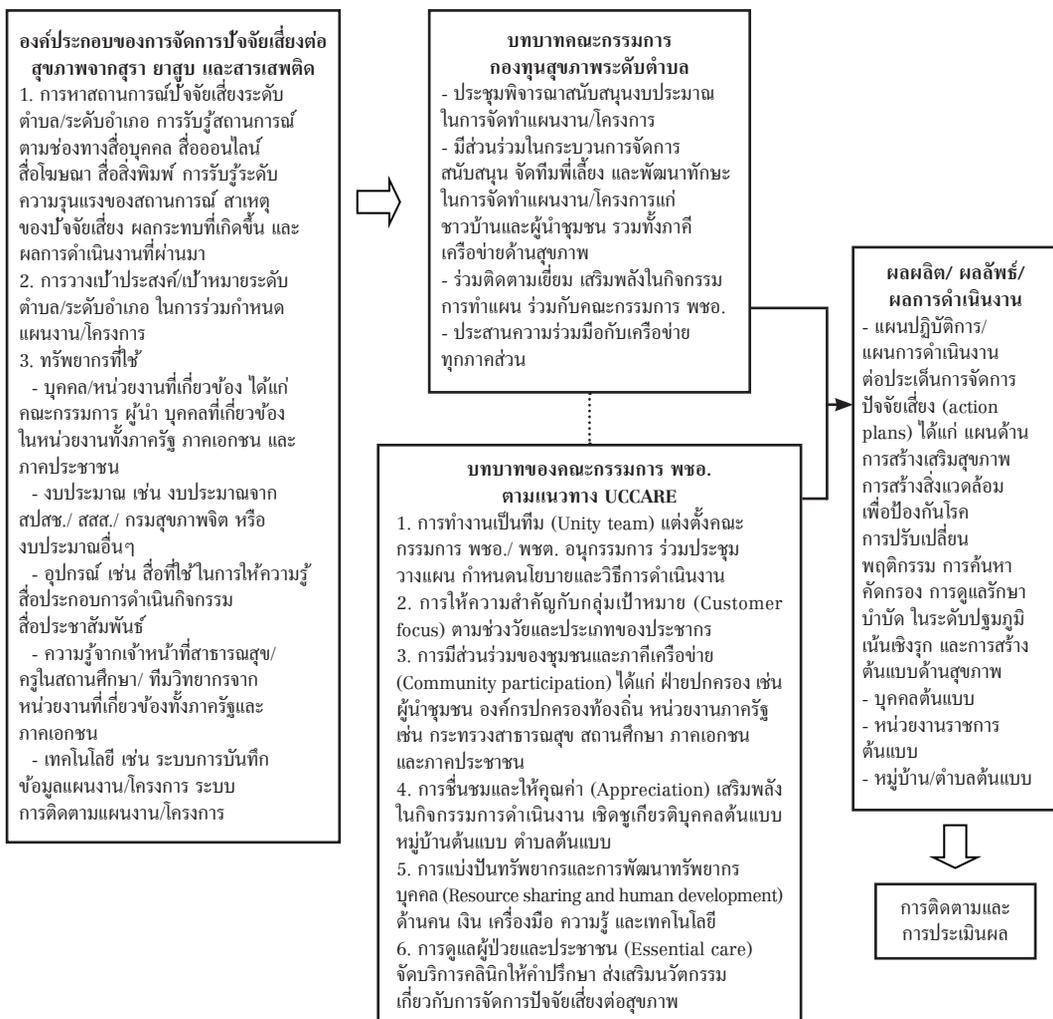
ราชการกรณีปกติของกระทรวง ภายในเขตสุขภาพของทุกพื้นที่ในแต่ละจังหวัด รวมทั้งมีการประกาศรางวัลเชิดชูเกียรติบุคคลต้นแบบที่สามารถลด ละ เลิกสุรา ยาสูบ และสารเสพติด (*“รณรงค์ใครงูยัดบุหรี่ได้จะมีรางวัลให้”* น./สอง) และสร้างชุมชนต้นแบบที่มีแนวปฏิบัติที่ดี (best practice) ซึ่งตัวอย่างแนวปฏิบัติที่ดีในพื้นที่ เช่น 1) กิจกรรมอำเภอต้นแบบ (*“โดยผู้ว่าจะมอบรางวัลให้แก่ นายอำเภอศรี”* ช./หนึ่ง) 2) กิจกรรมตำบลต้นแบบขององค์การบริหารส่วนตำบลเขาชัย อำเภอสวี จังหวัดชุมพร (*“มีการเชิดชูเกียรติตั้งแต่ระดับหมู่บ้านและตำบล สร้างกำลังใจให้กับคนที่เลิกเหล้า โดยการมอบเกียรติบัตรหรือเข็มให้แก่คนเล็กและคนที่ชวนเลิก พร้อมทั้งคำพาหนะในการเดินทาง”* ช./แปด) และ 3) นวัตกรรมประกวดโรงเรียนสีขาว ของโรงเรียนบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี (*“กิจกรรมโรงเรียนปลอดอบายมุข หากห้องเรียนใดผ่านเกณฑ์ นายอำเภอจะมอบเกียรติบัตรให้ครูประจำชั้น”* น./สี่)

6.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล (Resource sharing and human development) มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันในการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติด ทั้งด้านคน เงิน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูลทางสุขภาพ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมสุขภาพจิต มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณและสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ส่วนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาทในการสนับสนุนทีมวิทยากรเพื่อให้ความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยี รวมทั้งสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์ เพื่อใช้สำหรับการดำเนินงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ

6.6 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care) พื้นที่ที่มีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลตามบทบาทและความเชี่ยวชาญ เช่น บุคลากรทางสุขภาพ ดูแลเรื่องการเปิดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษาในการเลิกสูบบุหรี่ หากเกินศักยภาพจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยให้ห่างไกล งด ละ เลิกสูบบุหรี่ และสารเสพติด ร่วมกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลในพื้นที่ และตำรวจ ร่วมสอดส่องดูแลและนำเข้าสู่

กระบวนการบำบัด ติดตามดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ในพื้นที่ที่ยังมีการสร้างนวัตกรรม เช่น มีศูนย์ F & F (Family and Friend) โดยความร่วมมือของครอบครัว (ผู้ปกครอง) ชุมชน และเพื่อน ให้มีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ ไม่ส่งไปค่ายบำบัด เนื่องจากกลัวการสร้างเครือข่ายยาเสพติดเพิ่ม

จากผลการวิจัยข้างต้น สรุปเป็นรูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสูบบุหรี่ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11 ได้ดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสูบบุหรี่ และสารเสพติด ภายใต้กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 11

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นการค้นพบ ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานด้านแผนงาน/โครงการไม่ครอบคลุมการแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่ เนื่องจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและประชาชนในพื้นที่โดยทั่วไปไม่ทราบเกี่ยวกับการร่วมเขียนโครงการ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์และการรับรู้บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนฯ สอดคล้องกับการศึกษาของนางลักขณ์ พวงมาลัย และคณะ (2559) ที่พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิหน้าที่ ชาวประชาสัมพันธ์ และการบริหารจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ สปสข.กำหนด ในระดับน้อยทุกรายการ และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ แซ่โง้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง (2561) ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น จากความสับสนเกี่ยวกับชื่อกองทุนฯ กับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ขาดความสร้างสรรค์ในการจัดทำโครงการ

ผลการวิจัยพบว่า แผนงาน/โครงการที่มีในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบล ปี 2561-2562 และจากแผนยุทธศาสตร์ของการดำเนินงานในระดับอำเภอ มีจำนวนแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการแก้ปัญหาด้านสารเสพติดจำนวนน้อยทั้งในระดับตำบลและระดับอำเภอ เนื่องจากการแก้ปัญหากระทำได้ยากกว่าการแก้ปัญหาสุราและปัญหา ยาสูบ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหลาย ๆ ภาคส่วนที่สำคัญ และมีผลกระทบในวงกว้าง สอดคล้องกับการศึกษาของเอกรัตน์ หามนตรี (2561) ที่พบว่า ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาสังคม มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ จำเป็นที่

ทุกฝ่ายจะต้องร่วมมือกันแก้ไข ทั้งปัจจัยภายในชุมชน ได้แก่ ชุมชน ผู้นำท้องถิ่น องค์กรท้องถิ่น ผู้ค้า ผู้เสพ และองค์กรหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด ต้องร่วมกันวางแผนดำเนินการติดตามประเมินผล

ผลการวิจัยพบว่า ด้านการติดตามและประเมินผล มีการบันทึกแผนงาน/โครงการตามเว็บไซต์ของกองทุนสุขภาพตำบลของเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อติดตามและประเมินผลแผนงาน/โครงการ แต่พบว่ามีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้รับผิดชอบโครงการไม่มีการบันทึกข้อมูลลงในระบบติดตามประเมินผล ส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องและพี่เลี้ยงรับทราบข้อมูลในระบบที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง และมีผลต่อการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนางานในอนาคตอีกด้วย เพราะหากไม่มีการบันทึกข้อมูล จะทำให้มองเห็นว่ายังมีงบประมาณค้างท่ออยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งที่ความเป็นจริงอาจมีการเบิกจ่ายไปเกือบหมดแล้วก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของดุริยางค์ วาสนา และพิเชษฐวุฒิ นิลละออง (2561) ที่พบว่า ปัญหาในการใช้ระบบติดตามประเมินผล คือ มีการดำเนินโครงการแต่ไม่มีการบันทึกเข้า “ระบบบริหารกองทุนสุขภาพตำบล” จึงทำให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นว่ายังมีงบประมาณค้างท่ออยู่เป็นจำนวนมาก ส่งผลให้ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

ผลการวิจัยพบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น มีลักษณะการดำเนินงานในแบบการสนับสนุน ส่งต่อข้อมูลร่วมจัดประชุมหาปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย แผนงาน/โครงการร่วมกัน และมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในภาคีเครือข่าย ในด้านการจัดใช้ทรัพยากรด้านคน เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูลร่วมกัน ซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจะมีการรับรู้บทบาท

ในการร่วมกำหนดนโยบาย จัดทำแผนยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พิจารณางบประมาณ รวมทั้งมีบทบาทในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพในการเป็นทีมที่เลี้ยงช่วยเหลือการดำเนินงาน จัดกิจกรรมเชื่อมเสริมพลัง ซึ่งการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่เน้นให้ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเข้าร่วมการดำเนินงาน โดยส่วนใหญ่จะเป็นเฉพาะหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น จึงมีการส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายนอกหน่วยงานสาธารณสุขให้มากยิ่งขึ้น และสร้างนวัตกรรมบุคคลต้นแบบ หน่วยงานต้นแบบ หมู่บ้านต้นแบบ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสร้างความตระหนักและแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหาหากมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ทุมเชื้อ และคณะ (2560) ที่พบว่า การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหา การตั้งครรภไม่พร้อมในวัยรุ่น ควรมีการส่งเสริมและผลักดันให้มีการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกสาธารณสุข เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน นอกจากนี้ยังพบปัจจัยนำเข้าที่จะช่วยส่งผลให้การดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ประสบความสำเร็จอย่างเห็นได้ชัด คือ ทุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรและหน่วยงานในภาคประชาสังคม เช่น อาจารย์หรือบุคลากรที่เกษียณอายุแล้ว รวมทั้งความร่วมมือด้านวิชาการจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ ที่เข้ามามีบทบาทส่งเสริมพัฒนาทักษะและความรู้ด้านวิชาการให้แก่ทีมที่เลี้ยง เพราะทีมที่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้การดำเนินโครงการประสบผลสำเร็จ

ทั้งนี้ หากภายในพื้นที่ที่มีการประสานงานความร่วมมือกันทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบล

เพื่อแก้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ อย่างเข้มแข็ง จะช่วยทำให้ปัญหาปัจจัยเสี่ยงฯ ในพื้นที่ลดลงได้ในที่สุด แม้ว่าผลการดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของแต่ละพื้นที่ จะครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น ตามแนวทาง UCCARE แล้ว อย่างไรก็ตาม ควรมีการประเมิน UCCARE ว่าอยู่ในระดับใด เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานที่ต่อเนื่องในระยะยาว และควรมีการเสริมการดำเนินงานด้วยกลไกอื่น เช่น การมีระบบที่เลี้ยงที่เสริมพลังอำนาจ ให้สามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาตามบริบทพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เกี่ยวกับทักษะการบริหารงานของกองทุน การวางแผน การเขียนโครงการ และการติดตามประเมินผล เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง และส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

1.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเกี่ยวกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสารเสพติดในพื้นที่ให้มากขึ้น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรผลักดันให้คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพ มีการบันทึกข้อมูลการพัฒนาแผนงาน/โครงการ การติดตามโครงการในเว็บไซต์กองทุน

สุขภาพตำบลให้มากขึ้น

1.3 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ควรเชื่อมโยงกลไกการทำงานด้านการจัดการปัจจัยเสี่ยงฯ และเพิ่มการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนและชุมชนท้องถิ่นเข้ามาขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการร่วมกันแก้ปัญหาในพื้นที่ และเพื่อให้เกิดการผลักดันแผนงาน/โครงการ เพื่อเขียนขอสนับสนุนงบประมาณจากเงินกองทุนฯ ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพจากสุรา ยาสูบ และสารเสพติดในพื้นที่ ในลักษณะการวิจัยประเมินผลหรือนำรูปแบบที่ได้ในครั้งนี้ไปศึกษาต่อยอดในลักษณะการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร และอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ที่สละเวลาในการให้ข้อมูลการวิจัย และสนับสนุนสถานที่ในการดำเนินการขอขอบพระคุณสถาบันการจัดการระบบสุขภาพมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสงดี, เกษร คงแถม, สุภาสัพัญญา วัฒนะพิสุทธิ, จันทิมา นวมะวัฒน์, วิภาพร สิทธิศาสตร์, และอนงค์ลักษณ์ พันธุ์พรหมธาดา. (2559). การศึกษาการเสริมสร้างสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 854–864.

ดุริยางค์ วาสนา, และพิเชตวุฒิ นิลละออ. (2561). *โครงการประเมินผล การจัดการปัจจัยเสี่ยง อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. สืบค้นจาก <https://mehealthpromotion.com/project/213/finalreport>

นงลักษณ์ พวงมาลัย, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ, ทิวดี มณีโชติ, และสมใจ นกดี. (2559). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 11(1), 349–361.

ศิริวรรณ ทุ่มเชื้อ, นพวรรณ ศิริเชตต์, อุษา จันทร์ขวัญ, พรพรรณ พุ่มประยูร, ณีภูษิณี คำอุไร, และพัชนียา เชียงตา. (2560). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น: กรณีศึกษาอำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(พิเศษ), 172–183.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://www.trc.or.th/th/media/attachments/2562/01/29/2561.pdf>

สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. (บ.ก.). (2562). *รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม. (2560). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER2/DRAWER051/GENERAL/DATA0000/00000611.PDF>

อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว, ธารินทร์ เพ็ญวรรณ, ธนัย เกตวงกต, อภิญญา เลหาประภานนท์, และรัตติยา อักษรทอง. (2561). *การประเมินนโยบายกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายในระยะถัดไป* (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

เอกรัตน์ หามนตรี. (2561). ความสำเร็จของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดในจังหวัดอ่างทอง. *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 5(2), 434-451.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา ด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี The Relationships among Personal Factors and Health Literacy with Quality of Life of Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy in Chonburi Cancer Hospital

ธานี ขามชัย, ร.ด. (ยุทธศาสตร์และความมั่นคง)¹

Thanee Khamchai, D.Pol.Sc. (Strategy and Security)¹

ลาวัลย์ รักษาเนาศ, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)²

Lawan Raksanaves, M.N.S. (Nursing Administration)²

จันทร์เพ็ญ อุ่งอำรุง, วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)³

Chanpen Ungumrung, M.Sc. (Counseling Psychology)³

พัทธ์ชนก วิถีธรรมศักดิ์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)⁴

Patchanok Witheethammasak, M.N.S. (Adult Nursing)⁴

Received: October 24, 2021 Revised: November 3, 2021 Accepted: November 4, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 125 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .97 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าความเชื่อมั่น .89

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

¹ Registered Nurse, Professional Level, Chonburi Cancer Hospital

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: the.masterkey@hotmail.com

^{2,3} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

^{2,3} Registered Nurse, Senior Professional Level, Chonburi Cancer Hospital

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($r_s = .238, p < .01$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = .281, p < .01$) และความฉลาดทางสุขภาพ ($r = .420, p < .001$) ส่วนตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r_s = -.245, p < .01$) และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ($r_s = -.240, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ช่วยเพิ่ม ความฉลาดทางสุขภาพ

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพ คุณภาพชีวิต มะเร็งเต้านม เคมีบำบัด

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the relationships among personal factors and health literacy with quality of life of breast cancer patients receiving chemotherapy. The samples were 125 breast cancer patients receiving chemotherapy in Chonburi Cancer Hospital. The research instruments included the personal factors questionnaire, the health literacy questionnaire with reliability as .97, and the quality of life questionnaire with reliability as .89. Data were collected from September, 2018 to May, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that variables positively statistically significant related to quality of life of breast cancer patients were education level ($r_s = .238, p < .01$), average income ($r_s = .281, p < .01$), and health literacy ($r = .420, p < .001$). In addition, variables negatively statistically significant related to quality of life of breast cancer patients were age ($r_s = -.245, p < .01$) and number of receiving chemotherapy ($r_s = -.240, p < .01$).

This research suggests that nurse executives should set policy for quality of life promotion of breast cancer patients receiving chemotherapy as well as provide activities enhancing health literacy.

Keywords: Health literacy, Quality of life, Breast cancer, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในศตวรรษที่ 21 ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ถูกจัดว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะกับประเทศที่ประชาชนมีรายได้ในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง เนื่องจากพฤติกรรมการเรียนรู้ของประชาชนในยุคนี้เปลี่ยนแปลงไป มีช่องทางการเรียนรู้หรือการรับข้อมูลข่าวสารที่ง่าย รวดเร็ว แต่อาจไม่ถูกต้องทั้งหมด จึงเสี่ยงต่อการเชื่อและนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง (World Health Organization, 2015) องค์การอนามัยโลกจึงประกาศให้ประเทศสมาชิกพัฒนาประชาชนให้มีความฉลาดทางสุขภาพ หรือทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ สมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดีอยู่เสมอ เนื่องจากความฉลาดทางสุขภาพที่ต่ำจะส่งผลให้เกิดอัตราการตาย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพ และกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้บริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) เพื่อให้ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” (สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2560) ทั้งนี้ หนึ่งในทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ซึ่งการจัดกำลังคนด้านสุขภาพยังไม่สามารถตอบสนองต่อการสร้างประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนก็ยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ด้านสุขภาพได้ดีพอ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2559) จากข้อมูลการสำรวจปัญหาและผลการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพพบว่า คนไทยกลุ่มวัยทำงานอายุ 15–59 ปี มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับไม่ดี ร้อยละ 49 รองลงมา คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 45.50 และระดับดีมาก เพียงร้อยละ 5.50 ส่วนผลการขับเคลื่อนความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าได้ผลผลิตที่สำคัญ คือ การมีคลังความรู้และเครื่องมือการวัดด้านความฉลาดทางสุขภาพของกลุ่มวัย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

โรคมะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรไทย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และเป็นปัญหาเรื่องภาระโรค (burden of disease) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอาการไม่พึงประสงค์ และส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ในระยะก่อนเสียชีวิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มีการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพได้น้อย (Halverson et al., 2015; Schmidt et al., 2015; Song et al., 2012) ไม่สามารถพัฒนาตนเองให้เผชิญกับความทุกข์ทรมาน ภาระของโรค และภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัดได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดอยู่ในระดับต่ำ (Wandell et al., 2015) และความฉลาดทางสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาสุขภาพในเชิงเหตุผลมากที่สุด (Halverson et al., 2015)

จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี พบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีผู้รับบริการทั้งสิ้น 90,654 ราย พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 2,592 ราย สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีจำนวน 602 ราย ส่วนใหญ่มีอายุ 40-59 ปี มาพบแพทย์ในระยะที่ 2 ร้อยละ 56.20 ระยะที่ 3 ร้อยละ 18.50 และระยะที่ 4 ร้อยละ 5.80 (งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2561) วิธีการรักษาที่ใช้บ่อย คือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ซึ่งมีทั้งรูปแบบการให้ยาเคมีบำบัดอย่างเดียวและรูปแบบการให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับการรักษาอื่นๆ เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การให้ฮอร์โมน ทั้งนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 248 ราย 219 ราย และ 239 ราย ตามลำดับ (งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2561) โดยผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีจำนวนมากเป็นอันดับต้นๆ และมากกว่าที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด คือ อาการท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เชื้อราช่องปากอักเสบ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กดการสร้างเม็ดเลือดในไขกระดูก ผลต่อผิวหนัง ขน ผมห และเล็บ และผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Gail & Margaret, 2006) ทั้งนี้ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี มีการสนับสนุนองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและลดผลกระทบด้านจิตใจ แต่ก็ยังคงพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ความฉลาดทางสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับอาการระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด สามารถออกแบบการจัดการตนเอง และเผชิญกับปัญหาที่เฉพาะเจาะจง สามารถปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นได้ หากต้องการ

ให้ประชาชนมีการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ต้องส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ ความสามารถในการจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชน การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมต่อการแก้ปัญหาสุขภาพในยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) เช่นเดียวกับประเทศไทย ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษาได้ (มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และกุลธรเทพมงคล, 2561) นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี (สุรัชย์ มณีเมตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) ชนิดของการรักษาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของหญิงมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตหลังสิ้นสุดการรักษา (ภัสสินท์ กุลลา, สุสิทธิ์ ด่านยุทธศิลป์, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์, 2558) และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะหาคำตอบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นอย่างไร เพื่อนำผลที่ได้

ไปปรับใช้ในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ ปรับปรุงข้อมูลและการบริการสุขภาพในลักษณะที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พัฒนาทักษะผู้ป่วยให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงของสังคม และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

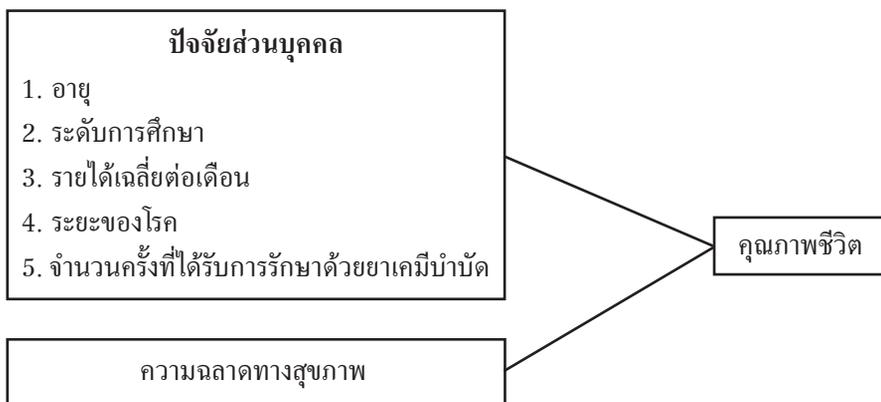
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด) และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความฉลาดทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
2. อายุ ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยศึกษาและเลือกตัวแปรต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และความฉลาดทางสุขภาพ เนื่องจากอายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรุนแรงของโรค และการกลับมาเป็นซ้ำ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง (สุรัชย์ มณีเนตร และชนกพร จิตปัญญา, 2557) จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งได้ (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชชัญกุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัชวฤติ ยศธาสุโรดม, 2559) ทั้งนี้ ความฉลาดทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายลดลง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความฉลาดทางสุขภาพจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค (González-Chica et al., 2016) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 2-4 2) อยู่ระหว่างการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัด 3) มีการรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งเต้านม 4) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 5) ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น การได้ยิน หรือประสาทสัมผัสอื่น ๆ 6) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตประสาท และ 7)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางการวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 118 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 125 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะงานหรืออาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ระยะของโรคนิคมของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ทางสุขภาพของคนไทยของอังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวน 47 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ มีความเป็นจริงน้อยที่สุด มีความเป็นจริงน้อย มีความเป็นจริงปานกลาง มีความเป็นจริงมาก และมีความเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความฉลาดทางสุขภาพในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมฉบับภาษาไทย FACT-B ที่แปลโดยนุจรี ประทีปะวงษ์ จอห์นส (2552) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ จำนวน 6 ข้อ ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม จำนวน 7 ข้อ และคำถามเฉพาะของโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง ค่อนข้างมาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับน้อยที่สุด (0-0.80 คะแนน) ในระดับน้อย (0.81-1.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.61-2.40 คะแนน)

ในระดับมาก (2.41–3.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.21–4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความฉลาดทางสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .97 และ .89 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 12/2561 วันที่ 17 สิงหาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเคมีบำบัด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2561 ถึงเดือน

พฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความฉลาดทางสุขภาพ และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะของโรค กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 47.78 ปี ($SD = 10.86$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.80 มีลักษณะงานหรืออาชีพเป็นพนักงานโรงงานหรือบริษัทเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.40 ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.60 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่เกิน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 92 ระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 ส่วนใหญ่ได้รับยาเคมีบำบัดชนิด AC (adriamycin + cyclophosphamide) คิดเป็นร้อยละ 66.40 และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ในช่วง 1–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.20

2. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.83, SD = .54$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางสุขภาพในระดับมากทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 3.75, SD = .67$) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ($M = 3.99, SD = .72$) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 3.96, SD = .64$) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ($M = 3.91, SD = .60$) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง ($M = 3.65, SD = .63$)

3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับมาก ($M = 2.84, SD = .44$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระดับมากทั้ง 5 ส่วน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกาย ($M = 2.88, SD = .70$)

ความผาสุกด้านสังคม/ครอบครัว ($M = 3.05, SD = .63$) ความผาสุกด้านอารมณ์จิตใจ ($M = 3.13, SD = .57$) ความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ($M = 2.74, SD = .70$) และคำถามเฉพาะของโรคมะเร็งเต้านม ($M = 2.57, SD = .57$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา ($r_s = .238, p < .01$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($r_s = .281, p < .01$) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ ($r_s = -.245, p < .01$) และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ($r_s = -.240, p < .01$) ส่วนระยะของโรค พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะของโรค และจำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 125$)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	r	p
อายุ	-.245	.006
ระดับการศึกษา	.238 (r_s)	.007
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	.281 (r_s)	.002
ระยะของโรค	-.098 (r_s)	.279
จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด	-.240	.007

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .420, p < .001$) เมื่อ

จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 125$)

ความฉลาดทางสุขภาพ	คุณภาพชีวิต	
	r	p
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.391	< .001
ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	.399	< .001
ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	.371	< .001
ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	.320	< .001
ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง	.351	< .001
ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวม	.420	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41–60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 54.40) ยังไม่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ไม่มีปัญหาทางสายตาหรือการได้ยิน รวมทั้งยังไม่มีภาวะหลงลืมส่งผลให้ยังทำหน้าที่ด้านร่างกายได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ

บัวหลวง สำแดงฤทธิ์ และมณฑา ล้อมทองกุล (2557) ที่พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษา คือ กลุ่มอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า อายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด (ร้อยละ 29.60) จึงมีความเข้าใจในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพต่างๆ และสามารถ

เลือกใช้อัตราคุณภาพในการดูแลตนเอง จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Khan and Tahir (2014) ที่พบว่า ปัจจัยด้านสถานะการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า การศึกษาระดับต่ำมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Panagioti et al. (2018) ที่พบว่า ระดับการศึกษาสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้

ผลการวิจัยพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ใช้สิทธิการรักษาประกันสังคมมากที่สุด (ร้อยละ 49.60) แม้จะมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 26.40) แต่ผู้ป่วยร้อยละ 23.20 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000–15,000 บาท จึงสามารถนำมาสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าใช้จ่ายทั่วไปได้ ทำให้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมูทิตา วรณชาติ (2558) ที่พบว่า รายได้สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Khan and Tahir (2014) ที่พบว่า ปัจจัยด้านการจ้างงานที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ González-Chica et al. (2016) ที่พบว่า สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจที่ไม่ดีมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

ผลการวิจัยพบว่า ระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งไม่เป็นไปตาม

สมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะอยู่ในระยะใดของโรค ก็มีคุณภาพชีวิตที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้มีระยะของโรคอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด (ร้อยละ 51.20) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมไม่เกิน 1 ปี (ร้อยละ 92) ทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยด้วยเรื่องมะเร็งเต้านมในลักษณะเดียวกัน ระยะของโรคจึงไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุกวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) ที่พบว่า การมีอาการด้านความรุนแรงสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในช่วง 1–5 ครั้ง (ร้อยละ 75.20) จึงยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก ภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ น้ำหนักลด ทำให้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุกวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์ (2559) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการมีอาการและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการถ่ายทอดความรู้

จากพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงตามชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และพยาบาลจัดให้ผู้สมัคร ญาติ หรือผู้ช่วยเหลือร่วมรับทราบข้อมูล มีการแจกเอกสารแผ่นพับ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูลที่สงสัย ประกอบกับผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 47.78 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด เป็นพนักงานโรงงาน หรือบริษัทเอกชน มากที่สุด และระยะของโรครอยู่ในระยะที่ 2 มากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสืบค้นข้อมูลเพื่อการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ สามารถตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพได้ และสามารถจัดการสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, นภาพร วาณิชยกุล, และชลเวช ชวศิริ (2560) ที่พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑิรา คำห่อ และคณะ (2561) ที่พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Panagioti et al. (2018) ที่พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางแผนการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพ เช่น การให้ความรู้ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูล

สุขภาพ โดยใช้กลยุทธ์การสื่อสารที่เหมาะสม กำหนดแนวทางการเสริมพลังการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสมต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี การดูแลแบบประคับประคอง หรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ รวมทั้งควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งศีรษะและลำคอ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก

2.2 ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการหรือเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การเสริมสร้างองค์ความรู้ และการเสริมพลังการเรียนรู้ เพื่อเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20190329105418_1_.pdf
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *ร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2562-2564)*. สืบค้นจาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- งานสารสนเทศการแพทย์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2561). *สถิติโรคมะเร็ง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี*. สืบค้นจาก [file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/hos_2559be_2016ad%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/hos_2559be_2016ad%20(1).pdf)

- นุจรี ประทีปะวณิช จอห์นส. (2552). *คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ: การประเมินและการนำไปใช้*. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัวหลวง สำแดงฤทธิ์, และมณฑา ลิ้มทองกุล. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(4), 85–93.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอนดีโอ อินเตอร์ มีเดีย.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 199–216.
- ภัสรินทร์ กุลลา, ชุติกร ด่านยุทธศิลป์, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบูลย์. (2558). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของหญิงมะเร็งเต้านมที่รอดชีวิตหลังสิ้นสุดการรักษา จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 12(1), 117–127.
- มณฑิรา คำห่อ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และกุลธร เทพมงคล. (2561). โมเดลการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอหลังได้รับรังสีรักษา. *Journal of Nursing Science*, 36(2), 54–66.
- มุกิตา วรรณชาติ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(พิเศษ), 18–29.
- ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, นภาพร วาณิชย์กุล, และชวลเวช ชวศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *Journal of Nursing Science*, 35(3), 82–93.
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2560). *แผนยุทธศาสตร์สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560–2564) และแผนปฏิบัติการ 4 ปี (พ.ศ. 2561–2564)*. สืบค้นจาก <https://www.senate.go.th/assets/portals/1/files/plan%2060.PDF>
- สิรินันท์ ชูเชิด, นภาพร วาณิชย์กุล, สุพร ดนัยดุขฎีกุล, และชัยวุฒิ ยศลาสุโรดม. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกฉานทางสุขภาพ ความรุนแรงของโรค ความรับผิดชอบของผู้ป่วย และการรับรู้การดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *Journal of Nursing Science*, 34(suppl. 1), 94–106.
- สุรัชย์ มณีเนตร, และชนกพร จิตปัญญา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 6(2), 24–35.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Gail, M. W., & Margaret, B. B. (2006). *Oncology nursing drug handbook*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- González-Chica, D. A., Mnisi, Z., Avery, J., Duszynski, K., Doust, J., Tideman, P., ... Stocks, N. (2016). Effect of health literacy on quality of life amongst patients with ischaemic heart disease in Australian general practice. *PLoS One*, 11(3), e0151079. doi:10.1371/journal.pone.0151079

- Halverson, J. L., Martinez-Donate, A. P., Palta, M., Leal, T., Lubner, S., Walsh, M. C., ... Trentham-Dietz, A. (2015). Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *Journal of Health Communication, 20*(11), 1320–1329. doi:10.1080/10810730.2015.1018638
- Khan, A. R., & Tahir, I. (2014). *Influence of social factors to the quality of life of the elderly in Malaysia*. Retrieved from <https://benthamopen.com/contents/pdf/MEDJ/MEDJ-1-29.pdf>
- Panagioti, M., Skevington, S. M., Hann, M., Howells, K., Blakemore, A., Reeves, D., & Bower, P. (2018). Effect of health literacy on the quality of life of older patients with long-term conditions: A large cohort study in UK general practice. *Quality of Life Research, 27*(5), 1257–1268. doi:10.1007/s11136-017-1775-2
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine, 10*(10), 537–541. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02640361>
- Schmidt, M. E., Wiskemann, J., Armbrust, P., Schneeweiss, A., Ulrich, C. M., & Steindorf, K. (2015). Effects of resistance exercise on fatigue and quality of life in breast cancer patients undergoing adjuvant chemotherapy: A randomized controlled trial. *International Journal of Cancer, 137*(2), 471–480. doi:10.1002/ijc.29383
- Song, J. I., Shin, D. W., Choi, J.-Y., Kang, J., Baek, Y.-J., Mo, H.-N., ... Lee, O. K. (2012). Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer. *Psycho-oncology, 21*(11), 1158–1166. doi:10.1002/pon.2027
- Wandell, K. K., Lustberg, M. B., Reinbolt, R. E., Orchard, T., Andridge, R., Schade, H. W., ... Conlan, T. (2015). *Effects of chemotherapy on quality of life in breast cancer survivors*. Retrieved from https://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2015.33.28_suppl.112
- World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheet to empower communities and strengthen health systems*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>

รายงานการวิจัย

**ระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย
ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย
ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยอง**

**The Modified Rankin Scale, The Barthel's ADL Index, The National Institute
of Health Stroke Scale, and Death Rate of Acute Stroke Patients
Receiving Thrombolytic Agent Therapy and Not Receiving
Thrombolytic Agent Therapy in Rayong Hospital**

นันทนาล ชูยิ่งสกุลทิพย์, ปร.ด. (จิตวิทยาการปรึกษา)¹
Nimnual Chuyingsakultip, Ph.D. (Counseling Psychology)¹

Received: December 30, 2020 Revised: November 29, 2021 Accepted: December 8, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง โดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีบตันหรืออุดตันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระยอง ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 รวมจำนวน 1,728 ราย เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบประเมินระดับความพิการ แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test และ Chi-square test

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลระยอง

¹ Registered Nurse, Professional Level, Rayong Hospital, E-mail: nimnual.c@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่า 1) วันจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) วันแรกรับ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และวันจำหน่าย (ปีงบประมาณ 2562) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 3) ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งหน่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล และจัดทำมาตรฐานการดูแล เพื่อตอบสนองผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

คำสำคัญ: ระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ระดับความรุนแรงของโรค ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This descriptive research aimed to study the Modified Rankin Scale (morbidity level), the Barthel's ADL index (ADL capacity), the National Institute of Health Stroke Scale (severity level), and mortality rate of acute stroke patients receiving and not receiving thrombolytic agent therapy. The samples were 1,728 medical records of acute ischemic stroke patients who received services at Rayong Hospital, fiscal year 2018 and 2019. The research instruments were composed of the general data record form, the Modified Rankin Scale, the Barthel's ADL index, and the National Institute of Health Stroke Scale. Data were collected from September to December, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-rank test, Mann-Whitney U test, and Chi-square test.

The research results revealed that 1) on the day of discharge, the patients receiving and not receiving thrombolytic agent therapy had statistically significant lower mean scores of morbidity level and severity level, and higher mean score of ADL capacity than those on the day of admission ($p < .001$); 2) on the day of admission,

the patients receiving thrombolytic agent therapy had statistically significant higher mean scores of morbidity level and severity level, and lower mean score of ADL capacity than those of the patients not receiving thrombolytic agent therapy ($p < .001$). In addition, on the day of discharge (fiscal year 2019), the patients receiving thrombolytic agent therapy had statistically significant lower mean score of severity level than that of the patients not receiving thrombolytic agent therapy ($p < .05$); and 3) the mortality rate of the patients receiving and not receiving thrombolytic agent therapy were not different.

This research suggests that healthcare executives should promote setting stroke unit in the hospitals as well as develop a standard of care for stroke patients who cannot receive thrombolytic agent therapy in time.

Keywords: The Modified Rankin Scale, The Barthel's ADL index, The National Institute of Health Stroke Scale, Thrombolytic agent, Stroke unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

รายงานสถานการณ์ทั่วโลกในปี ค.ศ. 2017 ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกถึง 6.20 ล้านคน โดยประเทศสหรัฐอเมริกามีประชาชนป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทุก ๆ 40 วินาที และในจำนวนนี้เสียชีวิตในทุก ๆ 4 นาที (Benjamin et al., 2017) สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรมีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 35.90 ในปี 2556 เป็น 47.80 ในปี 2560 (กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากการศึกษาภาระโรค (burden of disease) โดยรวมของประชากรไทย ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในประชากรชายและประชากรหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560) สำหรับโรงพยาบาลระยอง พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ามารับการรักษาในช่วงปี 2560-2562 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการตายที่ค่อนข้างสูง

โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตต่อจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละปี คือ 261 คน ต่อ 1312 คน คิดเป็นร้อยละ 19.90, 216 คน ต่อ 1263 คน คิดเป็นร้อยละ 17.10 และ 307 คน ต่อ 1,454 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลระยอง, 2562) โดยผู้ป่วยที่ไม่เสียชีวิต ส่วนหนึ่งจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทำให้เกิดภาระในทุกด้านกับตัวผู้ป่วยและครอบครัว

หน่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke unit) ของโรงพยาบาลระยอง เป็นแบบ acute stroke unit คือ หอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีบตันหรืออุดตัน ซึ่งรวมทั้งผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดสมอง (thrombolytic therapy) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสังเกตอาการทางระบบประสาทและให้การรักษาอย่างใกล้ชิด เริ่มเปิดดำเนินการอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 2553 มีจำนวน 8 เตียง ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานในปี 2554 และผ่านการประเมินหน่วยโรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานระดับ 5 ดาว

(Standard Stroke Center Certification [SSCC]) ในปี 2559 ปัจจุบันมีจำนวน 16 เคียง รับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 3 วัน และในกรณีที่เคยไม่เต็ม จะรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบตันหรืออุดตันที่มีอาการภายใน 7 วัน รวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) โดยหน่วยโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแลด้วยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke program) จากบุคลากรทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ประสาทวิทยา แพทย์อายุรกรรม ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) พยาบาลวิชาชีพ เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก และพยาบาลอาชีวอนามัย เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่จะได้รับการจำหน่าย โดยมีการส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง พร้อมทั้งนัดตรวจติดตามที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โดยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงรับผิดชอบในการจัดระบบการดูแลรักษาให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยมีอัตราการได้รับการดูแลรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าการได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ด้วยข้อจำกัดหลายประการของการได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ซึ่งในต่างประเทศได้มีการพัฒนาระบบที่เรียกว่า mobile stroke unit ในการเพิ่มอัตราการได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง (Towner, Pieters, Schmidt, Pilcher, & Bhalla, 2018)

ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองที่ใช้ในปัจจุบันคือ recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) โดยหลักเกณฑ์ในการพิจารณาให้ยามีหลายข้อ และต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ข้อจำกัดที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยา คือ การที่ผู้ป่วยมาถึงสถานพยาบาลช้ากว่า 3-4.50 ชั่วโมง หรือมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจนก่อนการพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยา มีระบบการประเมินผู้ป่วยที่ชัดเจนตามมาตรฐานสากล หากผู้ป่วยได้รับยา จะได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก โดยวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ภายใน 2 ชั่วโมงแรก จากนั้นวัดทุก 30 นาที ใน 6 ชั่วโมงต่อมา และวัดทุก 1 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง โดยควรรักษาระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 180/105 mmHg ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่สำคัญ คือ การมีเลือดออกในสมอง ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม แม้ผลสำเร็จของการรักษาจะมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีบตันหรืออุดตันที่ได้รับ rt-PA ภายในเวลา 3-4.50 ชั่วโมงแรก หลังจากมีอาการ แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ โดยอัตราการได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองในต่างประเทศมีเพียงร้อยละ 1-8 (Huisa, Raman, Neil, Ernstrom, & Hemmen, 2011) สำหรับข้อมูลในประเทศไทย ปี 2561 อัตราการได้รับยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพระดับ SSCC เท่ากับร้อยละ 11.40 ในโรงพยาบาลที่มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยังไม่ผ่านการรับรอง SSCC เท่ากับร้อยละ 9.80 และในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เท่ากับร้อยละ 3.70 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สถาบันประสาทวิทยา, 2562)

ข้อมูลการเข้าถึงบริการยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองของเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า อัตราการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง (stroke fast track) เท่ากับร้อยละ 20.80 โดยมีอัตราการได้รับยาเท่ากับร้อยละ 4.75 ส่วนอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 7.60 และ 12.10 ในปี 2559 และ 2560 ตามลำดับ ซึ่งในภาพรวมระดับประเทศ อัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 8.30 และ 9.10 ในช่วงปีเดียวกัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สำหรับโรงพยาบาลระยอง เริ่มมีการฉีดยาละลายลิ่มเลือดสมองตั้งแต่ปี 2552 พบว่า อัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดสมอง

เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีเช่นกัน โดยมีอัตราการเข้าถึงระบบบริการช่องทางด่วนยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 28.10, 29.70 และ 38.40 ในช่วงปี 2560-2562 โดยอัตราการได้รับยาเท่ากับร้อยละ 9.80, 7.50 และ 7.70 ในช่วงปีเดียวกัน ส่วนอัตราการเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 9, 3.50 และ 5.40 ในช่วงปีเดียวกัน (หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง, 2562) ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาติดตามและเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาติดตามและเปรียบเทียบผลลัพธ์ดังกล่าว ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง ในโรงพยาบาลระยอง เพื่อนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันให้ดีและเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

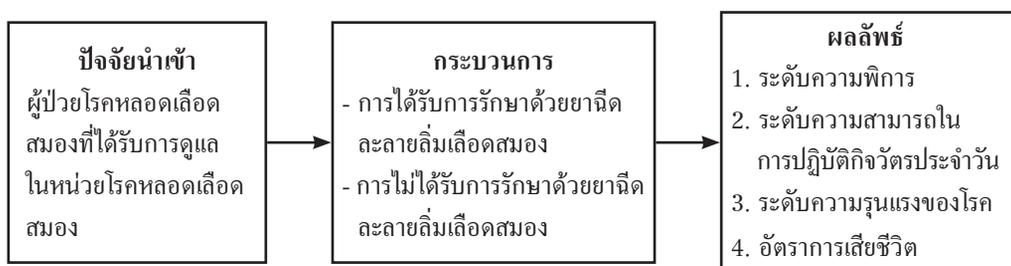
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง ระหว่างวันแรกกับกับวันจำหน่าย

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรค ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง วันแรกกับและวันจำหน่าย

3. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (System Theory) ของ Bartol and Martin (1998) ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (output) โดยปัจจัยนำเข้าในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนกระบวนการ คือ การได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง และการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ้มเลือดสมอง สำหรับผลลัพธ์ เป็นผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระดับความรุนแรงของโรค และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยการทบทวนเวชระเบียน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น เวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับ การรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล ระยอง ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลาย ลิ่มเลือดสมอง และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง โดยปีงบประมาณ 2561 กลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลาย ลิ่มเลือดสมอง มีจำนวน 57 ราย และ 705 ราย ตามลำดับ ส่วนปีงบประมาณ 2562 กลุ่มที่ได้รับ และไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง มีจำนวน 74 ราย และ 892 ราย ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์ การคัดเลือกเวชระเบียนตัวอย่าง คือ เป็นเวชระเบียน ของผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีตันหรือ อุดตัน และผู้ป่วยไม่มีอาการทางระบบประสาทที่แย่งลง จากสาเหตุอื่น ที่ไม่ใช่ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วย ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ คะแนนระดับการรู้สึกรู้ตัว (Glasgow coma score [GCS]) และสถานะการจำหน่าย (เสียชีวิต/ ทุเลา/ ส่งต่อ) จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น แบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการ (the Modified Rankin Scale [mRS]) พัฒนาโดย Broderick, Adeoye, and Elm (2017) แบ่ง การประเมินออกเป็น 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ 0 คะแนน = ไม่มีความผิดปกติ, 1 คะแนน =

ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง สามารถประกอบ กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติทุกอย่าง, 2 คะแนน = มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้เกือบทุกอย่าง, 3 คะแนน = มีความผิดปกติพอควร ต้องการคนอื่นช่วยในการทำกิจวัตรประจำวันบางอย่าง แต่สามารถเดินได้โดยไม่ต้องมีคนช่วย, 4 คะแนน = มีความผิดปกติมาก สามารถเดินได้แต่ต้องมีคน ช่วยพยุง ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองโดยไม่มี คนช่วยได้ และ 5 คะแนน = มีความผิดปกติอย่าง รุนแรง ต้องนอนบนเตียง ปัสสาวะราด ต้องการการดูแล อย่างใกล้ชิด ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต ให้คะแนน ระดับความพิการ 6 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินระดับความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง ผู้วิจัยปรับจาก the Barthel index of activities of daily living ของสถาบันประสาทวิทยา (2558) จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 0, 5 และ 10 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับน้อยมาก (0-20 คะแนน) ในระดับน้อย (25-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (50-70 คะแนน) ในระดับมาก (75-95 คะแนน) และในระดับมากที่สุด/ระดับปกติ (100 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินระดับความรุนแรง ของโรค (the National Institute of Health Stroke Scale [NIHSS]) เป็นแบบประเมินที่นิยม ใช้กัน และแบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นในระดับสูง (อาภรณ์ คำก้อน, 2553) ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ < 5 = mild impairment, 5-14 = moderate impairment, 15-24 = severe impairment และ > 25 = very severe neurological impairment (Adam et al., 1999)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง (เอกสารรับรอง เลขที่ RYH 001/2563 วันที่ 2 กันยายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยอง รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระยองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2561 และ 2562 ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีการวางแผนการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล การสร้างรหัสข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง และกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จากนั้นประเมินระดับความพิการ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรค วันแรกรับและวันจำหน่ายผู้ป่วย โดยเทียบข้อมูลจากเวชระเบียนกับแบบประเมินแต่ละชุด จากนั้นดูข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ในส่วนสถานะการจำหน่าย ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคะแนนระดับ

ความพิการ คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ระหว่างวันแรกรับกับวันจำหน่าย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบคะแนนระดับความพิการ คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนระดับความรุนแรงของโรค ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง วันแรกรับและวันจำหน่าย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง

1.1 ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองเป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 49.10 และ 50.90 ตามลำดับ มีอายุต่ำสุด-สูงสุดคือ 32-94 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.20 ปี ($SD = 14.10$) และมีคะแนนระดับการรู้สีกตัวต่ำสุด-สูงสุดคือ 10-15 คะแนน โดยมีคะแนนระดับการรู้สีกตัวเฉลี่ย 14.40 คะแนน ($SD = 1.40$) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองเป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.70 และ 42.30 ตามลำดับ มีอายุต่ำสุด-สูงสุดคือ 20-97 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 60.03 ปี ($SD = 14.50$)

และมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวต่ำสุด-สูงสุด คือ 4-15 คะแนน โดยมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวเฉลี่ย 14.40 คะแนน ($SD = 1.60$)

1.2 ปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือด สมอเป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.10 และ 45.90 ตามลำดับ มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 19-85 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 56.80 ปี ($SD = 14.30$) และมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวต่ำสุด-สูงสุด คือ 3-15 คะแนน โดยมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวเฉลี่ย 14.01 คะแนน ($SD = 2.20$) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอ เป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.70 และ 46.30 ตามลำดับ มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 20-101 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 61.20 ปี ($SD = 14.80$) และมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวต่ำสุด-สูงสุด คือ

3-15 คะแนน โดยมีคะแนนระดับการรู้สึกตัวเฉลี่ย 14.30 คะแนน ($SD = 1.80$)

2. การเปรียบเทียบคะแนนระดับความพิการ คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และคะแนนระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอ ระหว่างวันแรกกับวันจำหน่าย พบว่า ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 วันจำหน่าย ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วย ยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอ มีคะแนนเฉลี่ยระดับ ความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรง ของโรค ต่ำกว่าวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าวันแรกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอ ระหว่าง วันแรกกับวันจำหน่าย

ตัวแปร	วันแรกรับ			วันจำหน่าย			Wilcoxon signed-rank test	
	min-max	M	SD	min-max	M	SD	Z	p
ปีงบประมาณ 2561								
กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ								
ระดับความพิการ	1-5	3.70	1.10	0-6	2.60	1.90	-4.700	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	40.70	30.90	0-100	63.90	36.90	-5.200	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	3-25	8.60	4.90	0-42	5.90	8.10	-4.200	< .001
กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ								
ระดับความพิการ	0-5	2.50	1.60	0-6	1.90	1.70	-8.500	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	66.80	33.70	0-100	75.00	33.60	-14.300	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	0-33	5.10	5.90	0-42	4.30	6.60	-5.300	< .001

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ระหว่างวันแรกกับวันจำหน่าย (ต่อ)

ตัวแปร	วันแรก			วันจำหน่าย			Wilcoxon signed-rank test	
	min-max	M	SD	min-max	M	SD	Z	p
ปีงบประมาณ 2562								
กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ								
ระดับความพิการ	1-5	3.90	1.10	0-6	1.90	1.90	-6.500	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	43.10	34.30	0-100	78.00	34.90	-6.400	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	2-31	8.90	6.00	0-23	3.50	5.50	-6.200	< .001
กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ								
ระดับความพิการ	0-5	2.90	1.60	0-6	2.20	1.90	-16.300	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	64.40	34.80	0-100	72.30	36.70	-16.700	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	0-41	6.00	7.50	0-42	4.20	6.80	-13.600	< .001

3. การเปรียบเทียบคะแนนระดับความพิการ คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนระดับความรุนแรงของโรค ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง วันแรกกับวันจำหน่าย พบว่า วันแรก ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนวันจำหน่าย ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง

มีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และปีงบประมาณ 2562 พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค ระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง วันแรกรับและวันจำหน่าย

ตัวแปร	กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ			กลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ			Mann-Whitney U test	
	min-max	M	SD	min-max	M	SD	Z	p
	ปีงบประมาณ 2561							
วันแรกรับ								
ระดับความพิการ	1-5	3.70	1.10	0-5	2.50	1.60	-5.200	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	40.70	30.90	0-100	66.80	33.70	-5.900	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	3-25	8.60	4.90	0-33	5.10	5.90	-6.600	< .001
วันจำหน่าย								
ระดับความพิการ	0-6	2.60	1.90	0-6	1.90	1.70	-2.400	.015
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	63.90	36.90	0-100	75.00	33.60	-2.500	.013
ระดับความรุนแรงของโรค	0-42	5.90	8.10	0-42	4.30	6.60	-2.000	.041
ปีงบประมาณ 2562								
วันแรกรับ								
ระดับความพิการ	1-5	3.90	1.10	0-5	2.90	1.60	-5.700	< .001
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	43.10	34.30	0-100	64.40	34.80	-5.400	< .001
ระดับความรุนแรงของโรค	2-31	8.90	6.00	0-41	6.00	7.50	-6.700	< .001
วันจำหน่าย								
ระดับความพิการ	0-6	1.90	1.90	0-6	2.20	1.90	-1.600	.098
ระดับความสามารถในการปฏิบัติฯ	0-100	78.00	34.90	0-100	72.30	36.70	-1.700	.098
ระดับความรุนแรงของโรค	0-23	3.50	5.50	0-42	4.20	6.80	-2.100	.040

4. การเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง พบว่า ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 ผู้ป่วย

กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตระหว่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับกับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง

ปีงบประมาณ	กลุ่มผู้ป่วย	เสียชีวิต		ไม่เสียชีวิต		χ^2	p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
2561	ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ	2	3.50	55	96.50	.988	1.000
	ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ	25	3.50	680	96.50		
2562	ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ	4	5.40	70	94.60	.751	.771
	ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดฯ	41	4.60	851	95.40		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า วันจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค ต่ำกว่าวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าวันแรกรับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมอง และการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรที่มีสุขภาพ ต่างมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย โดยยาละลายลิ่มเลือดใช้เพื่อแก้ไขภาวะอุดตันของหลอดเลือดให้เลือดไหลกลับมาเลี้ยงสมองได้ทันเวลา เนื้อสมองสูญเสียจากการขาดเลือดน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด (นันทิยาแสงทรงฤทธิ์, 2555) จึงช่วยลดระดับความพิการ และระดับความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น ส่วนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะได้รับ

การดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพตามที่กำหนดในโปรแกรมอย่างครบถ้วน รวมถึงมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้สามารถลดระดับความพิการและระดับความรุนแรงของโรค และเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ungerer et al. (2020) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองที่ได้รับการรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก (ICU) พบว่า การรักษาในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดระดับความรุนแรงของโรค และลดระดับความพิการของผู้ป่วยได้มากกว่าการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยหนัก

ผลการวิจัยพบว่า วันแรกรับ (ปีงบประมาณ 2561 และ 2562) และวันจำหน่าย (ปีงบประมาณ 2561) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความพิการ และคะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรค สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดละลายลิ่มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษา

ด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากปีงบประมาณ 2561 ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองมีอายุเฉลี่ยมากกว่า จึงอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการต่างๆ มากกว่า ประกอบกับการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองนั้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงที่สำคัญ คือ การมีเลือดออกในสมอง (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2555; อัจฉรา อักษรรัตน์ 2561) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น การฟื้นฟูหายจากโรคหลอดเลือดสมองยาวนานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2555)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมอง และการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ต่างมีผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ดังการศึกษาที่พบว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันด้วยการให้ยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4.50 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ ทำให้ผู้ป่วยมีความพิการน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้ (อัจฉรา อักษรรัตน์, 2561) ส่วนโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างครบถ้วน และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถลดระดับความรุนแรงของโรค ระดับความพิการ และอัตราการเสียชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Fatima, Saqqur, Hussain, & Shuaib (2020) ที่พบว่า การรักษาผู้ป่วยในหน่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเคลื่อนที่ (mobile stroke unit) ให้ผลลัพธ์การดูแลที่ดีกว่าการรักษาในหอผู้ป่วยทั่วไป สามารถลดระดับความรุนแรงของโรคและระดับ

ความพิการของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันชนิดตีบตันหรืออุดตันด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ การมีเลือดออกในสมอง แต่จากการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดร้อยละ 78.60 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยร้อยละ 7.10 มีภาวะเลือดออกในสมอง ส่วนในระยะ 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา ผู้ป่วยร้อยละ 78.60 มีความรุนแรงของโรคลดลง และร้อยละ 61.90 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (อัจฉรา อักษรรัตน์, 2561) ดังนั้น การรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองจึงนับว่ามีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีข้อห้ามในการให้ยา เพราะช่วยให้เลือดไหลกลับมาเลี้ยงสมองได้ทันเวลา เนื้อสมองสูญเสียจากการขาดเลือดน้อยที่สุด และผู้ป่วยสามารถฟื้นกลับสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด (นันทิยา แสงทรงฤทธิ์, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งหน่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพิ่มโอกาสในการได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมอง ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย อันเป็นการช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว สังคม และประเทศชาติ นอกจากนี้ควรจัดทำมาตรฐานการดูแล เพื่อตอบสนองผู้ป่วยที่ไม่สามารถได้รับการรักษาด้วยยานีตละลายลิ้มเลือดสมองได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามระดับความพิการระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และระดับความรุนแรงของโรค ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว รวมทั้งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>

นันทิยา แสงทรงฤทธิ. (2555). การดูแลและเฝ้าระวังการเกิดภาวะเลือดออกในสมองภายหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารพยาบาลสภาการศึกษาไทย*, 5(1), 9–18.

ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สถาบันประสาทวิทยา. (2562). *Standard Stroke Center Certification & Stroke Fast Track*. สืบค้นจาก <https://dhes.moph.go.th>

ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลระยอง. (2562). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2562*. ระยอง: ผู้แต่ง.

สถาบันประสาทวิทยา. (2558). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. สืบค้นจาก <https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *การสูญเสียปีสุขภาวะ: รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/7892>

หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลระยอง. (2562). *สถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2560–2562*. ระยอง: ผู้แต่ง.

อัจฉรา อักษรรัตน์. (2561). ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาลลิซล. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 767–782.

อาภรณ์ คำก้อน. (2553). *การตรวจทางระบบประสาท I*. สืบค้นจาก http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/MN/th/km_Nervous_system1.html

Bartol, K. M., & Martin, D. C. (1998). *Management* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics – 2017 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), e146–e603. doi:10.1161/CIR.0000000000000485

Broderick, J. P., Adeoye, O., & Elm, J. (2017). Evolution of the Modified Rankin Scale and its use in future stroke trials. *Stroke*, 48(7), 2007–2012. doi:10.1161/STROKEAHA.117.017866

- Fatima, N., Saqqur, M., Hussain, M. S., & Shuaib, A. (2020). Mobile stroke unit versus standard medical care in the management of patients with acute stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke, 15*(6), 595–608. doi:10.1177/1747493020929964
- Huisa, B. N., Raman, R., Neil, W., Ernstrom, K., & Hemmen, T. M. (2011). Intravenous t-PA for patients with minor ischemic stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 21*(8), 732–736. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.03.009
- Towner, J., Pieters, T., Schmidt, T., Pilcher, W., & Bhalla, T. (2018). A history of mobile stroke units and review of literature. *American Journal of Interventional Radiology, 2*(9), 1–5. doi:10.25259/AJIR-31-2018
- Ungerer, M. N., Ringleb, P., Reuter, B., Stock, C., Ippen, F., Hyrenbach, S., ... Schlaganfall, A. G. (2020). Stroke unit admission is associated with better outcome and lower mortality in patients with intracerebral hemorrhage. *European Journal of Neurology, 27*(5), 825–832. doi:10.1111/ene.14164
-

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก*

Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease
among Elderly Risk Group in the Aranyik Town Municipality,
Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok Province*

ดวงธิดา โสดาพรม, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Duangthida Sodaprom, M.P.H. (Public Health)¹

ศิวิไลซ์ วรรณรัตน์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Civilaiz Wannaratvigit, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: June 26, 2021 Revised: November 7, 2021 Accepted: November 9, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก รวมจำนวน 313 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .71

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

* Master's Thesis of Public Health Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Program in Public Health, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: duangthidasodaprom@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Assistant Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University: Advisor

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .73 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.29, SD = .19$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 11.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .112, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

This predictive correlational research aimed to study preventive behaviors for cerebrovascular disease and influencing factors of preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group. The samples were 313 elders with hypertension and/or diabetes mellitus who registered for treatment in the community health center and district health promoting hospital in the Aranyik Town Municipality, Mueang Phitsanulok District, Phitsanulok Province. The research instruments included the personal factors interview form, the knowledge about cerebrovascular disease interview form with reliability as .71, the personal perceived factors interview form with reliability as .74, the social support factors interview form with reliability as .93, and the preventive behaviors for cerebrovascular disease interview form with reliability as .73. Data were collected from March to May, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the total mean score of preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group was at a high level ($M = 3.29$, $SD = .19$). Social support from friend, perceived barriers of preventive behaviors for disease, social support from public health officer, social support from family, and being hypertensive and diabetic patient were statistically significant accounted for 11.20% of the variance of preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group ($R^2 = .112$, $p < .05$).

This research suggests that health care executives should encourage health care providers to promote the appropriate and accurate preventive behaviors for cerebrovascular disease among elderly risk group.

Keywords: Preventive behaviors, Elderly risk group of cerebrovascular disease, Health belief model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease/ stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งของโรคทางระบบประสาท เป็นสาเหตุทำให้เกิดความพิการและการเสียชีวิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศและทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 17 ล้านคน ส่งผลให้เกิดความพิการ 5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 6.50 ล้านคน โดยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และอันดับ 5 ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 15–59 ปี (World Stroke Organization, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน โดยในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (World Health Organization, 2017) สำหรับสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2555–2559 อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 31.70, 35.90, 38.70, 43.30, และ 48.70 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่วนอัตราการป่วยพบว่า ในช่วง ปี พ.ศ. 2555–2558 อัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 354.54, 366.81, 352.30, และ 425.24 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

การมีความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ 4–6 เท่า และโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีกรดไขมันของหลอดเลือดได้ โดยมีอัตราเสี่ยงสูงกว่าคนปกติ 2–3 เท่า (สถาบันประสาทวิทยา, 2559) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง

และโรคเบาหวานทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดสมอง เกิดการหนาตัวขึ้น รูของหลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจนถึงขั้นอุดตันได้ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ สมองขาดเลือดจนถึงขั้นเนื้อสมองตาย และหากระดับความดันโลหิตสูงมาก ๆ จะทำให้หลอดเลือดแดงขนาดเล็กในสมองโป่งพองเป็นกระเปาะเล็ก ๆ ซึ่งมีโอกาสที่จะแตกได้ ผลของหลอดเลือดแดงในสมองอุดตันหรือหลอดเลือดแดงในสมองแตกทั้ง 2 ภาวะดังกล่าว เรียกว่าโรคหลอดเลือดสมอง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) หากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น แขนขาอ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง ปากเบี้ยวข้างใดข้างหนึ่ง ปวดศีรษะมาก พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ ความจำเสื่อม กลืนลำบาก ลึนแสบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เกิดภาวะซึมเศร้า เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลง เป็นภาระให้แก่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตลดลง ผู้ที่ยังอยู่ในวัยทำงานมักไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ ทำให้สูญเสียรายได้ และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคสูง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) จะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมี 2 แนวทาง คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และการใช้ยาเพื่อลดหรือควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานสามารถปฏิบัติได้โดยการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ การออกกำลังกายความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน การจำกัดโซเดียมในอาหาร การรับประทานอาหารตามแนวทาง DASH (dietary approaches to stop hypertension) โดยเน้นอาหารประเภทผัก 5 ส่วนต่อวัน การจำกัด

หรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหยุดสูบบุหรี่ การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้องและครบทุกมื้อ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือเป็นโรคนั้น ย่อมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดย Maiman and Becker (1975) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อนั้นจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค และปัจจัยร่วม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม และความรู้ที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (วาสนา เหมือนมี, สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์, 2558) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (สุทัตสา ทิจะยัง, 2557) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม

ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น จะเห็นว่า จากรายงานการศึกษาได้มีผลการศึกษาที่สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

อำเภอเมืองพิษณุโลก เป็นอำเภอที่มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วงปี พ.ศ. 2557-2558 สูงเป็นอันดับ 1 ของจังหวัดพิษณุโลก รองลงมา คือ อำเภอบางกระทุ่ม และอำเภอบางระกำ โดยมีอัตราการตายร้อยละ 86.56, 58.12 และ 20.18 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559) ส่วนอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอเมืองพิษณุโลก ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2559 เท่ากับ 195.17, 176.94, และ 192.55 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับในเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 9.40 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ คือ ไม่เกินร้อยละ 7 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ซึ่งประเด็นสำคัญ คือ ต้องทราบก่อนว่าผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก ประกอบกับเขตเทศบาลเมืองอรัญญิกเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

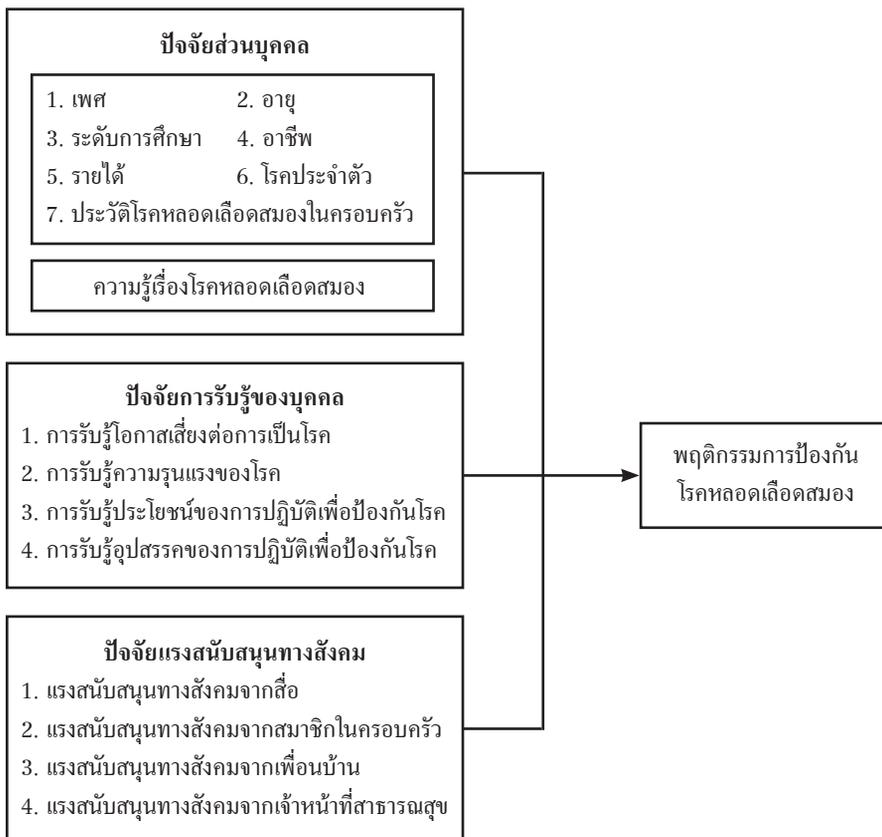
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว รวมทั้งความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) และปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม (แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Maiman and Becker (1975) ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมอื่น ๆ (ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งชักนำในการปฏิบัติ) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และนำตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว รวมทั้งความรู้

เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 2) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 3) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 4) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เขื่อนขันธุ์) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก รวมจำนวน 1,062 คน (สำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก, 2559) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 60 – 79 ปี 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีปัญหาด้านการพูดหรือการฟัง 4) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย กรณีทราบขนาดประชากร (Daniel, 1995; Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2016) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยกำหนดค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของสุทัตสา ทิจะยัง (2557) เท่ากับ .53 และระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 308 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 (พรณิภา ภูทองพลอย, 2561) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 313 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ด้วยการกำหนดหมายเลขประจำตัวในทะเบียนรายชื่อให้สมาชิกทุกหน่วยในประชากร และคำนวณหาช่วงของการสุ่มแล้วนับหมายเลขประจำตัวในทะเบียนรายชื่อของแต่ละหมู่บ้าน เพื่อกำหนดสมาชิกคนแรกของกลุ่มตัวอย่างจากวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก ซึ่งสมาชิก

คนต่อไปจะถูกสุ่มอย่างเป็นระบบตามระยะห่างของช่วงที่คำนวณได้ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมีโครงสร้าง จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0–4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (5–8 คะแนน) และในระดับมาก (9–12 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Maiman and Becker (1975) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จำนวน 7 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 6 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน

1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Maiman and Becker (1975) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ จำนวน 5 ข้อ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว จำนวน 3 ข้อ 3) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำนวน 3 ข้อ และ 4) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ได้รับ ได้รับบางครั้ง และ ได้รับเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากการศึกษาข้อมูลของสถาบันประสาทวิทยา (2559) และสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2558) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ และด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถาม

ทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในระดับน้อย (1-2 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.01 คะแนน) และในระดับมาก (3.02-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย (2 คน) และพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในเขตชุมชน พระองค์ขาว อำเภอเมืองพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 ส่วนแบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .74, .93 และ .73 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ 669/2018 วันที่ 14 ธันวาคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อรัญญิก หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เชื่อนันท์) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียม ผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอรัญญิก (เชื่อนันท์) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 3 คน และ 4 คน ตามลำดับ รวมจำนวน 7 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ตลอดจน เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น เก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอรัญญิก) โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) อ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างฟังแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลาคนละ 45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ และร้อยละ ข้อมูลปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ข้อมูลปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.90 มีอายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.30 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.48 ปี ($SD = 5.20$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 65.50 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.40 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 74.40 โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,845.50 บาทต่อเดือน ($SD = 6,302.80$) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60.40 และไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 92.30

2. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 69

3. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ในระดับมาก ($M = 3.92, SD = .39; M = 4.33, SD = .38$ และ $M = 4.13, SD = .40$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคใน

ระดับปานกลาง ($M = 2.88, SD = .63$)

4. ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว และคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับมาก ($M = 2.46, SD = .39; M = 2.45, SD = .37$ และ $M = 2.78, SD = .24$ ตามลำดับ) และมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านในระดับปานกลาง ($M = 1.87, SD = .54$)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.29, SD = .19$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ($M = 3.68, SD = .32$) ด้านการควบคุมอาหาร ($M = 3.11, SD = .31$) ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ($M = 3.80,$

$SD = .59$) และด้านการสูบบุหรี่ ($M = 3.83, SD = .66$) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย ($M = 2.90, SD = .40$) และด้านการจัดการความเครียด ($M = 2.68, SD = .33$)

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน ($Beta = .163, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($Beta = -.155, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($Beta = .130, p < .05$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($Beta = .120, p < .05$) และการมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ($Beta = -.108, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 11.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .112, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ($n = 313$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน	.055	.019	.163	2.913	.004
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	-.045	.016	-.155	-2.865	.004
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.098	.041	.130	2.386	.018
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.059	.027	.120	2.155	.032
การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	-.044	.022	-.108	-2.003	.046

Constant = 2.813, $R = .335, R^2 = .112, \text{adj. } R^2 = .098, F = 7.868, p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการปรับปรุงการปฏิบัติตัวเมื่อผลการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษาได้จัดบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกสัปดาห์ เพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และฟัน เมื่อพบความผิดปกติ จะมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย พันธู และจันทร์ฉาย มณีวงษ์ (2559) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญราศม์ อินเต็ง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับดี

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และการมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 11.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้มากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Maiman and Becker (1975) ที่กล่าวว่า การกระตุ้นจากภายนอกบุคคล ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านสื่อมวลชน

การเตือนและให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด จะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรค โดยผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านเรื่องคำแนะนำเกี่ยวกับอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง การชักชวนไปออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวหรือการมีพฤติกรรมป้องกันการโรค ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา (2561) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนบ้านสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Maiman and Becker (1975) ที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็อุปสรรคขัดขวางหรือผลกระทบในทางลบที่จะได้รับหลังจากการปฏิบัติบุคคลจะเลือกการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับความยุ่งยากในการรับประทานยา การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัดหวานจัด โดยเห็นว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีความยากลำบากใจ และเสียเวลา ส่งผลให้บางส่วนเกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ดังที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย พันธู และจันทร์ฉาย มณีวงษ์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา เหมือนมีและคณะ (2558) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัย

ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มุมมองและการรับรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่น ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตาม เพื่อให้พ้นจากการเจ็บป่วยและมีชีวิตที่ยืนยาว (พยาม การดี, พรหมพิมล สุขวงษ์, และดาวเวียงคำ, 2559) ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสายฝน เต็บสูงเนิน และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์ (2560) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเชื่อว่าคนในครอบครัวโดยเฉพาะคู่ครองคือมิตรแท้ มีการเชื่อฟังซึ่งกันและกันด้วยความจริงใจ เป็นที่รับฟัง เป็นที่ปรึกษา และเป็นที่พักพิงทางใจ (พยาม การดี และคณะ, 2559) ดังนั้น การที่บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีปัญหา แจ่มใสต้อนรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ชักชวนให้ออกกำลังกาย รวมทั้งจัดการดูแลด้านอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงรับฟังและปฏิบัติตาม จึงมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปวิตรา จริยสกุลวงศ์ (2558) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าวและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจะมีความกระตือรือร้นในการหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และหันมาสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรธม เศรษฐีธรรม (2561) ที่พบว่า การมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขมีการให้ความรู้และจัดกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 บุคลากรสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เพื่อนบ้านและครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้สามารถแนะนำผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม การสนับสนุนจากสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน ของผู้สูงอายุ โดยเน้นประเด็นการสนับสนุนจาก เพื่อนบ้าน ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เช่น การมีโรคร่วม ระยะเวลา ที่เป็นโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ.

(2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/3a249d4706a9fec3b651595d3a507cd4.pdf>

ขวัญฤทัย พันธุ์, และจันทร์ฉาย มณีวงษ์. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาคกลาง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 22(1), 93–107.

ณัฐชยาน์ ภิรมย์สิทธิ, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 22(43–44), 55–69.

บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562).

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 122–134.

ปวีตรา จริยสกุลวงศ์. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

พยาม การดี, พรรณพิมล สุขวงษ์, และดาว เวียงคำ. (2559). การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของ ผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 24(1), 40–51.

พรรณิภา ภูทองพลอย. (2561). *การพัฒนาวิธี การประมาณค่าข้อมูลสูญหายสำหรับการวัดซ้ำ* (ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ยุทธนา ชนะพันธ์, และดาวิวรรธ เศรษฐีธรรม. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อำเภอกุมภวาปี จังหวัด อุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(2), 109–119.

วาสนา เหมือนมี, สมศักดิ์ เทพสุริยานนท์, ชมนาด วรรณพรศิริ, และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัด พิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 156–165.

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นจาก http://dmhc.dmh.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180ed7d1cfe0155e11
- สถาบันประสาทวิทยา. (2559). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อ้วนน้ำพรินต์.
- สายฝน เติบสูงเนิน, และปิยธิดา กุหิรัญญรัตน์. (2560). ระดับการรับรู้อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(5), 482–490.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. สืบค้นจาก <http://www.plkhealth.go.th/uploads/documents/รายงานประจำปี%202559.pdf>
- สำนักทะเบียนท้องถิ่น เทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. (2559). *กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)*. พิษณุโลก: ผู้แต่ง.
- สุทัตสา ทิจะยัง. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1975). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–353. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.1372&rep=rep1&type=pdf>
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2016). n4Studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68(3), 160–170. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/sirirajmedj/article/view/58342/48170>
- World Health Organization. (2017). *Cerebrovascular diseases*. Retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/
- World Stroke Organization. (2017). *Face the facts: Stroke is treatable*. Retrieved from <https://www.worldstrokecampaign.org/learn.html>

การวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนา ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ควรมีการสอนแบบเน้นกิจกรรมเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม 2) หลังได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหารด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด และด้านการควบคุมอารมณ์ สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และ 3) หลังได้รับการสอน กลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอหรืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.047, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ควรมีการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยให้ได้ครบทุกด้าน และพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร

คำสำคัญ: การคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research aimed to study the participation in learning management and to determine the effects of the learning management for executive function development in preschool children. The participants were composed of ten personnel of Child Development Center, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, 50 parents, and 60 children aged 3 to 5 years old. The research instruments included the child's data record form, the executive function in preschool children assessment form with reliability as .90, the problematic behaviors regarding executive function in preschool children assessment form with reliability as .98, and the focus group guide. Two cycles of this research (each cycle comprised 4 steps including plan, do, check, and act) were conducted from January to August, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, independent *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) the guideline of learning management for executive function development in preschool children should focus on activity-based instruction including individual and group activities; 2) after receiving the instruction

that promoted executive function, the preschool children had statistically significant higher mean scores of three domains of executive function (inhibit, shift, and emotional control) than those of before receiving the instruction ($p < .001$); and 3) after the experiment, the preschool children who received the instruction that promoted executive function had statistically significant higher mean score of problematic behaviors regarding executive function than the preschool children who received the Montessori instruction ($t = 2.047, p < .05$).

This research suggests that the Child Development Center, Phrapokkklao Nursing College, Chanthaburi should further develop the learning activities that promote all domains of executive function in preschool children as well as promote the learning activities that reduce the problematic behaviors regarding executive function.

Keywords: Executive function, Preschool children, Child care center, Participatory action research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กควรได้รับการพัฒนาศักยภาพตั้งแต่ช่วงปฐมวัย เพราะเป็นช่วงโอกาสทองที่สมองเด็กกำลังพัฒนา เพื่อให้เด็กเป็นทุนมนุษย์ที่มีคุณภาพของประเทศไทยและโลกยุคใหม่ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งสมองส่วนหน้าสุดของเด็กปฐมวัยทำหน้าที่ด้านการคิดเชิงบริหาร (executive function [EF]) โดยการคิดเชิงบริหารประกอบด้วยทักษะอย่างง่าย 3 ด้าน ได้แก่ ความจำขณะทำงาน (working memory) การหยุดพฤติกรรมที่เคยชินหรือการยับยั้งชั่งใจ (inhibitory control) และการคิดยืดหยุ่น เปลี่ยนความคิดได้โดยไม่ยึดติดความคิดเดียว (cognitive flexibility) ซึ่งทักษะเหล่านี้จะเริ่มพัฒนาในเด็กวัย 2-6 ปี และเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารในลำดับต่อไป คือ การควบคุมอารมณ์ การวางแผน/การกำกับตนเอง การจัดลำดับความสำคัญของงาน การเริ่มลงมือทำ การคิดหาวิธีที่หลากหลายในการแก้ปัญหา และการจัดการงานให้เสร็จ (วรสิทธิ์

ศิริพรพาณิชย์ และนัยพินิจ คุชภักดี, 2561) ทักษะเหล่านี้จะพัฒนาไปเรื่อย ๆ ในวัยเรียนและวัยรุ่น จนกระทั่งโตเป็นผู้ใหญ่ หากเด็กมีการคิดเชิงบริหารที่ดี เด็กจะมีความจำดี มีสมาธิ มีความมุ่งมั่นพากเพียร เข้าใจอารมณ์ตนเองและผู้อื่น ทำให้มีภูมิคุ้มกันที่ดี และสามารถดำรงตนอยู่ในโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 ได้อย่างมีความสุข (จุฬินจิตา นพคุณ, 2561) เด็กแต่ละคนมีการคิดเชิงบริหารมากน้อยแตกต่างกัน เด็กที่มีความบกพร่องของการคิดเชิงบริหารจะนำมาซึ่งปัญหาพฤติกรรมในชั้นเรียน ทำผิดกฎระเบียบ ก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง ตีคนหรือตีคนจนตีดยาเสพติด (นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, 2562)

ปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเด็กที่มีการคิดเชิงบริหารที่ดีตั้งแต่ปฐมวัยมีโอกาสที่จะมีปัญหาเรื้อรัง ตีดยาเสพติด และทำผิดกฎหมายเมื่อเป็นผู้ใหญ่น้อยกว่าเด็กที่มีการคิดเชิงบริหารที่ไม่ดี ซึ่งปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญในวัยรุ่น โดยการศึกษาพบว่า เด็กที่มีการควบคุมตนเองที่ดี

จะสามารถหลีกเลี่ยงจากปัญหานี้ได้ (Baler & Volkow, 2006) และจากคำแถลงของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ในหนังสือ “EF ภูมิคุ้มกันชีวิตและป้องกันยาเสพติด คู่มือสำหรับครูอนุบาล” ระบุว่า ปัจจุบันผู้เสพยาเสพติดหน้าใหม่และผู้ที่เกี่ยวข้องในวงจรรยาเสพติดมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ โดยในปี 2558 เป็นปีแรกที่สำนักงานป.ป.ส. ได้กำหนดทิศทางการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดในเด็กและเยาวชนตั้งแต่ปฐมวัย โดยทำงานบนฐานความรู้ความสามารถของสมองในการบริหารจัดการชีวิต ซึ่งเชื่อว่า หากเด็กได้รับการพัฒนาการคิดเชิงบริหารตั้งแต่ช่วงนี้ โอกาสที่จะเสพยาเสพติดเมื่อโตขึ้นจะน้อยลง (สุภาวดี หาญเมธี, ธิดา พิทักษ์สินสุข, และภาวนา อร่ามฤทธิ์, 2561) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการคิดเชิงบริหารที่พบว่า เด็กที่มีการคิดเชิงบริหารที่ดีจะประสบความสำเร็จในการเรียน การทำงาน การใช้ชีวิต มีคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรส และเศรษฐกิจที่ดีกว่าเด็กที่มีการคิดเชิงบริหารต่ำกว่า (Moffitt et al., 2011) จากรายงานผลพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย เมื่อเดือนตุลาคม 2559 ของศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยการวัดการคิดเชิงบริหารในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 2,965 คน ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลกระจายทุกภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า เด็กเกือบร้อยละ 30 มีปัญหาพฤติกรรมด้านการคิดเชิงบริหารมาก ซึ่งมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของเด็กปกติทั่วไป ทำให้เด็กเหล่านี้มีปัญหากับตนเอง ทำโดยไม่ได้คิด ใจร้อน รอคอยไม่เป็น สมาธิสั้น ไม่สามารถทำงานยากให้สำเร็จได้ ทั้งนี้ เด็กที่มีปัญหาทางพฤติกรรมในระยะยาวจะเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในด้านการเรียน การทำงาน การอยู่ร่วมกันในสังคม รวมทั้งมีโอกาสเกิดปัญหาสังคมอื่นๆ ตามมาจากการศึกษาเปรียบเทียบเด็กที่ขาดการพัฒนาการ

คิดเชิงบริหารกับเด็กที่ได้รับการพัฒนาการคิดเชิงบริหาร พบว่า เด็กที่ขาดการพัฒนาการคิดเชิงบริหารมีรายได้น้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมีประวัติอาชญากรรมสูงกว่าถึง 4 เท่า มีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติดสูงกว่าถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มที่จะเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวสูงกว่าถึง 2 เท่า (นวลจันทร์ จุฑาทักติกุล, นุชนาฏ รักรีย์, ปนัดดา ธนเศรษฐกร, และอรพินท์ เลิศอัสดาตระกูล, 2560; เพ็ญพรรณ จิตตะเสนีย์, 2560) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารที่ดี เพื่อกำหนดเป้าหมายในชีวิตของตนเอง ซึ่งเด็กจะทำได้ด้วยการมีทักษะสมองที่ดี (ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์, 2561 ข)

แนวทางสำคัญของการพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย คือ ควรจัดผ่านประสบการณ์ที่หลากหลาย (Kosokabe et al., 2021) และมีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือทำด้วยตนเอง (จุฬินทิพา นพคุณ, 2561) ซึ่งการให้เด็กลงมือทำด้วยตนเองจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกเป็นอิสระ สนุกสนาน ได้ฝึกการจดจำขั้นตอนการปฏิบัติต่างๆ ได้ควบคุมตนเอง มีการยับยั้งพฤติกรรมของตนเอง ขณะลงมือทำ มีการยืดหยุ่นความคิด วางแผนการจัดการด้วยตนเอง พร้อมทั้งจะทำกิจกรรมซ้ำเมื่อเกิดความพึงพอใจและสนใจโดยไม่ต้องมีสิ่งอื่นมากระตุ้น ทั้งนี้ ระบบการสอนและการดูแลเด็กปฐมวัยไม่ควรเร่งเรียนเขียนอ่านเพียงอย่างเดียว เพราะจะทำให้เด็กขาดโอกาสในการฝึกคิด ฝึกตัดสินใจ และฝึกกำกับตนเองไปสู่เป้าหมาย ซึ่งการคิดเชิงบริหารเป็นทักษะที่ไม่สามารถสร้างขึ้นเองด้วยการท่องจำ แต่ต้องอาศัยการพัฒนาผ่านประสบการณ์ที่เด็กได้พบเจอ ผ่านกิจกรรมกับทางครอบครัวและทางโรงเรียน หรือผ่านการฝึกหัดที่เด็กได้ลงมือทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ, 2561) นอกจากนี้ยังมีวิธีการจัดการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในวิธีที่สามารถส่งเสริม

ให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารได้จริง คือ วิธีการสอนแบบมอนเตสซอรี (Montessori) จากการศึกษาติดตามในระยะยาวพบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้เรียนด้วยวิธีการสอนแบบมอนเตสซอรี มีการคิดเชิงบริหารที่ดีเมื่อโตขึ้น (Lillard et al., 2017) เพราะวิธีการสอนนี้จะช่วยส่งเสริมให้เด็กได้เรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติจริงผ่านอุปกรณ์ที่ครูจัดเตรียมไว้ โดยให้อิสระกับเด็กภายใต้สภาพแวดล้อมการสอนแบบมอนเตสซอรี ซึ่งจะช่วยทำให้เด็กได้พัฒนาการคิดเชิงบริหารได้ครบทั้ง 3 กลุ่มทักษะ ได้แก่ กลุ่มทักษะพื้นฐาน กลุ่มทักษะการกำกับตนเอง และกลุ่มทักษะปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยทักษะการคิดเชิงบริหาร 9 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจำเพื่อใช้งาน 2) ด้านการยั้งคิด ไตร่ตรอง 3) ด้านการยืดหยุ่นความคิด 4) ด้านการจดจำใส่ใจ 5) ด้านการควบคุมอารมณ์ 6) ด้านการติดตามประเมินผล 7) ด้านการริเริ่มและลงมือทำ 8) ด้านการวางแผนจัดระบบดำเนินการ และ 9) ด้านการมุ่งเป้าหมาย (จุพินทิพา นพคุณ, 2561) สำหรับกิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมการคิดเชิงบริหารได้ เช่น การเล่นเกมบทบาทสมมติแนวแฟนซี การฝึกเจริญสติสัมปชัญญะ การให้ช่วยทำงานบ้าน ซึ่งการมอบหมายให้เด็กช่วยทำงานบ้านเป็นสถานการณ์ที่ทำให้เด็กได้ฝึกคิดวางแผน จัดสรรเวลา และแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เป็นการส่งเสริมให้เด็กมีการคิดเชิงบริหาร (ประเสริฐผลิตผลการพิมพ์, 2561 ก) จะเห็นได้ว่า ในการจัดการเรียนรู้ มีทั้งปัจจัยที่โรงเรียนสามารถจัดการได้ และที่ไม่สามารถจัดการได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ปกครอง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการคิดเชิงบริหารของเด็กนั้นมีหลายปัจจัย เช่น ความแตกต่างของพื้นฐานอารมณ์ ประสบการณ์ในช่วงแรกของชีวิต ความผิดปกติในการทำหน้าที่ของระบบประสาทการมีสติปัญญาบกพร่อง เหตุการณ์ที่เป็นความเครียด

ในชีวิต การที่เด็กได้รับรู้ว่าตนเองไร้ความสามารถ (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2561)

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี มีปณิธานที่จะพัฒนาเด็กให้เป็นเด็กที่ “พัฒนาการดี มีความสุข สนุกเรียนรู้ เชิดชูคุณธรรม” โดยให้การดูแลเด็กและจัดการเรียนรู้ตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษาธิการ โดยใช้แนวคิดของหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 ที่ว่า “ยึดหลักการเลี้ยงดูและให้การศึกษาที่เน้นเด็กเป็นสำคัญ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล และวิถีชีวิตของเด็ก ตามบริบทของชุมชน สังคม และวัฒนธรรมไทย ยึดพัฒนาการและการพัฒนาเด็ก โดยองค์รวมผ่านการเล่นอย่างมีความหมายและมีกิจกรรมที่หลากหลาย จัดการเรียนรู้ให้เด็กมีทักษะชีวิตและสามารถปฏิบัติตนตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นคนดี มีวินัย และมีความสุข” โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็ก ตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 และแนวคิดการมีส่วนร่วมของโรงเรียนและผู้ปกครอง ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะนำไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยต่อไป ส่งผลให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารมากขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารลดลง อันจะเป็นรากฐานแห่งความสำเร็จในชีวิตของเด็กต่อไป

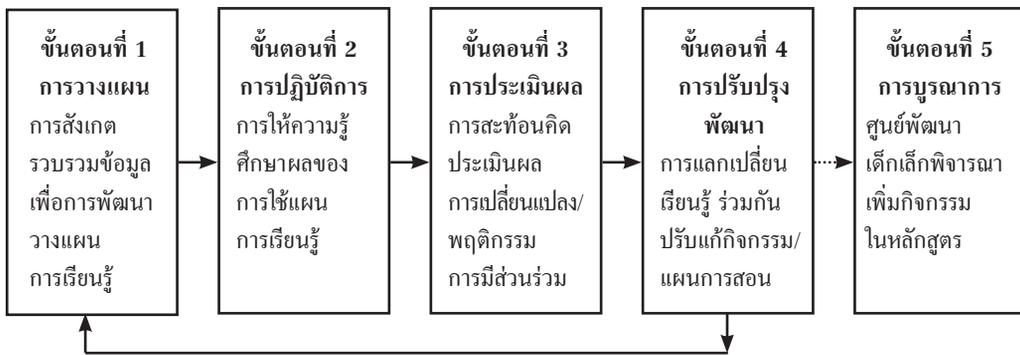
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย
2. เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ต่อการคิดเชิงบริหารและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการส่งเสริม การคิดเชิงบริหารของเด็ก ตามหลักสูตรการศึกษา ปฐมวัย พ.ศ. 2560 และแนวคิดการมีส่วนร่วมของ โรงเรียนและผู้ปกครอง ในการจัดการเรียนรู้เพื่อ พัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ซึ่งกลไกที่ ใช้ขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมีลักษณะเป็น กระบวนการ ตามแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติการ (do) การประเมินผล (check) การปรับปรุงพัฒนา

(act) และการบูรณาการ (integrate) ร่วมกับ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ของ Crane and O'regon (2010 อ้างถึงในอมวาลี อัมพันศิริรัตน์ และพิมพ์มล วงศ์ไชยา, 2560) ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสังเกต การวางแผน การปฏิบัติ การสะท้อนคิด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้ คือ เด็กปฐมวัยมีการคิดเชิงบริหารมากขึ้น มีพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารลดลง สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (participatory action research (PAR)) ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการ การประเมินผล และ การปรับปรุงพัฒนา และขั้นตอนสุดท้าย คือ การบูรณาการ โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ผู้ร่วมวิจัย

วงรอบที่ 1 ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 บุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ประกอบด้วย

ครูปฐมวัย จำนวน 4 คน พี่เลี้ยงเด็ก จำนวน 5 คน และเจ้าหน้าที่ จำนวน 1 คน รวมจำนวน 10 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ปฏิบัติงานในช่วง เดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 และยินยอม เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 20 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ กล้าแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วงรอบที่ 2 ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เด็กอายุ 3-5 ปี ศูนย์พัฒนา เด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ปีการศึกษา 2563 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 2 เด็กอายุ 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรีที่ใช้วิธีการสอนแบบมอนเตสซอรีปีการศึกษา 2563 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ ไม่เป็นโรคสมาธิสั้น และผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มที่ 3 ผู้ปกครองของเด็กอายุ 3-5 ปี ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ สามารถดูแลเด็กให้ปฏิบัติตามที่บ้านตามที่ได้รับมอบหมายได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศและอายุ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ของมหาวิทยาลัยมหิดล มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม (inhibit) จำนวน 10 ข้อ ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด (shift) จำนวน 5 ข้อ ด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional control) จำนวน 5 ข้อ ด้านความจำขณะทำงาน (working memory) จำนวน 6 ข้อ และด้านการวางแผนจัดการ (plan/ organize) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคย 1-2 ครั้ง ต่อเดือน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

และทุกวัน สำหรับการประเมินผล นำคะแนนรวมของแต่ละด้านกรอกลงในตารางสรุปผลการประเมิน และนำคะแนนดิบดังกล่าวไปเทียบเป็นคะแนนที่ ตามอายุ และเพศของเด็ก

ชุดที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ของมหาวิทยาลัยมหิดล มีค่าความเชื่อมั่น .98 แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม (inhibit) จำนวน 10 ข้อ ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด (shift) จำนวน 5 ข้อ ด้านการควบคุมอารมณ์ (emotional control) จำนวน 5 ข้อ ด้านความจำขณะทำงาน (working memory) จำนวน 6 ข้อ และด้านการวางแผนจัดการ (plan/ organize) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคย 1-2 ครั้งต่อเดือน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และทุกวัน สำหรับการประเมินผล นำคะแนนรวมของแต่ละด้านกรอกลงในตารางสรุปผลการประเมิน และนำคะแนนดิบดังกล่าวไปเทียบเป็นคะแนนที่ ตามอายุและเพศของเด็ก

ชุดที่ 4 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับสนทนากลุ่มผู้ปกครอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพัฒนาการที่เด็กมีปัญหา ความต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และบทบาทผู้ปกครองที่จะช่วยพัฒนาเด็ก

การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรองเลขที่ CTIREC 076 วันที่ 9 ธันวาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2)

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

วงรอบที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2563 (รวมเวลา 4 เดือน) ดังนี้

1.1 การวางแผน (plan) ดำเนินการในเดือนมกราคม 2563 ผู้วิจัยพบผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ ผู้จัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และผู้ปกครอง ดำเนินการพหุทัศนะผู้ร่วมวิจัย (ข้อ 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน โดยมุ่งแก้ปัญหาและพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กทุกคน จากนั้นดำเนินการสนทนากลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 20 คน ตามแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และความพร้อมในการแก้ปัญหาพร้อมกัน

การประชุมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และความพร้อมในการแก้ปัญหา นำเสนอต่อที่ประชุมกรรมการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ และเพิ่มเติมแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน

การประชุมครั้งที่ 2 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับบุคลากรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วย ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ เพื่อกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และระยะเวลาในการแก้ปัญหา

การประชุมครั้งที่ 3 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับทีมวิจัยของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็ก ที่มีการดำเนินงานในจังหวัดจันทบุรี เพื่อขอรับการสนับสนุนเรื่ององค์ความรู้แก่นุเคราะห์ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การประชุมครั้งที่ 4 ผู้วิจัยนำข้อสรุปแนวทางการพัฒนา เสนอต่อผู้จัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่

1.2 การปฏิบัติการ (do) ดำเนินการในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม 2563 ดังนี้

1.2.1 การประชุม มี 2 ครั้ง ดังนี้

การประชุมครั้งที่ 1 ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การส่งเสริมทักษะสมองในเด็กปฐมวัย ณ โรงแรมในจังหวัดจันทบุรี (ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้ดูแลเด็กจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วจังหวัดจันทบุรี)

การประชุมครั้งที่ 2 ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ ร่วมกันวางแผนการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยร่วมกันจัดตารางเรียนและเขียนแผนการสอน เพื่อนำไปทดลองใช้

1.2.2 การทดลองใช้แผนการสอน โดยครูปฐมวัย จำนวน 3 คน ดำเนินการสอนเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี จำนวน 3 ห้อง ห้องละ 20 คน (ครู 1 คน สอน 1 ห้อง) โดยมีพี่เลี้ยงเด็กช่วยดูแลเด็ก และเจ้าหน้าที่คอยอำนวยความสะดวก

1.3 การประเมินผล (check) ดำเนินการในเดือนเมษายน 2563 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ ประเมินผลการทดลองใช้แผนการสอน วิเคราะห์ข้อบกพร่อง และหาแนวทางในการแก้ปัญหา

1.4 การปรับปรุงพัฒนา (act) ดำเนินการในเดือนเมษายน 2563 ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่ ร่วมกันปรับแก้กิจกรรมและปรับแผนการสอน เพื่อนำไปใช้จริงต่อไป

วงรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2563 (รวมเวลา 4 เดือน) ดังนี้

2.1 การวางแผน (plan) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2563 ดังนี้

2.1.1 ผู้เชี่ยวชาญ (เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย) อบรมเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ให้แก่ครูประจำชั้นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี เพื่อเตรียมการสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลการสอน

2.1.2 ครูประจำชั้นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ผนวกรวบรวมความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่องการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ที่ผู้ปกครองสามารถช่วยฝึกเด็กที่บ้านได้ เช่น การทำงานบ้าน

2.1.3 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง 2 แห่ง เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.4 ครูประจำชั้นเตรียมการจัดการเรียนรู้ด้วยแผนการสอนที่ปรับแก้ใหม่ ที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

2.2 การปฏิบัติการ (do) ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2563 ผู้วิจัยเปรียบเทียบการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ของเด็กปฐมวัยกลุ่มที่ 1 จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารจาก

ครูปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี กับกลุ่มที่ 2 จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการสอนแบบมอนเตสซอริจากครูปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแห่งหนึ่งในจังหวัดจันทบุรี เป็นเวลา 1 เดือน โดยการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร มีการพัฒนาทั้งกิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม ร่วมกับการรณรงค์ให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมโดยการมอบหมายงานบ้านเล็กน้อยที่เด็กสามารถทำได้ที่บ้าน ทั้งนี้ ครูประจำชั้นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละแห่งเป็นผู้บันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กในแบบบันทึก รวมทั้งประเมินการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน (มีการทดสอบโดยการหาค่าสหสัมพันธ์ภายในว่าสามารถประเมินได้สอดคล้องกัน) โดยประเมินก่อนและหลังได้รับการสอนแต่ละวิธี

2.3 การประเมินผล (check) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ดังนี้

2.3.1 ผู้วิจัยนำข้อมูลการวัดก่อนและหลังได้รับการสอนแต่ละวิธี ในเด็กปฐมวัยทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์ ประมวลผล

2.3.2 ครูปฐมวัยและผู้ปกครองร่วมกันประเมินผลลัพธ์การดำเนินกิจกรรม โดยร่วมกันสะท้อนคิด (reflection) ค้นหาจุดที่ต้องพัฒนาในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย

2.3.3 ผู้วิจัยประเมินผลการเปลี่ยนแปลง/พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก เช่น ครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก กรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ปกครอง

2.4 การปรับปรุงพัฒนา (act) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2563 ผู้วิจัยร่วมกันคิดวิเคราะห์ และนำผลจากการสอนมาปรับปรุงแผนการสอน โดยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียน

2.5 การบูรณาการ (integrate) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2563 ผู้วิจัยนำสิ่งที่ได้จากการดำเนินการบูรณาการในงานประจำของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยประชุมร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก ซึ่งประกอบด้วยครูปฐมวัย พี่เลี้ยงเด็ก เจ้าหน้าที่ และกรรมการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เรื่องการพัฒนาลัทธิสูตรการเรียนการสอนเด็กปฐมวัย เพื่อบรรจุกิจกรรมการส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เข้าในหลักสูตรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของเด็กวิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนแต่ละวิธี วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. การมีส่วนร่วมในการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย พบว่าแนวทางการจัดการเรียนรู้ได้จากการรวบรวมข้อมูลจากผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองทุกคนต้องการให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยทุกด้าน ดังคำพูดที่ว่า “อยากให้ลูกช่วยเหลือตัวเองได้” “ต้องการให้ลูกมีระเบียบ

วินัย” “ต้องการให้ลูกมีความรับผิดชอบ” “ต้องการให้ลูกกล้าแสดงออกในทางที่ถูกต้อง” “ต้องการให้ลูกมีความสุข มั่นใจในตนเอง” และผู้ปกครองคาดหวังให้ลูกเติบโตขึ้นเป็นคนที่มีความรับผิดชอบ เพื่อที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต ดังคำพูดที่ว่า “ต้องการให้เด็กเข้าสังคมได้ อยู่กับคนอื่นได้อย่างมีความสุข” ทั้งนี้ ผู้ปกครองมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็ก ดังคำพูดที่ว่า “จะให้เวลาคู่คุณกับลูกมากขึ้น” “พยายามสอบถามปัญหาของลูกกับครูบ่อยๆ” “ให้ความร่วมมือกับทางศูนย์ได้ทุกเรื่องที่จะทำให้ลูกพัฒนา” “อยากมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ของลูก” “จะให้เวลากับลูก พาลูกทำกิจกรรมต่างๆ” ส่วนครูปฐมวัยต้องการปรับหลักสูตรของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ให้มีความทันสมัยและสอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พ.ศ. 2560 ดังคำพูดที่ว่า “ต้องการสอนเด็กให้เด็กฉลาดขึ้น” “อยากได้แนวคิด วิธีการสอนใหม่ๆ” “เป็นครูก็ต้องช่วยเหลือเด็กให้เป็นเด็กดีของสังคม” โดยแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ควรมีการสอนแบบเน้นกิจกรรมเป็นฐาน ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม ทั้งกิจกรรมเคลื่อนไหวประกอบจังหวะ กิจกรรมสร้างสรรค์ กิจกรรมเสรี กิจกรรมเสริมประสบการณ์ และกิจกรรมกลางแจ้ง โดยควรจัดกิจกรรมตามพัฒนาการเด็ก 4 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กิจกรรมด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา กิจกรรมด้านภาษา และกิจกรรมด้านการช่วยเหลือตนเอง โดยแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (ฉบับร่าง) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย (ฉบับร่าง)

กิจกรรมการเรียนการสอน เสริมจากตารางสอนปกติ ตลอด 4 สัปดาห์	จำนวน ครั้ง/ สัปดาห์	ประเภทงาน		การคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย				
		เดี่ยว	กลุ่ม	การหยุด (inhibit)	การ เปลี่ยน (shift)	การควบคุม อารมณ์ (emotional control)	ความจำ ขณะทำงาน (working memory)	การวางแผน จัดการ (plan/ organize)
1. กิจกรรมด้าน								
กล้ามเนื้อมัดใหญ่								
- เกมวิ่งเปรี๊ยะ	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมเก็บบอลสี	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมเคลื่อนไหวร่างกาย พร้อมอุปกรณ์	1	✓		✓	✓	✓	✓	
- กิจกรรมกระโดดข้าม	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมมอญซ่อนผ้า	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. กิจกรรมด้านกล้ามเนื้อ มัดเล็กและสติปัญญา								
- กิจกรรมพิมพ์ภาพสีน้ำ	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- กิจกรรมฉีกตัดปะ	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- กิจกรรมตัดต่อภาพ	1	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- กิจกรรมมูมอสิสระ	1	✓		✓			✓	✓
- กิจกรรมทำขนมลูกชุบ	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. กิจกรรมด้านภาษา								
- เล่นดนตรีประกอบเพลง	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมจับคู่ภาพเหมือน	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- กิจกรรมเรื่องเล่าของฉันทน์	5	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- กิจกรรมนิทานแสนสนุก	3		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมตัวเลขหรรษา	1		✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. กิจกรรมด้านการช่วยเหลือ ตนเอง								
- คนเก่งเก็บที่นอนพับผ้าเอง	5	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- ฉันทน์รักโรงเรียนสะอาด	3	✓		✓	✓	✓	✓	✓
- บำเพ็ญประโยชน์	2		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- เกมแยกขยะ	2		✓	✓	✓	✓	✓	✓

2. ผลของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ต่อการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอายุอยู่ในช่วง 3 ปี 1 เดือน ถึง 4 ปี 4 เดือน โดยมีอายุเฉลี่ย 3 ปี 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 3 ปี 6 เดือน ถึง 4 ปี 8 เดือน โดยมีอายุเฉลี่ย 4 ปี 1 เดือน

2.2 การเปรียบเทียบการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการสอนแต่ละวิธี พบว่า หลังได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร 3 ด้าน สูงกว่าก่อนได้รับการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ($t = 3.556, p < .001$) ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด ($t = 4.762,$

$p < .001$) และด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 4.598, p < .001$) และเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการสอนฯ และพบว่า หลังได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหารทั้ง 5 ด้าน สูงกว่าก่อนได้รับการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ($t = 5.208, p < .001$) ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด ($t = 2.360, p < .05$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 4.598, p < .001$) ด้านความจำขณะทำงาน ($t = 2.896, p < .01$) และด้านการวางแผนจัดการ ($t = 3.729, p < .001$) และเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร 4 ด้าน ต่ำกว่าก่อนได้รับการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ($t = 4.606, p < .001$) ด้านการควบคุมอารมณ์ ($t = 2.737, p < .05$) ด้านความจำขณะทำงาน ($t = 7.510, p < .001$) และด้านการวางแผนจัดการ ($t = 4.464, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ของกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (กลุ่มที่ 1) และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี (กลุ่มที่ 2) ระหว่างก่อนกับหลังการสอน

ตัวแปร	ก่อนการสอน (n = 30)		หลังการสอน (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มที่ 1						
การคิดเชิงบริหาร						
ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	56.57	5.15	59.17	4.09	3.556	< .001
ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด	53.03	4.51	57.17	3.63	4.762	< .001
ด้านการควบคุมอารมณ์	55.20	6.59	60.17	4.78	4.598	< .001
ด้านความจำขณะทำงาน	57.00	3.05	57.43	3.38	1.352	.187
ด้านการวางแผนจัดการ	55.43	3.33	56.07	2.53	.814	.422

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ด้านการคิดเชิงบริหาร ของกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (กลุ่มที่ 1) และ กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี (กลุ่มที่ 2) ระหว่างก่อนกับหลังการสอน (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการสอน (n = 30)		หลังการสอน (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร						
ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	43.60	7.10	43.03	4.01	.468	.643
ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด	46.30	6.84	46.43	4.29	.122	.904
ด้านการควบคุมอารมณ์	43.30	5.82	44.67	4.14	1.167	.253
ด้านความจำขณะทำงาน	41.40	5.91	42.23	3.32	.764	.451
ด้านการวางแผนจัดการ	42.90	5.33	42.37	3.39	.426	.673
กลุ่มที่ 2						
การคิดเชิงบริหาร						
ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	52.43	7.91	59.17	4.09	5.208	< .001
ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด	56.63	12.17	61.97	8.54	2.360	.025
ด้านการควบคุมอารมณ์	52.57	11.66	61.07	9.48	4.598	< .001
ด้านความจำขณะทำงาน	54.97	6.20	59.83	8.26	2.896	.007
ด้านการวางแผนจัดการ	56.03	7.59	60.37	6.38	3.729	< .001
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร						
ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	47.47	7.88	39.20	7.20	4.606	< .001
ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด	41.80	6.08	40.17	3.86	1.975	.058
ด้านการควบคุมอารมณ์	44.33	6.50	40.17	6.90	2.737	.010
ด้านความจำขณะทำงาน	49.47	9.94	39.17	7.41	7.510	< .001
ด้านการวางแผนจัดการ	46.47	6.80	40.37	7.27	4.464	< .001

2.3 การเปรียบเทียบการคิดเชิงบริหาร และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี พบว่า ก่อนการสอน กลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิด

เชิงบริหาร ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี ส่วนหลังการสอน พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหารมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.047, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ด้านการคิดเชิงบริหาร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร (กลุ่มที่ 1) กับกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี (กลุ่มที่ 2) ก่อนและหลังการสอน

ตัวแปร	กลุ่มที่ 1 (n = 30)		กลุ่มที่ 2 (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการสอน						
การคิดเชิงบริหาร	56.10	3.85	54.63	6.79	1.029	.308
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร	41.60	5.17	43.60	5.43	1.460	.150
หลังการสอน						
การคิดเชิงบริหาร	60.10	2.15	62.73	7.26	1.903	.066
พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหาร	40.57	4.84	37.37	7.05	2.047	.046

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย ควรมีการสอนแบบเน้นกิจกรรมเป็นฐาน ประกอบด้วย กิจกรรมเดี่ยวและกิจกรรมกลุ่ม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยควรจัดผ่านประสบการณ์ที่หลากหลาย (Kosokabe et al., 2021) มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือทำด้วยตนเอง (จุฬินทิพา นพคุณ, 2561) การพัฒนาการคิดเชิงบริหารจึงต้องอาศัยการพัฒนาผ่านประสบการณ์ที่เด็กได้พบเจอ ผ่านกิจกรรมกับทางครอบครัวและทางโรงเรียน หรือผ่านการฝึกหัดที่เด็กได้ลงมือทำด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ (สุภาวดี หาญเมธี และคณะ, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยการคิดเชิงบริหาร 3 ด้าน สูงกว่าก่อนได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม ด้านการเปลี่ยน/ยืดหยุ่นความคิด และ

ด้านการควบคุมอารมณ์ แสดงว่า แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ช่วยส่งเสริมการคิดเชิงบริหารได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากครูปฐมวัยได้นำความรู้จากการอบรมมาปรับกิจกรรมการเรียนการสอน และมีการสอดแทรกกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย และร่วมกันเขียนแผนการสอนเพื่อให้ครูปฐมวัยแต่ละห้องได้สอนไปในแนวทางเดียวกัน และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการร่วมกันส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยเน้นเรื่องการมอบหมายงานบ้านเล็กน้อยแก่เด็กที่เหมาะสมกับวัย จึงทำให้สามารถเพิ่มการคิดเชิงบริหารของเด็กได้ ซึ่งนับเป็นข้อดีที่ทำให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักและร่วมกันส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็ก อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ควรพัฒนากิจกรรมที่เด็กสามารถเลือกงานที่ทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงเวลาที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของเด็ก ให้อิสระแก่เด็กในการเป็นผู้เลือกในสิ่งที่ตนเองอยากทำ เพื่อ

ให้เด็กควบคุมตนเอง (Cogorno Maldonado, 2021) เน้นการฝึกให้เด็กมีระเบียบวินัยต่อตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ โดยมีครูปฐมวัยเป็นผู้สนับสนุน การเรียนรู้ด้วยตนเองของเด็ก และอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองร่วมด้วย ซึ่งน่าจะช่วยเพิ่มการคิดเชิงบริหารของเด็กได้ต่อไป

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการสอนฯ และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า แนวทางการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขั้นของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ยังไม่สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กได้ ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ต่อไป เพื่อให้สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารในเด็ก ทั้งนี้ กิจกรรมการเรียนรู้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้จัดขึ้นนั้น เน้นพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งยังไม่ได้เน้นให้เด็กลงมือทำกิจกรรมหรือเป็นผู้ริเริ่มในการทำกิจกรรมหรือกำหนดความต้องการด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ครูจะเป็นผู้ริเริ่มให้เด็กทำ เด็กจึงไม่ได้ฝึกการหยุดการยับยั้งพฤติกรรม การจำขั้นตอนการปฏิบัติ และการวางแผนการจัดการเท่าที่ควร ส่วนเด็กกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารต่ำกว่า ซึ่งหลักสูตรมอนเตสซอรีนั้น เป็นที่ยอมรับว่าสามารถพัฒนาเด็กให้มีกรคิดเชิงบริหารได้ดี (วีระศักดิ์

ชลไชยะ, 2561) เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนแบบมอนเตสซอรีจะจัดให้มีเด็กหลายช่วงอายุอยู่ในห้องเรียนเดียวกัน มีการสอนเป็นกลุ่มขนาดเล็ก เด็กจะเลือกงานที่ทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงเวลา โดยเน้นการฝึกให้เด็กมีระเบียบวินัยต่อตนเอง พึ่งพาตนเองได้ มีความเป็นระเบียบ และมีความสุข อีกทั้งยังเน้นการเรียนรู้ที่เด็กจะต้องลงมือทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง (Zierden, 2021) เปิดโอกาสให้เด็กสอนกันเอง มีการทำงานร่วมกัน โดยไม่มีการทดสอบและให้เกรดเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ควรมีการพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่สามารถส่งเสริมการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยให้ได้ครบทุกด้าน รวมทั้งพัฒนากิจกรรมการเรียนการสอนที่สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารให้ได้ต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเพื่อทดสอบผลของการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการสอนที่ส่งเสริมการคิดเชิงบริหาร กลุ่มที่ได้รับการสอนแบบมอนเตสซอรี และกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบ 6 กิจกรรม หรือแบบอื่น เพื่อให้ทราบว่ามีวิธีการสอนใดบ้างที่สามารถลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านการคิดเชิงบริหารได้ โดยจัดแต่ละกลุ่มให้มีเด็กเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน และเด็กอยู่ในช่วงอายุใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

- จุฬินทิพา นพคุณ. (2561). การพัฒนาทักษะสมองเพื่อชีวิตที่สำเร็จในศตวรรษที่ 21 สำหรับเด็กปฐมวัย ผ่านการสอนแบบมอนเตสซอริ. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 16(1), 75–90.
- นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. (2562). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการบริหารพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) ในเด็กปฐมวัย*. นครปฐม: สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล, นุชนาฏ รักษ์, ปันดดา ธนเศรษฐกร, และอรพินท์ เลิศอัสดาตระกูล. (2560). *การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย*. นครปฐม: สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2561 ก). *เลี้ยงลูกอย่างไรให้ได้ EF* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แพรวเพื่อนเด็ก.
- ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2561 ข). *EF อย่างสั้นที่สุด*. สืบค้นจาก <https://www.rlg-ef.com/download/ef-อย่างสั้นที่สุด-โดย-นพ-ป>
- เพ็ญพรรณ จิตตะเสนีย์. (2560). *เด็กไทยร่วม 30% มีปัญหาการคิดเชิงบริหาร*. สืบค้นจาก <https://www.dailynews.co.th/education/612594>
- วรสิทธิ์ ศิริพรพาณิชย์, และนายพินิจ คชภักดี. (2561). บทบาทของสมองต่อพัฒนาการเด็ก. ใน *สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภักดี, และพัฏฐ์ โรจน์มงามงคล (บ.ก.), ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4* (น. 3–18). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- วีระศักดิ์ ชลไชยะ. (2561). การทำหน้าที่บริหารของสมองระดับสูง. ใน *สุรีย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพวัลย์, ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, บานชื่น เบญจสุวรรณเทพ, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภักดี, และพัฏฐ์ โรจน์มงามงคล (บ.ก.), ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4* (น. 19–42). กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง.
- สุภาวดี หาญเมธี, ธิดา พิทักษ์สินสุข, และภาวนา อร่ามฤทธิ. (บ.ก.). (2561). *คู่มือพัฒนาทักษะสมอง EF Executive Functions สำหรับครูปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- อมาวสี อัมพันศิริรัตน์, และพิมพ์มล วงศ์ไชยา. (2560). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: ลักษณะสำคัญและการประยุกต์ใช้ในชุมชน. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 36(6), 192–202.
- Baler, R. D., & Volkow, N. D. (2006). Drug addiction: The neurobiology of disrupted self-control. *Trends in Molecular Medicine*, 12(12), 559–566. doi:10.1016/j.molmed.2006.10.005

- Cogorno Maldonado, R. (2021). *The impact of extended recess with loose parts play on Montessori primary student self-regulation and on-task behaviour*. Retrieved from <https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1396&context=maed>
- Kosokabe, T., Mizusaki, M., Nagaoka, W., Honda, M., Suzuki, N., Naoi, R., & Moriguchi, Y. (2021). Self-directed dramatic and music play programs enhance executive function in Japanese children. *Trends in Neuroscience and Education*, 24, 100158. doi:10.1016/j.tine.2021.100158
- Lillard, A. S., Heise, M. J., Richey, E. M., Tong, X., Hart, A., & Bray, P. M. (2017). *Montessori preschool elevates and equalizes child outcomes: A longitudinal study*. Retrieved from <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01783>
- Moffitt, T. E., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., ... Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 2693–2698.
- Zierden, K. (2021). *Influences on children's executive function skills development* (Master's thesis). St. Paul, MN: Concordia University. Retrieved from https://digitalcommons.csp.edu/teacher_education_masters/5
-

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพองค์รวม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Factors Influencing Holistic Health Status among Caregivers of Patients with Cerebrovascular Disease

สุนทรา เลียงเชวงวงศ์, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)¹
Sunthara Liangchawengwong, Ph.D. (Nursing)¹

Received: November 10, 2021 Revised: November 24, 2021 Accepted: December 1, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตเทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 256 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง แบบสอบถามศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสอบถามภาระการดูแลของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .86 และแบบสอบถามภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่น .94 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพองค์รวมโดยรวมในระดับดี ($M = 2.42, SD = .57$) ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ศักยภาพการดูแล รายได้ครอบครัว และอายุ สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 48.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .483, p < .001$)

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

¹ Assistant Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology, E-mail: lsunthara@sut.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล โดยพัฒนาศักยภาพการดูแล และลดภาระการดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพองค์รวม ศักยภาพการดูแล ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors influencing holistic health status among caregivers of patients with cerebrovascular disease. The samples were 256 caregivers of patients with cerebrovascular disease in Rangsit City Municipality, Thanyaburi District, Pathumthani Province. The research instruments were composed of the sociodemographic questionnaire, the health care potential questionnaire with reliability as .92, the burden of care questionnaire with reliability as .93, the barriers of care questionnaire with reliability as .86, and the holistic health status questionnaire with reliability as .94. Data were collected from June, 2018 to May, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the total mean score of holistic health status among caregivers of patients with cerebrovascular disease was at a good level ($M = 2.42, SD = .57$). Burden of care, barriers of care, health care potential, family income, and age were statistically significant accounted for 48.30% of the variance of holistic health status among caregivers of patients with cerebrovascular disease ($R^2 = .483, p < .001$).

This research suggests that nurses who interact with caregivers of patients with cerebrovascular disease should apply the research results for promoting holistic health status of caregivers by developing health care potential and reducing burden of care.

Keywords: Holistic health status, Health care potential, Burden of care, Barrier of care, Caregiver, Patient with cerebrovascular disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกิดจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบางส่วนอุดตัน เนื่องจากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหรือหลอดเลือดแตก (World Stroke Organization [WSO], 2021) ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จนส่งผลต่อการทำหน้าที่ของสมองอย่างเฉียบพลันและเกิดอาการและอาการแสดง เนื่องจากการควบคุมการทำงานของสมองผิดปกติ มีอาการแสดงคงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง หรือเป็นสาเหตุการตายโดยไม่ปรากฏสาเหตุอื่น (WSO, 2018) หรือมีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Thai Stroke Association, 2012) ในปัจจุบัน โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชากรโลก ประมาณ 80 ล้านคน และทำให้เกิดคนพิการถาวรทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน (WSO, 2019) โดยมีสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ประมาณ 15 ล้านคนต่อปี และโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรเป็นอันดับสองของโลก จำนวน 6.5 ล้านคนต่อปี (WSO, 2021)

อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของคนไทย พบประมาณ 690 ต่อแสนประชากร โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 150,000 คน (Ministry of Public Health, 2018) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดมากที่สุด ร้อยละ 87.66 (สถาบันประสาทวิทยา, 2555) โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก 9,233 คน ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 19,283 คน ในปี พ.ศ. 2554 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า (Ministry of Public Health, 2018) ทั้งนี้สถิติของปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยใหม่ 2,585 คนต่อแสนประชากร ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยต่อรายประมาณ 100,000 บาทต่อปี และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านประมาณ 12,691 บาทต่อเดือน ซึ่งนับเป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นภาระสูงทั้งต่อ

ครอบครัวและระบบสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2015)

ภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นภาวะฉุกเฉินของสมองที่รุนแรง จะทำให้เกิดภาวะแขนขาอ่อนแรง ความผิดปกติของการคิดหรือการสื่อสาร ซึ่งเป็นความพิการที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว (Stroke Association, 2018) ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนต้องประสบความยากลำบากในการหาเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการดูแลภายหลังการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ตั้งแต่ภายหลังการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นชนิดใด เช่น หากเป็นชนิดหลอดเลือดอุดตันชั่วคราว ผู้ป่วยจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำภายในเวลา 2 วัน ร้อยละ 5 และภายในเวลา 1 สัปดาห์ถึง 3 เดือน ร้อยละ 10 ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเฉียบพลัน พบว่ามีโอกาสเสียชีวิตภายในเวลา 7 วัน ร้อยละ 9 และมีโอกาสเสียชีวิตภายในเวลา 30 วัน ร้อยละ 20 (Whitfield, Gillett, Holmes, & Ogden, 2006) ดังนั้น การดูแลภายหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ดูแลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีย่อมเป็นกุญแจสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความต้องการผู้ดูแลทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาทางระบบประสาทที่รุนแรงทำให้เกิดความพิการ ร้อยละ 31 และมีปัญหาระดับน้อยแต่ต้องการการดูแล ร้อยละ 13 โดยที่พอช่วยเหลือตัวเองได้หลัง 28 วัน มีร้อยละ 47 (Hastak et al., 2003 as cited in WSO, 2019) ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยนับตั้งแต่ภายหลังการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ดูแลคือผู้ใกล้ชิดที่ดูแล

ผู้ป่วยมากที่สุด (Lu, Martensson, Zhao, & Johansson, 2019) โดยมีเป้าหมายการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ในสถานการณ์หลังเจ็บป่วยโดยเร็ว หรือกลับเข้าสู่ชุมชนที่เคยอยู่ได้ในภาวะสมรรถภาพบกพร่องหรือไร้สมรรถภาพ ทั้งนี้ผู้ดูแลที่ดีจะช่วยดูแลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเรื่องโรคและภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นฟูสภาพที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเกิดความพิการถาวรและอัตราการตาย ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนได้ (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2006) อย่างไรก็ตาม การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิการเป็นระยะเวลายาวนาน นับเป็นภาระงานที่หนักและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลได้ตามมา จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554; วิไล คุปต์นิรติศัยกุล, พวงแก้ว ธิติสกุลชัย, สุพิน สาริกา, และศิริลักษณ์ แก้วนารี, 2561; วีรยุทธ ศรีทุมสุข, สายทิพย์ จำยพงษ์, กัญพัชร์ เศรษฐโชฎีก, นันทวรรณ ตีระวงศา, และณัฐกร นิลเนตร, 2563; Byun & Evans, 2015; Jaracz, Grabowska-Fudala, Gorna, & Kozubski, 2014) ทำให้ผู้ดูแลที่อาจมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนมีภาระงานดูแลผู้ป่วยที่หนัก และละเลยปัญหาสุขภาพของตนเอง อาจทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยภายในครอบครัวที่ซับซ้อนตามมา ส่งผลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล

ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะส่งผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติใกล้ชิด ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรญาติพี่น้อง และคิดว่าการดูแลเป็นความต้องการด้วยใจ ไม่ใช่การเป็นภาระในการดูแล (ดุสิต จันทยานนท์และคณะ, 2554; วิไล คุปต์นิรติศัยกุล และคณะ,

2561; วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ, 2563) ผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังหรือดูแลตลอดเวลา จะส่งผลกระทบต่อทางกายภาพ และเกิดความกดดันด้านจิตใจและสังคมของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลไม่เพียงพอ ไม่มีทักษะการดูแล หรือไม่เคยปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยมาก่อน ซึ่งจะสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาความพิการทางการเคลื่อนไหว ที่รุนแรง ความผิดปกติของความคิด จิตใจ และการสื่อสาร ที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในระดับสูง (Long, Pinyopasakul, Pongthavornkamol, & Panitrat, 2019) นอกจากนี้ หากครอบครัวมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่มีผู้ดูแลรอง หรือผู้ดูแลหลักยังต้องประกอบอาชีพ จะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวเพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว ค่ารักษาพยาบาลที่สูงเป็นภาระหนักของคนในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีอยู่แล้ว ซึ่งภาระในการดูแลจะเกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มมีอาการถึงระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพประมาณ 1 ปี ประกอบกับอัตราการกลับไปทำงานของผู้ป่วยภายหลังการเจ็บป่วยมีค่อนข้างต่ำ (Sen et al., 2019) ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ เกิดปัญหาทางจิตสังคม ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกดดันทางอารมณ์ เนื่องจากกลับไปทำงานไม่ได้ ทำให้เกิดการเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และเกิดปัญหาทางจิตตามมา ปัญหาอุปสรรคในการดูแลที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล (Jaracz et al., 2014) สำหรับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปกติ ครอบครัวจะใช้เวลาในการดูแลโดยเฉลี่ย 20 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (National Alliance of Caregiving, 2009) เมื่อผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพาการดูแลทั้งด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารและน้ำ การเคลื่อนไหวร่างกาย

สุขอนามัยและการแต่งตัว การรับประทานยา การจัดการภาวะเจ็บป่วย การจับถ่าย ภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่ได้ ภาวะการดูแลมากขึ้น (Stroke Association, 2018)

เทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อยู่ในเขตบริการสาธารณสุขเขต 4 จากข้อมูลพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2556 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูงสุดของประเทศ คือ 318.84, 330.96, 360.79, 366.56, 393.02 และ 396.14 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2015) โดยชุมชนในเขตเทศบาลนครรังสิตมีลักษณะเป็นชุมชนเมืองที่มีการเติบโตทั้งด้านเศรษฐกิจพาณิชย์และด้านอุตสาหกรรม ทำให้มีการขยายตัวเป็นสังคมเมืองเต็มตัวแทนที่สังคมเกษตรดั้งเดิม ชุมชนนี้จึงเป็นพื้นที่ตัวแทนที่ดีของการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในบริบทสังคมเมืองที่กำลังขยายตัว ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยยังพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังมีการศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ศักยภาพการดูแล ภาวะการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแล ต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

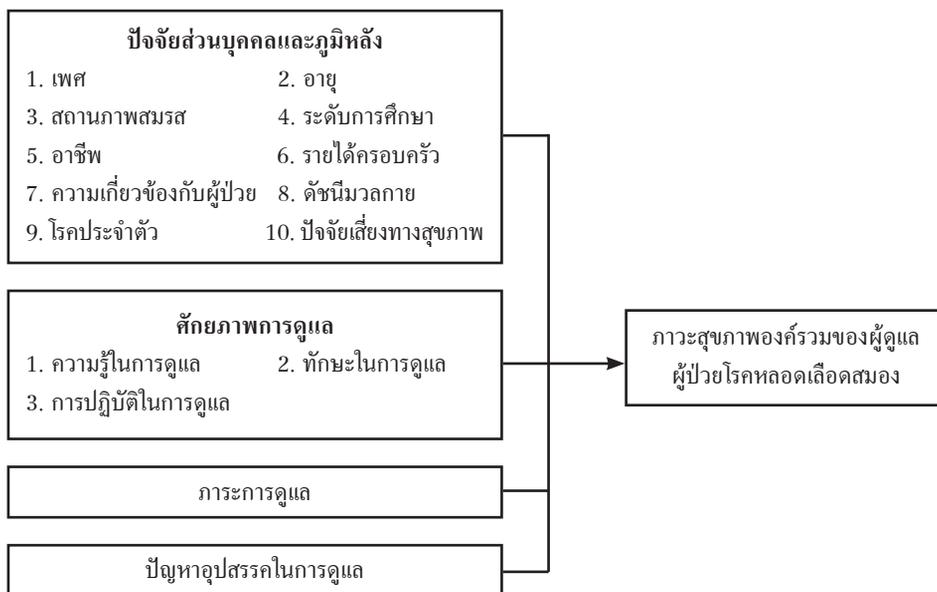
ครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ) ศักยภาพการดูแล ภาวะการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแล มีอิทธิพลทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดสรีรวิทยาทางการแพทย์ (pathophysiological or medical model) ที่อธิบายปรากฏการณ์ของการเกิดโรค อากาศ และแนวทางการรักษาด้วยองค์ความรู้ทางสรีรวิทยาและพยาธิวิทยา ซึ่งเป็นความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่มีสมมติฐานที่พิสูจน์ได้ในการอธิบายโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นองค์รวม ร่วมกับแนวคิดภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล (caregiver health model [CGHM]) (Weierbach & Cao, 2016) ซึ่งเป็นแนวคิดรูปแบบบูรณาการภาวะสุขภาพองค์รวมสำหรับผู้ดูแลเป็นภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลตามแนวคิดภาวะสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2002) โดยภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับบริบทสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ดูแลหรือสิ่งแวดล้อมทั่วไปของผู้ดูแล (environment) และเกี่ยวข้องหรือมีผลมาจากองค์ประกอบด้านการงานของผู้ดูแล (caregiver tasks) ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแล (caregiver health promotion behaviors) ด้านความเชื่อและทัศนคติ (caregiver beliefs and attitudes) รวมทั้งด้านความต้องการพื้นฐานของผู้ดูแล (caregiver needs) การประเมินภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลจึงประเมินผ่านองค์ประกอบเหล่านี้ โดยการวิจัยครั้งนี้ต้องการประเมินตัวแปรที่มีผลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง เช่น เพศ อายุ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จัดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางสังคม (social determinant) ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพองค์รวม รวมทั้งศักยภาพการดูแล เป็นสมรรถนะการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วยความรู้

ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแล การจัดการดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแล เป็นปัจจัยที่พบว่า มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน หรือชนิดหลอดเลือดสมองแตก อายุ 18 ปีขึ้นไป ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่า 7 วัน และมีที่อยู่อาศัยถาวรในเขตเทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ในช่วงเดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นผู้ดูแลหลัก

ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและดูแลต่อเนื่อง 2) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือเป็นโรคระยะรุนแรง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร โดยใช้สูตร $n = 10k + 50$ (Thorndike, 1978) โดย n หมายถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และ k หมายถึง จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 210 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เป็นแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 256 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และภูมิหลัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้ในการดูแล จำนวน 21 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-21 คะแนน

ส่วนที่ 2 ทักษะในการดูแล จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ทำไม่ได้เลย ทำได้เบื้องต้น ทำได้ค่อนข้างคล่อง และทำได้อย่างชำนาญ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการดูแล จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบ้างครั้ง/ปานกลาง ปฏิบัติบ่อยมาก และปฏิบัติบ่อยครั้ง/เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละส่วน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมมาทำให้เต็ม 4 คะแนน และแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีศักยภาพการดูแลแต่ละส่วนในระดับต่ำ (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) ในระดับดี (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับดีมาก (3.01-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามภาวะการดูแลของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมิน Burden on Caregivers of Stroke Survivors in South Korea ของ Choi-Kwon, Kim, Kwon, and Kim (2005) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้สึกตึงเครียดทั่วไป 2) ด้านการทำหน้าที่ดูแล 3) ด้านความรู้สึกแยกตัวและความผิดหวังต่อแท้ 4) ด้านความรู้สึกกระทบกระเทือนอารมณ์ และ 5) ด้านปัญหาค่าใช้จ่ายและปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่รู้สึกเป็นภาระ รู้สึกเป็นภาระน้อย รู้สึกเป็นภาระปานกลาง รู้สึกเป็นภาระมาก และรู้สึกเป็นภาระมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-120 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะการดูแลหรือมีภาวะการดูแลในระดับน้อย (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) ในระดับมาก (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.01-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม และด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศน์ รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงมาก และตรงมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-48 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยนำคะแนนรวมมาทำให้เต็ม 4 คะแนน และแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีปัญหาอุปสรรคในการดูแลในระดับน้อย (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) ในระดับมาก (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.01-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดภาวะสุขภาพของ Chan, Wong, Yeung, and Sum (2016) แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแสดงออกทางจิตอารมณ์ 2) ด้านการเปลี่ยนแปลงของชีวิตและครอบครัว 3) ด้านอาการทางสรีระ 4) ด้านปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม 5) ด้านความเชื่อในโชคชะตา 6) ด้านความศรัทธา ศาสนา และความเชื่อ 7) ด้านการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง และ 8) ด้านการปรับตัว รวมจำนวน 45 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะสุขภาพองค์รวมไม่ดีหรือในระดับต่ำ (0-1 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.01-2.00 คะแนน) ในระดับดี (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับดีมาก (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล แบบสอบถามการดูแลของผู้ดูแล แบบสอบถามปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมอง อาจารย์พยาบาล อาจารย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และพยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .92, .97, .97 และ .92 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย

วิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92, .93, .86 และ .94 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 357/2560 วันที่ 26 ธันวาคม 2560) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกเทศมนตรีเทศบาลนครรังสิต เข้าพบหัวหน้าเจ้าหน้าที่เทศบาลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) มอบแบบสอบถามให้ตอบในระยะเวลา 3-5 วัน (หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องการอ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้ตอบ) และขอให้ อสม. ช่วยรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลัง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล ข้อมูลการดูแลของผู้ดูแล ข้อมูลปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาอิทธิพล

ทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิหลัง ศักยภาพ การดูแล การดูแล และปัญหาอุปสรรคในการดูแล ต่อภาวะสุขภาพองค์รวม วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภูมิหลังของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.70 มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 42.58 โดยมีอายุเฉลี่ย 54.36 ปี ($SD = 14.50$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.31 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็น ร้อยละ 26.17 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.38 มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.41 มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 66.02 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.17 และส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงทาง สุขภาพ คือ การรับประทานอาหารเค็มหรือหวานจัด คิดเป็นร้อยละ 72.65

2. ศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับ ปานกลาง ($M = 1.17, SD = .40$) เมื่อจำแนกเป็น รายส่วน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยศักยภาพการดูแลฯ ในระดับปานกลางทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ความรู้ในการดูแล ($M = 1.36, SD = .61$) ทักษะในการดูแล ($M = 1.94, SD = .85$) และการปฏิบัติในการดูแล ($M = 1.94, SD = .85$)

3. ภาวะการดูแลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแล มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลในระดับปานกลาง ($M = 1.17, SD = .80$)

4. ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยปัญหา อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดย รวมในระดับน้อย ($M = .86, SD = .60$) เมื่อจำแนกเป็น รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาอุปสรรค ในการดูแลฯ ในระดับน้อย 2 ด้าน คือ ด้านปัจจัย ส่วนบุคคลของผู้ดูแล ($M = .88, SD = .68$) และ ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศน์ ($M = .57, SD = .74$) และในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านปัจจัยทาง เศรษฐกิจและการสนับสนุนทางสังคม ($M = 1.09, SD = .77$)

5. ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพองค์รวมโดยรวม ในระดับดี ($M = 2.42, SD = .57$) เมื่อจำแนกเป็น รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ องค์รวมในระดับดี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงออก ทางจิตอารมณ์ ($M = 2.45, SD = .77$) ด้าน การเปลี่ยนแปลงของชีวิตและครอบครัว ($M = 2.65, SD = .95$) ด้านอาการทางสรีระ ($M = 2.71, SD = .82$) ด้านปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและสังคม ($M = 2.26, SD = .87$) ด้านการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเอง ($M = 2.35, SD = .70$) และด้านการปรับตัว ($M = 2.29, SD = .66$) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านความเชื่อใน โศกชะตา ($M = 1.87, SD = .56$) และด้านความศรัทธา ศาสนา และความเชื่อ ($M = 1.70, SD = .98$)

6. อิทธิพลทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลและ ภูมิหลัง ศักยภาพการดูแล ภาวะการดูแล และปัญหา อุปสรรคในการดูแล ต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนายภาวะสุขภาพองค์รวม ของผู้ดูแลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามลำดับ ได้แก่ ภาวะการดูแล ($Beta = -.348, p < .001$) ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ($Beta = -.240, p < .001$) ศักยภาพการดูแล ($Beta = .217, p < .001$) รายได้

ครอบครัว ($Beta = .125, p < .05$) และอายุ ($Beta = -.123, p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมได้ร้อยละ 48.30

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .483, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($n = 256$)

ปัจจัย	b	SE	Beta	t	p
ภาระการดูแล	-.247	.040	-.348	-6.110	< .001
ปัญหาอุปสรรคในการดูแล	-.224	.055	-.240	-4.100	< .001
ศักยภาพการดูแล	.305	.067	.217	4.550	< .001
รายได้ครอบครัว	.059	.024	.125	2.499	.013
อายุ	-.005	.002	-.123	-2.514	.013

Constant = 2.677, $R = .695, R^2 = .483, \text{adj. } R^2 = .473, F = 46.787, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.70) มีอายุอยู่ในช่วง 46–60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.58) โดยมีอายุเฉลี่ย 54.36 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา มากที่สุด (ร้อยละ 41.41) และมีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด (ร้อยละ 59.17) ซึ่งจากคุณลักษณะของผู้ดูแล สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา (ดุสิต จันทยานนท์ และคณะ, 2554; วีรยุทธ ศรีทุมสุข และคณะ, 2563; Jaracz et al., 2014) การที่ผู้ดูแลอยู่ในวัยผู้ใหญ่ทำให้ผู้ดูแลยังสามารถทำงานได้และยังไม่มีปัญหาสุขภาพคุกคาม อีกทั้งการที่ผู้ดูแลเป็นเครือญาติหรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยทำด้วยความรัก ไม่มีความคิดว่าเป็นภาระ (ดุสิต จันทยานนท์ และ

คณะ, 2554) แต่มีความคิดและเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่ต้องดูแลกันในฐานะเจ็บป่วย เป็นเรื่องความดี ความกตัญญูที่ต้องกระทำอยู่แล้ว ไม่คิดว่าเป็นเรื่องยากลำบากที่เพิ่มเข้ามา ทำให้ผู้ดูแลพยายามปรับตัว และปรับสภาพจิตใจเพื่อดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ การที่สังคมไทยมีระบบเครือญาติ ส่วนใหญ่คนในครอบครัวจึงช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้งานของผู้ดูแลไม่หนักจนเกินไป จากการศึกษาพบว่า ภาระงานดูแลที่หนักจะมีผลตรงกันข้ามต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่า รวมทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย (Choi-Kwon et al., 2005; Long et al., 2019) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะสุขภาพองค์รวมในระดับดี (Fadilah, Minarti, & Asnani, 2018; Kongkar, Pinyopasakul, Pongthavornkamol, Dajpratham, & Orathai, 2019; McCullagh, Brigstocke, Donaldson, &

Kalra, 2005)

ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลทำนาย ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาระการดูแล ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ศักยภาพการดูแล รายได้ ครอบครัว และอายุ โดยสามารถร่วมกันทำนาย ภาวะสุขภาพองค์รวมได้ร้อยละ 48.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาระการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพ องค์รวมได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ภาระการดูแล เป็นงานทั้งกายภาพและจิตใจที่ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือ หรือทดแทนให้ผู้ป่วย เป็นภาระงานที่ผู้ดูแลต้อง ปฏิบัติทุกวันและวันละหลาย ๆ ครั้ง โดยเฉพาะกับ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะบกพร่องทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ไม่สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายได้ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไม่สามารถ ควบคุมการขับถ่าย มีภาวะลำไส้อาหาร มีความบกพร่อง ด้านการคิดและการสื่อสาร ทำให้การดูแลผู้ป่วย เป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อย มีอาการพักผ่อนไม่เพียงพอ มีความเครียด กังวลใจ หรือ มีภาวะหมดแรง (burn out) ในการดูแลได้ ซึ่งจะ กระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลตามมา โดยเฉพาะใน ผู้ดูแลที่ปรับตัวได้ไม่ดี มีรายได้น้อย และขาดแรง สนับสนุนทางสังคม (วิลโล คูปต์นัรดิศัยกุล และคณะ, 2561; Ogunlana, Dada, Oyewo, Odole, & Ogunsan, 2014; Oni, Olagunju, Okpataku, Erinfolami, & Adeyemi, 2019) โดยปัญหาภาวะสุขภาพองค์รวม ที่เป็นปัญหาด้านจิตใจพบร้อยละ 48 ซึ่งเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องในการดูแลตนเอง และ ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Jaracz et al., 2014) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ภาระการดูแลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนาย ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองได้มากที่สุด รองลงมา คือ อายุ และการสนับสนุน ทางสังคม (Fadilah et al., 2018; Kongkar

et al., 2019; Long et al., 2019; McCullagh et al., 2005; Tajvidi, Dalvandi, Sahaf, & Rahgozar, 2018)

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการดูแล เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวม ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ปัญหาอุปสรรคในการดูแล ได้แก่ ปัญหา ส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น อายุมาก มีโรคประจำตัว ไม่มีงานทำ มีปัญหาเศรษฐกิจ ขาดการสนับสนุน ทางสังคม มีปัญหาสิ่งแวดล้อมเชิงนิเวศน์ โดยพบว่า ผู้ดูแลมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลโดยรวมในระดับ น้อย ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพองค์รวม ของผู้ดูแลน้อย ซึ่งภาระการดูแลที่ผู้ดูแลและบุจะ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดี ทำให้ผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว สูงและมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลและคุณภาพ ชีวิต (Akosile, Banjo, Okoye, Ibikunle, & Odole, 2018) เช่น การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย ด้านกำลังแรงงาน โดยเป็นผู้ช่วยเหลือดูแลรอง หรือให้การช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ทำให้ผู้ดูแลได้รับ ประโยชน์และไม่ต้องขวนขวายหาทรัพยากรเพื่อ ใช้ในการดูแลด้วยตนเอง ทั้งนี้ การมีสัมพันธภาพ ในครอบครัวที่ดีเป็นการพึ่งพากัน อันเป็นลักษณะ ของสังคมและวัฒนธรรมไทย ซึ่งมีการอยู่ร่วมกัน ของเครือญาติ การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ เช่น หน้าที่ของสามี/ภรรยาที่จะต้องดูแลกัน หน้าที่ของ บุตรในการตอบแทนบุญคุณ อันเป็นการแสดงความ กตัญญูต่อบุพการี จึงถือเป็นหน้าที่ที่คนใน ครอบครัว เครือญาติ หรือคนในชุมชนเดียวกัน จะดูแลกัน ทำให้ผู้ดูแลหลักมีภาระการดูแลน้อยลง ส่งผลให้ภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลดีขึ้น (Kavga et al., 2021) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลโล คูปต์นัรดิศัยกุล

และคณะ (2561) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ระบุว่า การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อย โดยปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลมากที่สุด คือ ความสามารถในการเดินของผู้ป่วยที่น้อยกว่า 10 เมตร รองลงมา คือ ปัญหาด้านกายภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ รวมทั้งปัญหาด้านการขาดการสนับสนุนทางสังคม (Long et al., 2019) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีในบ้าน และระยะเวลาการดูแล มีผลต่อภาระการดูแลและมีผลทางลบต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแล (Kavga et al., 2021)

ผลการวิจัยพบว่า ศักยภาพการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลประกอบด้วยความรู้ในการดูแล ทักษะในการดูแล และการปฏิบัติในการดูแล ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับปานกลาง ทำให้ทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลได้ในระดับต่ำ โดยศักยภาพการดูแลผู้ป่วยจะมีผลต่อภาระการดูแลในทางตรงกันข้าม ซึ่งผลจากการที่ผู้ดูแลมีศักยภาพการดูแลในระดับปานกลางทำให้ภาระการดูแลไม่เกิดผลกระทบมากหรือลดทอนความหนักลงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมายาวนาน ทำให้เกิดความรู้ มีทักษะ และมีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเกิดโรคในระยะ 6 เดือน - 1 ปีแรก มีความต้องการด้านข้อมูลความรู้ การฝึกทักษะ และยังมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความคับข้องใจ รวมทั้งเกิดการสูญเสียพลังงานใน

การทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ซึ่งมีผลกระทบต่อกำลังและสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลตามมา (Kumar, Kaur, & Reddemma, 2016; Muhrodji et al., 2021)

ผลการวิจัยพบว่า รายได้ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เกิดในประชากรที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากโรคทำให้เกิดความพิการทางการเคลื่อนไหว การทำงาน การคิด และการสื่อสาร ทำให้ภายหลังการเกิดโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจต้องเปลี่ยนงานหรือทำงานไม่ได้ รวมทั้งผู้ดูแลอาจต้องลาออกจากงาน ทำให้ไม่มีรายได้ ไม่มีเงินสำหรับใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถซื้ออุปกรณ์หรือของใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น อาหาร ผ้าอ้อม รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลตามมาด้วยเช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า รายได้ครอบครัวสามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ (Kongkar et al., 2019; Tsai et al., 2018)

ผลการวิจัยพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก (Choi-Kwon et al., 2005; Long et al., 2019) โดยผู้ที่มีอายุน้อยจะมีกำลังและความแข็งแรงในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมากหรือผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้ที่มีอายุน้อยมักมีโรคประจำตัวน้อยกว่า มีประสาทสัมผัสในการทำงาน เช่น การมองเห็น การได้ยิน การใช้มือที่ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจึงมีภาวะสุขภาพองค์รวมดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ส่วนปัญหาสุขภาพด้านจิตใจ ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่

จะพบปัญหาได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ควรนำผลการวิจัย
ครั้งนี้ไปใช้ในการส่งเสริมภาวะสุขภาพองค์รวมของ
ผู้ดูแล รวมทั้งพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้
ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อส่งเสริม
ภาวะสุขภาพองค์รวม และประเมินภาวะสุขภาพ
องค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้ง
ควรมีการศึกษาโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ชุมชน
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

ดุสิต จันทยานนท์, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, กองชัย
วิเศษดวงธรรม, กิตติศักดิ์ วีระพลชัย, จุฑามาศ
สุวรรณกนกนาค, รัชย์ชนก สุภาจารุพันธ์. ...
ราม รังสินธุ์. (2554). พัฒนคติและผลกระทบ
จากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ
ผู้ดูแล ในอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์
ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 58–65.

วิไล กุปต์นิรัตติชัยกุล, พวงแก้ว ชาติสกุลชัย, สุพิน
สาริกา, และศิริลักษณ์ แก้วนารี. (2561).
ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
1 ปีหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล: การศึกษา
สหสถาบัน. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 28(1), 8–14.

วีรยุทธ ศรีทุมสุข, สายทิพย์ จำยพงษ์, กัญยพัชร
เศรษฐ์โชฎีก, นันทวรรณ ตีระวงศา, และณัฐกร
นิลเนตร. (2563). ปัจจัยทำนายความต้องการ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ
หลังเฉียบพลันรายใหม่. *วารสารพยาบาล
สภาวิชาชีพไทย*, 13(2), 144–158.

สถาบันประสาทวิทยา. (2555). *แนวทางการพยาบาล
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล
ทั่วไป*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C.,
Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018).
Informal caregiving burden and
perceived social support in an acute
stroke care facility. *Health and Quality
of Life Outcomes*, 16, 1–7. doi:10.1186/
s12955-018-0885-z

Byun, E., & Evans, L. K. (2015). Concept
analysis of burden in caregivers of
stroke survivors during the early
poststroke period. *Clinical Nursing
Research*, 24(5), 468–486. doi:10.1177/
10547738/4537060

Chan, C. W., Wong, F. K. Y., Yeung, S. M.,
& Sum, F. (2016). Holistic Health
Status Questionnaire: Developing a
measure from a Hong Kong Chinese
population. *Health and Quality of Life
Outcomes*, 14, 1–12. doi:10.1186/
s12955-016-0416-8

- Choi-Kwon, S., Kim, H-S., Kwon, S. U., & Kim, J. S. (2005). Factors affecting the burden on caregivers of stroke survivors in South Korea. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 86*(5), 1043–1048. doi:10.1016/j.apmr.2004.09.013
- Fadilah, N., Minarti, M., & Asnani, A. (2018). Quality of life of caregivers of stroke patients. In *2nd International Symposium of Public Health (ISOPH 2017) - Achieving SDGs in South East Asia: Challenging and tackling of tropical health problems* (pp. 85–90). Science and Technology Publications. doi:10.5220/0007509600850090
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2006). *Canadian best practice recommendations for stroke care: 2006*. Ottawa: Canadian Stroke Network and the Heart and Stroke Foundation of Canada.
- Jaracz, K., Grabowska-Fudala, B., Gorna, K., & Kozubski, W. (2014). Caregiving burden and its determinants in Polish caregivers of stroke survivors. *Archives of Medical Science, 10*(5), 941–950. doi:10.5114/aoms.2014.46214
- Kavga, A., Kalemikerakis, I., Faros, A., Milaka, M., Tsekoura, D., Skoulatou, M., ... Govina, O. (2021). The effects of patients' and caregivers' characteristics on the burden of families caring for stroke survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(14), 3–11. doi:10.3390/ijerph18147298
- Kongkar, R., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., Dajpratham, P., & Orathai, P. (2019). The determinants of quality of life in Thai family caregivers of stroke survivors. *Siriraj Medical Journal, 71*(4), 290–296. doi:10.33192/Smj.2019.44
- Kumar, R., Kaur, S., & Reddemma, K. (2016). Family needs of caregivers of stroke survivors. *Journal of Advanced Practices in Nursing, 2*(3), 1–5. doi:10.4172/2573-0347.100012
- Long, N. X., Pinyopasakul, W., Pongthavornkamol, K., & Panitrat, R. (2019). Factors predicting the health status of caregivers of stroke survivors: A cross-sectional study. *Nursing and Health Sciences, 21*(2), 262–268. doi:10.1111/nhs.12591
- Lu, Q., Martensson, J., Zhao, Y., & Johansson, L. (2019). Living on the edge: Family caregivers' experiences of caring for post-stroke family members in China: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 94*, 1–8. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.02.016
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., & Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke, 36*(10), 2181–2286. doi:10.1161/01.STR.0000181755.23914.53
- Ministry of Public Health. (2015). *The National Health Development Plan volume 12 (2016–2020)*. Nonthaburi: Author.

- Ministry of Public Health. (2018). *The National Health Development Plan volume 12 (2016–2020) Draft*. Retrieved from http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- Muhrodji, P., Wicaksono, H. D. A., Satiti, S., Trisnantoro, L., Setyopranoto, I., & Vidyanti, A. N. (2021). *Roles and problems of stroke caregivers: A qualitative study in Yogyakarta, Indonesia*. Retrieved from <https://f1000research.com/articles/10-380/v1>
- National Alliance of Caregiving. (2009). *Family caregiving as a grant making area: Current focus and future trends*. San Francisco: National Center on Caregiving.
- Ogunlana, M. O., Dada, O. O., Oyewo, O. S., Odole, A. C., & Ogunsan, M. O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6–12. doi:10.1016/j.hkpj.2013.11.003
- Oni, O. D., Olagunju, A. T., Okpataku, C. I., Erinfolami, A. R., & Adeyemi, J. D. (2019). Predictors of caregiver burden after stroke in Nigeria: Effect on psychosocial well-being. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(5), 457–464. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_395_18
- Sen, A., Bisquera, A., Wang, Y., McKeivitt, C., Rudd, A. G., Wolfe, C. D., & Bhalla, A. (2019). Factors, trends, and long-term outcomes for stroke patients returning to work: The South London Stroke Register. *International Journal of Stroke*, 14(7), 696–705. doi:10.1177/1747493019832997
- Stroke Association. (2018). *A new era for stroke*. UK: David Bridson Campaigns Officer.
- Tajvidi, M., Dalvandi, A., Sahaf, R., & Rahgozar, M. (2018). Relationship between general health and demographic characteristics of family caregivers of stroke survivors. *Iranian Journal of Ageing*, 12(4), 494–505. doi:10.21859/sija.12.4.494
- Thai Stroke Association. (2012). *Stroke situation*. Retrieved from <http://thaistrokesociety.org/purpose/%E0%B8%AA%>
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tsai, Y.-H., Lou, M.-F., Feng, T.-H., Chu, T.-L., Chen, Y.-J., & Liu, H.-E. (2018). Mediating effects of burden on quality of life for caregivers of first-time stroke patients discharged from the hospital within one year. *BMC Neurology*, 18(1), 1–9. doi:10.1186/s12883-018-1057-9

- Weierbach, F. M., & Cao, Y. (2016). A model of health for family caregivers of elders. *Healthcare, 5*(1), 1–11. doi:10.3390/healthcare5010001
- Whitfield, M. D., Gillett, M., Holmes, M., & Ogden, E. (2006). Predicting the impact of population level risk reduction in cardio-vascular disease and stroke on acute hospital admission rates over a 5-year period--a pilot study. *Public Health, 120*(12), 1140–1148. doi:10.1016/j.puhe.2006.10.012
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Geneva: Author.
- World Stroke Organization. (2018). *Annual report 2017*. Retrieved from <http://www.world-stroke.org/about-wso/wso-annual-report>
- World Stroke Organization. (2019). *Global stroke fact sheet*. Retrieved from https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
- World Stroke Organization. (2021). *World stroke day 2021*. Retrieved from <https://www.hindustantimes.com/world-stroke-day-2021-timely-access-for-quality-stroke-treatment-101635472571476.html>
-

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวด ในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน*

Knowledge and Attitudes Regarding Pain and Pain Management in Injured Persons among Emergency Nurses*

วิสุณี พันคำปวง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)¹

Wisunee Funkhampoung, M.N.S. (Adult Nursing)¹

อัจฉรา สุคนธ์สรรพ, ปร.ด. (การพยาบาล)² สุภารัตน์ วังศรีคุณ, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Achara Sukonthasarn, Ph.D. (Nursing)² Suparat Wangsrikhun, Ph.D. (Nursing)³

Received: May 8, 2020 Revised: October 20, 2021 Accepted: November 3, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด กับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉินกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง จำนวน 113 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) Email: wisunee385@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

มกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดค่อนข้างน้อย ($M = 21.19, SD = 3.06$) มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บมาก ($M = 124.74, SD = 15.88$) และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดแก่พยาบาลฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ พยาบาลฉุกเฉิน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between knowledge and attitudes regarding pain and pain management in injured persons among emergency nurses. The samples consisted of 113 registered nurses who worked at emergency departments of hospitals in Lampang Province. The research instruments included the demographic questionnaire, the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) with reliability as .81, and the pain management questionnaire with reliability as .87. Data were collected from December, 2019 to January, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that emergency nurses had rather low mean score of knowledge and attitudes regarding pain ($M = 21.19, SD = 3.06$) and high mean score of pain management in injured persons ($M = 124.74, SD = 15.88$). Knowledge and attitudes regarding pain wasn't related to pain management in injured persons among emergency nurses.

This research suggests that nurse executives should determine the development plan to improve the quality of pain management in emergency department through providing activities for enhancing knowledge and attitudes regarding pain among emergency nurses.

Keywords: Knowledge and attitudes regarding pain, Pain management in injured persons, Emergency nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บเป็นความเสียหายหรืออันตรายที่มีต่อเซลล์และอวัยวะต่างๆ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสัมผัสกับพลังงานในรูปแบบต่างๆ ที่มาจากภายนอกร่างกาย ทั้งทางกายภาพและทางเคมี ซึ่งผลของการบาดเจ็บเกิดขึ้นค่อนข้างเฉียบพลันและชัดเจน (ไพท ลิงห์คำ, 2559) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก โดยมีสาเหตุมาจากการได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร 20-50 ล้านคน การพลัดตกหกล้ม ประมาณ 424,000 คน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ประมาณ 265,000 คน เป็นต้น (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทย พบรายงานผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 712,779 คน 834,633 คน และ 852,704 คน ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในแต่ละปีมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก

เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาทางเคมี แปลงให้เป็นกระแสประสาทขึ้นในเนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งต่อไปยังสมอง และทำให้เกิดการรับรู้ความปวด ซึ่งเป็นความปวดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นทันทีหลังได้รับบาดเจ็บและส่งผลกระทบต่อผู้บาดเจ็บต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน (Hogan, 2011) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีอุบัติการณ์ความปวดถึงร้อยละ 91 โดยผู้บาดเจ็บที่มีการบาดเจ็บเพียง 1 ตำแหน่ง มีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ย 5.90 คะแนน ซึ่งเป็นความปวดระดับปานกลาง และผู้บาดเจ็บหลายระบบ มีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ย 8.60 คะแนน ซึ่งเป็นความปวดระดับรุนแรง (Berben et al., 2008) นอกจากนี้ จากการศึกษาในผู้บาดเจ็บที่ระบบโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อ พบอุบัติการณ์ความปวด

ถึงร้อยละ 86 โดยมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 6.50 คะแนน ซึ่งเป็นความปวดระดับปานกลาง (Pierik et al., 2015) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความปวดโดยมีความปวดระดับปานกลางถึงระดับมาก ดังนั้นความปวดจึงถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในอาการสำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลตั้งแต่ผู้บาดเจ็บเข้ารับการรักษา

การจัดการความปวดเป็นการกระทำที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกัน บรรเทา หรือขจัดความปวด (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO], 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำ และการบันทึกทางการแพทย์ (สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2552; RNAO, 2013) ซึ่งจากการศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่า ปัจจุบันมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับความปวดแก่พยาบาล มีการพัฒนาและนำแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดมาใช้ แต่พบว่า การจัดการความปวดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (อินทิรา ปากันทะ, เอี่ยมพร หลินเจริญ, และสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์, 2561)

พยาบาลฉุกเฉินเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ต้องออกไปให้การดูแลตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ต่อเนื่องมาจนถึงแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทตามวิชาชีพในการจัดการความปวด คือ การประเมินความปวดตั้งแต่แรกรับ และการประเมินความปวดซ้ำภายหลัง

การจัดการความปวด โดยใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และเหมาะสม และที่สำคัญ คือ การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความปวดทั้งโดยการไม่ใช้ยาและการใช้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ (อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, และปาริฉัตร อารยะจารุ, 2556) ซึ่งความรู้และทัศนคติต่อการจัดการความปวดของพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการความปวด โดยการจัดการความปวดจะมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความรู้และทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อการจัดการความปวด หากพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการจัดการความปวด และเห็นประโยชน์ของการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บ ก็จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ (รุจิรัตน์ มณีศรี, นุสรรา ประเสริฐศรี, และอรนุช ประดับทอง, 2555; Stanley & Pollard, 2013)

จากการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลฉุกเฉินในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด และการศึกษาที่พบก็ทำในพยาบาลจำนวนน้อย จึงไม่สามารถอธิบายถึงความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลฉุกเฉินในภาพรวมได้ นอกจากนี้ การศึกษาดังกล่าวยังเป็นการศึกษาการจัดการความปวดในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีความปวดทั้งจากสาเหตุทางอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป และอุบัติเหตุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดของพยาบาลฉุกเฉินที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยเจ็บว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการความปวดของพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยเจ็บ และเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวด

ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน

สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของ Schwartz (1975) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ (พฤติกรรม) ใดๆ ของบุคคล ขึ้นอยู่กับทัศนคติและความรู้ของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม ซึ่งมี 4 รูปแบบ โดยรูปแบบที่ผู้วิจัยเลือกใช้ คือ รูปแบบที่ 2 คือ ความรู้และทัศนคติเป็นมโนทัศน์ที่ไม่แยกจากกัน มีความสัมพันธ์คาบเกี่ยวและส่งผลซึ่งกันและกัน และทำให้เกิดการปฏิบัติหรือพฤติกรรมตามมา โดยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการความปวด กล่าวคือ เมื่อพยาบาลมีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความปวด ก็จะส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการจัดการความปวดที่ดีและมีประสิทธิภาพครอบคลุมการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการให้ยาและการไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำ และการบันทึกทางการพยาบาลสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลในจังหวัดลำปาง (มีทั้งหมด 13 แห่ง) ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 จำนวน 157 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 113 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างตามระดับของโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลขนาดกลาง จำนวน 2 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 10 แห่ง จากนั้นคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล และเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประสบการณ์การเข้าอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด (the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain [KASRP]) ของ Ferrell and McCaffery (2014) โดยผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแปลย้อนกลับ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด จำนวน 22 ข้อ 2) แบบเลือกตอบหลายตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ และ 3) แบบเลือกตอบหลายตัวเลือก โดยให้วิเคราะห์กรณีศึกษา 2 กรณี รวมจำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 41 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–41 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินความปวด จำนวน 10 ข้อ ด้านการจัดการความปวด จำนวน 9 ข้อ ด้านการประเมินความปวดซ้ำ จำนวน 2 ข้อ และด้านการบันทึกทางการพยาบาล จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง เคยปฏิบัติบ่อยๆ และปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 30–150 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมการจัดการ

ความปวดในผู้บาดเจ็บน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการความปวด (2 คน) พยาบาล (2 คน) และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำแบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด และแบบสอบถามการจัดการความปวดของพยาบาล ในผู้บาดเจ็บ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลลำพูน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 081/2019 วันที่ 7 พฤษภาคม 2562) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 95/2562 วันที่ 21 ตุลาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 039/2562 วันที่ 11 ตุลาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในจังหวัดลำปางทั้ง 13 แห่ง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 15-20 นาที แล้วให้นำแบบสอบถามใส่ลงในกล่องเก็บแบบสอบถาม (กล่องมีลักษณะเหมือนกัน และไม่มีการระบุชื่อโรงพยาบาลบนกล่อง) ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับความปวด และข้อมูลการจัดการความปวด ในผู้บาดเจ็บ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดกับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูล มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.90 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.17 ปี ($SD = 8.25$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 94.70 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.20 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน

เฉลี่ย 10.64 ปี ($SD = 7.59$) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การสัาอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด คิดเป็นร้อยละ 93.80

2. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดของพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดต่ำสุด-สูงสุด คือ 15-29 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดค่อนข้างน้อย ($M = 21.19, SD = 3.06$)

3. การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บต่ำสุด-สูงสุด คือ 73-150 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บมาก ($M = 124.74, SD = 15.88$)

เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บด้านการประเมินความปวดเท่ากับ 42.41 ($SD = 5.62$) ด้านการจัดการความปวดเท่ากับ 36.23 ($SD = 4.97$) ด้านการประเมินความปวดซ้ำเท่ากับ 8.21 ($SD = 1.40$) และด้านการบินทักทางการแพทย์เท่ากับ 37.89 ($SD = 5.60$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด กับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด กับการจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน ($n = 113$)

ตัวแปร	การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บ	
	r_s	p
ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวด	.140	.690

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างหลักสูตรการพยาบาลในการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการจัดการเรียนการสอนเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดที่ไม่เพียงพอ ตลอดจนเนื้อหาทางทฤษฎีกับ

สถานการณ์จริงที่เกี่ยวกับความปวดอาจไม่สอดคล้องกัน (รุจิรัตน์ มณีศรี และคณะ, 2555) ประกอบกับพยาบาลฉุกเฉินส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 94.70) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 29.20) และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การสัาอบรมเกี่ยวกับการจัดการความปวด (ร้อยละ 93.80) ซึ่งทำให้พยาบาลฉุกเฉินมีประสบการณ์การจัดการความปวดในผู้บาดเจ็บน้อย

จึงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดก่อนข้างต่ำ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอรรถรงค์ ปัญญากรม, อัจฉรา สุคนธทรัพย์, และสุภารัตน์ วงศ์วิบูลย์ (2562) ที่พบว่า พยาบาลที่หน่วยตรวจฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการความปวดก่อนข้างต่ำ

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลฉุกเฉินมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บมาก แสดงว่า พยาบาลฉุกเฉินมีความดีในการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บเป็นประจำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากปัจจุบัน การจัดการความปวดเป็นหนึ่งในเกณฑ์การประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน], 2561) จากนโยบายดังกล่าว ทำให้ทุกโรงพยาบาลกำหนดให้พยาบาลมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวด ไม่ว่าจะเป็นการประเมินความปวด การจัดการความปวด การดูแลและเฝ้าระวังผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดการความปวด และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลเพื่อเป็นหลักฐานที่แสดงว่ามีการปฏิบัติทางการแพทย์จริง รวมทั้งพยาบาลถูกข้าย่าเตือนให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเฉลิม ศรีขาว และกิตติ เหลลาสุภาพ (2555) ที่พบว่า พยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.80) มีการสอบถามความปวดเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งต้องประเมินในผู้ป่วยเจ็บทุกราย นอกจากนี้ พยาบาลทั้งหมดยังมีการประเมินความปวดก่อนการจัดการความปวด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.80) มีการประเมินความปวดซ้ำภายหลังการจัดการความปวด สำหรับการจัดการความปวดพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) มีการให้

ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการบรรเทาความปวดที่เหมาะสมทั้งการใช้ยาและการไม่ใช้ยา และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.80) มีการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดโดยการไม่ใช้ยา อีกทั้งพยาบาลส่วนใหญ่รายงานว่า ได้ปฏิบัติเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์เกี่ยวกับความปวดอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลภาครัฐเหมือนกัน จึงมีการตอบสนองต่อนโยบายเรื่องการจัดการความปวดที่เหมือนกัน ทำให้ผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บของพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งในทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความปวด พยาบาลฉุกเฉินมีการปฏิบัติการจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บเป็นประจำ ขณะที่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดน้อย แสดงว่า ถึงแม้พยาบาลฉุกเฉินจะมีความเข้าใจและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับความปวดน้อย แต่ก็มีพฤติกรรมจัดการความปวดในผู้ป่วยเจ็บมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายให้พยาบาลมีการจัดการความปวดที่เหมาะสม ทั้งการประเมินความปวด การจัดการความปวดโดยการใช้ยาและการไม่ใช้ยา การประเมินความปวดซ้ำ และการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวัน, และเรณู พุกบุญมี (2561) ที่พบว่า ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติทางการแพทย์ของพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการวางแผน

พัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านการจัดการความปวด
ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแม้จะพบว่า ความรู้
และทัศนคติเกี่ยวกับความปวดไม่มีความสัมพันธ์
กับการจัดการความปวด แต่ยังมีคามจำเป็นที่จะต้อง
ส่งเสริมความรู้และทัศนคติ จึงควรจัดให้มีการอบรม
หรือจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับความปวด
และส่งเสริมทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการจัดการ
ความปวดให้แก่พยาบาลฉุกเฉิน เช่น การจัดการ
ความปวดโดยการให้ยา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการ
ความปวด โดยใช้วิธีการสังเกตการปฏิบัติ เพื่อให้ได้
ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการจัดการความปวดของ
พยาบาลที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กตกร ประสารวรรณ, อัจฉริยา ปทุมวัน, และเรณู
พุกบุญมี. (2561). ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ
การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพเพื่อจัดการ
ความปวดในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัด.
วารสารบัณฑิตพยาบาลสาร, 24(1), 37–50.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563).
*รายงานประจำปี 2562 กองโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*.
สืบค้นจาก [http://www.thaincd.com/
document/file/download/paper-manual/
ReportAnnual DNCD62.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/ReportAnnual DNCD62.pdf)
- บุญเฉลิม ศรีขาว, และกิตติ เหลาสุภาพ. (2555).
การจัดการอาการปวดตามการรายงานของ
ผู้ป่วยและพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลหนองสูงศรี พ.ศ. 2553. *วารสาร
วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 4(3), 94–102.
- ไพท สิงห์คำ. (2559). *การใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อ
การป้องกัน แก้ไขการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ*.
สืบค้นจาก [http://www.thaincd.com/
document/file/download/powerpoint/
แนวทางการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน
ในระดับท้องถิ่น_เทศบาล.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint/แนวทางการจัดการข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนในระดับท้องถิ่น_เทศบาล.pdf)
- รุจิรัตน์ มณีศรี, นุสรรา ประเสริฐศรี, และอรนุช
ประดับทอง. (2555). ความรู้และทัศนคติใน
การจัดการความปวดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์.
วารสารกองการพยาบาล, 39(2), 66–78.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). *Annual
report 2015 รายงานประจำปี 2558*. สืบค้นจาก
[https://www.niems.go.th/pdfviewer/
index.html](https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html)
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
(2561). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการ
สุขภาพ ฉบับที่ 4*. สืบค้นจาก [https://www.ha.
or.th/Backend/fileupload/ข่าวประชาสัมพันธ์
ทั่วไป/Attach/HA%20Standard%20
HA_4th%20Edition.pdf](https://www.ha.or.th/Backend/fileupload/ข่าวประชาสัมพันธ์ทั่วไป/Attach/HA%20Standard%20HA_4th%20Edition.pdf)
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย.
(2552). *แนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลัน
(Clinical guidance for acute pain
management)*. สืบค้นจาก [https://www.
hospital.tu.ac.th/doc/workshop/CPG%
20Acute%20Pain.pdf](https://www.hospital.tu.ac.th/doc/workshop/CPG%20Acute%20Pain.pdf)
- อนงค์ สุทธิพงษ์, อัจฉรา อ่วมเครือ, และปาริฉัตร
อารยะจารุ. (2556). การพัฒนาระบบการจัดการ
ความปวดที่มีความเฉพาะต่อผู้ป่วย โรงพยาบาล
ราชบุรี. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(3),
85–99.

- อรรถรงค์ ปัญญางาม, อัจฉรา สุคนธ์ธรรม์, และสุภารัตน์ วัังศรีคุณ. (2562). การพัฒนาและทดสอบ โปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพพยาบาล ที่หน่วยตรวจฉุกเฉินในการจัดการความปวด. *พยาบาลสาร*, 46(3), 58–70.
- อินทิรา ปากันทะ, เอื้อมพร หลินเจริญ, และสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบ การประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวด ในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารการวิจัยเพื่อ พัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(1), 129–140.
- Berben, S. A. A., Meijis, T. H. J. M., van Dongen, R. T. M., van Vugt, A. B., Vloet, L. C. M., Mintjes-de Groot, J. J., & van Achterberg, T. (2008). Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the accident & emergency department. *Injury*, 39(5), 578–585. doi:10.1016/j.injury.2007.04.013
- Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). *Knowledge and attitudes survey regarding pain (Rev. ed.)*. Retrieved from [http://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](http://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)
- Hogan, C. J. (2011). Pain control in trauma patients. *Trauma Report*, 12(5), 1–12. Retrieved from <https://www.reliasmedia.com/articles/131572-pain-control-in-trauma-patients>
- Pierik, J. G., IJzerman, M. J., Gaakeer, M. I., Berben, S. A., van Eenennaam, F. L., van Vugt, A. B., & Doggen, C. J. M. (2015). Pain management in the emergency chain: The use and effectiveness of pain management in patients with acute musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 16(5), 970–984. doi:10.1111/pme.12668
- Registered Nurses Association of Ontario. (2013). *Clinical best practice guidelines: Assessment and management of pain (3rd ed.)*. Retrieved from http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB_FINAL_DEC_2.pdf
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. *Journal of the American Dietetic Association*, 66(1), 28–31. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1110296/>
- Stanley, M., & Pollard, D. (2013). Relationship between knowledge, attitudes, and self-efficacy of nurses in the management of pediatric pain. *Pediatric Nursing*, 39(4), 165–171. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24027950/>

World Health Organization. (2016). *Violence and injury prevention*. Retrieve from http://www.who.int/violence_injury_prevention/en/

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper and Row.

การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล*

Development of Web Application Regarding Multidrug-resistant Organism Transmission Prevention for Nurses*

ชลภัทรา แก้วสากล, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Cholphattha Kaewsakol, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
นงศ์คราญ วิเศษกุล, พย.ด.² นงเยาว์ เกษตรภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)³
Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)³

Received: August 20, 2021 Revised: October 27, 2021 Accepted: November 3, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 42 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการออกแบบและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อเว็บแอปพลิเคชัน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล แบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบทดสอบความรู้หลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- * Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
- ¹ มหำบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ¹ Master, Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
- ¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Chollies.cpt@gmail.com
- ² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
- ² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor
- ³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
- ³ Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน มีค่าความเชื่อมั่น .94 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 7 ขั้นตอน ในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งหาประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน E1 : E2 คือ 80 : 80

ผลการวิจัยพบว่า 1) เว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ประกอบด้วยบทเรียน รูปภาพ คลิปวิดีโอ แบบทดสอบระหว่างการเรียน และแบบทดสอบหลังการเรียน 2) ประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน คือ 83.47 : 82.53 ซึ่งมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และ 3) พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.77, SD = .43$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรเผยแพร่เว็บแอปพลิเคชันนี้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

คำสำคัญ: เว็บแอปพลิเคชัน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน พยาบาล

Abstract

This developmental research aimed to develop a web application regarding multidrug-resistant organism (MDRO) transmission prevention for nurses. The samples consisted of 42 nurses who worked in a medical ward at a tertiary hospital in Bangkok, Thailand. The research instruments included a development and design plan for the web application, a web application user opinion questionnaire, a demographic data questionnaire, a formative test on preventing MDRO transmission with reliability as .80, a post-test on preventing MDRO transmission with reliability as .82, and a web application satisfaction questionnaire with reliability as .94. Seven steps of this research were conducted from December, 2019 to May, 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The efficiency of the web application was tested using standard comparison $E1 : E2 = 80 : 80$.

The research results revealed that 1) a web application regarding multidrug-resistant organism transmission prevention for nurses comprised tutorial sessions, pictures, video clips, formative test, and post-test; 2) the efficiency of the web application was 83.47 : 82.53 achieving the standard criteria; and 3) the total mean score of satisfaction of the web application among nurses was at a highest level ($M = 4.77, SD = .43$).

This research suggests that nurse executives should disseminate this web application to nurses who are working in healthcare settings to increase their knowledge regarding MDRO transmission prevention and thus improve their best practices in MDRO transmission prevention.

Keywords: Web application, Multidrug-resistant organism transmission prevention, Nurses

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (multidrug-resistant organism) เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก (World Health Organization, 2018) โดยในศตวรรษที่ 21 การดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจัดเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญมาก (Huttner et al., 2013) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วประเทศมีการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน 87,751 ครั้งต่อปี เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 38,481 คนต่อปี (ภาณุมาศ ภูมาศ และคณะ, 2555)

ผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมีความรุนแรงถึงขั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Bassetti et al., 2017) อีกทั้งยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2018; European Commission, 2019) นอกจากนี้ปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานยังส่งผลกระทบต่อความเป็นไปได้ของความสำเร็จในการทำหัตถการที่สำคัญหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการปลูกถ่ายอวัยวะ การรักษาโรคมะเร็ง การดูแลรักษาทารกที่คลอดก่อนกำหนด หรือการผ่าตัดที่มีความซับซ้อน เนื่องจากหัตถการดังกล่าวไม่สามารถปฏิบัติได้หากไร้ซึ่งยาปฏิชีวนะที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมการติดเชื้อแบคทีเรีย (Aslam et al., 2018)

ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในโรงพยาบาล จากสาเหตุการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผล จนก่อให้เกิดการดื้อยาจากการใช้ยาต้านจุลชีพมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นในผู้ป่วยรายที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (Chokshi, Sifri, Cennimo, & Horng, 2019) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ทั้งด้านตัวผู้ป่วย เชื้อจุลชีพก่อโรค และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า บุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปสู่ผู้ป่วยผ่านทางสัมผัสจากการทำหัตถการแก่ผู้ป่วย และถึงแม้จะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่าการล้างมือสามารถป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ (Pittet et al., 2000) แต่จากการศึกษาการปฏิบัติ การล้างมือของพยาบาล พบว่ายังมีการล้างมือในระดับต่ำ (Mostafazadeh-Bora, Bahrani, & Hosseini, 2018) ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่า สาเหตุหลักที่พยาบาลมีการปฏิบัติ การล้างมือในระดับต่ำ เนื่องจากขาดการอบรมให้ความรู้ (Awoke, Geda, Arba, Tekalign, & Paulos, 2018) อีกทั้งจากการศึกษาการเพิ่มประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ

แห่งหนึ่ง พบว่า ปัญหาหลักในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ คือยาต้านจุลชีพหลายขนาน คือ ความรู้และทักษะ ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพ หลายขนานของพยาบาลยังไม่เพียงพอ (กุลดา พฤติวรรณ, รัชณีย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย, 2560) และจากการศึกษา ในประเทศไทยที่ทำการศึกษาปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยมีประสบการณ์ฝึกรอบม การป้องกันการติดเชื้อมีพฤติกรรมการป้องกันการ ติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ฝึกรอบมการป้องกันการติดเชื้อถึง 3 เท่า (อริสรา สุขวาทิน, 2558) จะเห็นได้ว่า ความรู้ทางการพยาบาล เป็นสิ่งสำคัญอันดับแรกที่จะก่อให้เกิดความตระหนัก และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุม การแพร่กระจายเชื้อ

การส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติใน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพ หลายขนานในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรเริ่มจากการให้ความรู้ (Wolf, Lewis, Cochran, & Richards, 2008) แต่การสอนแบบบรรยาย การฝึกปฏิบัติ และการจัดสัมมนา มีข้อจำกัดทั้ง ด้านสถานที่และเวลา เนื่องจากพยาบาลมีภาระต้อง ปฏิบัติงานตามเวร พยาบาลบางส่วนจึงขาดการอบรม ทำให้เกิดการเรียนรู้ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ ที่ไม่ถูกต้อง (Chen, Chang, Hung, & Lin, 2009) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาในรูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสม ในการให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาลสำหรับ พยาบาล ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาละอู่สรรคใน การเรียนรู้ของพยาบาลดังกล่าวได้

การสอนผ่านเว็บเป็นระบบการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียน เป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้อย่างไม่จำกัด เวลาและสถานที่ (Kumrow, 2007) อีกทั้งยังช่วยให้

ผู้เรียนได้ประสบการณ์การเรียนรู้ในรูปแบบที่ หลากหลาย เนื่องจากสามารถใช้ข้อความ ภาพนิ่ง แอนิเมชัน (animation) วิดีโอ ภาพ 3 มิติ ใน ลักษณะที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงได้ นอกจากนี้ ผู้เรียนและผู้สอนยังสามารถสื่อสารกันผ่านอีเมล กระดานข่าว ฯลฯ ซึ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในลักษณะ เชิงโต้ตอบได้เป็นอย่างดี (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) ในปัจจุบันจึงมีการพัฒนาการเรียนการสอน ผ่านเว็บเพื่อให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพมากขึ้น เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการผ่าตัด การให้ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และการคัดกรองผู้ป่วยใน กรณีฉุกเฉิน (Wang, DeMaria, Goldberg, & Katz, 2016)

เว็บแอปพลิเคชันเป็นสื่อการเรียนรู้รูปแบบหนึ่ง ในลักษณะของโปรแกรมที่อยู่บนอินเทอร์เน็ต โดยผู้ใช้ ไม่จำเป็นต้องดาวน์โหลดโปรแกรมมาไว้บนอุปกรณ์ ของตน แต่สามารถเรียกใช้โปรแกรมได้อย่างสะดวก ผ่าน internet browser (ถนอมพร เลหาจรัสแสง, 2561) พยาบาลซึ่งอาจมีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นโทรศัพท์เคลื่อนที่ แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์ จึงสามารถเข้าใช้งานได้อย่าง ทั่วถึง และคุณสมบัติด้านการเรียนรู้แบบออนไลน์ ของเว็บแอปพลิเคชันยังมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง กับการเรียนรู้ของพยาบาล เนื่องจากวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็นวิชาชีพที่องค์ความรู้มีการพัฒนาตามการเปลี่ยนแปลง ของสังคม สิ่งแวดล้อม และความก้าวหน้าทาง วิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้ผู้สอนสามารถปรับปรุง ข้อมูลในเว็บแอปพลิเคชันให้มีความทันสมัยได้ ตลอดเวลา อีกทั้งผู้ใช้งานยังสามารถโต้ตอบกับ ผู้ให้บริการได้ทันที ทำให้พยาบาลสามารถสอบถาม ผู้สอนผ่านเว็บแอปพลิเคชันได้ทันทีเมื่อมีข้อสงสัย นอกจากนี้ยังมีความเป็นไปได้ที่จะขยายผลการใช้ เว็บแอปพลิเคชันไปสู่บุคลากรสุขภาพอื่นๆ เช่น แพทย์ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ หรือแม้กระทั่งญาติผู้ป่วย

ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการแพร่กระจายเชื้อ คือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาลได้อีกด้วย ดังนั้น เว็บแอปพลิเคชันจึงน่าจะเป็นสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องแก่พยาบาล ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล โดยประเมินค่าประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ด้วยเว็บแอปพลิเคชัน
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการเรียนรู้ผ่านเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi and Trollip (1991) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการ (preparation) 2) การออกแบบ (design instruction) 3) การเขียนผังงาน (create flowchart lesson) 4) การสร้างสตอรี่บอร์ด

(create storyboard) 5) การสร้างหรือเขียนโปรแกรม (create program lesson) 6) การเขียนคู่มือการใช้งาน (produce supporting material) และ 7) การประเมินผลและแก้ไขปรับปรุง (evaluate and revise) โดยเนื้อหาที่นำเสนอผ่านเว็บแอปพลิเคชันดังกล่าวจะเน้นเกี่ยวกับความหมายของเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล กลไกการคือยาของเชื้อแบคทีเรีย อุบัติการณ์ การติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล วิธีการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ผลกระทบของการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนาน ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อคือยาในโรงพยาบาลของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งมีแบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนและแบบทดสอบความรู้หลังการเรียน ซึ่งวิเคราะห์ผลโดยอัตโนมัติภายในเว็บแอปพลิเคชัน โดยการประเมินค่าประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันจากอัตราส่วนของประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้ต่อประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากการเรียนรู้ด้วยเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งพิจารณาจากผลการทดสอบ และใช้เกณฑ์มาตรฐาน $E1 : E2 \geq 80 : 80$ โดย 80 ตัวแรก คือ ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างการเรียน และ 80 ตัวหลัง คือ ร้อยละของคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเรียน และประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อเว็บแอปพลิเคชัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวทางของชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2556) คือ การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และการทดสอบแบบภาคสนาม ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน รวมจำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากตามรายชื่อ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี และมากกว่า หรือเท่ากับ 5 ปี ในจำนวนที่เท่ากัน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย มีดังนี้

1.1 แผนการออกแบบและพัฒนาเว็บไซต์ เป็นแผนการพัฒนาเว็บไซต์ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนานสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi and Trollip (1991) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเตรียมการ 2) การออกแบบ 3) การเขียนผังงาน 4) การสร้างสตอรี่บอร์ด 5) การสร้างหรือเขียนโปรแกรม 6) การเขียนคู่มือการใช้งาน และ 7) การประเมินผลและแก้ไขปรับปรุง

1.2 แบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อเว็บไซต์ เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับนำข้อมูลมาแก้ไขปรับปรุงระหว่างการพัฒนาเว็บไซต์ โดยใช้ในขั้นตอน

การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง และขั้นตอนการทดสอบแบบกลุ่มย่อย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่อง ด้านความยากง่ายของเนื้อหา และด้านความสะดวกของการใช้งาน รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ควรปรับปรุง ไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งการปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนาน การได้รับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนาน และประสบการณ์การใช้สื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบทดสอบความรู้เรื่อง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือในงานวิจัยของจิตติมา นานะพัฒนเสถียร (2558) แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ แบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนผ่านเว็บไซต์ และแบบทดสอบความรู้หลังการเรียนผ่านเว็บไซต์ ซึ่งมีคำถามและคำตอบเป็นแบบคู่ขนาน จำนวนชุดละ 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บไซต์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ

และด้านประโยชน์ที่ได้รับ รวมจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแผนการออกแบบและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัย (2 คน) และอาจารย์วิทยาลัยศิลปะ สื่อ และเทคโนโลยี ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถามความพึงพอใจไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .94 ส่วนแบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน และแบบทดสอบความรู้หลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ด้านโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (3 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และ .99 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล

ระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (ไม่ใช่กลุ่มเดิม) จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 2563-046 วันที่ 13 มีนาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (เอกสารรับรอง เลขที่ 33/63 วันที่ 27 มีนาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเว็บแอปพลิเคชันที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล โดยมีขั้นตอนการออกแบบตามแนวคิดในการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนของ Alessi and Trollip (1991) ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ ดำเนินการดังนี้

1.1 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ โดยพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล

1.2 รวบรวมข้อมูล โดยทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ของศูนย์ควบคุม

และป้องกันโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2006) ร่วมกับบทบาทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1.3 เรียนรู้เนื้อหา โดยเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนานสำหรับพยาบาล ให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และครอบคลุม เพื่อการออกแบบบทเรียนที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบ โดยดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในการออกแบบบทเรียน ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านเนื้อหา ข้อความ ภาพนิ่ง ภาพการ์ตูน แอนิเมชัน และวิดีโอต่างๆ

ขั้นตอนที่ 3 การเขียนผังงาน โดยอธิบายการทำงานและคุณลักษณะของเว็บแอปพลิเคชันที่จะพัฒนาขึ้นด้วยการเขียนแผนผังอธิบายโครงสร้างหรือองค์ประกอบของการนำเสนอ

ขั้นตอนที่ 4 การสร้างสตอรี่บอร์ด โดยกำหนดเค้าโครงในการนำเสนอบทเรียนบนแผ่นกระดาษ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปใช้งาน

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างหรือเขียนโปรแกรม โดยเปลี่ยนสิ่งที่เขียนบนสตอรี่บอร์ดซึ่งผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและการจัดทำสื่อแล้ว มาอยู่บนเว็บแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 6 การเขียนคู่มือการใช้งาน โดยเขียนคู่มือการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันเพื่ออธิบายการใช้งานเว็บแอปพลิเคชันแก่พยาบาล และอัปโหลดไว้บนหน้าแรกของเว็บแอปพลิเคชัน

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลและแก้ไขปรับปรุง โดยนำเว็บแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพยาบาล เพื่อหาประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน แล้วนำผลนั้นมาแก้ไขปรับปรุง

เว็บแอปพลิเคชัน โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เข้าพบหัวหน้ากองการพยาบาล หัวหน้าแผนกการพยาบาลอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

7.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน แนะนำตัว ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล จากนั้นให้ทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชัน และประเมินเกี่ยวกับข้อบกพร่องของเว็บแอปพลิเคชัน ลำดับขั้นตอนการนำเสนอเนื้อหา และความเหมาะสมของการนำเสนอ แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อเว็บแอปพลิเคชัน รวมทั้งระบุสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุง และข้อเสนอแนะหลังการเรียนรู้ด้วยเว็บแอปพลิเคชัน ใช้เวลารวม 90 นาที จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเว็บแอปพลิเคชันตามข้อเสนอแนะ

7.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แนะนำตัว ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล จากนั้นให้ทดลองใช้เว็บแอปพลิเคชัน และประเมินเกี่ยวกับความสามารถของเว็บแอปพลิเคชันในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ของผู้เรียนขณะมีการใช้เว็บแอปพลิเคชัน โดยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง จังหวะเวลาในการเรียน และคอยช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาขณะใช้เว็บแอปพลิเคชัน แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อคิดเห็นต่อเว็บแอปพลิเคชัน รวมทั้งระบุสิ่งที่ต้องแก้ไขปรับปรุงและข้อเสนอแนะหลังการเรียนรู้ด้วยเว็บแอปพลิเคชัน ใช้เวลารวม 90 นาที จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการแก้ไขปรับปรุงเว็บแอปพลิเคชันตามข้อเสนอแนะ

7.3 การทดสอบแบบภาคสนาม โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แนะนำตัว ให้ตอบ

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของพยาบาล จากนั้นให้เรียนรู้ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน ตอบแบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน โดยผู้วิจัยช่วยให้คำแนะนำในการใช้งานเว็บแอปพลิเคชัน และแจ้งกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถทบทวนเนื้อหาซ้ำได้จนเกิดความเข้าใจ โดยกำหนดระยะเวลา 5 วัน จากนั้นให้ตอบแบบทดสอบความรู้หลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน และผู้วิจัยขอความคิดเห็นต่อการเรียนรู้ผ่านเว็บแอปพลิเคชัน

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันตามเกณฑ์มาตรฐาน E1 : E2 โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน E1 : E2 คือ 80 : 80 ส่วนข้อมูลความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.69 ปี ($SD = 3.78$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งการปฏิบัติงานเป็นพยาบาลเวร 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 83.30 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอยู่ในช่วง 0-4 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.67 ปี ($SD = 3.96$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 97.60

เคยได้รับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 85.70 และไม่มีประสบการณ์การใช้สื่อการเรียนรู้แบบออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 57.10

2. เว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ประกอบด้วยบทเรียน รูปภาพ คลิปวิดีโอ แบบทดสอบระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน และแบบทดสอบหลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน โดยบทเรียนที่ 1 คือ การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล กลไกการดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย อุบัติการณ์ การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล วิธีการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล และผลกระทบของการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล และบทเรียนที่ 2 คือ การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การแยกผู้ป่วย การลดปริมาณเชื้อจุลชีพดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกายผู้ป่วย การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม การจัดการผ้าเปื้อนและมูลฝอยติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

3. การทดสอบประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชัน

3.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง พบว่าพยาบาลให้ข้อคิดเห็นว่า เว็บแอปพลิเคชันมีความน่าสนใจดึงดูดผู้เรียน มีเนื้อหาครบถ้วน เหมาะสมต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และไม่มีสิ่งที่จะต้องแก้ไขปรับปรุง

3.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย พบว่า

พยาบาลให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ไขปรับปรุงในประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) เพิ่มเดิมการแจ้งเตือนหลังจากลงทะเบียนแล้วเสร็จว่า ต้องรอการอนุมัติจากผู้ดูแลระบบก่อนจึงสามารถเข้าสู่ระบบเพื่อใช้งานได้ 2) แก้ไขคู่มือการใช้งาน โดยควรมีการระบุลำดับขั้นตอนการใช้งานอย่างชัดเจน 3) เพิ่มเดิมการวงเล็บคำภาษาอังกฤษหลังคำภาษาไทยบางคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ง่ายขึ้น เช่น MDRO, Surgical mask, N95, Colonization 4) เพิ่มการเน้นข้อความหรือเนื้อหาที่สำคัญ เช่น การใช้ตัวหนา การขีดเส้นใต้ การใช้สีที่แตกต่าง 5) เพิ่มภาพประกอบในเนื้อหาบทเรียน เพื่อดึงดูดความน่าสนใจให้มากยิ่งขึ้น และ 6) เพิ่มคำอธิบายในการเฉลยทั้งในแบบทดสอบความรู้ระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน และแบบทดสอบความรู้หลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

3.3 การทดสอบแบบภาคสนาม พบว่าพยาบาลมีการเข้าใช้งานเว็บแอปพลิเคชันต่ำสุด-สูงสุดคือ 1-14 ครั้ง โดยมีการเข้าใช้งานเว็บแอปพลิเคชันเฉลี่ย 3.33 ครั้ง ($SD = 2.51$) และมีระยะเวลาในการใช้งานต่ำสุด-สูงสุดคือ 10-150 นาที โดยมีระยะเวลาในการใช้งานเฉลี่ย 36.93 นาที ($SD = 35.12$) ส่วนประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันตามเกณฑ์มาตรฐาน E1 : E2 โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน E1 : E2 คือ 80 : 80 พบว่าประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันคือ 83.47 : 82.53 ซึ่งมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดสำหรับความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชัน พบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.77$, $SD = .43$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ($M = 4.48$, $SD = .57$) ด้านการออกแบบและการนำเสนอ

($M = 4.72$, $SD = .51$) และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.82$, $SD = .39$)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล รวมทั้งนำแผนการออกแบบและพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบด้านเนื้อหาและการออกแบบ ซึ่งเว็บแอปพลิเคชันในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย บทเรียน รูปภาพ คลิปวิดีโอ แบบทดสอบระหว่างการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน และแบบทดสอบหลังการเรียนผ่านเว็บแอปพลิเคชัน โดยมีเนื้อหาในบทเรียน คือ บทที่ 1 การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และบทที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อของ Alessi and Trollip (1991) ในการพัฒนาเว็บแอปพลิเคชัน ซึ่งสอดคล้องกับคุณสมบัติของการสอนผ่านเว็บคือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ในรูปแบบที่หลากหลายใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง เนื่องจากสามารถสอดแทรกทั้งข้อความ ภาพนิ่ง แอนิเมชัน และวิดีโอ (นงศ์กรกาญจน์ วิเศษกุล, 2562) นอกจากนี้ ผู้เรียนยังสามารถเข้าใช้งานเว็บแอปพลิเคชันได้อย่างสะดวกผ่าน internet browser โดยไม่จำเป็นต้องดาวน์โหลดมาไว้บนอุปกรณ์ของตน (ถนอมพร เลหาจรัสแสง, 2561)

ผลการวิจัยพบว่า เว็บแอปพลิเคชันมีประสิทธิภาพ 83.47 : 82.53 ซึ่งมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์

มาตรฐานที่ตั้งไว้มากกว่าหรือเท่ากับ 80 : 80 โดยประสิทธิภาพของเว็บแอปพลิเคชันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจะช่วยในการส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความรู้ก่อนให้เกิดความตระหนัก และการปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของนาง รุ่งแสง และดวงดาว อุบลเยี่ยม (2561) ที่พบว่า การพัฒนาบทเรียนอีเลิร์นนิ่งแบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิต ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี มีประสิทธิภาพ 82.86 : 82.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค และอรทัย เจริญทิพย์สกุล (2561) ที่พบว่า สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต มีประสิทธิภาพ 90.20 : 83.03 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อเว็บแอปพลิเคชันโดยรวมและรายด้านในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเว็บแอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความทันสมัย เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน เข้าถึงได้ง่าย ใช้งานสะดวก มีภาพและวิดีโอประกอบเนื้อหาที่หลากหลาย ทำให้มีความน่าสนใจและง่ายต่อการศึกษา สามารถนำมาใช้ได้จริง เรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ส่งผลให้พยาบาลได้รับความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ (2555) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตรายวิชา กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาเรื่องระบบทางเดินหายใจ ทั้งด้านเนื้อหา การนำเสนอ และแบบฝึกหัดท้ายบท

ในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) ซึ่งอธิบายได้ว่าพยาบาลมีความเป็นผู้ใหญ่ ต้องการการเรียนรู้ตามความสนใจของตนเอง สื่อที่จะใช้กับพยาบาลจึงต้องมีการกระตุ้นความสนใจของผู้เรียน มีความหลากหลาย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และไม่สร้างความเบื่อหน่ายขณะเรียนรู้ด้วยตนเอง (กิดานันท์ มลิทอง, 2548) ดังนั้น การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาลจึงมีความสำคัญ และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ส่งเสริมความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ของพยาบาล ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึง นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการเผยแพร่เว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาลให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงผลของเว็บแอปพลิเคชันเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาลต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

เอกสารอ้างอิง

- กิดานันท์ มลิทอง. (2548). *เทคโนโลยีการศึกษา และนวัตกรรม*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- กุลดา พฤติวรรณ, รัชনী วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, และสมรรถนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(3), 10–33.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(1), 7–19.
- จิตมา มานะพัฒนเสถียร. (2558). *การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถนอมพร เตหาทรัสแสง. (2561). *นวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการศึกษาในยุคการเรียนรู้ 4.0*. เชียงใหม่: ทองสาม ดิไซน์.
- ธัญญลักษณ์ วจนะวิศิษฐ. (2555). การพัฒนาและหาประสิทธิภาพบทเรียนบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตรายวิชาภาควิทยาศาสตร์และสรีรวิทยา เรื่องระบบทางเดินหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 5(1), 66–77.
- นงคาร รางแดง, และดวงดาว อุบลรัมย์. (2561). การพัฒนาบทเรียนอิเล็กทรอนิกส์แบบปฏิสัมพันธ์เพื่อใช้ในการเรียนเรื่องการตรวจสภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(1), 169–178.
- นงศ์คราญ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชนาพรินท์.
- กาญจมาศ ภูมาศ, ดวงรัตน์ โพธิ์, วิชญ์ ชรรมลิจิตกุล, อาทร รั้วไพบูลย์, ภูษิต ประคองสาย, และสุพล ลิ้มวัฒนานนท์. (2555). ผลกระทบด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์จากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศไทย: กรณีศึกษาเบื้องต้น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 6(3), 352–360.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล. (2561). ประสิทธิภาพของการใช้สื่อการเรียนรู้อิเล็กทรอนิกส์ รายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ เพื่อการเตรียมตัวสอบขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(1), 117–129.
- อริสรา สุขวัจฉา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 7(1), 253–266.
- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer based instruction: Methods and development* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Aslam, B., Wang, W., Arshad, M. I., Khurshid, M., Muzammil, S., Rasool, M. H., ... Baloch, Z. (2018). Antibiotic resistance: A rundown of a global crisis. *Infection and Drug Resistance*, 2018(11), 1645–1658. doi:10.2147/IDR.S173867

- Awoke, N., Geda, B., Arba, A., Tekalign, T., & Paulos, K. (2018). Nurses practice of hand hygiene in Hiwot Fana Specialized University Hospital, Harari Regional State, Eastern Ethiopia: Observational study. *Nursing Research and Practice*, 1–6. doi.org/10.1155/2018/2654947
- Bassetti, M., Poulakou, G., Ruppe, E., Bouza, E., Van Hal, S. J., & Brink, A. (2017). Antimicrobial resistance in the next 30 years, humankind, bugs and drugs: A visionary approach. *Intensive Care Medicine*, 43(10), 1464–1475. doi:10.1007/s00134-017-4878-x
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDROGuideline2006.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Antibiotic / Antimicrobial resistance (AR / AMR)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/drugresistance/index.html>
- Chen, C.-Y., Chang, R.-E., Hung, M.-C., & Lin, M.-H. (2009). Assessing the quality of a web-based learning system for nurses. *Journal of Medical Systems*, 33(4), 317–325. doi:10.1007/s10916-008-9193-1
- Chokshi, A., Sifri, Z., Cennimo, D., & Horng, H. (2019). Global contributors to antibiotic resistance. *Journal of Global Infectious Diseases*, 11(1), 36–42. doi:10.4103/jgid.jgid_110_18
- European Commission. (2019). *EU action on antimicrobial resistance*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/amr/antimicrobial-resistance_en
- Huttner, A., Harbarth, S., Carlet, J., Cosgrove, S., Goossens, H., Holmes, A., ... Pittet, D. (2013). Antimicrobial resistance: A global view from the 2013 World Healthcare-Associated Infections Forum. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 2, 1–13. doi:10.1186/2047-2994-2-31
- Kumrow, D. E. (2007). Evidence-based strategies of graduate students to achieve success in a hybrid web-based course. *The Journal of Nursing Education*, 46(3), 140–145. doi:10.3928/01484834-20070301-10
- Mostafazadeh-Bora, M., Bahrami, M., & Hosseini, A. (2018). A survey of nurses' compliance with hand hygiene guidelines in caring for patients with cancer in a Selected Center of Isfahan, Iran, in 2016. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(2), 119–124. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_228_16

- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneau, S., & Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet*, *356*(9238), 1307–1312. doi:10.1016/s0140-6736(00)02814-2
- Wang, R., DeMaria, S., Goldberg, A., & Katz, D. (2016). A systematic review of serious games in training health care professionals. *Simulation in Healthcare*, *11*(1), 41–51. doi:10.1097/SIH.0000000000000118
- Wolf, R., Lewis, D., Cochran, R., & Richards, C. (2008). Nursing staff perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and infection control in a long-term care facility. *Journal of the American Medical Directors Association*, *9*(5), 342–346. doi:10.1016/j.jamda.2008.02.003
- World Health Organization. (2018). *Antimicrobial resistance*. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
-

ผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย ต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ The Effects of Thai Boxing Dance Exercise Program on Balance and Quality of Life among Older Adults

กรรณา จันทุม, ส.ม. (ชีวสถิติ) ¹

Karuna Chuntum, M.P.H. (Biostatistics) ¹

กัลยารัตน์ กำลิ่งเหลือ, กศ.ม. (พลศึกษา) ²

Kanlayarat Kamlanglua, M.Ed. (Physical Education) ²

ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์, ส.ม. (การส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์) ³

Parichat Sattayarak, M.P.H. (Health Promotion and Behavioral Science) ³

Received: May 20, 2020 Revised: November 13, 2021 Accepted: November 22, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 70 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา แบบประเมินการทรงตัวของเบอร์ก มีค่าความเชื่อมั่น .88 และเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ independent t-test

^{1,3} อาจารย์ คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

^{1,3} Lecturer, Faculty of Art and Science, Chaiyaphum Rajabhat University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: karuna.ch@cpru.ac.th

² อาจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

² Lecturer, Faculty of Education, Chaiyaphum Rajabhat University

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัว และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.247, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: การออกกำลังกาย การรำมวยไทย การทรงตัว คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of Thai boxing dance exercise program on balance and quality of life among older adults. The samples included 70 older adults who lived in Na-Saew Sub-district, Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province and were divided into the experimental group ($n = 35$) and the control group ($n = 35$). The research instruments consisted of the Thai boxing dance exercise program, the physiological basic data record, the Berg Balance Scale with reliability as .88, and the WHOQOL-BREF-THAI with reliability as .85. The implementation and data collection were conducted from September to December, 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the mean scores of balances and overall of quality of life of the experimental group and the control group were not different; and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of body composition of quality of life than that of the control group ($t = 2.247, p < .05$).

This research suggests that health care providers should apply the Thai boxing dance exercise program for enhancing quality of care among older adults through promoting regular exercise, in order to develop muscle strength and endurance.

Keywords: Exercise, Thai boxing dance, Balance, Quality of life, Older adult

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า จำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้น 2 พันล้านคน หรือร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด การเกิดขึ้นของสังคมผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และการมีอายุยืนยาวของประชาชน (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2560) โดยประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2564 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งคาดว่าจะมีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ของประชากร (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562) ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาคความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ โดยมีมวลกล้ามเนื้อและจำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการเคลื่อนไหวและการทรงตัวของผู้สูงอายุลดลง (Milanovic et al., 2013) รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดการล้มสูง อันเนื่องจากปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงและการทรงตัวบกพร่อง (Toraman & Yildirim, 2010) ดังการศึกษาที่พบว่า การมีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน (दारววรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และ จิตติยา สมบัติบุรณ, 2559)

การล้ม (fall) ในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และเป็นอันตรายถึงชีวิตเมื่อเกิดการหักของกระดูก สูญเสียความมั่นใจในการเดิน เกิดความกลัวการล้ม และสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จากข้อมูลอุบัติการณ์การล้มของผู้สูงอายุไทย พบร้อยละ 20 และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562) ทั้งนี้ การล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในแต่ละปีอันเป็นผลจากจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น (Al-Aama, 2011)

สาเหตุของการล้มในผู้สูงอายุเกิดจากความเสื่อมของระบบควบคุมการทรงตัวที่ต้องประสานการทำงานร่วมกับระบบประสาท และระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยควบคุมสมดุลร่างกายและการทรงตัว ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของเซลล์ประสาท รวมถึงมีจำนวนเซลล์ประสาทที่ลดลง ส่งผลต่อการลดขนาดของเนื้อสมอง ทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง (Moreno-Garcia, Kun, Calero, Medina, & Calero, 2018) อีกทั้งเซลล์ประสาทที่รับความรู้สึกเกี่ยวกับตำแหน่งและการเคลื่อนไหวบริเวณกล้ามเนื้อข้อต่อและเอ็น มีจำนวนลดลง จึงส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ทำให้การควบคุมการเคลื่อนไหวและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุลดลง (Henry & Baudry, 2019) ประกอบกับผู้สูงอายุมักขาดการออกกำลังกายที่จะส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว (Korhonen et al., 2012; Merom et al., 2012) ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ช่วยในการยืน เดิน และควบคุมการทรงตัวของร่างกาย เมื่อมีการออกกำลังกายเป็นประจำในระยะเวลา 12 สัปดาห์ขึ้นไป จะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและเพิ่มความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Sousa, Mendes, Abrantes, Sampaio, & Oliveira, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และปฏิกิริยาตอบสนองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัวดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการล้ม (ปภาวดี สุนทรชัย, จิตติพร ภัคดีพิบูลย์, นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล, และ รุ่งทิพย์ สนิทธานนท์, 2559) โดยมีข้อแนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย 2-3 วันต่อสัปดาห์

อย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป เพื่อพัฒนาการทำงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ (Ng et al., 2019)

รูปแบบการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในการพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทรงตัวมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การเดินลีลาศ การเดิน การรำมวยจีน โยคะ ซึ่งพบว่าช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหว และเพิ่มความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุได้ (พรหมวรดา สุวัน และคณะ, 2563; Langhammer, Bergland, & Rydwick, 2018) ทั้งนี้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุจำเป็นต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกายของผู้สูงอายุเป็นหลัก การเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีแรงกระแทกต่ำจะส่งเสริมการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจได้ดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่อ ทำให้กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและไขมันในร่างกายลดลง จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่หลากหลายรูปแบบเพื่อพัฒนาการทรงตัวของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่อง (ศศิวิมล วรรณพงษ์, เสาวนีย์ นาคมะเริง, สุรัสวดี เบนเน็ดต์, และน้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2564) โยคะประยุกต์ (จตุรงค์ เหมรา, อุมาภรณ์ คงอุไร, โกศล รอดมา, และภูมิพัฒน์ ธนัญญาธิสม์เดช, 2563) รำแม่สะเชิงประยุกต์ (เดชภณ ทองเติม, 2562) การออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ (ณัฐวุฒิสัทธิชัย, กัมปนาท ประดิษฐ์เสรี, และประพัฒน์ ลักษณะพิสุทธิ์, 2562) การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (ประทุม กงมหา และชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2561) การเดินบาสโลปและการเดินไลน์แดนซ์ (จรรยาศักดิ์ พันทวีศิษฏ์, 2561) ส่วนงานวิจัยที่มีการออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อพัฒนาการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง

กับการฝึกการทรงตัว (เขมภัก เจริญสุขศิริ, นุศราพร แซ่ลิ้ม, วรรณกร สาระพันธุ์, และชญัญญลักษณ์ พรหมสุข, 2561) การเดินพื้นเมืองของตุรกี (Eyigor, Karapolat, Durmaz, Ibisoglu, & Cakir, 2009)

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การนำองค์ความรู้ที่เป็นวัฒนธรรมไทยและเป็นกีฬาประจำชาติอย่างการรำมวยไทยมาสร้างเป็นรูปแบบการออกกำลังกายเป็นการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพในผู้สูงอายุ และเป็นการนำเสนอคุณค่าของการรำไหว้ครูมวยไทยในมุมมองใหม่เชิงสรีรวิทยา ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยที่มีต่อสมรรถภาพทางกายในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ช่วง ที่เป็นไปตามหลักการของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ปรวิวัฒน์ แยกสินทร, 2560) ซึ่งการมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุยังทำให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวดีขึ้น เนื่องจากไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวจึงใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข (จตุรงค์ เหมรา, 2561) ทั้งนี้ การออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายด้วยท่ารำมวยไทยมีการเคลื่อนไหวแบบช้าและมีแรงกระแทกต่ำ อาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อขาและการทรงตัวที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดการล้ม มีการออกแรงต้านของกล้ามเนื้อตลอดเวลาขณะทำการฝึก ซึ่งลักษณะการเคลื่อนไหวและการใช้อวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะแสดงกระบวนการท่าแม่ไม้มวยไทย โดยเฉพาะเชิงมวยที่มีทั้งเชิงหมัด เชิงเต่า และเชิงศอกที่เหมาะสมกับการนำมาใช้ในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการเคลื่อนไหวต้องอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อขา แขน และอวัยวะทุกส่วนของร่างกายพร้อมกัน (สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ, 2540) จึงเป็นลักษณะที่ครบองค์ประกอบตามหลักการออกกำลังกาย

สำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรม ออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยต่อการทรงตัว และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้าง การทรงตัวที่ดีในผู้สูงอายุ เพื่อลดความเสี่ยงต่อ การเกิดการล้ม อันส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบการทรงตัวและคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

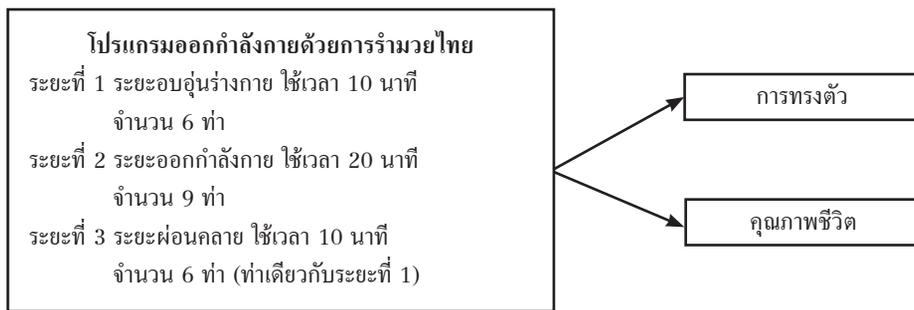
สมมติฐานการวิจัย

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การทรงตัว และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่า กลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม ออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย โดยดัดแปลงจาก ท่ารำไหว้ครูมวยไทย ตามรูปแบบของสำนักงาน

คณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2540) ให้เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 15 ท่า แบ่งออกเป็น ระยะที่ 1 ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้ท่าการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ แบบนั่งค้างไว้และแบบเคลื่อนไหว จำนวน 6 ท่า ได้แก่ ท่ายืดแขน ท่ายืดคอ ท่ายืดกล้ามเนื้อแขน ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่ด้านข้าง ท่ายืดกล้ามเนื้อต้นขา และท่าย่อเท้าอยู่กับที่ ระยะที่ 2 ระยะออกกำลังกาย ใช้ท่าการออกกำลังกายที่ดัดแปลงจากการรำมวยไทย เจิงหมัด เจิงเป้า เจิงเท้า และเจิงศอก จำนวน 9 ท่า ได้แก่ ท่าหมัดตรง ท่าหมัดตัววัด ท่าหมัดเสย ท่าศอกตัด ท่าศอกงัด ท่าศอกกระทุ้ง ท่าเป้าตรง ท่าเตะตรง และท่าเตะตัด และระยะที่ 3 ระยะผ่อนคลาย ใช้ท่า การยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบนั่งค้างไว้และแบบ เคลื่อนไหว จำนวน 6 ท่า เช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ซึ่งการออกกำลังกายด้วยท่ารำมวยไทยดังกล่าว มีการเคลื่อนไหวแบบช้าและมีแรงกระแทกต่ำ อาศัยการทำงานของกล้ามเนื้อขาและกล้ามเนื้อ ส่วนอื่นๆ ซึ่งน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวที่ดี ลดความเสี่ยงต่อการล้ม อันจะส่งผลต่อคุณภาพ ชีวิตต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ การทดลอง (two groups, posttest-only design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 834 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2562) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 60–80 ปี 2) อาศัยในพื้นที่หมู่ที่ 9 บ้านนาเสียว 3) มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย เช่น โรคข้อเสื่อม โรคหัวใจ 4) ไม่ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือออกกำลังกายไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ 6)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมติดต่อกันมากกว่า 2 สัปดาห์ 2) มีการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 3) ขอดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 (Faul, 2014) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .86 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาของอานันท์ รุ่งเรือง (2556) อานาจการทดสอบเท่ากับ .95 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 60 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 35 คน รวมจำนวน 70 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากตามบัญชีรายชื่อ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย ผู้วิจัยพัฒนาจากท่ารำไหว้ครูมวยไทย ตามรูปแบบของสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ (2540) โดยปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ รวมจำนวน 15 ท่า ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะอบอุ่นร่างกาย ใช้เวลา 10 นาที โดยใช้ท่าการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบนั่งค้างไว้และแบบเคลื่อนไหว จำนวน 6 ท่า ได้แก่ ท่ายืดแขน ท่ายืดคอ ท่ายืดกล้ามเนื้อแขน ท่ายืดกล้ามเนื้อไหล่ด้านข้าง ท่ายืดกล้ามเนื้อต้นขา และท่าย่อเท้าอยู่กับที่

ระยะที่ 2 ระยะออกกำลังกาย ใช้เวลา 20 นาที โดยใช้ท่าการออกกำลังกายที่ดัดแปลงจากการรำมวยไทยเชิงหมัด เชิงเท้า เชิงเข่า และเชิงสอก จำนวน 9 ท่า ได้แก่ ท่าหมัดตรง ท่าหมัดวัด ท่าหมัดเสย ท่าสอกตัด ท่าสอกงัด ท่าสอกกระทุ้ง ท่าเข่าตรง ท่าเตะตรง และท่าเตะตัด

ระยะที่ 3 ระยะผ่อนคลาย ใช้เวลา 10 นาที โดยใช้ท่าการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบนั่งค้างไว้และแบบเคลื่อนไหว จำนวน 6 ท่า เช่นเดียวกับในระยะที่ 1

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการทรงตัวของเบิร์ก (Berg Balance Scale) เป็นการประเมินความสามารถขณะทำกิจกรรมในท่านั่งและทำยืน จำนวน 14 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมมีคำตอบ 5 ตัวเลือกตามความสามารถ คะแนน 0–4 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเสี่ยงในการล้มสูง (0–20 คะแนน) มีความเสี่ยง

ในการล้มปานกลาง (21–40 คะแนน) และมีความเสี่ยงในการล้มต่ำ (41–56 คะแนน) (Berg, Wood-Dauphinee, Williams, & Maki, 1992)

ชุดที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลยเล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ไม่ดี (26–60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (61–95 คะแนน) และในระดับที่ดี (96–130 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พลศึกษา (ด้านมวยไทย) อาจารย์ด้านสรีรวิทยา และอาจารย์ด้านวัฒนธรรมไทย ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .90 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินการทรงตัวของเบอร์ก และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1)

หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ (เอกสารรับรอง เลขที่ 4/2562 วันที่ 1 กรกฎาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาเสียว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว เพื่อขอให้ช่วยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ศาลากลางบ้านของชุมชน หมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) สอบถามอายุ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต จากนั้นบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ศาลากลางบ้านของชุมชน หมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) สอบถามอายุ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง อัตราการเต้นของหัวใจ

และความดันโลหิต จากนั้นบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการออกกำลังกาย

4. ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองออกกำลังกายตามโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยที่ลานกีฬาชุมชน หมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล สัปดาห์ละ 3 วัน คือ วันจันทร์-วันพุธ โดยออกกำลังกายวันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40 นาที (ระยะอบอุ่นร่างกายใช้เวลา 10 นาที ระยะออกกำลังกาย ใช้เวลา 20 นาที และระยะผ่อนคลายเป็นเวลา 10 นาที) เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำออกกำลังกายทุกครั้ง และมีนักศึกษาสาขาพลศึกษา จำนวน 10 คน เป็นผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกแก่กลุ่มทดลองระหว่างการออกกำลังกาย สำหรับการแต่งกายขณะออกกำลังกาย คือ สวมเสื้อ กางเกง และรองเท้าผ้าใบ ผู้วิจัยและนักศึกษาดูแลการบาดเจ็บแก่กลุ่มทดลอง พุดคุย สร้างสัมพันธภาพ และให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองมาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามเวลาที่กำหนด ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มทดลองไม่ออกกำลังกายประเภทอื่นในช่วงเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ หากมีการออกกำลังกายต้องไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์

5. ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ศาลากลางบ้าน หมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล ประเมินการทรงตัว โดยใช้แบบประเมินการทรงตัวของเบอร์ก จากนั้นให้ตอบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 10 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ศาลากลางบ้าน หมู่ที่ 9 บ้านนาสีนวล ในช่วงเวลาหลังการพบกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว ประเมินการทรงตัว โดยใช้แบบประเมินการทรงตัวของเบอร์ก จากนั้นให้ตอบเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การ

อนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนธันวาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ข้อมูลการทรงตัว และข้อมูลคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการเปรียบเทียบการทรงตัว และคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนการทดลอง) พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 70.49 ปี (*SD* = 6.92) มีน้ำหนักเฉลี่ย 56.91 กิโลกรัม (*SD* = 11.16) มีส่วนสูงเฉลี่ย 154.97 เซนติเมตร (*SD* = 7.43) มีอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย 74.09 ครั้งต่อนาที (*SD* = 11.63) มีความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 130.28 mmHg (*SD* = 22.09) และมีความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 79.86 mmHg (*SD* = 13.92) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 71.03 ปี (*SD* = 6.90) มีน้ำหนักเฉลี่ย 57.63 กิโลกรัม (*SD* = 11.69) มีส่วนสูงเฉลี่ย 156.49 เซนติเมตร (*SD* = 9.54) มีอัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย 75.91 ครั้งต่อนาที (*SD* = 9.63) มีความดันซิสโตลิกเฉลี่ย 130.89 mmHg (*SD* = 17.45) และมีความดันไดแอสโตลิกเฉลี่ย 77.80 mmHg (*SD* = 11.81) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานทางสรีรวิทยา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การทรงตัวของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการล้มต่ำ

คิดเป็นร้อยละ 74.20 รองลงมา คือ มีความเสี่ยงในการล้มปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.90 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการล้มต่ำ คิดเป็นร้อยละ 77.10 รองลงมา คือ มีความเสี่ยงในการล้มปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20

3. คุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตใน

ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.10 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับที่ดี คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20

4. การเปรียบเทียบการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	35	47.63	10.51	.648	.519
กลุ่มควบคุม	35	46.26	11.86		

5. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.247, p < .05$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		t	p
	M	SD	M	SD		
ด้านสุขภาพกาย	26.37	4.05	24.23	3.91	2.247	.028
ด้านจิตใจ	23.46	3.98	24.03	3.30	.654	.561
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	13.37	1.91	13.97	2.14	.823	.413
ด้านสิ่งแวดล้อม	31.80	4.83	31.63	4.88	.148	.883
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	7.74	1.65	7.80	1.36	.158	.875
คุณภาพชีวิตโดยรวม	102.74	14.19	100.66	11.99	.664	.509

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการทรงตัวไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการออกแบบท่าการรำมวยไทยที่ยังไม่มีความหลากหลายและครอบคลุมลักษณะการเคลื่อนไหวที่จะพัฒนากล้ามเนื้อมัดหลัก อีกทั้งระยะเวลาของการใช้โปรแกรมที่อาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน ประกอบกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงในการล้มต่ำหรือมีการทรงตัวที่ได้อยู่แล้วตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ ทั้ง 2 กลุ่ม ยังมีอายุเฉลี่ยและน้ำหนักเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้มีการทรงตัวที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกการออกกำลังกายที่มีการรองรับน้ำหนักตัว ช่วยพัฒนาการทรงตัวและควบคุมร่างกายให้คงที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งการพัฒนาการทรงตัวแบบอยู่กับที่และแบบเคลื่อนที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Borges et al., 2012) และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินที่มีความใกล้เคียงกันในด้านรูปแบบการเคลื่อนไหวและการใช้จังหวะเพลงประกอบ โดยไม่ว่าจะเป็นการเล่นรูปแบบสากล เช่น แทงโก้ ซัลซ่า หรือการเต้นแบบพื้นเมืองของจีน กรีซ ตุรกี พบว่า การเดินส่งผลดีต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Borges et al., 2012; Eyigor et al., 2009; Holmerova et al., 2010; Hui, Chui, & Woo, 2009)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก

กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทย ที่ผู้วิจัยปรับท่าการออกกำลังกายให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งท่าการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อแบบนั่งค้างไว้และแบบเคลื่อนไหว และท่าการรำมวยไทยเชิงหมัด เชิงเข่า เชิงเท้า และเชิงศอก ทำให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัว ข้อต่อมีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องขณะออกกำลังกาย ส่งผลให้การดึงตัวและการยึดติดของเนื้อเยื่อรอบข้อต่อลดลง ช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อเพิ่มขึ้น เมื่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (Carneiro et al., 2015; Costa et al., 2013) ทั้งนี้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการรองรับน้ำหนักตัว โดยผู้สูงอายุได้ประโยชน์จากการฝึกออกกำลังกายในท่ายืน การเปลี่ยนแปลงท่าโดยมีการก้าวเท้าไปด้านหน้าและด้านหลัง การโน้มตัวไปด้านหน้าและด้านหลังขณะฝึก เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้การรองรับน้ำหนักตัวด้วยวิธีการที่แตกต่างกันออกไป (Sherrington & Henschke, 2013) นอกจากนี้ การออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจดีขึ้น และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อขาสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายของตนเองเพิ่มขึ้น จึงทำให้กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า สมรรถภาพทางกายที่เพิ่มขึ้นเกิดจากการออกกำลังกายและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพกาย (Pucci, Rech, Fermino, & Reis, 2012) และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเดินพื้นเมืองของตุรกี และการเต้นพื้นเมืองของจีน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Eyigor et al., 2009; Hui et al., 2009) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของปรวัฒน์ แหกสินทร (2560) ที่พบว่า โปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไท้หว้าक्रमวยไทยประกอบด้วย 3 ช่วง ที่เป็นไปตามหลักการของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจที่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยที่มีการพัฒนาทำออกกำลังกายให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ และเป็นทางเลือกหนึ่งในการออกกำลังกายเพื่อรักษาและสืบสานเอกลักษณ์ความเป็นไทย โดยผู้นำออกกำลังกายควรได้รับการฝึก เพื่อให้การแสดงทำออกกำลังกายมีความถูกต้องและสมบูรณ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยต่อตัวแปรตามอื่น ๆ เช่น ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด การเปลี่ยนแปลงของมวลกระดูก รวมทั้งควรมีการเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยกับการออกกำลังกายรูปแบบอื่น ๆ เช่น การเดิน

เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2562). *ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561*. สืบค้นจาก http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/036/T_0032.PDF

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2560). *สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร*. สืบค้นจาก https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20summary_Ageing%20in%20the%2021st%20Century_0.pdf

ชนมภัค เจริญสุขศิริ, นุศราพร แซ่ถิ่ม, หารัยกร สารพันธ์ุ, และธัญญาลักษณ์ พรหมสุข. (2561). ผลของการออกกำลังกายแบบก้าวตามตารางกับการฝึกการทรงตัวที่มีต่อการทรงตัวและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(2), 98-107.

จตุรงค์ เหมรา. (2561). *หลักการและการปฏิบัติ: การทดสอบสมรรถภาพทางกาย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จตุรงค์ เหมรา, อุมารณณ์ คงอุไร, โกศล รอดมา, และภูมิพัฒน์ ธนชัยอุทิศเดช. (2563). แบบฝึกการสร้างเสริมความแข็งแรงและการทรงตัวของผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมโยคะประยุกต์. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ*, 12(2), 13-25.

จรรยาศักดิ์ พันธวิศิษฎ์. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินบนสโลปและการเดินไลน์แดนซ์ที่มีต่อความดันโลหิต ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและหายใจ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองหนองคาย. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 41(1), 101-117.

- ณัฐวุฒิ สิทธิชัย, กัมปนาท ประดิษฐ์เสรี, และ ประพัฒน์ ลักษณะพิสุทธิ์. (2562). ผลของการเข้าร่วมการออกกำลังกายแบบเดินย่ำเท้าอยู่กับที่ควบคู่กับการใช้แรงต้านน้ำหนักตัวฐานเก้าอี้ที่มีต่อความอดทนของระบบไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ และการทรงตัวของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*, 15(1), 44–62.
- ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และจิตติยา สมบัติบุรณ์. (2559). อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(เพิ่มเติม 1), 123–138.
- เดชภณ ทองเดิม. (2562). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายรำแม่สะเองประยุกต์ที่มีต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 12(6), 2334–2348.
- ปภาวดี สุนทรชัย, จุติพร ภักดีพิบูลย์, นพวรรณ แสนเจริญสุขธิกุล, และรุ่งทิพย์ สนิทธานนท์. (2559). ผลการฝึกออกกำลังกายด้วยเพลงลีลาศจังหวะบีกันต่อสมรรถภาพการทรงตัวและการเดินในผู้สูงอายุไทยที่มีประวัติหกล้ม. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 26(2), 61–66.
- ปรวัฒน์ เขกสินทร. (2560). *ผลของการออกกำลังกายด้วยการรำรำไท่หวัครุมวยไทยต่อสมรรถภาพทางกายและการเผาผลาญพลังงานในผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประทุม กงมหา, และชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2561). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 24(1), 91–103.
- พรรณวรรดา สุวัน, ฌภัทรธร กานต์ชนากัทร, จุฑารัตน์ เสาวพันธ์, สุปรีดา อินทรสงเคราะห์, อัญชลี อ้วนแก้ว, และสุภาพัคร์ หาญกล้า. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยตามหลัก 10 ปี. ของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารแพทย์นาวี*, 47(2), 414–431.
- ศศิวิมล วรรณพงษ์, เสาวนีย์ นาคมะเริง, สุรัสวดี เบนเนตต์, และน้อมจิตต์ นวลเนตร์. (2564). ผลของการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องต่อการทรงตัวและพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุเพศหญิง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 43(2), 67–79.
- สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ. (2540). *ศิลปะมวยไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- อานันท์ รุ่งเรือง. (2556). *ผลของการฝึกออกกำลังกายด้วยการรำมวยไทยที่มีต่อสุขสมรรถนะและการทรงตัวของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Al-Aama, T. (2011). Falls in the elderly: Spectrum and prevention. *Canadian Family Physician*, 57(7), 771–776. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135440/>

- Berg, K. O., Wood-Dauphinee, S. L., Williams, J. I., & Maki, B. (1992). Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. *Canadian Journal of Public Health, 83*(suppl. 2), 7–11.
- Borges, E. G., Cader, S. A., Vale, R. G., Cruz, T. H., Carvalho, M. C., Pinto, F. M., & Dantas, E. H. (2012). The effect of ballroom dance on balance and functional autonomy among the isolated elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*(2), 492–496. doi:10.1016/j.archger.2011.09.004
- Carneiro, N. H., Ribeiro, A. S., Nascimento, M. A., Gobbo, L. A., Schoenfeld, B. J., Achour Júnior, A., ... Cyrino, E. S. (2015). Effects of different resistance training frequencies on flexibility in older women. *Clinical Interventions in Aging, 10*, 531–538. doi:10.2147/CIA.S77433
- Costa, T. C., Locks, R. R., Koppe, S., Yamaguti, A. M., Formiga, A. C., & Gomes, A. (2013). Strength and stretching training and detraining on flexibility of older adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 29*(2), 142–148. doi:10.1097/TGR.0b013e31828f26a6
- Eyigor, S., Karapolat, H., Durmaz, B., Ibisoglu, U., & Cakir, S. (2009). A randomized controlled trial of Turkish folklore dance on the physical performance, balance, depression and quality of life in older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 48*(1), 84–88. doi:10.1016/j.archger.2007.10.008
- Faul, F. (2014). *G*Power version 3.1.9.2*. Retrieved from <https://www.psych.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/>
- Henry, M., & Baudry, S. (2019). Age-related changes in leg proprioception: Implications for postural control. *Journal of Neurophysiology, 122*(2), 525–538. doi:10.1152/jn.00067.2019
- Holmerova, I., Machacova, K., Vankova, H., Veleta, P., Juraskova, B., Hrniciarikova, D., ... Anzel, R. (2010). Effect of the Exercise Dance for Seniors (EXDASE) program on lower-body functioning among institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health, 22*(1), 106–119. doi:10.1177/0898264309351738
- Hui, E., Chui, B. T., & Woo, J. (2009). Effects of dance on physical and psychological well-being in older persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 49*(1), 1e45–e50. doi:10.1016/j.archger.2008.08.006
- Korhonen, N., Niemi, S., Palvanen, M., Parkkari, J., Sievanen, H., Kannus, P. (2012). Declining age-adjusted incidence of fall-induced injuries among elderly Finns. *Age and Ageing, 41*(1), 75–79. doi:10.1093/ageing/afr137
- Langhammer, B., Bergland, A., & Rydwik, E. (2018). *The importance of physical activity exercise among older people*. Retrieved from <https://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2018/7856823.pdf>

- Merom, D., Pye, V., Macniven, R., van der Ploeg, H., Milat, A., Sherrington, C., ... Bauman, A. (2012). Prevalence and correlates of participation in fall prevention exercise/physical activity by older adults. *Preventive Medicine, 55*(6), 613–617. doi:10.1016/j.ypmed.2012.10.001
- Milanovic, Z., Pantelic, S., Trajkovic, N., Sporis, G., Kostic, R., & James, N. (2013). Age-related decrease in physical activity and functional fitness among elderly men and women. *Clinical Interventions in Aging, 8*, 549–556. doi:10.2147/CIA.S44112
- Moreno-Garcia, A., Kun, A., Calero, O., Medina, M., & Calero, M. (2018). An overview of the role of lipofuscin in age-related neurodegeneration. *Frontiers in Neuroscience, 12*, 464. doi:10.3389/fnins.2018.00464
- Ng, C. A. C. M., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Sherrington, C. (2019). Exercise for falls prevention in community-dwelling older adults: Trial and participant characteristics, interventions and bias in clinical trials from a systematic review. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine, 5*(1), e000663. doi:10.1136/bmjsem-2019-000663
- Pucci, G. C., Rech, C. R., Fermino, R. C., & Reis, R. S. (2012). Association between physical activity and quality of life in adults. *Revista de Saude Publica, 46*(1), 166–179. doi:10.1590/s0034-89102012000100021
- Sherrington, C., & Henschke, N. (2013). Why does exercise reduce falls in older people? Unrecognised contributions to motor control and cognition?. *British Journal of Sports Medicine, 47*(12), 730–731. doi:10.1136/bjsports-2012-091295
- Sousa, N., Mendes, R., Abrantes, C., Sampaio, J., & Oliveira, J. (2014). Effectiveness of combined exercise training to improve functional fitness in older adults: A randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International, 14*(4), 892–898. doi:10.1111/ggi.12188
- Toraman, A., & Yildirim, N. U. (2010). The falling risk and physical fitness in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 51*(2), 222–226. doi:10.1016/j.archger.2009.10.012

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

Factors Related to Drug Compliance Behaviours among Hypertensive Patients Receiving Services at Special Clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital

ธัญรดี ปรารบิฐ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹
Thanradee Prabripoo, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

Received: October 11, 2021 Revised: November 11, 2021 Accepted: November 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา มีค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีค่าความเชื่อมั่น .74 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมในระดับดี ($M = 3.51, SD = .39$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ($r_s = .353, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .283, p < .01$) แรงสนับสนุนของครอบครัว ($r_s = .249, p < .05$) และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ($r_s = .234, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($r_s = -.294, p < .01$)

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

¹ Lecturer, Royal Thai Air Force Nursing College, E-mail: tom_1914@hotmail.com

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดการรับรู้อุปสรรค ในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น
คำสำคัญ: พฤติกรรมการใช้ยา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study drug compliance behaviours and factors related to drug compliance behaviours among hypertensive patients. The samples were 100 hypertensive patients who received services at special clinic, Bhumibol Adulyadej Hospital. The research instruments included the personal data questionnaire, the factors related to drug compliance behaviours questionnaires with reliability as .79, and the drug compliance behaviours of hypertensive patient questionnaire with reliability as .74. Data were collected from November, 2020 to March, 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that the total mean score of drug compliance behaviours among hypertensive patients was at a good level ($M = 3.51$, $SD = .39$). Factors positively statistically significant related to drug compliance behaviours among hypertensive patients were perceived benefits of drug compliance ($r_s = .353$, $p < .001$), perceived severity of disease ($r_s = .283$, $p < .01$), family support ($r_s = .249$, $p < .05$), and public health staffs support ($r_s = .234$, $p < .05$). In addition, factor negatively statistically significant related to drug compliance behaviours among hypertensive patients was perceived barriers of medication use ($r_s = -.294$, $p < .01$).

This research suggests that health care providers should promote perceived benefits of drug compliance and perceived severity of disease as well as reduce perceived barriers of medication use among hypertensive patients. Hypertensive patients will improve their drug compliance behaviours.

Keywords: Drug compliance behaviours, Hypertensive patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 3 คน ทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูง และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2025 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน (World Health Organization, 2021) ส่วนประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.40 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.60 ในปี พ.ศ. 2557 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) ทั้งนี้เนื่องจากประชากรมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ รวมถึงมีการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น (ทักษพล ธรรมรังสี, 2557) หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดผลกระทบต่อร่างกายตามมา เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง (Weber et al., 2013) เป้าหมายการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คือ การมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การเกิดผลข้างเคียงของยา หรืออุปสรรคที่ต้องใช้ยาร่วมกันหลายชนิด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติได้ อาจส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ต่างๆ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียบทบาททางสังคมและบทบาทในการทำงาน เป็นภาระของบุคคลอื่นและครอบครัว

(สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2560)

จากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ในช่วงปี 2560-2562 พบว่า ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่มาใช้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ทั้งในเวลาราชการ และคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ จำนวน 5,183 ครั้ง 5,146 ครั้ง และ 5,691 ครั้ง ตามลำดับ เมื่อจำแนกเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ พบว่ามีจำนวน 363 ราย 373 ราย และ 380 ราย ตามลำดับ (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช, 2563) โดยจำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการที่คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการส่วนใหญ่เป็นข้าราชการสังกัดกองทัพอากาศ ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ยังต้องทำงาน มีหน้าที่รับผิดชอบทั้งด้านหน้าที่การงานและด้านการดูแลครอบครัว หากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อควบคุมความดันโลหิตได้ อาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ขาดรายได้ และเป็นภาระของครอบครัว

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ (กมลภู ถนอมสัตย์ และวิไล ตาปะสี, 2558; ญาดา เรียมริมมะดัน และพงษ์ณัฐวัฒน์ สมบัติภูธร, 2561; วิภากรณ์ วัชรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, และกนกพร หมู่พยัคฆ์, 2560) และจากการศึกษาของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์ (2560) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัยผู้ใหญ่ได้น้อย จึงควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ เช่น การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้อุปสรรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ยังมีค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ที่กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ประโยชน์ รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคต่อชีวิต และไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งนี้ต้องมีแรงสนับสนุนของครอบครัวและสังคมในการส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ทราบถึงพฤติกรรมการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ อันเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรทางสุขภาพนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

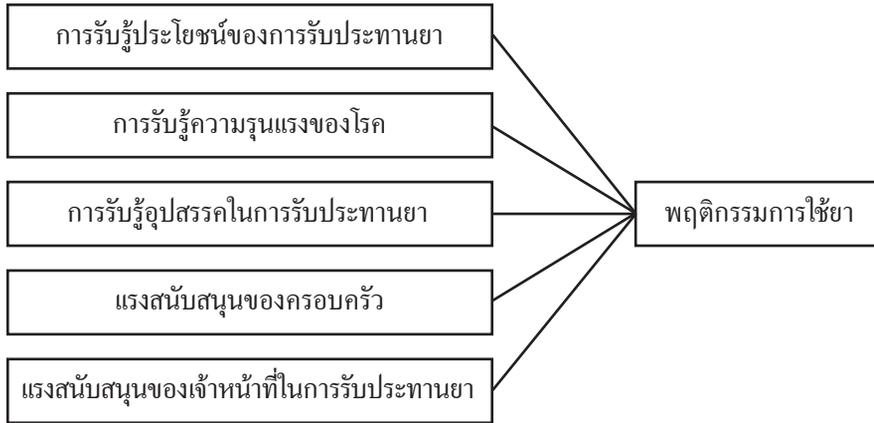
สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ที่กล่าวถึงความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และปัจจัยร่วม ได้แก่ แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายปัจจัยที่เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่จะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา และปัจจัยร่วม ได้แก่ แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง และเหมาะสม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–60 ปี 2) สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดปานกลางเท่ากับ .30 จากตารางประมาณค่าขนาดอิทธิพลของ Cohen (1977 อ้างถึงในรัชวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์วรพงศธร, 2561) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 84 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เป็นแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง และการมีโรคร่วม จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามในงานวิจัยของกมลภู ถนอมสัจด์ และวิไล ตาปะสี (2558) แบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา จำนวน 3 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 4 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา จำนวน 4 ข้อ แรงสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น ข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ

มาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของ
ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วน
ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม
สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น
4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับต่ำ
(1.00-1.75 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.76-2.50
คะแนน) ในระดับมาก (2.51-3.25 คะแนน) และ
ในระดับมากที่สุด (3.26-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการใช้ยา
ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาจาก
แบบสอบถามในงานวิจัยของกมลภู ถนอมสัจย์
และวิไล ตาปะสี (2558) ที่พัฒนาขึ้นตามหลัก
การบริหารยาของ Cohen ปี ค.ศ. 1999 แบ่งออกเป็น
5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับยาถูกคน จำนวน 3 ข้อ
ด้านการได้รับยาถูกขนาด จำนวน 9 ข้อ ด้านการได้รับ
ยาถูกชนิด จำนวน 4 ข้อ ด้านการสังเกตผลข้างเคียง
ของยา จำนวน 4 ข้อ และด้านวิธีการเก็บรักษายา
ถูกต้อง จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ แบ่งออกเป็น
ข้อคำถามทางบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถาม
ทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ
มาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของ
ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ
บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วน
ข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม
สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น
3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต้องปรับปรุง
(1-2 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00
คะแนน) และในระดับดี (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การใช้ยา และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการใช้ยาของ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง
กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น
ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .79 และ
.74 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1)
หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล
ภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ (เอกสาร
รับรอง เลขที่ 94/63 วันที่ 24 กันยายน 2563)
ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัว
จากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา
เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น
โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต
ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพล
อดุลยเดช เข้าพบหัวหน้าคลินิกพิเศษ ชี้แจง
วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย
ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาล ผู้ศึกษาระดับปริญญาโท
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และมีประสบการณ์การทำงาน
5 ปี เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบาย
รายละเอียดของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ตลอดจนเครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างขณะรอรับยา แนะนำตัว
ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)
ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา
15-20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน
ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมีนาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์
ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
การใช้ยา และข้อมูลพฤติกรรมกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา กับพฤติกรรมการใช้ยา วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69 มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 71 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.75 ปี ($SD = 7.04$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 63 มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 และส่วนใหญ่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 73

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ในระดับมากที่สุด 3 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ($M = 3.42, SD = .50$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M = 3.27, SD = .67$) และแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ($M = 3.38, SD = .66$) ในระดับมาก 1 ปัจจัย คือ แรงสนับสนุนของครอบครัว

($M = 2.96, SD = .68$) และในระดับปานกลาง 1 ปัจจัย คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($M = 2.04, SD = .68$)

3. พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมในระดับดี ($M = 3.51, SD = .39$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาในระดับดีทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับยา ถูกคน ($M = 3.54, SD = .56$) ด้านการได้รับยา ถูกขนาด ($M = 3.51, SD = .41$) ด้านการได้รับยา ถูกชนิด ($M = 3.66, SD = .61$) ด้านการสังเกตผลข้างเคียงของยา ($M = 3.33, SD = .68$) และด้านวิธีการเก็บรักษาถูกต้อง ($M = 3.49, SD = .59$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา ($r_s = .353, p < .001$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .283, p < .01$) แรงสนับสนุนของครอบครัว ($r_s = .249, p < .05$) และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา ($r_s = .234, p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา ($r_s = -.294, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา แรงสนับสนุนของครอบครัว และแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 100)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้ยา	
	r_s	p
การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา	.353	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.283	.004
การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา	-.294	.003
แรงสนับสนุนของครอบครัว	.249	.013
แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา	.234	.019

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาโดยรวมและรายด้านในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69) ซึ่งผู้ป่วยเพศหญิงมักมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีมากกว่าผู้ป่วยเพศชายเกือบสองเท่า (Ramlil, Ahmad, & Paraidathathu, 2012) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 46) ซึ่งถือว่าเป็นการศึกษาระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย เนื่องจากระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในภาวะสุขภาพของบุคคล (ศศิธร รุ่งสว่าง, 2560) ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการวิจัยครั้งนี้ มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์

(2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ มีพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลเลือกที่จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้สามารถควบคุมโรค หลีกเลี่ยงโรค หรือป้องกันโรค บุคคลนั้น ต้องมีความเชื่อว่า การกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ (Becker, 1974) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาในระดับมากที่สุด ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของญาดา เรียมริมมะดัน และพงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร (2561) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลรับรู้โรคมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิตทำให้เกิดความพิการ หรือส่งผลกระทบต่อตนเอง (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากที่สุด ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีชชา เจริญสรรพกิจ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลเห็นว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ น้อยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในกิจกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพมากกว่าผลเสีย (Becker, 1974) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาในระดับปานกลาง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มากที่สุด (ร้อยละ 48) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 46) จึงมองว่าการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่เป็นอุปสรรค เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจว่า การรับประทานยาไม่เป็นอุปสรรค ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภากรณี วัชรตระกูล และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ปัจจัยทางสังคม เช่น บุคคลในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Maiman & Becker, 1974) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนของครอบครัวในระดับมาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63) และรู้ว่า มีครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิศรา ปันทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์ (2561) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากผู้ป่วยเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาต่างๆ และส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ซึ่งการให้คำแนะนำทางสุขภาพจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตามได้อย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ (Maiman & Becker, 1974) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ในการรับประทานยาในระดับมากที่สุด ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับการสนับสนุนของแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร ที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยอดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาใช้บริการ

รวมถึงแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีการสอบถามเรื่องปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย แสดงความห่วงใย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับการใช้ยา ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิภากรณ์ วัจวรรตระกูล และคณะ (2560) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการรับรู้ความรุนแรงของโรค รวมทั้งลดการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยา โดยมีการให้คำแนะนำ คำปรึกษา และเพิ่มแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ถูกขนาด และใช้อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา รวมทั้งศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

เอกสารอ้างอิง

กมลภู ถนอมสัจย์, และวิไล ตาปะสี. (2558).

รูปแบบการปรับพฤติกรรมการใช้ยารักษาตามแผนการรักษาของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่*, 7(2), 36–49.

ญาติดา เรียมริมมะดัน, และพงษ์ณวัฒน์ สมบัติภูธร.

(2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 19(1), 132–144.

ณัชชา เจริญสรรพกิจ. (2563). ความสัมพันธ์

ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้อาการเตือน กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 3(3), 46–58.

ทักษพล ธรรมรังสี. (2557). *รายงานสถานการณ์*

โรค NCDs: วิถีสุขภาพ วิถีสังคม.

กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยนโยบายส่งเสริมสุขภาพ.

สืบค้นจาก <http://www.ihppthaigov.net/DB/publication/attachbook/165/chapter1.pdf>

ธวัชชัย วรพงษ์ธร, และสุรีย์พันธุ์ วรพงษ์ธร. (2561).

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 11–21.

แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช.

(2563). *สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2560–2562*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

- วริศรา ปั่นทองกลาง, ปานจิต นามพลกรัง, และวินัฐ ดวงแสนจันทร์. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(4), 152-165.
- วิภากรณ์ วัจวรรตระกูล, นันทวัน สุวรรณรูป, และกนกพร หมู่พักษณ์. (2560). ปัจจัยทำนายการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 131-139.
- ศศิธร รุ่งสว่าง. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(35), 6-23.
- สมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2560). พฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(3), 115-122.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. เชียงใหม่: ทรिकิ่งส์. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%202019.with%20watermark.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ (NCDs) พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419. doi:10.1177/109019817400200407
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.856.1372&rep=rep1&type=pdf>
- Ramli, A., Ahmad, N. S., & Paraidathathu, T. (2012). Medication adherence among hypertensive patients of primary health clinics in Malaysia. *Patient Preference and Adherence*, 6, 613-622. doi:10.2147/PPA.S34704
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183. doi:10.1177/109019818801500203
- Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., ... Harrap, S. B. (2013). *Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension*. Retrieved from http://www.ash-us.org/documents/ash_ish-guidelines_2013.pdf
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอ ความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

The Context That Promotes Self-care to Delay the Deterioration of the Kidney in Patients with Chronic Kidney Disease

เพชรรัตน์ เจิมรอด, ปริญญาโท (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)¹

Petcharat Jermrod, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)¹

นวลักษณ์ กลางบุรีรัมย์, ศศ.ม. (บรรณารักษศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์)²

Nawalak Klangburam, M.A. (Library and Information Science)²

Received: November 3, 2021 Revised: December 5, 2021 Accepted: December 7, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาบริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b-ระยะ 4 ในพื้นที่ 6 ภาค ภาคละ 15 คน รวมจำนวน 90 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย ผู้วิจัย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์ และแบบบันทึกภาคสนาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต มี 7 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน 4) ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ 5) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 6) การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทางผ่อนคลายความเครียด และ 7) การมีเป้าหมายในชีวิต

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: petcharat_jer@dusit.ac.th

² นักวิชาการอิสระ

² Freelance Academic Researcher

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการของรัฐระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ควรพิจารณานำบริบททั้ง 7 ประการ มาเป็นแนวทางในการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอ ความเสื่อมของไต

คำสำคัญ: บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การชะลอความเสื่อมของไต

Abstract

This qualitative research aimed to study the context that promotes self-care to delay the deterioration of the kidney in patients with chronic kidney disease. The participants were 90 patients with chronic kidney disease stage 3b–stage 4, from 6 regions by county, 15 participants per region. The research tools consisted of the researchers, the personal data record form, the interview questions, and the field record form. Data were collected by in-depth interview and observation from May to August 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research results revealed that seven contexts that promote self-care to delay the deterioration of the kidney in patients with chronic kidney disease were composed of 1) having enough health information 2) self-esteem 3) access to health services easily and nearby home 4) trust in the doctors and nurses who are service providers 5) family support 6) having a mental binder/ stress relief channel, and 7) having a goal of life.

This research suggests that health workers in primary and secondary government services should consider these seven contexts as a guideline for nursing services or promoting activities for patients with chronic kidney disease who are entitled to national health security to have proper self-care to delay the deterioration of the kidney.

Keywords: The context that promotes self-care, Chronic kidney disease, Delaying the deterioration of the kidney

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease [CKD]) เป็นปัญหาทางสุขภาพของประชากรทุกประเทศจากความชุกที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนทั่วโลกตระหนักกว่าเป็นโรคร้าย (Vejakama, Ingsathit, Attia, & Thakkestian, 2015) ชาวอเมริกันวัยผู้ใหญ่ 30 ล้านคน เป็นโรคไตเรื้อรัง (National Kidney Foundation, 2021) โดยมีความชุกร้อยละ 13.10 (Vejakama et al., 2015) ประเทศแถบทวีปแอฟริกามีความชุกร้อยละ 15.80 (Kaze, Llori, Jaar, & Echouffo-Tcheugui, 2018) และประเทศออสเตรเลียมีความชุกร้อยละ 11.50 (Venuthurupalli, Hoy, Healy, Cameron, & Fassett, 2017) อีกทั้งประชากรชายยุโรปร้อยละ 10 หรือประมาณ 70 ล้านคน สูญเสียการทำงานไตบางส่วน และมีความเสี่ยงสูงที่จะต้องพึ่งการรักษาทดแทนไตด้วยการล้างไตหรือการปลูกถ่ายไต (European Renal Association, 2015) ส่วนประเทศแถบทวีปเอเชีย ผลการสำรวจความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา มีดังนี้ ประเทศเกาหลีใต้สำรวจในปี พ.ศ. 2552 มีความชุกร้อยละ 13.70 ประเทศสิงคโปร์สำรวจในปี พ.ศ. 2553 มีความชุกร้อยละ 15.60 ประเทศจีนสำรวจในปี พ.ศ. 2555 มีความชุกร้อยละ 10.80 และประเทศอินเดียสำรวจในปี พ.ศ. 2556 มีความชุกร้อยละ 17.20 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558) สำหรับกลุ่มประเทศอาหรับในแถบตะวันออกกลาง ยังไม่มีรายงานความชุกของการเกิดโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากที่ผ่านมายังมีการศึกษาในประเด็นนี้น้อย จึงทำให้มีข้อมูลไม่เพียงพอ (Farag, Kari, & Singh, 2012) สำหรับประเทศไทย การสำรวจอย่างเป็นระบบของโครงการ Thai SEEK Study ในปี พ.ศ. 2552 พบความชุกของโรคไตเรื้อรังร้อยละ 17.50 (Ingsathit et al., 2010) พื้นที่กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกสูงกว่าภาคกลาง

และภาคใต้ (โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) โดยการกระจายตัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีมากที่สุดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รองลงมาคือ จังหวัดเชียงราย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) และทั่วประเทศมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดหรือการล้างไตทางช่องท้อง ประมาณ 1 แสนคน (โสภณ เมฆพน, 2561)

การเพิ่มขึ้นของโรคไตเรื้อรังในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยด้านอายุ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; Ingsathit et al., 2010) อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ไตมีการเสื่อมสภาพตามวัยและสูญเสียการทำงาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้อุบัติการณ์ของโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคที่ทำให้เกิดการอักเสบและเกิดความเสียหายต่อหน่วยกรองของไต โรคถุงน้ำในไต ที่จะเบียดและทำลายเนื้อเยื่อไตที่อยู่โดยรอบโรคไตและโรคอื่นที่ส่งผลกระทบต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย การมีกรดยูริกในเลือดสูงจนทำให้เป็นโรคไตจากเกาต์ โรคไตอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อภาวะที่มีสิ่งกีดขวางการไหลของปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะคั่งและเกิดการติดเชื้อซ้ำ ๆ เช่น นิ่วในไต เนื้องอก หรือต่อมลูกหมากโตในผู้ชาย การสูบบุหรี่ ความอ้วน การรับประทานยาแก้ปวดต่อเนื่องเป็นเวลานาน และการให้ยาแผนโบราณ (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558; โสภณ เมฆพน, 2561; European Renal Association, 2015; Ingsathit et al., 2010) อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า การรับประทานสมุนไพรบางชนิด เช่น หนานเฉาเหว่ย ถั่งเช่า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไตได้ แม้สรรพคุณของสมุนไพรดังกล่าวจะช่วยลดเบาหวาน บำรุงไต แต่พบว่า สมุนไพรที่บำรุงไต จะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตมากขึ้น จึงทำให้ไตทำงาน

หนักขึ้น จนเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (โสภณ เมฆธน, 2561)

ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ล้วนเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังทั้งสิ้น แต่สาเหตุหลัก 2 ประการที่มีอัตราส่วนถึงสองในสามของสาเหตุทั้งหมด คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (ประเสริฐ รัตนกิจจารุ, 2558) ซึ่งมีผลการศึกษาล่าสุดพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยมีการดำเนินโรคไปสู่ภาวะไตวายเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น 2 เท่า ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คือ โรคหัวใจ เพราะโรคไตเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ประเสริฐ รัตนกิจจารุ, 2558; Vejakama et al., 2015) จากการศึกษาติดตามอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังและความก้าวหน้าของโรคในอาสาสมัครจากโครงการ Thai SEEK 1 เป็นเวลา 8 ปี (โครงการ Thai SEEK 2) พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังในอาสาสมัครกลุ่มปกติสูงถึงร้อยละ 28 โดยพบการรั่วของอัลบูมินในปัสสาวะ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในอาสาสมัครกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และการมีรายได้น้อย ส่วนอาสาสมัครที่เป็นโรคไตเรื้อรังแล้วนั้น ปัจจัยที่มีผลทำให้ระยะของโรคแย่ลงจนต้องฟอกเลือดล้างไต คือ โรคเบาหวาน และการมีระดับกรดยูริกในเลือดสูง โดยพบความก้าวหน้าของโรคถึงร้อยละ 23 และจากการติดตามสาเหตุการเสียชีวิตของอาสาสมัครจากโครงการ Thai SEEK 1 พบว่า สาเหตุหลักมาจากโรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคติดเชื้อ (อติพร อิงค์สาธิต และคณะ, 2560)

ผลกระทบที่เกิดจากการป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังที่เด่นชัดที่สุด คือ ภาระด้านเศรษฐกิจในการดูแลสุขภาพ โดยพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยชาวยุโรปที่ต้องล้างไต คือ ประมาณ 80,000 ยูโรต่อปี (European Renal Association, 2015) สำหรับประเทศไทย

รายงานประจำปี 2561 ของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ระบุว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไตทุกสิทธิการรักษา มีจำนวน 128,907 คน (คณะกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย [TRT] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2562) โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรายงานว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีเดียวกัน มีจำนวน 50,000 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ประมาณ 30,000 คน และผู้ป่วยที่ฟอกไตด้วยเครื่องฟอกไตเทียม ประมาณ 20,000 คน ต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี (โสภณ เมฆธน, 2561) ดังนั้น เมื่อหักจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติออก จะเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาอื่นอีกจำนวน 78,907 คน ซึ่งยังไม่มีการรวบรวมรายงานค่าใช้จ่ายไว้ แต่หากคิดค่าใช้จ่ายโดยอนุโลมตามผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว จำนวนค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้นอีกกว่าเท่าตัว ซึ่งนับว่าเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก

จากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ตระหนักถึงผลกระทบในวงกว้างของปัญหาเหล่านี้ จึงได้มีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เจ็บป่วยจากโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างทั่วถึง มีการติดตามเฝ้าระวังไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ค้นหาผู้ที่มีภาวะไตเสื่อมให้ได้รับการตรวจรักษาเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด เพราะเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และ

ภาพรวมของประเทศชาติ คือ การชะลอความเสื่อมของไต อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถยับยั้งอัตราความก้าวหน้าของโรคไตได้ ดังจะเห็นได้จากความชุกของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไตเสื่อมมากขึ้น จนต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือดล้างไตทางช่องท้อง หรือปลูกถ่ายไต ในช่วงปี พ.ศ. 2559–2563 เพิ่มขึ้นทุกปี จาก 1,531 คน เป็น 1,726 คน 1,942 คน 2,274 คน และ 2,580 คน ต่อล้านประชากร ตามลำดับ (คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต [TRT] สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ทั้งนี้ บุคลากรสุขภาพได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว และมุ่งหวังที่จะจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งสิ่งสำคัญที่สุด คือ ตัวผู้ป่วยเองต้องร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพในการดูแลตนเอง ต้องปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่ดี แต่สิ่งดังกล่าวขึ้นอยู่กับบริบทใดบ้าง เพื่อให้สามารถเข้าใจผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบจากผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังกลุ่มที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง จนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ โดยไม่ปล่อยให้เป็นภาระของหน่วยบริการและบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียว ซึ่งการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวแปรสำคัญในการคงไว้ซึ่งสุขภาพและความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมกันของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพผู้ให้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การศึกษาตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Horrigan-kelly,

Millar, & Dowling, 2016) ที่มีพื้นฐานจากปรัชญาอัตถิภาวนิยม (existentialism) ซึ่งเป็นแนวทางที่เน้นธรรมชาติการดำรงอยู่ของแต่ละบุคคลในปรากฏการณ์หนึ่ง เพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ดังกล่าวที่มีต่อบุคคลผู้นั้น การให้ความหมายสิ่งใดของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้และการตีความของบุคคลผู้นั้น ภูมิหลังของบุคคล เช่น วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ การศึกษา ฐานะครอบครัว ล้วนมีส่วนสำคัญต่อการตีความและการให้ความหมาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ตามแนวปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Horrigan-kelly et al., 2016)

ผู้ให้ข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b–ระยะ 4 ที่มีค่าการทำงานของไต (GFR) ในระยะเวลา 1 ปีย้อนหลัง คงที่หรือดีขึ้น (ซึ่งให้ข้อสันนิษฐานว่าสามารถคงสภาพของไต หรือชะลอความเสื่อมของไตได้) ในพื้นที่ 6 ภาค ภาคละ 2 จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ: จังหวัดเชียงรายและจังหวัดพิจิตร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสุรินทร์ ภาคกลาง: จังหวัดสระบุรีและจังหวัดปทุมธานี ภาคตะวันออก: จังหวัดฉะเชิงเทราและจังหวัดตราด ภาคตะวันตก: จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ และภาคใต้: จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลคือ 1) ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2) อายุ 45–75 ปี 3) รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐไม่น้อยกว่า 3 ปี 4) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ 5) ไม่มีอาการบวมหรือทางสตีปัญญา การได้ยิน การรับรู้ และการสื่อสาร และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับจำนวนผู้ให้ข้อมูล ใช้เกณฑ์

ของ Nastasi and Schensul (2005) ที่กำหนดว่า การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และ/หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก ควรใช้จำนวนผู้ให้ข้อมูล 5-30 คน เพื่อความครอบคลุม ผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลภาคละ 15 คน รวมจำนวน 90 คน โดยรับสมัครผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านทางบุคลากรสุขภาพที่เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่ และดำเนินการสัมภาษณ์จนข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญ มีการเตรียมความพร้อมโดยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทบทวนเทคนิคการสัมภาษณ์เชิงลึก การรับฟังอย่างมีประสิทธิภาพ และการสะท้อนคิด

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ และที่พักอาศัย จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน (อาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ความชอบส่วนตัว ฯลฯ) ข้อมูลด้านสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาทั้งแผนปัจจุบันและการรักษาทางเลือก การใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์เพื่อจุดประสงค์ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่เป็น ความเชื่อต่างๆ ที่ผู้ป่วยยึดถือและมีผลต่อการตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวัน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติตัวหลังแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง แหล่งความช่วยเหลือ สนับสนุน และบทบาทในครอบครัว/ชุมชน มีลักษณะคำถามเป็น

แบบปลายเปิด

4. แบบบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับรหัสผู้ให้ข้อมูล วัน-เวลาที่สัมภาษณ์ สถานที่ในการสัมภาษณ์ และสิ่งที่สังเกตได้ขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น การแสดงสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ สิ่งแวดล้อม บรรยากาศ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของคำถาม ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคไต และอาจารย์พยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสวนดุสิต (เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RCI 2021-0121 วันที่ 14 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน เพื่อช่วยบันทึกข้อมูล และบันทึกเทปการสัมภาษณ์ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบผู้ให้ข้อมูล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล (ข้อ 2) และให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (หากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวก ผู้วิจัยอ่าน

ข้อคำถามและบันทึกข้อมูลให้) ใช้เวลาคนละ 5–10 นาที จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทประหว่างการสัมภาษณ์ และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาคนละ 45–50 นาที ขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตพฤติกรรมและสิ่งต่าง ๆ บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกภาคสนาม เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น ผู้วิจัยถอดเทปการสัมภาษณ์ วิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบเนื้อหาที่วิเคราะห์แล้ว หากประเด็นใดยังไม่ชัดเจน จะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ก่อนเดินทางออกจากพื้นที่

ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยถอดเทปการสัมภาษณ์นำมาประกอบกับข้อสังเกตที่บันทึกไว้ระหว่างการสัมภาษณ์ ดำเนินการกับข้อมูลดังกล่าวเป็นรายบุคคลจนครบ ทบทวนเนื้อหาสาระ โดยการอ่านแบบใคร่ครวญ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมดว่ามีความหมายและขอบเขตใดบ้าง จากนั้นจึงกำหนดรหัส (coding) ให้ข้อมูลที่มีความหมายและขอบเขตเดียวกัน กำหนดรหัสข้อมูลจนครบ นำมารวมเป็นหมวดหมู่ (categories) และตั้งชื่อเพื่อสื่อถึงคุณลักษณะของข้อมูลในหมวดหมู่นั้น จากนั้นพิจารณาข้อมูลในหมวดหมู่ที่จัดไว้ว่าอยู่ในหัวเรื่องหลัก (theme) ใดบ้าง สรุปประมวลความโดยใช้ภาษาทางวิชาการในการอธิบายเรื่องราวให้ครอบคลุมเนื้อหา คัดเลือกประโยคคำพูดที่ยืนยันข้อสรุปได้ชัดเจนที่สุดมาประกอบ (Holloway & Galvin, 2017)

สำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Cohen & Manion, 1994) โดยเปรียบเทียบข้อค้นพบของปรากฏการณ์ที่ศึกษาจากมุมมองที่ต่างกัน เมื่อสัมภาษณ์เสร็จจะ

ดำเนินการวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ข้อมูล รวมทั้งกำหนดหัวเรื่องหลักโดยสังเขปก่อนว่าจะอยู่ในขอบเขตใดบ้าง และทวนสอบกับผู้ให้ข้อมูลให้เสร็จสิ้นในวันที่สัมภาษณ์ และนำมาพิจารณาพร้อมกับผู้วิจัยร่วม เพื่อหาข้อสรุปที่ตรงกันอีกครั้ง

หมายเหตุ: จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยไม่สามารถอยู่ในพื้นที่ได้นานและต้องใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลทำความเข้าใจกันยากขึ้นได้ไม่ดีพอ อาจส่งผลกระทบต่อความคล่องตัวของข้อมูล อีกทั้งไม่สามารถไปสังเกตบริบทต่าง ๆ ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.78 มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 45–75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 65.53 ปี ($SD = 9.86$) มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.55 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีแหล่งรายได้จากเงินสงเคราะห์ภาครัฐร่วมกับลูกหลาน/ญาติพี่น้องให้ คิดเป็นร้อยละ 75.55 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,800 บาท ($SD = 2,685$) ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเป็นลูกหลาน/ญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน/ละแวกเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 60 และมีที่พักอาศัยเป็นบ้านของตนเอง/บ้านที่ตนเองมีส่วนร่วมในกรรมสิทธิ์หรือได้สิทธิอยู่อาศัย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33

2. บริบทที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พบว่าบริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต วิเคราะห์และสรุปได้ 7 ประการ ได้แก่ 1) การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 3) การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน 4) ความเชื่อมั่นใน

แพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ 5) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว 6) การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ ช่องทางผ่อนคลายความเครียด และ 7) การมีเป้าหมายในชีวิต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมักมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประจำตัวอยู่ก่อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จึงมีประสบการณ์ในการรับบริการในสถานพยาบาลอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อาจยังไม่ได้ตระหนักตกใจ หรือให้ความสนใจที่จะดูแลตนเอง นอกจากการไปตรวจรักษาตามนัดปกติ อาจเป็นเพราะคิดว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้เป็นโรคที่พบได้กับคนส่วนใหญ่เมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากอัตราป่วยของทั้งสองโรคนี้ค่อนข้างสูง จึงพบผู้ป่วยด้วยโรคดังกล่าวได้ทั่วไป ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ใครๆ ก็เป็นกัน ถึงเวลาที่มาอายุ นี้ก็เป็นเบาหวานมาจะสิบปีแล้ว ความดันเพิ่งมาสองปี...ก็ไม่ได้รู้สึกผิดปกติมากมายอะไร” (P10)

“โรคความดัน เบาหวาน มันมาพร้อมกับอายุ” (P22, P48, P52)

“แก่แล้วก็มีโรค ไม่มีอะไรดี” (P74)

“ได้วัยแล้ว โรคก็มาเป็นธรรมดา” (P34)

แต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต มีภาวะไตเสื่อม ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้สึกที่โรคนี้รุนแรงกว่าโรคเดิมที่ตนเองเป็นอยู่ เพราะไตเป็นอวัยวะสำคัญทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลอย่างมาก จึงต้องการข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ทั้งจากแพทย์พยาบาล บุคลากรสุขภาพอื่น และสื่อต่างๆ การเข้าถึงแหล่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ได้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของตนเอง เกิดความสบายใจที่ได้คำตอบในสิ่งที่วิตกกังวล ได้รับความรู้และได้แนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อการชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เครียดเลยเมื่อหมอบอกว่าไตเสื่อมแล้ว

ถ้าปล่อยให้เสื่อมไปเรื่อย ๆ ต้องล้างไต พยาบาลเขาพาไปห้องปรึกษา ก็รู้ว่าต้องทำอะไรเพื่อใหมันเสื่อมช้าลง ก็พอจะโล่งใจบ้างที่ยังมีแนวทาง” (P22)

“ตอนแรกก็ไม่รู้หรอกนะว่าเป็นโรคไตแล้วจะยังไง...แต่รู้สึกว่ามันกลัว ก็กลับมาถามเอาจากหมออนามัยแถวบ้าน เขาก็ให้ความรู้เยอะแยะ...” (P5)

“พยาบาลเขามาแนะนำและให้ออกสารมาก็พอจะรู้ว่าต้องลดการกินเค็ม ก็มีตัวอย่าง สบยี่ห้ออะไรก็ตามเขา มีเบอร์โทรให้ติดต่อ” (P80)

“ลูกหลานก็พยายามหาคลิปหาอะไรเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมาให้ดู...โดยหลักๆ ก็จะคล้ายๆ กันกับไบปลิว (แผ่นพับ) ของหมอ” (P34)

“ช่วงรอมอมาตรวจ ก็ดูรายการทางทีวีที่พยาบาลเขาเปิดให้ดู ก็มีแนะนำออกกำลังกาย ทำให้รู้ว่าจะออกกำลังกายยังไง...อยากจะทำแต่ตัวเอง” (P80)

“ที่บ้านติดจานดาวเทียม ลูกเขาตั้งช่องที่เราชอบดูไว้ให้...ก็มีช่องสุขภาพให้ดูด้วย...ได้มีวิธีสังเกตอาการผิดปกติ ไปบอกหมอได้” (P12)

2.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรู้สึกว่าคุณค่า มีคุณค่า สามารถทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้รับการยกย่องให้เป็นตัวอย่างเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด และสนใจที่จะแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะส่งเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าขาดเราชะคน ลูกเต้าลำบาก ไม่มีคนเฝ้าบ้าน” (P52)

“หมอมชมว่าป้าคุณเบาหวานและความดันได้ดี ค่าไตก็ไม่เพิ่ม นี่ยังให้ป้าเล่าให้คนอื่นฟังตอนเข้ากลุ่มว่าทำได้ยังไง” (P45)

“ถ้าเราดูแลตัวเองดี ๆ ก็ไม่เป็นภาระใคร...ช่วยเค้าทำมาหากินไม่ได้ ก็ยังช่วยทำงานบ้านก็อ้อ ๆ แก๊ก ๆ” (P45)

“ต้องดูแลตัวเองให้ดี จะได้อยู่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไตรให้ลูกหลานนานๆ” (P52)

“หมอเขาเกรงใจเป็นตัวอย่างกับคนอื่น ก็รู้สึกภูมิใจ ตอนนี้มีหลายคนมาปรึกษา” (P12)

“เกิดเป็นคนมันยาก ต้องอยู่ทำประโยชน์ให้เต็มที่ก่อนจะได้ไม่เสียชาติเกิด” (P12)

2.3 การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน การที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้าถึงบริการได้ง่ายจากหน่วยบริการใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไกล เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ตามปกติ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีอาการอ่อนเพลียอยู่แล้วจากปัญหาด้านสุขภาพ หากต้องเดินทางไกลหรือต้องใช้เวลาในการรอพบแพทย์นานๆ จะก่อให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ต้องมีผู้พามา ลูกหลานเสียเวลา ปัจจัยหลายๆ ประการนี้ทำให้ผู้ป่วยหลุดออกจากการรักษาต่อเนื่องในระบบได้ง่าย การมีหน่วยบริการใกล้บ้าน มีทีมเยี่ยมบ้าน เป็นครั้งคราว เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพของหน่วยบริการกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีความสนิทสนมคุ้นเคย ถ้าหากพูดคล้ายปรึกษาปัญหาด้านสุขภาพ จึงได้รับการแก้ไขป้องกันไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงได้ทัน่วงที ผู้ป่วยได้รับการเสริมแรงทางสังคมอย่างต่อเนื่องจนอยากปรับพฤติกรรมสุขภาพของตัวเองให้ดี เพื่อช่วยลดภาระของแพทย์ พยาบาล ที่ตนเองมีความรู้สึกดีด้วย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“แต่ก่อนต้องไปหาหมอที่ในเมือง (โรงพยาบาล) เสียเวลาเป็นวันๆ เหนื่อยจนท้อ เสียทั้งเงิน เสียทั้งเวลา บางทีลูกหลานก็ไม่สะดวกที่จะพาไป ก็ต้องขาดนัด” (P45)

“ตอนนี้ระบบบริการดี ใช้ได้ หมอใหญ่มาตรวจจ่ายยา ที่โรงพยาบาลตำบล (รพ.สต.) แล้ว ใกล้บ้านดี ไม่เสียเวลาลูกหลานต้องพาไป เราไปเองได้” (P45)

“หมอใหญ่ก็เคยออกมาเยี่ยม มากับพยาบาล

แดดร้อน สงสารหมอ หมอบอกถ้าไม่ยากให้หมอ เหนื่อยก็ต้องรักษาสุขภาพให้ดี อย่ากินเค็ม” (P5)

“ช่วงโควิดระบาด ก็มียาจัดส่งมาที่บ้าน ไม่ต้องไปเอาเอง” (P25, P48, P70)

“วันไหน อสม.พาหมอมาเยี่ยม ไม่มีอะไรตอบแทน ก็เก็บผักเก็บหญ้าในสวนไว้ให้ อยากให้มาเยี่ยมบ่อยๆ มีกำลังใจ” (P40)

“หมอที่มาเยี่ยมบ้าน ตอนแรกๆ เห็นแก่ที่โรงพยาบาล หน้าแกลดูๆ นะ เลยไม่กล้าซักถามอะไรที่ไหนได้เวลาเจอแถมมาเยี่ยมบ้าน ใจดี คุยสนุก ไม่ดูเลย ตอนนี้สงสัยอะไรก็กล้าถาม” (P45)

“หาหมอใกล้บ้าน สบายใจดี รู้จักหมอทุกคน เพราะรักษากันมานานจนคุ้นเคย เจ็บป่วยอะไรก็ไปหาได้ตลอด ไม่ต้องรอให้เป็นเยอะ” (P34)

2.4 ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาล ผู้ให้บริการ บุคลิกลักษณะของแพทย์และพยาบาลที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แสดงออกถึงการมีความรู้ความสามารถ มีหลักการนำเชื่อถือ มีส่วนสำคัญต่อการให้ความร่วมมือในแผนการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมของผู้ป่วย การพูดจา สื่อสาร การยกเหตุผลประกอบให้เข้าใจง่าย การปฏิบัติเป็นตัวอย่าง การชี้ข้อดีข้อเสียของผลิตภัณฑ์หรือวิธีการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยนำมาปรึกษาในเชิงวิชาการ โดยไม่ตัดสินหรือโน้มนำให้เชื่อเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตัวผู้ให้บริการและบริการที่ได้รับ จึงส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างไม่ลังเล ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“หมอเขาเก่งนะ จะพูดจะจาอะไรก็รู้ดีกว่า เชื่อถือได้” (P15)

“ทำตามหมอแนะนำนะดีแน่ เพราะเขาเรียนมา...เขาไม่ได้ประโยชน์อะไรด้วย แต่เราเป็นคนได้ประโยชน์” (P41)

“เห็นโฆษณา...(ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยี่ห้อหนึ่ง) ว่าบำรุงไต เอาไปถามหมอเขา เขาไม่รู้ เจอกัน

วันหลังเขาก็ไปหาข้อมูลมาบอก” (P80)

“อะไรที่หมอจับปากไว้ไม่เคยลืมเลย พูดคำไหน คำนั้น คนแบบนี้เป็นคนดี เชื่อถือได้” (P80)

“หมอเขาแนะนำให้รางดกินเค็ม เราก็เคยเห็น หมอเขากินถ้วยเดียวตอนมาออกหน่วย เขาไม่ปรุงเลย แสดงว่าเขาก็แนะนำเราในสิ่งที่เขาทำ” (P12)

“เขาไม่บังคับให้เราทำตามนะ แต่เขาทำให้อู” (P12)

หมายเหตุ “หมอ” ในที่นี้ หมายถึง พยาบาล และบุคลากรสุขภาพทุกประเภท เนื่องจากคนต่างจังหวัดนิยมเรียกบุคลากรสุขภาพว่า “หมอ” และเรียกแพทย์ว่า “หมอใหญ่” (ผู้วิจัย)

2.5 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว การที่บุคคลในครอบครัวให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ในการใช้ชีวิตประจำวัน หรือสนับสนุนด้านกำลังใจ แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกท้อแท้ การมีส่วนร่วม ในการจัดการด้านสุขภาพผู้ป่วยของบุคคลใน ครอบครัว เช่น การทำอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การชวนออกกำลังกาย การใช้ช่วงเวลาพักผ่อนร่วมกัน การพาไปพบแพทย์ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัว สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่มีส่วนทำให้สุขภาพ ของผู้ป่วยดีขึ้น ดังกล่าวต่อไปนี้

“ลูกเขาเตรียมอาหารไว้ให้ครบสามมื้อ แรกๆ ก็กินไม่ค่อยได้ มันจืดๆ ตอนหลังเขาก็ค่อยๆ ปรับ” (P10)

“ไม่ลืมนัดหมอ เพราะพ่อบ้านเขาชดปฏิบัติ นไว้ให้ ถึงเวลาเขาก็เตือน” (P57)

“ลูกหลานมาเยี่ยมบ่อยๆ เทศกาลใหญ่ๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ ก็รวมญาติเยอะหน่อย...ลูกหลาน มากี่มีกำลังใจ” (P36)

“ค่าใช้จ่ายไม่มีอะไรมาก แต่ลูกๆ เขาก็รวมกัน ให้เงินใช้ เดือนละสามพันทุกเดือน ก็เอาไปทำบุญมั่ง รวมๆ ไว้แจกหลานๆ เวลามาเยี่ยมบ้าง...ไม่เครียดอะไร...สบายๆ” (P45)

“หมอแนะนำให้ออกกำลังกาย จะให้ไป กระโดดโลดเต้นแบบที่ อบต.เขาจัด เราก็ไม่ไหว หลานเขาเลยหาของยัดมาให้” (P22)

“ไม่มีครอบครัวก็ไม่ได้ลำบากอะไร อยู่กับ พี่ๆ น้องๆ มีอะไรเขาก็ช่วยเหลือ” (P37)

“ป่าตาไม่ค่อยดี ลูกเขากลัวกินยาผิด เขาเลย หาของจัดใส่ไว้ให้เป็นมือๆ” (P74)

“พอรู้ว่าเราไตเสื่อม ลูกเขาก็ไปคุยกับหมอ ว่าจะต้องรักษายังไงจะได้ไม่ดูแลได้ถูก...ช่วยจัดยา ไว้ให้...พาไปหาหมอ...ถ้าต้องล้างไต เป็นเรื่องใหญ่ ไม่อยากให้ไปถึงขนาดนั้น...เราก็ต้องดูแลตัวเองให้ดี จะได้ไม่เป็นภาระลูก...” (P74)

2.6 การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทาง ผ่อนคลายความเครียด โรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด บางช่วงของการดำเนินของโรคอาจสร้างความถดถอยทางอารมณ์ ความรู้สึกด้านลบให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีช่องทางผ่อนคลายความเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากด้านจิตใจนี้ไปได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่หาที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ช่องทาง ผ่อนคลายความเครียด ดังกล่าวต่อไปนี้

“เข้าหาทางธรรม ทำบุญทำทานให้สบายใจ...” (P31)

“ช่วงไหนเครียดๆ รู้สึกหดหู่ ก็เปิดวิทยุ ฟังเสียงสวดมนต์ ฟังอะไรไปเรื่อยเปื่อย...เพลินๆ ดี... กลับได้” (P77)

“เอาศาสนาเป็นหลักยึดเหนี่ยว เรื่องเจ็บป่วย ก็คงเป็นเวรกรรม...ใช้เวรกรรมหมด ซาดิหน้าจะได้ แข็งแรง” (P31)

“เวลาเครียดๆ ก็เปิดลิเกดู...หรือไม่ก็หาดู รายการตลกๆ ทางโทรทัศน์” (P48)

“ปลูกต้นไม้แล้วสบายใจ หรือไม่ก็หาอะไร ทำไป” (P58)

2.7 การมีเป้าหมายในชีวิต ส่วนหนึ่งของการใส่ใจดูแลสุขภาพเพื่อชะลอความเสื่อมของไตให้ช้าที่สุด เพราะผู้ป่วยมีเป้าหมายในชีวิตที่ยังไปไม่ถึง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ต้องการเห็นการเจริญเติบโต ความก้าวหน้าในชีวิตของลูกหลานหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และอีกประเด็นหนึ่ง คือ ต้องการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนของโรค เมื่อถึงบั้นปลายชีวิตก็ต้องการตายดี สิ่งนี้จึงเป็นแรงจูงใจในการใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อยากอยู่บวชลูกหลานให้ครบก่อน...”
(P15, P52)

“ไม่อยากทรมาน ถ้าเราดูแลตัวเองดี ๆ ก็คงไม่ต้องถึงกับล้างไต...เห็นคนล้างไตแล้วทรมานแทน”
(P55)

“อยากเห็นลูกหลานมีหลักมีฐานมั่นคงก่อนจะได้ตายตาหลับ” (P9)

“อยากอยู่เลี้ยงหลาน” (P33, P68, P84)

“ที่ผ่านมาลำบากมาก พอจะสบายก็มาเป็นโรคไตอีก ยังไม่อยากจะตายเร็ว ขออยู่สบาย ๆ บ้าง”
(P37)

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยที่เป็นบริบทสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ตามลำดับดังนี้

1. การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอ โรคไตเรื้อรังมักพบเป็นโรคแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นที่เป็นอยู่ก่อน โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าคุณภาพไตเสื่อมจนถึงขั้นแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยทำให้เกิดความรู้สึกว่าสุขภาพของตนเองแย่ง ก่อให้

เกิดความวิตกกังวลอย่างมาก จึงพยายามเสาะหาข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังที่ตนเองสงสัยใคร่รู้ การมีข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนและภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้าย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต (ภทรพรรณ อูณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี, 2558) การได้มาของข้อมูลเหล่านี้มาจากหลากหลายแหล่ง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเสาะหาข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ เอกสารทางการแพทย์ หรือจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุทัศน์ อันเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอต่อการนำมาใช้ประโยชน์ ผู้ที่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือหลากหลายช่องทางจะทำให้มีข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการจัดการสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีการตระหนักถึงการป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคระบาดตามฤดูกาล มากกว่าจะปล่อยให้เจ็บป่วยแล้วถึงมารักษา ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพตั้งแต่อายุน้อย และมักมีสุขภาพแย่กว่าหรือป่วยหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะขาดความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพของตนเอง (Dewalt, Berkman, Sheridan, Lohr, & Pignone, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jain and Green (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดจะมีภาวะแทรกซ้อนสูง เพราะไม่ทราบแนวทางการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพเพื่อการชะลอภาวะไตเสื่อมของตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (จตุพร จันทะพุกษ์ และ ลักขณา ชอบเสียง, 2563) ดังนั้น การมีข้อมูลด้านสุขภาพเพียงพอจึงเป็นช่องทางให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ด้านสุขภาพ รับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถเลือกวิธีการดูแลสุขภาพตนเองและจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายในการชะลอความเสื่อมของไต

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นแรงกระตุ้นทางบวกให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหันมาดูแลเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ เพราะคนที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เชื่อว่าตนเองทำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Poorgholami, Javadpour, Saadatmand, and Jahromi (2015) ที่พบว่า ผู้ป่วยไตวายที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการฟอกไตที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีความมุ่งมั่นในการรักษาตัวลดลงและไม่ใส่ใจตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของวัน ประทุมสุวรรณ และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2564) ที่พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

3. การเข้าถึงบริการได้ง่าย ใกล้บ้าน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ความเสื่อมถอยของร่างกายประกอภกับพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยและอ่อนเพลียง่าย หากต้องเดินทางไกลหรือใช้เวลารอคอยรับบริการนาน อีกทั้งในการเดินทางไปรับบริการจากสถานบริการที่อยู่ไกล ส่วนใหญ่ไม่สามารถไปเองได้ ต้องพึ่งพาลูกหลานหรือญาติพี่น้องในการเดินทางไปพบแพทย์ตามนัด สิ่งนี้จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่องแต่จากนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย

มีการปรับเปลี่ยนระบบบริการเป็นเชิงรุก พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ง่าย ไม่ต้องเดินทางไกล และไม่ต้องไปแออัดที่สถานบริการขนาดใหญ่ในเมือง สอดคล้องกับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจักษ์ราช จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับดีมาก เพราะมีความยืดหยุ่นในช่วงเวลาที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรดี บุคลากรมีความสุภาพ เป็นมิตร และสนใจฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยซักถามลดระยะเวลาารับบริการ เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยบริการระดับที่สูงกว่า นอกจากนี้ การให้บริการปฐมภูมิยังมีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้บริการสุขภาพเชิงรุกซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง (อรทัย มานะธรรุระ, 2555)

4. ความเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมดอยู่ในสังคมชั้นกลางและสังคมชนบท ทางเลือกในการรับบริการจึงขึ้นอยู่กับระบบบริการพื้นฐานที่ทางรัฐจัดให้ โดยอยู่ในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ การรับรู้คุณภาพบริการขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพส่วนบุคคลกับผู้ให้บริการเป็นสำคัญ เหตุผลของการให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นไปเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น (ทำให้หมอปอใจ/ สงสารหมอ ไม่อยากให้หมอเหนื่อย/ ไม่เป็นภาระของลูกหลาน ฯลฯ) มากกว่าจะปฏิบัติเพราะคิดถึงประโยชน์ของตนเอง ความเชื่อมั่นไว้วางใจแพทย์และพยาบาลผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่งผลต่อความร่วมมือในแผนการรักษา ผู้ป่วยที่ไม่มีความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้ให้บริการจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในระดับต่ำ ทำให้ไม่ใช้โอกาสในการซักถาม ทำความเข้าใจแผนการรักษา ส่งผลถึงการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งความไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญในการรับการรักษาที่ต่อเนื่องและปฏิบัติตามแผนการรักษา (Halbert,

Armstrong, Gandy, & Shaker, 2006)

5. การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมไทยยังคงเป็นสังคมที่ครอบครัวมีความสำคัญ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวและเครือญาติ โดยเฉพาะสังคมชนบท การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจึงทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังหันมาเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษฎาภรณ์ นานะขมิณ, มาลี ล้วนแก้ว, ทอฝัน ทองสมบัติ, และ บุญกร ทิ้งขั่ว (2561) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชีวิตประจำวัน เช่น การปรุงอาหาร การช้ยา การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การช่วยดูแลเมื่อไม่สบายเล็กน้อย การช่วยจัดการความเครียด หรือการเฝ้าระวังภาวะไม่พึงประสงค์ เช่น ค่าน้ำตาลในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูงเกินไป หรือน้ำหนักเกิน จะช่วยส่งเสริมผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ จนสามารถช่วยชะลอความเสื่อมของไตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชมพูนุท สิงห์มณี, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, และ จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพหลังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวดีกว่าก่อนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

6. การมีที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ/ช่องทางผ่อนคลาย ความเครียด ความเจ็บป่วยเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่ง ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลจนกลายเป็นความเครียด ยิ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างโรคไต ความวิตกกังวลและความเครียดย่อมคงอยู่ต่อเนื่องยาวนาน ภาวะเครียดเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะอ้วนลงพุง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคทางระบบประสาทรวมถึงโรคอัลไซเมอร์ (คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย

สิทธิศรีธัญกุล, 2562) ผู้ที่เป็นโรคเหล่านี้อยู่แล้วจะควบคุมพยาธิสภาพได้ยากขึ้น การป้องกันไม่ให้อาการมีความเครียดเรื้อรังจึงเป็นหนทางในการคงไว้ซึ่งสภาวะ เมื่อผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคไตแทรกซ้อน แสดงถึงพยาธิสภาพที่แย่งของโรคที่เป็นอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียด หากไม่สามารถระบายความเครียดได้นานไปอาจเปลี่ยนเป็นโรคซึมเศร้า เบื่อหน่ายชีวิต ท้อแท้ หดห้วง การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังซึ่งเป็นมิติทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้ ฟลอเรนซ์ ไนดิงเกล เชื่อว่าจิตวิญญาณเป็นแหล่งสำคัญที่สุดสำหรับการเยียวยาความเจ็บป่วยของบุคคล (Young & Koopsen, 2011) ทำให้บุคคลมีพลังภายในที่แข็งแกร่ง มีความเข้มแข็งภายในตน เห็นคุณค่าของตนเอง และพร้อมสำหรับการเผชิญปัญหา (Fisher, 2010) การหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป แต่สังคมไทยที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มักนำหลักศาสนามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว เพื่อให้มีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาได้ตั้งผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชนบท เมื่อนำหลักธรรมคำสอนของศาสนา มาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จะสามารถยอมรับความเจ็บป่วย และมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล (ศิริวรรณ พิริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์, และ ขนิษฐา นาคะ, 2557) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพึงเสียงสวดมนต์หรือการสวดมนต์ด้วยตนเองก็เป็นวิธียึดเหนี่ยวที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง ซึ่งการสวดมนต์ บำบัดในผู้ป่วยมะเร็งจะส่งเสริมการนอนหลับ ทำให้จิตใจสงบ เป็นสมาธิ ทำให้คิดดี คิดทางบวก และทำให้ชีวิตมีพลัง ไม่ท้อแท้ ช่วยเสริมผลการรักษาและลดอาการข้างเคียง (เขาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์, 2559) ดังนั้น การส่งเสริม

สนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มียึดเหนี่ยวทางจิตใจ และค้นหาช่องทางผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง จะช่วยให้จิตใจมีความสงบ จากการลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้ไตและอวัยวะต่างๆ ทำงานตามปกติ ไม่หลังฮอร์โมนที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพออกมามากเกินไป โดยเฉพาะคอร์ติซอลและอะดรีนาลีน

7. การมีเป้าหมายในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิตเกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อว่า ชีวิตของตนเองมีความสำคัญหรือมีความหมาย ทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีทิศทาง เป้าหมายในชีวิตช่วยสร้างแรงจูงใจในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล การแสวงหาจนค้นพบความหมายและเป้าหมายในชีวิตเป็นลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณ ทำให้บุคคลนั้นมีทิศทางในการดำเนินชีวิตที่แน่นอน มีพลังภายในที่แข็งแกร่ง และเห็นคุณค่าของตนเอง (พัชนี สมกำลัง และมาริสา ไกรฤกษ์, 2552) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เป็นผู้ให้ข้อมูลมีเป้าหมายในการที่จะมีชีวิตอยู่ เพื่อทำภารกิจของตนเองให้สมบูรณ์ ต้องการเห็นการเจริญเติบโต ความก้าวหน้าในชีวิตของลูกหลานหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก และต้องการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากอาการแทรกซ้อนของโรค จึงมีความใส่ใจในการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีเป้าหมายชัดเจนจะมีความกระตือรือร้นในการค้นหาตนเอง ตลอดจนมีการกระทำด้วยความทุ่มเท เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเป้าหมายร่วมกันในการดูแลตนเอง ที่พบว่า ผู้ป่วยมีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเองอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้น (ริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง, และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์, 2562) การมีเป้าหมายในชีวิตมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย

และสุขภาพใจที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายในชีวิตระดับปานกลางถึงระดับสูง มีการปฏิบัติตามบริการด้านการป้องกันเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพพลดลง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Musich, Wang, Kraemer, Hawkins, & Wicker, 2018) ซึ่งเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันไป หากบุคลากรสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค้นพบเป้าหมายในชีวิตของตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิควรพิจารณานำบริบททั้ง 7 ประการ มาใช้เป็นแนวทางในการจัดระบบบริการหรือกิจกรรมการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังภายใต้บริบทอื่นหรือในสังคมและวัฒนธรรมอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่สนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณด้านวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ประเภทงานวิจัยมูลฐาน ประจำปีงบประมาณ 2564 ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงดลนภา ภัทรจิตินันท์ อายุรแพทย์โรคไต และศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิงภัทรา คุระทอง ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคไต ที่ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

เกษฎาภรณ์ นาขะมิน, มาลี ล้วนแก้ว, ทอฝัน ทองสมบัติ, และบุญกร ทิ้งชู้. (2561). การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์*, 5(พิเศษ), 160–171.

คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2562). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559–2562*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/01/1.TR-T-Annual-report-2016-2019.pdf>

คณะอนุกรรมการการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf>

คณิน จินตนาปราโมทย์, และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *Journal of Medical and Health Sciences*, 26(2), 112–123.

จตุพร จันทะพุกฤษ, และลักขณา ขอบเสียง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 1–2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 243–258.

ชมพูนุท สิงห์มณี, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, และจิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560). ผลของการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*, 44(2), 78–88.

ตะวัน ประทุมสุวรรณ, และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งของจิตใจ กับการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) 2 กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 26(1), 308–323.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 5–18.

พัชนี สมกำลัง, และมารีตา ไกรฤกษ์. (2552). ความผาสุกทางจิตวิญญาณจากการแสวงหาคความหมายของชีวิต: กรณีศึกษาชีวิตพลอเรนซ์ ในดิงเกิล ผู้นำทางการพยาบาล. *Journal of Nursing Science*, 27(3), 23–32.

ภทรพรรณ อุณาภาค, และขวัญชัย รัตนมณี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 10(2), 44–54.

เยาวรัตน์ มัชฌิม, วราภรณ์ คงสุวรรณ, และกิตติกร นิลมานันต์. (2559). ประสบการณ์การสวดมนต์ของผู้ป่วยมะเร็ง: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 23–35.

เริงฤทธิ์ ทองอยู่, ดวงพร ปิยะคง, และสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์. (2562). ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายร่วมกันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 103–112.

- ศิริวรรณ พริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์, และขนิษฐานาคะ. (2557). ประสบการณ์การนำหลักคำสอนทางพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 34(2), 39-52.
- โสภณ เมฆมน. (2561). คนเขียงรายไถวายสูงรองจากกรุงเทพฯ. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/46330-คนเขียงรายไถวายสูงรองจากกรุงเทพฯ.html>
- อดิพร อิงค์สาริต, ชัยรัตน์ ฉายากุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประไพพิมพ์ ชีรคุปต์, ทวี สิริวงศ์, พรเพ็ญ แสงถวัลย์, ... รัตนา ชวนะสุนทรพจน์. (2560). *โครงการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- อรทัย มานะธนะ. (2555). การให้บริการปฐมภูมิของเครือข่ายบริการสุขภาพจากมุมมองผู้รับบริการอำเภอจ๊กราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 18(1), 17-28.
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research methods in education* (4th ed.). London: Routledge.
- Dewalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228-1239. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- European Renal Association. (2015). *Chronic kidney disease—a challenge for European healthcare systems*. Retrieved from http://www.era-edta2015.org/press/1_150526_18.00_Press%20Release_CKD_Challenge.pdf
- Farag, V. M. K., Kari, J. A., & Singh, A. K. (2012). Chronic kidney disease in the Arab world: A call for action. *Nephron, Clinical Practice*, 121(3-4), c120-123. doi:10.1159/000345149
- Fisher, J. (2010). Development and application of a spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, 1(1), 105-121. doi:10.3390/rel1010105
- Halbert, C. H., Armstrong, K., Gandy, O. H., & Shaker, L. (2006). Racial differences in trust in health care providers. *Archives of Internal Medicine*, 166(8), 896-901. doi:10.1001/archinte.166.8.896
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative research in nursing and healthcare* (4th ed.). West Sussex: WILEY Blackwell.
- Horrikan-kelly, M., Millar, M., & Dowling, M. (2016). Understanding the key tenets of Heidegger's Philosophy for interpretive phenomenological research. *International Journal of Qualitative Methods*, 15(1), 1-4. doi:10.1177/1609406916680634

- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., ... Singh, A. K. (2010). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, *25*(5), 1567–1575. doi:10.1093/ndt/gfp669
- Jain, D., & Green, J. A. (2016). Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. *World Journal of Nephrology*, *5*(2), 147–151. doi:10.5527/wjn.v5.i2.147
- Kaze, A. D., Llori, T., Jaar, B. G., & Echouffo-Tcheugui, J. B. (2018). Burden of chronic kidney disease on the African continent: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nephrology*, *19*(1), 1–11. doi:10.1186/s12882-018-0930-5
- Musich, S., Wang, S. S., Kraemer, S., Hawkins, K., & Wicker, E. (2018). Purpose in life and positive health outcomes among older adults. *Population Health Management*, *21*(2), 139–147. doi:10.1089/pop.2017.0063
- Nastasi, B. K., & Schensul, S. L. (2005). Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. *Journal of School Psychology*, *43*(3), 177–195. doi:10.1016/j.jsp.2005.04.003
- National Kidney Foundation. (2021). *About chronic kidney disease*. Retrieved from <https://www.kidney.org/atoz/content/about-chronic-kidney-disease>
- Poorgholami, F., Javadpour, S., Saadatmand, V., & Jahromi, M. K. (2015). Effectiveness of self-care education on the enhancement of the self-esteem of patients undergoing hemodialysis. *Global Journal of Health Science*, *8*(2), 132–136. doi:10.5539/gjhs.v8n2p132
- Vejakama, P., Ingsathit, A., Attia, J., & Thakkinstian, A. (2015). Epidemiological study of chronic kidney disease progression: A large-scale population-based cohort study. *Medicine*, *94*(4), 1–8. doi:10.1097/MD.0000000000000475
- Venuthurupalli, S. K., Hoy, W. E., Healy, H. G., Cameron, A., & Fassett, R. G. (2017). CKD screening and surveillance in Australia: Past, present, and future. *Kidney International Reports*, *3*(1), 36–46. doi:10.1016/j.ekir.2017.09.012
- Young, C., & Koopsen, C. (2011). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน* Effectiveness of Self-management Program on Food Consumption and Fluid Restriction Behaviors, and Clinical Symptoms among Heart Failure with Volume Overload Patients*

ชญชิตา สุขชนะโชติ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)¹
Chanunchida Sukchanachot, M.N.S. (Adult and Gerontological Nursing)¹
อาภรณ์ ดีนาน, Ph.D. (Nursing)² ปณิชา พลพินิจ, Ph.D. (Nursing)³
Aporn Deenan, Ph.D. (Nursing)² Panicha Ponpinij, Ph.D. (Nursing)³

Received: August 7, 2021 Revised: November 13, 2021 Accepted: November 16, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: ponpanicha@nurse.buu.ac.th

โปรแกรมการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม มีค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว มีค่าความเชื่อมั่น .88 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.625, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 160.150, p < .001$) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.084, p < .001$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 22.870, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันวางแผนการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน และควบคุมอาการของโรคได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม อาการทางคลินิก ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of self-management program on food consumption and fluid restriction behaviors, and clinical symptoms among heart failure with volume overload patients. The participants included 40 heart failure with volume overload patients who received treatment at Lerdsin Hospital and were divided into the experimental group ($n = 20$) and the control group ($n = 20$). The research instruments consisted of the self-management program, the patient demographic interview form, the family member demographic interview form, the food consumption and fluid restriction behavior interview form with reliability as .78, and the clinical symptom interview form with reliability as .88. The implementation and data collection were conducted from February to July, 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, Chi-square test, Fisher's exact test, paired *t*-test, and ANCOVA.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significant higher mean score of food consumption and fluid restriction behaviors than that of before the experiment ($t = 10.625, p < .001$) and higher than that of the control group ($F = 160.150, p < .001$), and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of clinical symptoms than that of before the experiment ($t = 16.084, p < .001$) and lower than that of the control group ($F = 22.870, p < .001$).

This research suggests that health care providers should apply this self-management program for enhancing quality of care among heart failure patients, through encouraging heart failure patients and their family members to manage themselves in order to prevent volume overload and control clinical symptoms.

Keywords: Self-management program, Food consumption and fluid restriction behaviors, Clinical symptoms, Heart failure with volume overload patients

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เพราะนอกจากอัตราการเกิดที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปีแล้ว ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิต สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาก่อนข้างสูง เกิดการสูญเสียสุขภาพ ตลอดจนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและครอบครัว (Bragazzi et al., 2021) โดยประเทศต่างๆ ในแถบเอเชียพบอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวร้อยละ 1-3 ของประชากร ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศต่างๆ ในแถบยุโรปและอเมริกา และมีการกลับเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 30 วัน ร้อยละ 3-15 สำหรับประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคหัวใจล้มเหลวร้อยละ 0.40 ของประชากร มีอัตราการเข้ารับการรักษาก่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 19 (Reyes et al., 2016) ซึ่งเป็นอันดับ 5 ของสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน

ประมาณ 3,606 เหรียญสหรัฐต่อปี (Yingchoncharoen et al., 2021) แม้ว่าปัจจุบัน การรักษามีการพัฒนาและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในประเทศไทยยังคงมีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ค่อนข้างสูง คือ ร้อยละ 49 มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 34.60 เฉลี่ย 1.20 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งมีผลทำให้ค่ารักษาเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7,108 เหรียญสหรัฐ ตลอดจนมีอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น (ชานนท์ มหารักษ์, 2562; Yingchoncharoen et al., 2021) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในควบคุมหรือชะลออาการของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งเป็นผลจากโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติ เมื่อมีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดขึ้นจะส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง มีน้ำคั่งในร่างกาย ซึ่งนำไปสู่ภาวะน้ำท่วมปอดและมีอาการบวมบริเวณอวัยวะส่วนปลาย

ความรุนแรงของอาการจะรบกวนการดำเนินชีวิตได้แก่ หายใจลำบากเมื่อนอนราบ หายใจไม่อึดขึ้นลุกขึ้นมาหอบตอนกลางคืน นอนไม่หลับ และอ่อนเพลีย (Thibodeau & Drazner, 2018) ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวนั้น นอกจากการรับประทานยาอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยควรมีการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เพื่อควบคุมหรือป้องกันอาการกำเริบของโรคซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การรับประทานยา การลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มหรือมีเกลือสูง การควบคุมปริมาณน้ำดื่มอย่างเหมาะสม การออกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตลอดจนการประเมินและจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น น้ำหนักเพิ่ม การบวมของแขนขา อาการอ่อนเพลีย อาการเหนื่อย (Jaarsma et al., 2021; Yancy et al., 2013) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่างๆ ดังกล่าวอย่างเหมาะสม จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการของโรคและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการตาย เพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Jonkman et al., 2016; Lee et al., 2018; Seid, Abdela, & Zeleke, 2019; Somsiri, Asdornwised, O'Connor, Suwanugsorn, & Chansatitporn, 2020) แม้ว่า การจัดการตนเองในด้านต่างๆ จะเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมภาวะหัวใจล้มเหลว อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองหรือพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังค่อนข้างต่ำ มีเพียงการรับประทานยาตามแผนการรักษาเท่านั้นที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่การเฝ้าระวังอาการและสังเกตอาการบวมจะปฏิบัติค่อนข้างน้อย (Tawalbeh et al., 2020) ขาดการติดตามและเฝ้าระวังเรื่องน้ำหนัก

(et al., 2013) ส่วนประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองไม่เหมาะสม เช่น ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ขาดการจัดการอาการ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และเม็กซิโก พบว่า ผู้ป่วยในประเทศไทยมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองต่ำสุด ทั้งในการจัดการกับอาการและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดอาการผิดปกติมากกว่า ทั้งอาการหายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ขาบวม และความทนในการออกกำลังกายลดลง (Tankumpuan et al., 2019) มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น ที่ควบคุมการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะรู้ว่าต้องจำกัดปริมาณการรับประทานเกลือและอาหารเค็ม แต่ควบคุมลำบาก เนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปรุงอาหารเอง และต้องรับประทานอาหารที่ปรุงแบบเดียวกันกับคนอื่น ๆ ในครอบครัว รวมถึงการมีปัญหายุงยากในการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค รู้สึกว่าอาหารรสจืดไม่อร่อย (สว่างจิต คงภิบาล, นรลัทขันธ์ เอื้อกิจ, และ ประชาณัฐ์ ตันติโกสม, 2560) ดังนั้น การส่งเสริมให้ ผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมจัดการตนเองในด้านต่างๆ ดังกล่าวอย่างเหมาะสม จึงยังมีความจำเป็น เพื่อชะลอความก้าวหน้าของโรค ลดความรุนแรง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้ป่วยต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา เพื่อใช้ในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องมีทักษะที่จำเป็นที่จะกระทำพฤติกรรม และต้องมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ตลอดจนมีการคำนึงถึง

บริบทของบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัว (Jaarsma et al., 2021) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (Individual and Family Self-Management Theory [IFSMT]) ที่พัฒนาโดย Ryan and Sawin (2009) เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่ให้ความสำคัญกับ บุคคลและครอบครัวว่ามีหน้าที่รับผิดชอบร่วมกันในการจัดการตนเอง โดยอาศัยความผูกพัน ความเอาใจใส่ ต่อกันในการร่วมกันควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย โดยในกระบวนการเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองนั้นต้องคำนึงถึงความเป็นบริบทของ บุคคลและครอบครัวที่อาจมีลักษณะและความต้องการ แตกต่างกันไป การมีส่วนร่วมในการวางแผนการปฏิบัติ การตัดสินใจ การกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจ ตลอดจนความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ผ่านกระบวนการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะที่ จำเป็นในการจัดการกับการเจ็บป่วยต่างๆ ตลอดจน การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกระบวนการดังกล่าว จะช่วยให้บุคคลและครอบครัวเกิดความมั่นใจและปฏิบัติ พฤติกรรมการจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสมกับ บริบทการเจ็บป่วย เกิดอาการทางคลินิกที่ดี ตลอดจน มีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิกของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

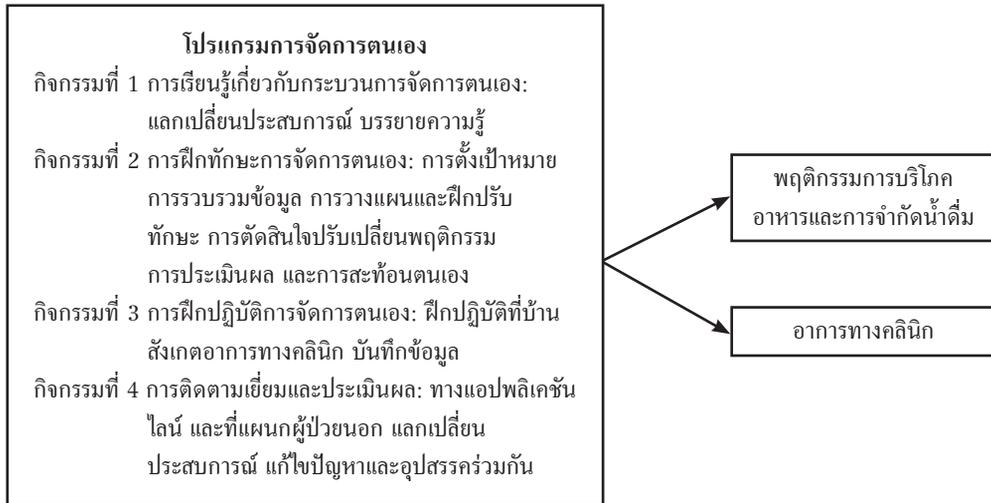
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่า ก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่า กลุ่มควบคุม
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย อาการทางคลินิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) ซึ่งกล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการตนเองของบุคคลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง เกิดจากบุคคลและครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบ ร่วมกันในการจัดการตนเอง โดยอาศัยความผูกพัน ความเอาใจใส่ต่อการควบคุมโรคหรือความเจ็บป่วย ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านบริบท 2) มิติด้านกระบวนการ และ 3) มิติด้านผลลัพธ์ โดยผู้วิจัยใช้มิติด้านกระบวนการมาออกแบบ โปรแกรมการจัดการตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการจำกัดน้ำดื่ม เพื่อลดภาวะน้ำเกิน โดยการนำ สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย 3 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ และความเชื่อ ด้านการกำกับตนเอง และด้านการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่ร่วมกัน ปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลจากการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้ เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การช่วยเหลือให้ผู้ป่วย

และครอบครัวมีความรู้ มีทักษะในการเลือกบริโภคอาหาร และจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสมกับโรค ตลอดจนสามารถจัดการกับอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภค

อาหารและการจำกัดน้ำดื่มได้ดีขึ้น และมีอาการทางคลินิกลดลง ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะน้ำเกิน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีประวัติเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในอย่างน้อย 1 ครั้ง 2) ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือแน่นหน้าอกภายใน 24 ชั่วโมงก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3) อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 6) มีโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 7) มีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว และ 8) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดทั้งโปรแกรม 2) มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจล้มเหลวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดระดับรุนแรง มีอาการเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และ 3) ขอดอนตัวจากการวิจัย ในเบื้องต้นกำหนด

ขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.6 (Faul, 2020) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .72 ซึ่งคำนวณจากการศึกษาของ Cook and Horrocks (2015) อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวนลดลง และไม่สามารถคาดการณ์ได้ ส่งผลต่อการดำเนินการวิจัยตามแผนที่วางไว้ ผู้วิจัยจึงทบทวนการกำหนดขนาดตัวอย่างใหม่ โดยใช้ขนาดอิทธิพลจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.19 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 17 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน จึงมีจำนวนเพียงพอ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างถูกจัดเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ตามลำดับที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา (block randomization) เพื่อเป็นการลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันการถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Ryan and Sawin (2009) ที่ให้ความสำคัญกับความแตกต่างของบริบทของบุคคลและครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยการจัดกิจกรรมในรูปแบบรายบุคคล ร่วมกับมิติด้าน

กระบวนการที่เน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยเน้นกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่เหมาะสม เพื่อลดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว มีส่วนประกอบดังนี้

1.1 แผนกิจกรรมในการจัดโปรแกรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเอง ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลและการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และการรับรู้อาการทางคลินิก ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก จากนั้นผู้วิจัยบรรยายความรู้เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเอง โดยใช้สื่อการสอน คือ ภาพพลิกโปสเตอร์สีที่แสดงปริมาณโซเดียมในเครื่องปรุงชนิดต่างๆ วิธีการจัดการด้านอาหาร และวิธีการจัดการด้านน้ำดื่ม จากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ใช้เวลา 60 นาที โดยผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวฝึกทักษะการจัดการตนเอง 6 ทักษะ ได้แก่ การตั้งเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้น การรวบรวมข้อมูล การวางแผนและฝึกปรับทักษะ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การประเมินผล และการสะท้อนตนเอง จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงวิธีการแก้ไขต่างๆ เมื่อมีอาการทางคลินิกเกิดขึ้น ผู้วิจัยสาธิตทักษะการเลือกบริโภคอาหารจากโปสเตอร์สีรูปอาหาร และการคำนวณปริมาณน้ำดื่ม จากนั้นให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวสาธิตย้อนกลับ

กิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติ การจัดการตนเอง ใช้เวลา 5 สัปดาห์ โดยผู้วิจัย ให้ผู้ป่วยกลับไปปฏิบัติการจัดการตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม โดยสมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปฏิบัติ เช่น การช่วยผู้ป่วยเลือกเมนูอาหารประจำวันที่สามารถรับประทานร่วมกันได้ทั้งครอบครัว ร่วมกันสังเกตอาการทางคลินิกของผู้ป่วย พร้อมบันทึกในคู่มือการจัดการตนเอง สำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยม และประเมินผล โดยผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทาง แอปพลิเคชันไลน์ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 5 ใช้เวลา ครั้งละ 10–15 นาที เพื่อให้คำปรึกษา และเสริมแรงจิตใจในการปฏิบัติ จากนั้นประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6 ที่แผนกผู้ป่วยนอก ใช้เวลา 30 นาที ผู้ช่วยผู้วิจัยสัมภาษณ์และประเมินผลการบันทึกเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิก จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวแสดงความรู้สึก และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการตนเอง พร้อมเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน สำหรับผู้ป่วยที่ทำได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้กำลังใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องยั่งยืน

1.2 แผนการสอนเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะหัวใจล้มเหลวและการจัดการตนเอง ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะหัวใจล้มเหลว อาการและอาการแสดง ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรค อาการกำเริบ การเฝ้าระวังภาวะน้ำเกินที่อาจเกิดขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และการสังเกตอาการกำเริบและภาวะแทรกซ้อน

1.3 คู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยสร้างขึ้น สำหรับใช้ ทบทวนการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน

ประกอบด้วยเนื้อหาห่วงเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว ข้อมูลการจัดการตนเองด้านอาหารและน้ำดื่ม การจัดการเบื้องต้นหากมีอาการและอาการแสดง ที่ผิดปกติ และแบบบันทึกอาการทางคลินิก (อาการ หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เหนื่อยเมื่อปฏิบัติกิจกรรม และอาการบวมอวัยวะส่วนปลาย) และปริมาณน้ำดื่ม ตลอดวัน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และจำนวนครั้งที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ของสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม ผู้วิจัยดัดแปลง จากแบบสอบถามการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ของอภัยรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดินาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล (2552) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถาม ทางลบ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตรฐานค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของ ข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ ปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนใน

ลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1-95 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มที่ดี

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว ของจิราภรณ์ มีชูสิน, อภรณ์ ตีนาน, และศิริวัลห์ วัฒนสินธุ์ (2553) จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 11 ระดับ จากคะแนน 0-10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-180 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีอาการทางคลินิกน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีอาการทางคลินิกมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเอง และคู่มือการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (2 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคหัวใจ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 070/2563 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน (เอกสารรับรอง เลขที่ 019/2564 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกและเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 3 ปี จำนวน 1 คน ทำหน้าที่บันทึกแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิก รวมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในแบบบันทึก โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมและสมาชิกในครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน แนะนำตัวและดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2)

จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์ การรับรู้อาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที พร้อมทั้งให้สมาชิกในครอบครัวตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว โดยให้ เวลา 5-10 นาที จากนั้นกลุ่มควบคุมและสมาชิก ในครอบครัวได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานของ โรงพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยได้รับความรู้จากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร และทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงาน ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้านรวมทั้งการรับประทานยา

4. ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง และสมาชิกในครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลเลิดสิน แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัด น้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิก ของภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที พร้อมทั้งให้สมาชิกในครอบครัว ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิก ในครอบครัว โดยใช้เวลา 5-10 นาที จากนั้นผู้วิจัย ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการจัดการตนเอง แก่กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล โดยจัดกิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเอง

5. ในวันที่ 3 ของการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละคน ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและสมาชิก ในครอบครัว ที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม จัดกิจกรรม ที่ 2 การฝึกทักษะการจัดการตนเอง จากนั้นนัดหมาย การติดตามเยี่ยมและประเมินผลทางแอปพลิเคชันไลน์

ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 5

6. ในสัปดาห์ที่ 1-5 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ 3 การฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง พร้อมทั้งสังเกตอาการทางคลินิก และบันทึกข้อมูล นอกจากนี้ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมที่ 4 การติดตามเยี่ยม และประเมินผล โดยนับช่วงเวลาหลังจากผู้ป่วย แต่ละคนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยติดตามเยี่ยม และประเมินผลทางแอปพลิเคชันไลน์ขณะผู้ป่วยอยู่ที่ บ้าน ในสัปดาห์ที่ 1, 2, 3 และ 5 ส่วนกลุ่มควบคุม ดำเนินชีวิตตามปกติ

7. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบ กลุ่มควบคุมและสมาชิกในครอบครัวที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไปและวัดสัญญาณชีพ ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของ ภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว และแนวทางการจัดการ ตนเอง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และมอบคู่มือ การจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

8. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบ กลุ่มทดลองและสมาชิกในครอบครัวที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสอบถามอาการทั่วไปและวัดสัญญาณชีพ ผู้ช่วยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และแบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการทางคลินิกของ ภาวะหัวใจล้มเหลว หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาส ให้ซักถามข้อสงสัย สรุปผลการจัดการตนเองตาม โปรแกรม และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเรื่องอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และจำนวนครั้งที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และข้อมูลส่วนบุคคลของ สมาชิกในครอบครัวเรื่องอายุ และรายได้ ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วยเรื่องเพศ สถานภาพสมรส และระยะเวลา ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อมูล ส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัวเรื่องเพศ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว และ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการ ทางคลินิก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจาย แบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการ ทางคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA โดยใช้พฤติกรรมบริโภคฯ และอาการทางคลินิก ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุอยู่ในช่วง 41-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 35 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ทำงานอิสระ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน และในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน มีโรคประจำตัว 2 โรค และมากกว่า 2 โรค มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 เท่ากัน ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลว อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 และ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คือ 2 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มควบคุมเป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 55 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 ทำงานประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีโรคประจำตัว 1 โรค มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะ หัวใจล้มเหลวมากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 และ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย ภาวะหัวใจล้มเหลวในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คือ 2 ครั้ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกในครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุ อยู่ในช่วง 41-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 75 ทำงานอิสระ คิดเป็นร้อยละ 55 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 75 และ

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 ทำงานอิสระ คิดเป็นร้อยละ 70 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน และมากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60 และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 45 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภค

อาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และอาการทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.625, p < .001$) และมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.084, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิก ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.420, p < .001$ และ $t = 7.904, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม และคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n = 20)		หลังการทดลอง (n = 20)		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง						
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม	52.15	8.67	69.80	4.78	10.625	< .001
อาการทางคลินิก	113.70	21.29	60.70	12.98	16.084	< .001
กลุ่มควบคุม						
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม	59.40	6.09	56.35	4.88	4.420	< .001
อาการทางคลินิก	106.15	25.67	67.45	11.86	7.904	< .001

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคฯ ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม พบว่า

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 160.150$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคฯ ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม (group)	2,177.07	1	2,177.07	160.150	< .001
ตัวแปรร่วม (pre-test)	726.53	1	726.53	53.440	< .001
ภายในกลุ่ม (error)	502.97	37	13.59		
ทั้งหมด	7,646.00	40			

5. การเปรียบเทียบอาการทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีอาการทางคลินิก ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

อาการทางคลินิกต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 22.870$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยมีอาการทางคลินิก ก่อนการทดลอง เป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม (group)	2,246.29	1	2,246.29	22.870	< .001
ตัวแปรร่วม (pre-test)	826.17	1	826.17	8.410	.006
ภายในกลุ่ม (error)	3,632.85	37	98.18		
ทั้งหมด	170,559.00	40			

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) ซึ่งให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว และเน้นมิติด้านกระบวนการ คือ การฝึกทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ดังนี้

กระบวนการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคน และสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว การเลือกบริโภคอาหารที่มีรสเค็มน้อย มีโซเดียมต่ำ การจำกัดน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน และการสังเกตอาการทางคลินิก ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนการใช้ข้อมูลการปฏิบัติพื้นฐานของผู้ป่วย ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิด ทักษะคิด ความสำคัญของพฤติกรรมจัดการตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์ เกิดความเข้าใจมากขึ้น มีความมั่นใจในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sun, Zhang, Ma, Liu, and Wang (2019) และการศึกษาของ Dianati, Asmaroud, Shafaghhi, and Naghashzadeh (2020) ที่พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในรูปแบบรายบุคคล จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคหัวใจ (Tawalbeh et al. 2017)

การฝึกทักษะการจัดการตนเองที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทั้ง 4 กิจกรรม ของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยเน้นกิจกรรมการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการลดอาหารรสเค็มและโซเดียม การจำกัดปริมาณน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน และวิธีการสังเกตอาการทางคลินิก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ร่วมกันตั้งเป้าหมาย และวางแผนกิจกรรม (shared-decision making) ในการลดอาหารรสเค็ม งดการดื่มเครื่องดื่ม เครื่องปรุง การตวงปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวัน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวบันทึกผลการปฏิบัติในคู่มือการเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมทางแอปพลิเคชันไลน์ในแต่ละครอบครัว เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ช่วยกระตุ้นเตือนและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง และร่วมแก้ไขสาเหตุที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแผน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวรับรู้ได้ถึงความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองในการปฏิบัติ การเสริมสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาที่มีการสร้างสัมพันธ์ภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเอง ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตั้งเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพิ่มมากขึ้น (Audthiya, Pothiban, Panuthai, & Chintanawat, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้รูปแบบการจัดการ

ในครอบครัวโดยมุ่งเน้นที่บุคคล และการสนับสนุนของครอบครัว เข้ามามีบทบาทและรับผิดชอบร่วมกัน และตั้งเป้าหมายในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเห็นผลในระยะยาวได้ (ณัฐพร ใจงาม, อรณัฐ ชูศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, และรังสรรค์ มาระเพ็ญ, 2560; สว่างจิต คงภิบาล และคณะ, 2560)

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยเฉพาะอาหารรสเค็ม โดยหลีกเลี่ยงและจำกัดจำนวนครั้งในการเติมน้ำปลา เลือกร้านอาหารตามสั่งที่กำหนดให้ลดความเค็มในอาหารได้ รวมถึงเลือกปรุงอาหารรับประทานเอง มีการจำกัดปริมาณมื้ออาหาร จำกัดปริมาณน้ำดื่มในชีวิตประจำวัน โดยการหักลดปริมาณน้ำตามแผนการรักษาในแต่ละครั้ง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-4 ครั้ง โดยสมาชิกในครอบครัวร่วมคัดสรรเมนูอาหารที่สามารถรับประทานร่วมกันได้ ช่วยสังเกตอาการบวมกดบวม และให้กำลังใจ จึงทำให้ตนเองมีความสุข สามารถรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวได้โดยไม่ต้องปรุงแยก ไม่เกิดอาการบวมกดบวม ไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางคลินิกต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้จากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ของ Ryan and Sawin (2009) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่มสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมดังกล่าว ส่งผลให้สามารถควบคุมและลดอาการทางคลินิกของภาวะหัวใจล้มเหลวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dianati et al. (2020) ที่พบว่า เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างเหมาะสมกับโรค จะทำให้มีอาการทางคลินิกลดลง และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะการเลือกบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม รวมถึงทักษะการสังเกตอาการทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำเกิน และควบคุมอาการของโรคได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารและการจำกัดน้ำดื่ม เพื่อลดอาการทางคลินิก และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองนี้ในโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง เพื่อทดสอบความสามารถในการนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นที่ใกล้เคียงกัน อย่างแพร่หลายได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่มอบทุนอุดหนุนการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ มีชูถิ่น, อภรณ์ ดีนาน, และศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความรุนแรงของภาวะหัวใจวายของผู้ป่วย ภาวะหัวใจวาย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 19–33.
- ชานนท์ มหารักษ์. (2562). อัตราตายและอัตราการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33(2), 311–326.
- ณัฐพร ใจงาม, อรุณช ชูศรี, รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, และรังสรรค์ มาระเพ็ญ. (2560). แนวคิด การจัดการภาวะสุขภาพของบุคคลและ ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 1–9.
- สว่างจิต คงภิบาล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และปชาณัฐ์ ดันติโกสม. (2560). ผลของโปรแกรม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 82–96.
- อัญชรา บุญมีศรีทรัพย์, อภรณ์ ดีนาน, และกนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2552). ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 17(3), 41–53.
- Audthiya, P., Pothiban, L., Panuthai, S., & Chintanawat, R. (2021). Enhancing autonomy and self-management behaviors through a patient-centered communication program for older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(4), 525–538. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/253312/172226>
- Bragazzi, N. L., Zhong, W., Shu, J., Abu Much, A., Lotan, D., Grupper, A., ... & Dai, H. (2021). Burden of heart failure and underlying causes in 195 countries and territories from 1990 to 2017. *European Journal of Preventive Cardiology*. Retrieved from <https://academic.oup.com/eurjpc/advance-article/doi/10.1093/eurjpc/zwaa147/6133248>
- Cook, J., & Horrocks, S. (2015). Evaluation of a heart failure self-management programme. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(12), 603–608. doi:10.12968/bjca.2015.10.12.603

- Dianati, M., Asmaroud, S. R., Shafaghi, S., & Naghashzadeh, F. (2020). Effects of an empowerment program on self-care behaviors and readmission of patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Tanaffos*, *19*(4), 312–321. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33959168/>
- Faul, F. (2020). *G*Power version 3.1.9.6*. Retrieved from <http://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologieundarbeitspsychologie/gpower.htm>
- Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H.-P. B., Castiello, T., Celutkiene, J., ... & Stromberg, A. (2021). Self-care of heart failure patients: Practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, *23*(1), 157–174. doi:10.1002/ejhf.2008
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Gal, T. B., Cameron, J., Driscoll, A., Duengen, H.-D., ... Riegel, B. (2013). Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. *Patient Education and Counseling*, *92*(1), 114–120. doi:10.1016/j.pec.2013.02.017
- Jonkman, N. H., Westland, H., Groenwold, R. H., Agren, S., Anguita, M., Blue, L., ... Hoes, A. W. (2016). What are effective program characteristics of self-management interventions in patients with heart failure? An individual patient data meta-analysis. *Journal of Cardiac Failure*, *22*(11), 861–871. doi:10.1016/j.cardfail.2016.06.422
- Lee, C. S., Bidwell, J. T., Paturzo, M., Alvaro, R., Cocchieri, A., Jaarsma, T., ... Vellone, E. (2018). Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart & Lung*, *47*(1), 40–46. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.09.004
- Reyes, E. B., Ha, J.-W., Firdaus, I., Ghazi, A. M., Phrommintikul, A., Sim, D., ... Cowie, M. R. (2016). Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care. *International Journal of Cardiology*, *223*, 163–167. doi:10.1016/j.ijcard.2016.07.256
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, *57*(4), 217–225. doi:10.1016/j.outlook.2008.10.004

- Seid, M. A., Abdela, O. A., & Zeleke, E. G. (2019). Adherence to self-care recommendations and associated factors among adult heart failure patients. From the patients' point of view. *PLoS One*, *14*(2), e0211768. doi:10.1371/journal.pone.0211768
- Somsiri, V., Asdornwised, U., O'Connor, M., Suwanugsorn, S., & Chansatitporn, N. (2020). Effects of a transitional telehealth program on functional status, rehospitalization, and satisfaction with care in Thai patients with heart failure. *Home Health Care Management & Practice*, *33*(9), 72–80. doi:10.1177/1084822320969400
- Sun, J., Zhang, Z.-W., Ma, Y.-X., Liu, W., & Wang, C.-Y. (2019). Application of self-care based on full-course individualized health education in patients with chronic heart failure and its influencing factors. *World Journal of Clinical Cases*, *7*(16), 2165–2175. doi:10.12998/wjcc.v7.i16.2165
- Tankumpuan, T., Asano, R., Koirala, B., Dennison-Himmelfarb, C., Sindhu, S., & Davidson, P. M. (2019). Heart failure and social determinants of health in Thailand: An integrative review. *Heliyon*, *5*(5), e01658. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844018354744>
- Tawalbeh, L. I., Al Qadire, M., Ahmad, M. M., Aloush, S., Abu Sumaqa, Y., & Halabi, M. (2017). Knowledge and self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Research in Nursing & Health*, *40*(4), 350–359. doi:10.1002/nur.21805
- Tawalbeh, L. I., Al-Smadi, A. M., AlBashtawy, M., AlJezawi, M., Jarrah, M., Musa, A. S., & Aloush, S. (2020). The most and the least performed self-care behaviors among patients with heart failure in Jordan. *Clinical Nursing Research*, *29*(2), 108–116. doi:10.1177/1054773818779492
- Thibodeau, J. T., & Drazner, M. H. (2018). The role of the clinical examination in patients with heart failure. *JACC: Heart Failure*, *6*(7), 543–551. doi:10.1016/j.jchf.2018.04.005
- Yancy, C. W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey Jr, D. E., Drazner, M. H., ... Wilkoff, B. L. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: Executive summary: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation*, *128*(16), 1810–1852. doi:10.1161/CIR.0b013e31829e8807
- Yingchoncharoen, T., Wu, T. C., Choi, D. J., Ong, T. K., Liew, H. B., & Cho, M. C. (2021). Economic burden of heart failure in Asian countries with different healthcare systems. *Korean Circulation Journal*, *51*(8), 681–693. doi:10.4070/kcj.2021.0029

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก*

Factors Influencing Father Involvement in Caring for Family among First-Time Adolescent Fathers*

นฤตยา จีเพชร, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Narittaya Jeepet, M.N.S. (Midwifery)¹

วรรณทนา ศุภสีมานนท์, Ph.D. (Nursing)² ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Wantana Suppaseemanont, Ph.D. (Nursing)² Tatirat Tachasuksri, Dr.P.H. (Public Health Nursing)³

Received: May 24, 2020 Revised: December 9, 2021 Accepted: December 12, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกที่ภรรยาตรวจสุขภาพหลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลราชบุรี รวมจำนวน 119 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบวัดความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง มีค่าความเชื่อมั่น .84

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวิทยาลัยบูรพา สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Burapha University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: suppasee@gmail.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

แบบสอบถามความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น .83 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว เท่ากับ 3.14 ($SD = .30$) ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด ร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 18.40 ($R^2 = .184, p < .001$) แต่มีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปร ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีผลมากที่สุด คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง ($Beta = .345, p < .01$) รองลงมา คือ ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี ($Beta = .182, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกหลังคลอดควรประเมินบิดาวัยรุ่นเกี่ยวกับ สัมพันธภาพระหว่างคู่ครองและความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้ บิดาวัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่ครองและมีความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี นำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่น

คำสำคัญ: บิดาวัยรุ่น การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine father involvement in caring for family and its predicting factors among first-time adolescent fathers. Participants were 119 first-time adolescent fathers for which their wives received postpartum follow-up service at family planning clinics in Nakhonpathom Hospital and Ratchaburi Hospital. The research instruments included the demographic questionnaire, the experience of being nurtured by own father questionnaire with reliability as .81, the confidence of being a good father scale, the marital relationship questionnaire with reliability as .84, the stress questionnaire with reliability as .83, and the father involvement in caring for family questionnaire with reliability as .95. Data were collected from December, 2018 to August, 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and standard multiple regression analysis.

The research results revealed that the mean score of father involvement in caring for family among first-time adolescent fathers was 3.14 ($SD = .30$). Experience of being nurtured by own father, confidence of being a good father, marital relationship, and stress altogether accounted for 18.40% of the variance in father involvement in caring for family ($R^2 = .184, p < .001$). However, only two variables statistically significant explained father involvement in caring for family. The most significant predicting factor was marital relationship ($Beta = .345, p < .01$) followed by confidence of being a good father ($Beta = .182, p < .05$).

This research suggests that postpartum care nurses should assess adolescent fathers about their marital relationship and confidence of being a good father. That would be a direction for nurse to encourage fathers' marital relationship and confidence of being a good father leading adolescent fathers to involve in caring for their family.

Keywords: Adolescent fathers, Father involvement in caring for family

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่น หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 12–18 ปี (National Library of Medicine, 2020) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ต้องมีการปรับตัวด้านจิตสังคมเพื่อเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่การเป็นผู้ใหญ่ ทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์รุนแรง แปรปรวน สับสน อ่อนไหวง่าย คือ ต่อต้านขาดความยับยั้งชั่งใจ ถูกชักจูงง่าย มีวุฒิภาวะน้อย ประกอบกับสภาพสังคมที่ครอบครัวมีแบบแผน การดำเนินชีวิตซับซ้อนขึ้น พ่อแม่ ผู้ปกครองต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผลให้ครอบครัวบางครอบครัวไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ วัยรุ่นอาจขาดทักษะในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้ทันสภาพแวดล้อม คบเพื่อนที่ชักชวนให้ทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สามารถเข้าถึงสื่อที่ช่วยอารมณ์ ความรู้สึกทางเพศได้ง่าย กระตุ้นให้อยากรู้อยากลอง นำไปสู่

การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ฝ่ายหญิงตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อม และฝ่ายชายกลายเป็นบิดาในขณะที่ยังเป็นวัยรุ่น (บุญฤทธิ์ สุจริตน์, 2557)

อุบัติการณ์ของบิดาวัยรุ่นในประเทศไทยมีจำนวนสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2555 และ 2556 พบว่ามีทารกที่เกิดจากบิดาวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 41.05 และ 43 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดนครปฐมและจังหวัดราชบุรี ในปี พ.ศ. 2556 มีอัตราทารกที่เกิดจากบิดาวัยรุ่นเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45 ซึ่งสูงกว่าอัตราของประเทศในปีเดียวกัน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2556, 2557)

โดยทั่วไป การที่เพศชายมีบุตรเป็นการเพิ่มภารกิจ หน้าที่ และความรับผิดชอบต่อครอบครัว บิดาต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว หาเลี้ยงครอบครัว คอยดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนมารดาหลังคลอดและบุตร (Authentic Masculinity, 2018)

ซึ่งแม้แต่ผู้ชายวัยผู้ใหญ่บางคนอาจไม่สามารถปฏิบัติพัฒนากิจนี้ได้อย่างเหมาะสม วัยรุ่นชายที่เป็นบิดาครั้งแรกจึงมีแนวโน้มที่จะประสบกับปัญหาในการปรับตัวในการเป็นบิดา เนื่องจากยังไม่พร้อมที่จะมีครอบครัวและบุตร อีกทั้งการมีบุตรอาจทำให้วัยรุ่นบางคนต้องออกจากโรงเรียนเพื่อทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ต้องทำบทบาททั้งการเป็นสามีและบิดา อาจไม่ได้รับความช่วยเหลือดูแลหรือได้รับคำแนะนำจากครอบครัวเดิม ก่อให้เกิดความรู้สึกกดดัน เครียด (Matlakala, Makhubele, & Mashilo, 2018) ไม่มีความสุขในการเป็นบิดา อาจหลีกเลี่ยงหน้าที่และความรับผิดชอบของการเป็นบิดา นำไปสู่การไม่มีหรือมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวน้อย (Chu & Lee, 2019) ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดามีความสำคัญต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดามีผลดีต่อสุขภาพบิดา มารดา และบุตร ผลดีต่อบิดาคือ บิดาเกิดความมั่นใจ พึงพอใจ และภาคภูมิใจในการเป็นบิดา และมีสัมพันธภาพที่ดีกับมารดา (Milkie & Denny, 2014) ผลดีต่อมารดา คือ มารดามีความพึงพอใจในการทำบทบาทของบิดา ทำให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดา ช่วยลดอาการซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาได้ (Lewin et al., 2015) ส่วนผลดีต่อบุตร คือ การที่บิดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ทำให้มีปฏิสัมพันธ์กับบุตร ได้สัมผัส อุ้ม อยู่ใกล้ชิด และเล่นกับบุตร จะทำให้นุตรมีพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจเหมาะสมตามวัย มีระดับเชาวน์ปัญญาที่ดี และมีการควบคุมอารมณ์ได้ดี (Kroll, Carson, Redshaw, & Quigley, 2016)

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลครอบครัวประกอบด้วยหน้าที่บิดาปฏิบัติพฤติกรรมดูแลครอบครัว 3 กลุ่ม (Lamb, 2004) คือ 1) พฤติกรรม

การดูแลมารดาและทารกโดยตรง (engagement) หมายถึง การที่บิดามีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับมารดาและบุตร การมีปฏิสัมพันธ์ของบิดาโดยตรงต่อมารดา ได้แก่ การดูแลมารดาหลังคลอด (ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม มารดาอาจมีภาวะไม่สุขสบายหลังคลอด บิดาสามารถช่วยเหลือบรรเทาความไม่สุขสบายตามอาการ เช่น ช่วยมารดาเปลี่ยนอิริยาบถ ดูแลความสะอาดของร่างกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ รวมถึงการดูแลพามารดาไปตรวจสุขภาพหลังคลอด) การแสดงออกถึงความรักห่วงใย เห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่มารดา (โดยการให้กำลังใจแก่มารดาเมื่อมารดาแสดงบทบาทการเป็นมารดา การเปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกหรือระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ) (Nelson, 2014) ส่วนการมีปฏิสัมพันธ์ของบิดาโดยตรงต่อบุตร ได้แก่ บิดาอาบน้ำบุตร แต่งตัวให้นุตร อุ้มบุตร และส่งเสริมพัฒนาการของบุตร (โดยบิดาเล่น พูดคุยกับบุตร จัดหาของเล่นสีสันสะดุดตาที่เคลื่อนไหวได้ เปิดเพลงให้นุตรฟัง) (Goodall & Montgomery, 2014) 2) พฤติกรรมที่บิดาช่วยให้ครอบครัวพึงพาได้ (accessibility) เป็นการที่บิดาให้เวลาแก่มารดาและบุตรเมื่อครอบครัวต้องการโดยบิดาจัดสรรเวลาส่วนตัวให้แก่ภรรยาและบุตรให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเมื่อมีเหตุการณ์ผิดปกติเกิดขึ้นกับมารดาหรือบุตร คอยช่วยเหลือเมื่อมารดาเหนื่อยล้าในการทำงานบ้าน ช่วยยกของหนัก ช่วยเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งช่วยทำกิจกรรมนอกบ้านแทนมารดา (Nelson, 2014) และ 3) พฤติกรรมการทำหน้าที่อื่นต่อครอบครัว (responsibility) ได้แก่ การที่บิดาเป็นหลักในการรับผิดชอบหารายได้เลี้ยงดูครอบครัว วางแผนการใช้จ่ายในครอบครัว บริหารจัดการตอบสนองความต้องการของมารดาและบุตร เช่น ศึกษาหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแล

มารดาและบุตร สังกะตอาการผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจของมารดาและบุตรอย่างสม่ำเสมอ เตือนมารดาให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมในระยะเวลาหลังคลอด พุดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดหลังคลอด ป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับบุตร (เช่น ไม่สูบบุหรี่ ไม่จุกดื่ยกันยุงไว้ใกล้บุตร ดูแลไม่ให้ทางเดินหายใจของบุตรถูกอุดกั้น) (Nelson, 2014; Twamley, Brunton, Sutcliffe, Hinds, & Thomas, 2013) อย่างไรก็ตาม บิดาจะแสดงออกถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวแตกต่างกันไป

การมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลครอบครัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ด้าน (Lamb, 2004) คือ 1) แรงจูงใจ (motivation) ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา การรับรู้บทบาทของเพศชาย ความเชื่อเกี่ยวกับการเป็นบิดา และความมุ่งมั่นในการเป็นบิดา 2) ทักษะและความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเป็นบิดา (skills and self-confidence) ได้แก่ ความสามารถในการเป็นบิดา และความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี 3) การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด (social support and stress) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่ครองและการสนับสนุนจากแหล่งอื่น ส่วนความเครียดอาจเป็นความเครียดในเรื่องทั่วไป และความเครียดจากการเป็นบิดา และ 4) นโยบายและแนวการปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพ (institutional policies and practice) ได้แก่ นโยบายของสถานบริการสุขภาพและแนวปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพในด้านการส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและบุตร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ศึกษาตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา และศึกษาตัวแปรต้น 4 ตัวแปร คือ ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา (จากปัจจัยด้านแรงจูงใจ) ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี (จากปัจจัยด้านทักษะและความเชื่อมั่นในตนเอง

เกี่ยวกับการเป็นบิดา) สัมพันธภาพระหว่างคู่ครองและความเครียด (จากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและความเครียด) เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความเกี่ยวข้องของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว คือ บิดาที่มีประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาของตนเองดี จะมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวดี (Brown, Kogan, & Kim, 2018) ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว คือ บิดาที่มั่นใจว่าตนเองจะสามารถเป็นบิดาที่ดีของบุตรได้ จะมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวดี (Trahan, 2018) สัมพันธภาพระหว่างคู่ครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว คือ บิดาที่มีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองดี จะมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวดี (Kwok, Ling, Leung, & Li, 2013) ส่วนความเครียดของบิดามีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว คือ บิดาที่มีความเครียดสูง จะมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวน้อย (สุภกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ กั้นระรักษา, 2558)

งานวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลมารดาและบุตรทั้งในบิดาวัยผู้ใหญ่และบิดาวัยรุ่น (Murshid, 2016) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยพบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาเฉพาะวัยผู้ใหญ่ (ชลดา สติปัญญา, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2559; สุภกร ไชยนา และคณะ, 2558; แสงเดือน ศิริพร, 2559) แต่ผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นไทย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด ที่ร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บิดาวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวบิดาวัยรุ่น

วัตถุประสงค์การวิจัย

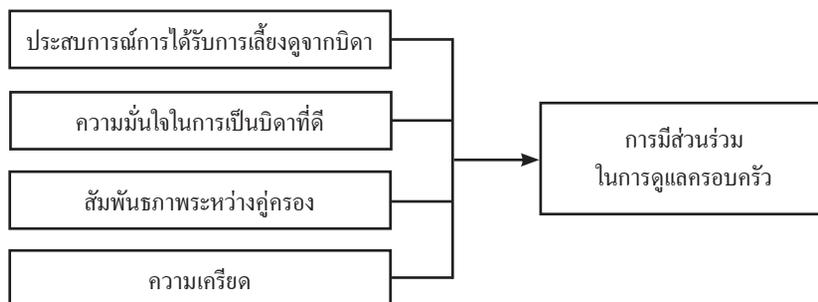
1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด ที่ร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก

สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด ร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Lamb (2004) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ด้าน คือ แรงจูงใจ ทักษะและความเชื่อมั่นในตนเอง เกี่ยวกับการเป็นบิดา การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด และนโยบายและแนวการปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพ โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา และศึกษาตัวแปรต้น 4 ตัวแปร คือ ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา (จากปัจจัยด้านแรงจูงใจ) ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี (จากปัจจัยด้านทักษะและความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเป็นบิดา) สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด (จากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและความเครียด) เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความเกี่ยวข้องของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาของตนเอง (Brown et al., 2018) ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี (Trahan, 2018) สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง (Kwok et al., 2013) แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (ศุภกร ไชยนา และคณะ, 2558) สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นวัยรุ่นชาย (อายุไม่เกิน 18 ปี) ที่มีบุตรครั้งแรก ที่ภรรยาตรวจสุขภาพหลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลนครปฐมและโรงพยาบาลราชบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ในวัยเด็กได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาของตนเอง 2) ภรรยาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 3) มีบุตรแรกเกิดสุขภาพแข็งแรง 4) อยู่ร่วมกันกับภรรยาหลังคลอดและบุตรในช่วง 4-6 สัปดาห์แรกหลังคลอด 5) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้คล่องทั้งการพูด การอ่าน และการเขียน และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2014) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1988) สำหรับสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรง (linear multiple regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 108 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบวัดไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (ประเวศน์ มหารัตน์สกุล, 2557) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 119 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 60 คน และจากโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 59 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา ประกอบด้วยข้อคำถาม

เกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ชนิดของครอบครัว และการวางแผนในการมีบุตรครั้งนี้ และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และวิถีคลอด รวมจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพ่อของฉันของชไมพร ใจแปง (2555) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี จำนวน 6 ข้อ และด้านการสื่อสารระหว่างบิดากับบุตร จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ไม่จริงที่สุด จนถึง จริงที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-60 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาอย่างไม่เหมาะสม และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาอย่างเหมาะสม

ชุดที่ 3 แบบวัดความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นมาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale) เป็นเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร โดยด้านซ้ายสุดของเส้น หมายถึง ไม่มั่นใจเลยว่าตนเองเป็นบิดาที่ดี ส่วนด้านขวาสุดของเส้น หมายถึง มั่นใจอย่างยิ่งว่าตนเองเป็นบิดาที่ดี คะแนนเต็ม คือ 10 คะแนน โดยให้บิดาทำเครื่องหมายกากบาทบนเส้นตรงที่ตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกถึงความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี ให้คะแนนโดยใช้ไม้บรรทัดวัดระยะห่างจากด้านซ้ายสุดของเส้นถึงเครื่องหมายกากบาท มีหน่วยเป็นเซนติเมตร ค่าที่วัดได้เป็นคะแนนความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สำหรับ

การแปลผลคะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง มีความมั่นใจน้อยในการเป็นบิดาที่ดี และคะแนนสูง หมายถึง มีความมั่นใจมากในการเป็นบิดาที่ดี

ชุดที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกันของคู่ครอง จำนวน 7 ข้อ ด้านความพึงพอใจในคู่ครอง จำนวน 4 ข้อ ด้านความผูกพันระหว่างคู่ครอง จำนวน 3 ข้อ และด้านการแสดงความรักของคู่ครอง จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 14 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ตั้งแต่ ไม่เป็นความจริงเลย จนถึง เป็นความจริงอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-90 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองดี

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเครียด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเครียดฉบับศรีธัญญา 5 ข้อ (Srithanya Stress Scale-5/ ST-5) ของกรมสุขภาพจิต (2559) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการตอบสนองต่อความเครียดทางร่างกาย จำนวน 2 ข้อ และด้านการตอบสนองต่อความเครียดทางจิตใจ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ตั้งแต่ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี จนถึง เป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเครียดน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเครียดมาก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการมี

ส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด ของศุภกร ไชยนา (2555) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการดูแลมารดาและทารกโดยตรง จำนวน 13 ข้อ ด้านพฤติกรรมที่บิดาอยู่ให้ครอบครัวพึ่งพาได้ จำนวน 6 ข้อ และด้านพฤติกรรมการทำหน้าที่อื่นต่อครอบครัว จำนวน 13 ข้อ รวมจำนวน 32 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ตั้งแต่ ไม่ตรงกับการกระทำเลย จนถึง ตรงกับการกระทำมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 32-128 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวมาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาล ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88 และค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .60-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำแบบสอบถามประสิทธิภาพการได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง แบบสอบถามความเครียด และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ไปทดลองใช้กับบิดาวัยรุ่นที่แผนกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลนครปฐม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน (Karami, 2017) หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .84, .83 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 02-07-2561 วันที่ 4

กันยายน 2561) คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม (เอกสารรับรอง เลขที่ 026/2018 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2561) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลราชบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ 036/2018 วันที่ 9 กันยายน 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชบุรี เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด และหัวหน้าคลินิกวางแผนครอบครัว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด และพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกสูตินรีเวช โรงพยาบาลราชบุรี รวมจำนวน 2 คน โดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และซักซ้อมการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลนครปฐม ส่วนผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลราชบุรี โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยพบมารดาขณะพักฟื้นที่หอผู้ป่วยหลังคลอด สอบถามเกี่ยวกับสามี หากสามีมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) แล้วนัดหมายการตอบแบบสอบถามและแบบวัดเมื่อกรรยามาตรวจสุขภาพหลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โดยใช้เวลา

ประมาณ 20 นาที ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างตอบในขณะกรรยารอดตรวจสุขภาพหลังคลอด จำนวน 80 คน ตอบที่บ้าน (กรรยารับแบบสอบถามและแบบวัดไปให้) และนัดรับคืนในสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก จำนวน 23 คน และตอบที่บ้านพร้อมถ่ายภาพส่งทางไลน์แอปพลิเคชัน จำนวน 16 คน ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนสิงหาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประชากรการได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ข้อมูลความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง ข้อมูลความเครียด และข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาวัยรุ่นรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก พบว่า บิดาวัยรุ่นรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกมีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 15-18 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 17-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 17.65 ปี ($SD = .68$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.90 ประกอบอาชีพเป็นลูกจ้างประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.50 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 12,505.46 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 77.30 และไม่ได้วางแผนในการมีบุตรครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 53.80

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา (กรรยามาตรวจสุขภาพของบิดาวัยรุ่นรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก) พบว่า มารดามีอายุ

ต่ำสุด-สูงสุด คือ 14-29 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 17-18 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 โดยมีอายุเฉลี่ย 17.64 ปี ($SD = 1.90$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.30 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 72.30 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.10 และวิถีคลอดคือ การคลอดเองทางช่องคลอด คิดเป็นร้อยละ 70.60

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก พบว่า บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยประสพการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาเท่ากับ 4.45 ($SD = .44$) มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดีเท่ากับ 7.63 ($SD = 2$) มีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองเท่ากับ 3.98 ($SD = .36$) และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเท่ากับ 1.80 ($SD = .26$)

3. การมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก พบว่า บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวเท่ากับ 3.14 ($SD = .30$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก พบว่า ประสพการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง และความเครียด ร่วมกันอธิบายการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 18.40 ($R^2 = .184, p < .001$) แต่มีตัวแปรเพียง 2 ตัวแปร (ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี และสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง) ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรที่มีผลมากที่สุด คือ สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง ($Beta = .345, p < .01$) รองลงมาคือ ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี ($Beta = .182, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก ($n = 119$)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p
ประสพการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา	.081	.162	.045	.496	.621
ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี	1.284	.624	.182	2.059	.042
สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง	.542	.152	.345	3.569	.001
ความเครียด	-.063	.417	-.014	-.151	.880

Constant = 49.135, $R = .429, R^2 = .184, \text{adj } R^2 = .156, F = 6.436, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นตอนปลาย ประกอบอาชีพ และมีรายได้เลี้ยงดูครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นตอนปลายมีพัฒนาการทางจิตใจ คือ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความภูมิใจในตนเอง และมีความรับผิดชอบต่อตนเองเพิ่มขึ้น (National Library of Medicine, 2020) จึงมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบในการดูแลมารดาและบุตร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกร ไชยนา และคณะ (2558) ที่พบว่า บิดาส่วนใหญ่มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวระยะหลังคลอดอยู่ในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดีมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของ บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จะทำให้นุคคลนั้นเพียรพยายามและอดทนในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย (Bandura, 1977) ซึ่งบิดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดีสูง ทำให้บิดาวัยรุ่นต้องการปฏิบัติ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นบิดาที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา สอดคล้องกับแนวคิดของ Lamb (2004) ที่กล่าวว่า บิดาที่มั่นใจว่าจะสามารถเป็นบิดาที่ดีได้ จะร่วมดูแลมารดาหลังคลอดและบุตร หรือมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Trahan (2018) ที่พบว่า ความเชื่อมั่นในสมรรถนะการเป็นบิดามีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา

ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของ บิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพกับคู่ครองที่ดี (มีความเห็นพ้องกัน ฟังพอใจ ผูกพัน และแสดงความรัก) ทำให้เข้าใจกัน ปรับตัวเข้าหากัน มีความสุข และช่วยกันแก้ปัญหา อีกทั้งการมีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองที่ดีอาจทำให้ คู่ครองฝ่ายหญิงเปิดโอกาสและสนับสนุนให้คู่ครองฝ่ายชายมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ส่งผลให้บิดาได้แสดงบทบาทการเป็นบิดา (Gershy & Omer, 2017) ทำให้สัมพันธภาพระหว่างคู่ครองมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตาสกร รักสกุล, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และนันทพร แสนศิริพันธ์ (2562) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่ครองทำนายนการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิดในผู้เป็นบิดาครั้งแรกได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของชลดดา สติปัญญา และคณะ (2559) ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hayward-Everson, Honegger, Glazebrook, Rabeno, and Yim (2018) ที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครองทำนายนการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาได้

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า แม้ว่าบิดาวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีประสบการณ์การได้รับการเลี้ยงดูจากบิดาค่อนข้างดี ในแง่การเป็นแบบอย่าง (เกี่ยวกับการประหยัด การทำโทษอย่างเหมาะสม การช่วยเหลือผู้อื่น การให้เกียรติเพศหญิง การไม่เล่นการพนัน การไม่ใช้

สารเสพติด) และการสื่อสารกับบุตร (เกี่ยวกับการมีเวลาให้การแสดงความรัก การปลอบโยนให้กำลังใจ และการติดต่อสัมพันธ์กับญาติ) แต่บิดาอาจได้เห็นแบบอย่างการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว (ทั้งการดูแลโดยตรง การอยู่เป็นที่พึ่งพาของครอบครัว และการทำหน้าที่อื่น) จากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บิดาของตนเอง ทำให้ประสบการณ์ที่ได้รับในอดีตจากบิดาของตนเองในแง่การเป็นแบบอย่างและการสื่อสารกับบุตร ไม่มีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับที่ Bandura (1977) กล่าวว่า บุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการได้เห็นแบบอย่างจดจำไว้ และเมื่อพบสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับที่เคยเห็น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านการเรียนรู้มานั้น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Hofferth, Pleck, and Vesely (2012) ที่พบว่า การได้รับประสบการณ์การเลี้ยงดูจากบิดาของตนเองมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดา (ศึกษาในชาวอเมริกันที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว)

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความเครียดในการวิจัยครั้งนี้เป็นปฏิกิริยาที่บุคคลตอบสนองต่อความเครียดทั่วไป แล้วแสดงอาการทางร่างกาย (ได้แก่ นอนไม่หลับ ไม่มีสมาธิ) และอาการทางจิตใจ (ได้แก่ หงุดหงิด เบื่อ ไม่อยากพบปะผู้คน) ซึ่งความเครียดนี้อาจไม่ใช่ความเครียดที่เฉพาะเจาะจงกับการเปลี่ยนบทบาทมาเป็นบิดา ทำให้ความเครียดไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชกร รักสกุล และคณะ (2562) ที่พบว่า ความเครียดไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในผู้เป็นบิดาครั้งแรกได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน

ศิริพร (2559) ที่พบว่า ความเครียดไม่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังบุตรเกิดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกหลังคลอดควรประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองและความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดีของบิดาวัยรุ่น หากพบว่าบิดาวัยรุ่นมีสัมพันธภาพระหว่างคู่ครองไม่ดีหรือไม่มี ความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี พยาบาลควรประเมินหาสาเหตุและให้คำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคล เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้บิดาวัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีกับคู่ครองและมีความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี อันจะทำให้บิดาวัยรุ่นมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวทั้งมารดาและทารกเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นกลุ่มอื่น เช่น บิดาวัยรุ่นที่ภรรยามีภาวะแทรกซ้อนหรือบุตรมีภาวะแทรกซ้อน

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลครอบครัวของบิดาวัยรุ่นที่มีบุตรครั้งแรก โดยสร้างเสริมความมั่นใจในการเป็นบิดาที่ดี และส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างคู่ครอง

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). *แบบสอบถามความเครียด (ST-5)*. สืบค้นจาก <http://www.dmh.go.th/test/qtest5/>
ชลดา สติปัญญา, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2559). สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดากับทารก และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(พิเศษ), 71-81.

- ชไมพร ใจแปง. (2555). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงบทบาทการเป็นบิดาของบิดาที่มีบุตรอายุ 2-5 ปี ในจังหวัดนครศรีธรรมราช* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิสาชล รักสกุล, พรรณพิไล ศรีอากรณ์, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). ปัจจัยทำนายการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในผู้เป็นบิดาครั้งแรกในระยะเวลาหลังบุตรเกิด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(3), 144-153.
- บุญฤทธิ สุขรัตน์. (2557). *การตั้งครรถ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตามประเมินผล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
- ประเวศน์ มหารัตน์สกุล. (2557). *หลักการและวิธีการเขียนงานวิจัย วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- ศุภกร ไชยนา. (2555). *ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะเวลาหลังคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศุภกร ไชยนา, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการักษ์ รัชรักษา. (2558). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการเข้ามามีส่วนร่วมของบิดาในระยะเวลาหลังคลอด. *พยาบาลสาร*, 42(1), 85-96.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2556). *สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย*. สืบค้นจาก <http://www.m-society.go.th>
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *สภาวะการมีบุตรของวัยรุ่นไทย*. สืบค้นจาก <http://www.m-society.go.th>
- แสงเดือน ศิริพร. (2559). *ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของบิดาในระยะเวลาหลังบุตรเกิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Authentic Masculinity. (2018). *The five responsibilities of a father*. Retrieved from <https://authenticmasculinity.com/responsibilities-of-a-father/>
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Brown, G. L., Kogan, S. M., & Kim, J. (2018). From fathers to sons: The intergenerational transmission of parenting behavior among African American young men. *Family Process*, 57(1), 165-180. doi:10.1111/famp.12273
- Chu, H. S., & Lee, H. (2019). Relationship between paternal psychological distress and involvement in childcare among fathers of preschool-aged children: Mediating effect of maternal psychological distress. *BMC Pediatrics*, 19(308). Retrieved from <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-019-1688-z>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Erlbaum.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2014). *G* Power Version 3.1.9.2*. Germany: University of Kiel.
- Gersh, N., & Omer, H. (2017). Engaging fathers in parent training: A qualitative study. *Journal of Family Psychotherapy*, 28(1), 38-58. doi:10.1080/08975353.2017.1283143

- Goodall, J., & Montgomery, C. (2014). Parental involvement to parental engagement: A continuum. *Educational Review*, *66*(4), 399–410. Retrieve from <https://doi.org/10.1080/00131911.2013.781576>
- Hayward-Everson, R. A., Honegger, L., Glazebrook, A., Rabeno, S., & Yim, K. (2018). Predictors of father involvement in a sample of low-income men enrolled in a responsible fatherhood program. *Social Work Research*, *42*(2), 84–94. doi:10.1093/swr/svy004
- Hofferth, S. L., Pleck, J. H., & Vesely, C. K. (2012). The transmission of parenting from fathers to sons. *Parenting: Science and Practice*, *12*(4), 282–305. doi:10.1080/15295192.2012.709153
- Karami, M. (2017). *Re: What's the minimum sample needed for reliability check ?*. Retrieved from https://www.researchgate.net/post/Whats_the_minimum_sample_needed_for_reliability_check/58a20b333d7f4b99233b6498/citation/download
- Kroll, M. E., Carson, C., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2016). Early father involvement and subsequent child behaviour at ages 3, 5, and 7 years: Prospective analysis of the UK millennium cohort study. *PLoS One*, *11*(9), 1–17. doi:10.1371/journal.pone.0162339
- Kwok, S., Ling, C. C. Y., Leung, C. L. K., & Li, J. C. M. (2013). Fathering self-efficacy, marital satisfaction, and father involvement in Hong Kong. *Journal of Child and Family Studies*, *22*(8), 1051–1060. doi:10.1007/s10826-012-9666-1
- Lamb, M. E. (Ed.). (2004). *The role of the father in child development* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Lewin, A., Mitchell, S. J., Waters, D., Hodgkinson, S., Southammakosane, C., & Gilmore, J. (2015). The protective effects of father involvement for infants of teen mothers with depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(5), 1016–1023. doi:10.1007/s10995-014-1600-2
- Matlakala, F. K., Makhubele, J. C., & Mashilo, M. W. (2018). Challenges of teenage fathers towards fatherhood in Vaalbank, Mpumalanga Province. *Gender & Behaviour*, *16*(3), 12013–12020.
- Milkie, M. A., & Denny, K. E. (2014). Changes in the cultural model of father involvement: Descriptions of benefits to fathers, children, and mothers in parents' magazine, 1926–2006. *Journal of Family Issues*, *35*(2), 223–253. doi:10.1177/0192513X12462566

- Murshid, N. S. (2016). Mothers' empowerment and father involvement in child health care in Bangladesh. *Children and Youth Services Review, 68*, 17–23. doi:10.1016/j.childyouth.2016.06.026
- National Library of Medicine. (2020). *Adolescent development*. Retrieved from <http://medlineplus.gov/ency/article/002003.htm>
- Nelson, K. (2014). *The everything father-to-be book: A survival guide for men* (3rd ed.). Avon, MA: Adams Media.
- Trahan, M. H. (2018). Paternal self-efficacy and father involvement: A bi-directional relationship. *Psychology of Men & Masculinity, 19*(4), 624–634. doi:10.1037/men0000130
- Twamley, K., Brunton, G., Sutcliffe, K., Hinds, K., & Thomas, J. (2013). Fathers' involvement and the impact on family mental health: Evidence from Millennium Cohort Study Analyses. *Community, Work & Family, 16*(2), 212–224. doi:10.1080/13668803.2012.755022
-

โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด: การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มี ความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง Measurement Model of Pain Catastrophizing: Testing Measurement Invariance between Acute and Chronic Pain Groups

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)¹

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)¹

ชวนชม พีชพันธุ์ไพศาล, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)² นุสรรา ประเสริฐศรี, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Chuanchom Peaschpunpisal, M.N.S. (Gerontological Nursing)² Nusara Prasertsri, Ph.D. (Nursing)³

Received: August 20, 2021 Revised: December 13, 2021 Accepted: December 14, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดและมารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 313 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

^{1,2} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: cardionursing@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Praboromarajchanok Institute

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, Chi-square test, independent *t*-test และการวิเคราะห์กลุ่มพหุโมเดลการวัด

ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมีค่า $\chi^2 = 218.93$, $df = 104$, $\chi^2/df = 2.11$, $p < .001$, RMSEA = .075, NFI = .96, CFI = .98 และ IFI = .98 2) รูปแบบและน้ำหนักองค์ประกอบโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมี $\Delta \chi^2 = 5.23$, $\Delta df = 13$ และค่าวิกฤตของ $\chi^2 = 5.89$ และ 3) รูปแบบ น้ำหนักองค์ประกอบ และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมี $\Delta \chi^2 = 39.46$, $\Delta df = 23$ และค่าวิกฤตของ $\chi^2 = 13.09$

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยไปใช้ในการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยที่มีความปวดเฉียบพลันหรือความปวดเรื้อรังภายใต้เงื่อนไขที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความปวดเฉียบพลัน ความปวดเรื้อรัง

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to test invariance measurement model of pain catastrophizing between acute and chronic pain groups. The samples consisted of 313 patients with pain who received medical services at Prapokkiao Hospital, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the demographic questionnaire and the Thai version of Pain Catastrophizing Scale with reliability as .87. Data were collected from February to July, 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, Chi-square test, independent *t*-test, and multi-group invariance analysis.

The research results revealed that 1) factor form of pain catastrophizing had invariance between acute and chronic pain groups ($\chi^2 = 218.93$, $df = 104$, $\chi^2/df = 2.11$, $p < .001$, RMSEA = .075, NFI = .96, CFI = .98, and IFI = .98); 2) factor form and matrix lambda X of pain catastrophizing had invariance between acute and chronic pain groups ($\Delta \chi^2 = 5.23$, $\Delta df = 13$, and critical χ^2 value = 5.89); and 3) factor form, matrix lambda X, and matrix theta delta of pain catastrophizing had variance between

acute and chronic pain groups ($\Delta \chi^2 = 39.46$, $\Delta df = 23$, and critical χ^2 value = 13.09).

This research suggests that health care providers should apply this Thai version of Pain Catastrophizing Scale for measuring pain catastrophizing of patients with acute or chronic pain in proper condition.

Keywords: Pain catastrophizing, Invariance measurement model, Acute pain, Chronic pain

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing) คือ ความคิดทางลบที่นำไปสู่การคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปกว่าความเป็นจริง (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995) ส่งผลให้เผชิญกับความปวดได้ไม่ดี (Mosegaard, Stilling, & Hansen, 2020) และรายงานระดับความปวดเพิ่มขึ้นได้ (Forsythe, Thorn, Day, & Shelby, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความเกี่ยวข้องและพยากรณ์ความปวดหรือผลลัพธ์อื่นที่สืบเนื่องจากความปวดทั้งในกลุ่มปวดเฉียบพลันและกลุ่มปวดเรื้อรัง (Birch, Stilling, Mechlenburg, Reinholdt, & Hansen, 2019; Block, Thorn, Kapoor, & White, 2017; Chen, Argoff, Crosby, & De, 2021; Nawai, Foust, Shi, You, & Leveille, 2020; Nieto, Green, Grodin, Cahill, & Ray, 2021; Thompson et al., 2020) การประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดย่อมมีประโยชน์ในการบริหารจัดการความปวดของบุคคล

เครื่องมือประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่ได้รับความนิยมมาก คือ แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (Pain Catastrophizing Scale [PCS]) ที่พัฒนา

โดย Sullivan et al. (1995) และถูกแปลไปใช้ในหลายประเทศ (Crombez, Eccleston, Baeyens, & Eelen, 1998; Meyer, Sprott, & Mannion, 2008; Miro, Nieto, & Huguet, 2008) ส่วนในประเทศไทย มีการแปลย้อนกลับและศึกษาโมเดลการวัดของแบบวัดดังกล่าว โดยยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรุ ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ลลิตา เดชาวุธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล (2563) ซึ่งพบว่า โมเดลการวัดแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง ความตรงผู้สมบูรณ์ และความตรงเชิงโครงสร้าง อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการศึกษาว่า โมเดลการวัดแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนี้มีความแปรเปลี่ยนไปตามความปวดเฉียบพลันหรือความปวดเรื้อรังหรือไม่

โมเดลการวัดที่ผ่านการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของการวัดจะทำให้ทราบความเท่าเทียมของโครงสร้างแบบวัดในกลุ่มหรือช่วงเวลาที่แตกต่างกันได้ (psychometric equivalence of a construct across group or across time) และสามารถใช่วัดตัวแปรในทุกกลุ่มได้หากพบว่าไม่มีความแปรเปลี่ยนเกิดขึ้น (Putnick & Bornstein, 2016) ในทางตรงกันข้าม ต้องระมัดระวังการเปรียบเทียบผลการศึกษาระหว่างกลุ่มหากผลการทดสอบพบ

ความแปรเปลี่ยนของโมเดล การศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดพบว่าความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่พัฒนาโดย Sullivan et al. นั้น ไม่แปรเปลี่ยนในกลุ่มที่ไม่มี ความปวด กลุ่มที่ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง และกลุ่มที่ปวดจากโรคไฟโบรไมอัลเจีย (Damme, Crombez, Bijttebier, Goubert, & Houdenhove, 2002) ไม่แปรเปลี่ยนในกลุ่มที่ปวดกระดูกและกล้ามเนื้อในตำแหน่งต่างๆ กัน (Severeijns, van den Hout, Vlaeyen, & Picavet, 2002) ไม่แปรเปลี่ยนในกลุ่มที่ไม่มี ความปวดและกลุ่มที่มีความปวด (Miro et al., 2008) และ ไม่แปรเปลี่ยนในกลุ่มที่มีความปวดต่างกัน (Bonafe, Campos, Maroco, & Campos, 2019) จากความสำคัญต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น จึงมีความจำเป็นต้องทำการศึกษาค่าความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยที่มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาดีขั้น สามารถนำไปร่วมประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความปวดของผู้รับบริการได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โมเดลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) ประกอบด้วย 3 มิติ คือ การครุ่นคิด

แต่เรื่องความปวด (rumination) การขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) รวมข้อคำถาม 13 ข้อ โดยทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนตามกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลัน (ปวดน้อยกว่า 3 เดือน) และกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง (ปวด 3 เดือนขึ้นไป) ซึ่งคาดการณ์คำตอบจากผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่ไม่แปรเปลี่ยนในกลุ่มที่ไม่มี ความปวด และกลุ่มที่มีความปวด (Miro et al., 2008) และกลุ่มที่มีความปวดต่างกัน (Bonafe et al., 2019)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีความปวดและมารับบริการที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ที่มีความปวดเฉียบพลันหรือความปวดเรื้อรังจากโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคในช่องท้อง หรือโรคมะเร็ง ที่มารับการรักษาที่คลินิกกระดูกและกล้ามเนื้อ คลินิกกายภาพบำบัด คลินิกความปวด คลินิกมะเร็ง หรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) กลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลัน ต้องอยู่ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ส่วนกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ต้องมีประวัติความปวดอย่างน้อย 3 เดือน 3) มีประสบการณ์ความปวดในรอบสัปดาห์ที่ผ่านมา 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination [TMSE]) 5) รู้สึกตัวดี และ

6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง คือ 10 เท่า ของจำนวนข้อคำถาม ตามหลักการวิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Schumacker & Lomax, 2004) ข้อคำถามความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีจำนวน 13 ข้อ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 130 คนต่อกลุ่มรวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 260 คน และเพื่อเป็นการแก้ปัญหาความไม่สมบูรณ์ของคำตอบ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ตามสูตรการปรับค่าตัวอย่าง (Overall, Tonidandel, & Starbuck, 2006) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 326 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากผู้ที่มีความปวดเฉียบพลันและผู้ที่มีความปวดเรื้อรัง กลุ่มละ 163 คน แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีจำนวนลดลง จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน และ 158 คน ตามลำดับ รวมจำนวน 313 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพียงพอ

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ และระดับการศึกษา จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย ที่ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2563) แปลและตรวจสอบโมเดลการวัดจากแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (Pain Catastrophizing Scale) ของ Sullivan et al. (1995) ซึ่งได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือแล้ว แบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) จำนวน 3 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) จำนวน 4 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถใน

การจัดการกับความปวดได้ (helplessness) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่มีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ มีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ เล็กน้อย มีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ ปานกลาง และมีความคิดหรือความรู้สึกตามเหตุการณ์นั้น ๆ มาก และตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ น้อยกว่า 30 คะแนน (น้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75) หมายถึง non extreme catastrophizer และมากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75) หมายถึง extreme catastrophizer (Sullivan, 2009) แบบวัดต้นฉบับมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87 ส่วนความเชื่อมั่นในมิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ มีค่าเท่ากับ .66, .87 และ .78 ตามลำดับ ทั้งนี้ ยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2563) ได้ทำการตรวจสอบโมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย พบว่ามีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี โดยมีค่า $\chi^2 = 88.73$, $df = 40$, $\chi^2/df = 2.22$, $p < .001$, RMSEA = .048, NFI = .99 และ CFI = 1 มีความตรงสู่สมบูรณ (convergent validity) จากค่าเฉลี่ยความแปรปรวนที่ถูกสกัดได้ของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดทั้งสามมิติ (Rho V) อยู่ในช่วง .54-.67 ($\geq .50$) (Ahmad, Zulkurnain, & Khairushalimi, 2016; Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010) และมีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (construct reliability) จากค่าความเชื่อมั่นของตัวแปรแฝงความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดทั้งสามมิติ (Rho C) อยู่ในช่วง .89-.91 ($\geq .60$) (Ahmad et al., 2016; Hair Jr

et al., 2010) และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 001/64 วันที่ 25 มกราคม 2564) คณะผู้วิจัย จึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษา เป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า เข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาล จำนวน 2 คน โดยมีการประชุมทำความเข้าใจเนื้อหาของข้อคำถามและวิธีการถามจนเข้าใจตรงกัน จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามและแบบวัด โดยใช้เวลาคนละ 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 24 และโปรแกรม LISREL เวอร์ชัน 10.2 โดยข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลเรื่องเพศ ระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลเรื่องอายุ ระหว่างกลุ่มที่มีความปวด

เฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลเรื่องระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ทั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดรายข้อ ด้วยสถิติ skewness และ kurtosis โดยใช้เกณฑ์พิจารณาในจำนวนตัวอย่าง 300 คนขึ้นไป ซึ่งกำหนดค่า skewness < 2; kurtosis < 7 (Kim, 2013) และทดสอบความแปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดด้วยสถิติการวิเคราะห์กลุ่มพหุโมเดลการวัด โดยกำหนดดัชนีบ่งชี้ความไม่แปรเปลี่ยนของรูปแบบโมเดลระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ได้แก่ $\chi^2/df < 3$; RMSEA < .08; CFI > .95; NFI > .95 (Hair Jr et al., 2010; Tabachnick & Fidell, 2013) ทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลนำหน้าองค์ประกอบ โมเดลความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต และโมเดลความแปรปรวนขององค์ประกอบ โดยเทียบค่าผลต่างของ Chi-square ($\Delta \chi^2$) แต่ละคู่กับค่าวิกฤตของ Chi-square (χ^2)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันและกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.50 มีอายุเฉลี่ย 52.28 ปี ($SD = 15.42$) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.70 ส่วนกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.60 มีอายุเฉลี่ย 54.32 ปี ($SD = 13.30$) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.60 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง พบผลดังนี้

2.1 รูปแบบโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมีค่า $\chi^2 = 218.93$, $df = 104$, $\chi^2/df = 2.11$, $p < .001$, RMSEA = .075, NFI = .96, CFI = .98 และ IFI = .98

2.2 รูปแบบและน้ำหนักองค์ประกอบโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลัน

กับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมี $\Delta \chi^2 = 5.23$, $\Delta df = 13$ และค่าวิกฤตของ $\chi^2 = 5.89$

2.3 รูปแบบ น้ำหนักองค์ประกอบ และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง โดยมี $\Delta \chi^2 = 39.46$, $\Delta df = 23$ และค่าวิกฤตของ $\chi^2 = 13.09$

ผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง (n = 313)

โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	χ^2	df	χ^2/df	p	RMSEA	NFI	CFI	IFI
Model 1 รูปแบบโมเดลการวัด	218.93	104	2.11	< .001	.075	.96	.98	.98
Model 2* รูปแบบและน้ำหนักองค์ประกอบโมเดลการวัด	224.16	117	1.91	< .001	.078	.96	.98	.98
Model 3** รูปแบบ น้ำหนักองค์ประกอบ และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตโมเดลการวัด	263.62	140	1.88	< .001	.080	.95	.97	.97
Model 4 รูปแบบ น้ำหนักองค์ประกอบ ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต และความแปรปรวนขององค์ประกอบโมเดลการวัด	หยุดการทดสอบ เนื่องจากรูปแบบ น้ำหนักองค์ประกอบ และความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกตโมเดลการวัด (Model 3) มีความแปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง							

หมายเหตุ: * $\Delta \chi^2_{\text{Model 2-1}} = 5.23$, $\Delta df_{\text{Model 2-1}} = 13$; ค่าวิกฤตของ χ^2 ที่ $df = 13$, $\alpha = .05 = 5.89$

** $\Delta \chi^2_{\text{Model 3-2}} = 39.46$, $\Delta df_{\text{Model 3-2}} = 23$; ค่าวิกฤตของ χ^2 ที่ $df = 23$, $\alpha = .05 = 13.09$

$\Delta \chi^2 < \chi^2$ จากค่าวิกฤต แปลผลว่า โมเดลไม่แปรเปลี่ยน

RMSEA = root mean square error of approximation, NFI = normed fit index,

CFI = comparative fit index, IFI = incremental fit index

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังเฉพาะในรูปแบบโมเดลและน้ำหนักองค์ประกอบ แต่แปรเปลี่ยนในความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต ผลการวิจัยครั้งนี้จัดเป็นโมเดลการวัดที่มีความไม่แปรเปลี่ยนตามกลุ่มความปวดเฉียบพลันและกลุ่มความปวดเรื้อรังในระดับอ่อน (weak invariance) (Starkweather, 2015) ทั้งนี้ การที่โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมนี้ มีความแปรเปลี่ยนตามความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต ถือเป็นเหตุการณ์ที่พบได้บ่อย เพราะมีโอกาสน้อยมากที่ผลการวิจัยจะไม่ปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย ในการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของพารามิเตอร์ความคลาดเคลื่อนของตัวแปรสังเกต ซึ่งถือเป็นการทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนแบบเข้มงวด (strict invariance) (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2554)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการขยายองค์ความรู้ของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยยศพล เหลืองโสมนภา และคณะ (2563) ว่ามีความไม่แปรเปลี่ยนในรูปแบบและน้ำหนักองค์ประกอบของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างประชาชนไทยที่มีความปวดเฉียบพลันกับที่มีความปวดเรื้อรัง หมายความว่า สามารถใช้แบบวัดนี้ในการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดได้ แต่เมื่อต้องการเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ผู้ใช้แบบวัดนี้จะต้องคำนึงเสมอว่า ค่าคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดที่แตกต่างกันนั้น

สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งจาก 1) ความแตกต่างของตัวแปรจัดกระทำที่ใส่ให้แก่ผู้ที่มีความปวด (intervention) ที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดความคิด กลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ เป็นต้น และ 2) ความแปรเปลี่ยนของผลการวัดร่วมด้วย (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2554) ทั้งนี้ การที่โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด มีความแปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังไม่ครบถ้วนทั้งรูปแบบโมเดลและพารามิเตอร์ทุกค่าของโมเดลจนทำให้เป็นความไม่แปรเปลี่ยนระดับอ่อนนี้ เป็นเพราะว่าความปวดเป็นประสบการณ์ของบุคคลต่อเนื่องที่บาดเจ็บหรือคล้ายจะบาดเจ็บ และเกี่ยวข้องกับความรู้สึกและอารมณ์ (Moriarty, McGuire, & Finn, 2011) ผู้ที่มีความปวดเรื้อรังย่อมมีประสบการณ์ความปวดที่รุนแรงในระยะแรก และยังคงเผชิญรูปแบบความปวดที่อาจเปลี่ยนแปลงแต่มีความยาวนาน ต่างจากผู้ที่มีความปวดเฉียบพลันที่อาจมีความปวดรุนแรงจนก่อให้เกิดความไม่สบายทางอารมณ์ แต่ใช้ประสบการณ์ที่สั้นกว่า ขณะที่ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนั้นเป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากจนนำไปสู่การตีความหรือคาดคะเนประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง (Sullivan et al., 1995) ยิ่งบุคคลเผชิญกับความปวดยาวนานย่อมมีโอกาสเกิดการตีความหรือคาดคะเนความปวดที่แตกต่างออกไปได้ อย่างไรก็ตาม แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยนี้สามารถใช้ประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดได้ เพียงแต่ระมัดระวังในการใช้เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังที่ได้รับกิจกรรมจัดกระทำที่ต่างกัน ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

อย่างไรก็ตาม การที่ผลการวิจัยพบว่า โมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดใน

ประชาชนไทย มีความไม่แปรเปลี่ยนระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ไม่ครบถ้วนทั้งรูปแบบโมเดลและพารามิเตอร์ทุกค่าของโมเดลจนทำให้เป็นความไม่แปรเปลี่ยนระดับอ่อนนี้ ยังควรคำนึงถึงตัวแปรกำกับอื่นที่อาจส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังได้ คือ ความวิตกกังวลต่อความปวด ความเครียดต่อความปวด หรือภาวะซึมเศร้า (depression) เพราะภาวะต่างๆ เหล่านี้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรด้านจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความปวดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (Khan et al., 2011) และเป็นตัวแปรที่พบร่วมกับผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงความปวดเรื้อรังไปด้วย ผลของการมีภาวะซึมเศร้าจะทำให้ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ที่มีความปวดเรื้อรังแตกต่างจากผู้ที่มีความปวดเฉียบพลันได้ ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ระมัดระวังในการวัดความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดหรือผลลัพธ์ของความปวด โดยควบคุมอิทธิพลของภาวะซึมเศร้าเสมอ ดังตัวอย่างการศึกษาที่มีการหาความสัมพันธ์ของความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับระดับความปวดภายใต้การควบคุมอิทธิพลของภาวะซึมเศร้า (Domenech, Sanchis-Alfonso, Lopez, & Espejo, 2013)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ผู้ที่จะนำแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทยไปใช้ควรตระหนักถึงจุดประสงค์การใช้ที่เหมาะสม โดยสามารถใช้แบบวัดนี้ได้โดยไม่มีปัญหาในการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่มที่มีความปวด

เฉียบพลันหรือกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรังกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เช่น การศึกษาเชิงพรรณนา แต่หากต้องการเปรียบเทียบความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ควรคำนึงถึงความไม่เท่าเทียมกันในการสรุปคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมระหว่างสองกลุ่มนี้ด้วย โดยเฉพาะการได้รับกิจกรรมที่แตกต่างระหว่างกลุ่ม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความไม่แปรเปลี่ยนของโมเดลการวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดระหว่างกลุ่มที่มีความปวดเฉียบพลันกับกลุ่มที่มีความปวดเรื้อรัง ภายใต้การควบคุมตัวแปรกำกับอื่นที่คาดว่าจะมีผลต่อความแตกต่างได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2554). การทดสอบความไม่แปรเปลี่ยนของการวัดระหว่างกลุ่มผู้ถูกวัดด้วยการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*, 1(1), 69-80.

ยศพล เหลืองโสภณภา, นุสรา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, สถิตา เดชาวุธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล. (2563). โมเดลการวัดของแบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 33-42.

Ahmad, S., Zulkurnain, N. A., & Khairushalimi, F. I. (2016). Assessing the validity and reliability of a measurement model in structural equation modeling (SEM). *British Journal of Mathematics & Computer Science*, 15(3), 1-8. doi:10.9734/BJMCS/2016/25183

- Birch, S., Stilling, M., Mechlenburg, I., Reinholdt, M. B., & Hansen, T. B. (2019). Association between pain catastrophizing, physical function and pain at first visit in the outpatient knee clinic. *The Knee*, *26*(6), 1286–1291. doi:10.1016/j.knee.2019.08.012
- Block, P. R., Thorn, B. E., Kapoor, S., & White, J. (2017). Pain catastrophizing, rather than vital signs, associated with pain intensity in patients presenting to the emergency department for pain. *Pain Management Nursing*, *18*(2), 102–109. doi:10.1016/j.pmn.2016.12.001
- Bonafe, F. S. S., Campos, L. A., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2019). Pain catastrophizing: Rumination is a discriminating factor among individuals with different pain characteristic. *Brazilian Oral Research*, *33*(3), 1–12. doi:10.1590/1807-3107bor-2019.vol33.0113
- Chen, A., Argoff, C., Crosby, E., & De, E. J. (2021). Chronic pelvic pain patients demonstrate higher catastrophizing in association with pelvic symptoms and comorbid pain diagnoses. *Urology*, *150*, 146–150. doi:10.1016/j.urology.2020.06.055
- Crombez, G., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, *75*(2–3), 187–198. doi:10.1016/s0304-3959(97)00219-4
- Damme, S. V., Crombez, G., Bijttebier, P., Goubert, L., & Houdenhove, B. V. (2002). A confirmatory factor analysis of the Pain Catastrophizing Scale: Invariant factors structure across clinical and non-clinical populations. *Pain*, *96*(3), 319–324. doi:10.1016/S0304-3959(01)00463-8
- Domenech, J., Sanchis-Alfonso, V., Lopez, L., & Espejo, B. (2013). Influence of kinesiophobia and catastrophizing on pain and disability in anterior knee pain patients. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, *21*(7), 1562–1568. doi:10.1007/s00167-012-2238-5
- Forsythe, L. P., Thorn, B., Day, M., & Shelby, G. (2011). Race and sex differences in primary appraisals, catastrophizing, and experimental pain outcomes. *The Journal of Pain*, *12*(5), 563–572. doi:10.1016/j.jpain.2010.11.003
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Khan, R. S., Ahmed, K., Blakeway, E., Skapinakis, P., Nihoyannopoulos, L., Macleod, K., ... Athanasiou, T. (2011). Catastrophizing: A predictive factor for postoperative pain. *American Journal of Surgery*, *201*(1), 122–131. doi:10.1016/j.amjsurg.2010.02.007

- Kim, H.-Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52–54. doi:10.5395/rde.2013.38.1.52
- Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*(5), 469–478. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.12.004
- Miro, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2008). The Catalan version of the Pain Catastrophizing Scale: A useful instrument to assess catastrophic thinking in whiplash patients. *The Journal of Pain*, *9*(5), 397–406. doi:10.1016/j.jpain.2007.12.004
- Moriarty, O., McGuire, B. E., & Finn, D. P. (2011). The effect of pain on cognitive function: A review of clinical and preclinical research. *Progress in Neurobiology*, *93*(3), 385–404. doi:10.1016/j.pneurobio.2011.01.002
- Mosegaard, S. B., Stilling, M., & Hansen, T. B. (2020). Pain Catastrophizing Scale as a predictor of low postoperative satisfaction after hand surgery. *Journal of Orthopaedics*, *21*, 245–248. doi:10.1016/j.jor.2020.03.008
- Nawai, A., Foust, J. B., Shi, L., You, T., & Leveille, S. G. (2020). Is pain catastrophizing associated with poor mobility performance and falls in older adults?. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *91*, 104219. doi:10.1016/j.archger.2020.104219
- Nieto, S. J., Green, R., Grodin, E. N., Cahill, C. M., & Ray, L. A. (2021). Pain catastrophizing predicts alcohol craving in heavy drinkers independent of pain intensity. *Drug and Alcohol Dependence*, *218*, 108368. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108368
- Overall, J. E., Tonidandel, S., & Starbuck, R. R. (2006). Rule-of-thumb adjustment of sample sizes to accommodate dropouts in a two-stage analysis of repeated measurements. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15*(1), 1–11. doi:10.1002/mpr.23
- Putnick, D. L., & Bornstein, M. H. (2016). Measurement invariance conventions and reporting: The state of the art and future directions for psychological research. *Developmental Review*, *41*, 71–90. doi:10.1016/j.dr.2016.06.004
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Severeijns, R., van den Hout, M. A., Vlaeyen, J. W. S., & Picavet, H. S. J. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain, 99*(1–2), 367–376. doi:10.1016/s0304-3959(02)00219-1
- Starkweather, J. (2015). *Confirmatory factor analysis and structural equation modeling group differences: Measurement invariance*. Retrieved from https://it.unt.edu/sites/default/files/measinvar_1_jds_mar2015.pdf
- Sullivan, M. J. L. (2009). *The Pain Catastrophizing Scale: User manual* (5th ed.). Montreal, Quebec: Departments of Psychology, Medicine, and Neurology, School of Physical and Occupational Therapy, McGill University.
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment, 7*(4), 524–532. doi:10.1037//1040-3590.7.4.524
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Thompson, K., Kramarchuk, M., Yagnatovsky, M., Kunichoff, D., Zacchilli, M., Campbell, K. A., ... Strauss, E. (2020). Pain catastrophizing is associated with increased physical disability in patients with anterior knee pain. *Journal of Orthopaedics, 21*, 283–286. doi:10.1016/j.jor.2020.04.021
-

การแปลผลก๊าซในเลือดแดง และการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง Arterial Blood Gas Interpretation and Nursing Care of Patients with Acid-base Imbalance

ขวัญฤทัย พันธู, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹
Khunruetai Panthu, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

Received: September 9, 2021 Revised: October 17, 2021 Accepted: November 5, 2021

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงเป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินการทำงานของปอดด้านการระบายอากาศ ออกซิเจนในเลือด การแลกเปลี่ยนก๊าซ และภาวะกรด-ด่างในร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทันเวลาที่ ซึ่งภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างมักพบในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตที่มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจน ดังนั้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการควบคุมสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย และการปรับตัวของร่างกายต่อภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง สามารถวิเคราะห์และแปลผลก๊าซในเลือดแดงได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

คำสำคัญ: การแปลผล ก๊าซในเลือดแดง การพยาบาล ภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Praboromarajchanok Institute, E-mail: khanreothai@snc.ac.th

Abstract

Arterial blood gas (ABG) analysis is a laboratory examination in assessing the function of the lungs for ventilation, oxygenation, gas exchange, and acid-base status in order to address the malfunction in a timely manner. Acid-base imbalance is often found among critical patients, and they need to be treated by oxygen therapy. Therefore, nurses need to know and understand controlling of acid-base balance, and compensation of the acid-base imbalance as well as accurately interpret the results of arterial blood gas, including provide nursing care of patients with acid-base imbalance properly, this will prevent complications and the patients can return to normal daily life.

Keywords: Interpretation, Arterial blood gas, Nursing care, Acid-base imbalance

บทนำ

การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง (arterial blood gas [ABG]) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยวิกฤต เพื่อใช้ในการประเมินออกซิเจนในเลือด (oxygenation) ภาวะกรด-ด่างในร่างกาย (acid-base status) (Mohammed & Abdelatif, 2016) โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤตที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว เสียสมดุลกรด-ด่าง จากภาวะห้องรวงรุนแรง ไตวายเรื้อรัง หรือได้รับสารพิษเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างในร่างกายจะมีการปรับตัวชดเชยเพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติ หากไม่สามารถปรับตัวชดเชยได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างที่รุนแรงมากขึ้น การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงจะช่วยในการวินิจฉัยโรค เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจของแพทย์ในการให้การรักษาผู้ป่วย ส่วนพยาบาล

ซึ่งเป็นบุคลากรสำคัญในทีมสุขภาพเช่นกัน และต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ การควบคุมสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย การปรับตัวชดเชยของร่างกายเมื่อเกิดภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง อาการและอาการแสดงของภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ค่าปกติของผลก๊าซในเลือดแดง ขั้นตอนการแปลผลก๊าซในเลือดแดง แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง และตัวอย่างการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง เพื่อให้พยาบาลได้รับความรู้และนำไปใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์และแปลผลก๊าซในเลือดแดงเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลดีต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยต่อไป

การควบคุมสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย

เมื่อเกิดภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง ร่างกายจะปรับตัวชดเชยภาวะเสียสมดุลนี้ให้กลับสู่ภาวะสมดุล โดยผ่านระบบหรือกลไกต่างๆ ตามลำดับดังนี้ (จิราภรณ์ เศษะอุดมเดช, 2560; Jin, 2007; Mohammed & Abdelatif, 2016)

1. ระบบบัฟเฟอร์ (buffer system) ในช่วง 10-15 นาทีแรก โดยมีสารละลายบัฟเฟอร์ที่สำคัญคือ ไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) และกรดคาร์บอนิก (H_2CO_3) หากระบบบัฟเฟอร์ยังไม่สามารถปรับตัวชดเชยให้เกิดภาวะสมดุลกรด-ด่างได้ จะเข้าสู่กลไกต่อไป

2. กลไกการระบายอากาศ (ventilatory mechanism) โดยปอดมีการระบายอากาศเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามพยาธิสภาพของร่างกาย ส่งผลให้ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) และค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) เปลี่ยนแปลง

3. กลไกการเผาผลาญ (metabolic mechanism) โดยไตทำหน้าที่เป็นตัวกรองและดูดซึมกลับไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) และขับไฮโดรเจนไอออน (H^+) ออกมาขับปัสสาวะ

สรุปว่า การควบคุมสมดุลกรด-ด่างในร่างกายในช่วงแรกใช้ระบบบัฟเฟอร์ หากร่างกายยังไม่สามารถปรับตัวชดเชยได้ จะนำไปสู่กลไกการระบายอากาศและกลไกการเผาผลาญ ตามลำดับ เพื่อให้ร่างกายคงภาวะสมดุลกรด-ด่าง

การปรับตัวชดเชยของร่างกายเมื่อเกิดภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง

เมื่อร่างกายเกิดภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง จะมีการปรับตัวชดเชย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (Lampert, 2020)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase/ non-compensation) หมายถึง ระยะที่ร่างกายยัง

ไม่มีการปรับตัวชดเชย เมื่อตรวจก๊าซในเลือดแดง จะพบการเปลี่ยนแปลงของค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ที่ผิดปกติ ค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) และค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ค่าใดค่าหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลง อีกค่าหนึ่งปกติ

2. ระยะชดเชยบางส่วน (partial phase/ partial compensation) หมายถึง ระยะที่ร่างกายมีการปรับตัวชดเชยบางส่วน มีค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ผิดปกติ ส่วนค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) และค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) เปลี่ยนแปลงในทางตรงกันข้าม

3. ระยะชดเชยอย่างสมบูรณ์ (chronic phase/ completely compensation) หมายถึง ระยะที่มีการปรับตัวชดเชย โดยร่างกายพยายามปรับตัวให้ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) เป็นปกติ โดยค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) เท่ากับ 7.40 เพื่อพิจารณาค่าความเป็นกรด-ด่าง หาก pH น้อยกว่า 7.40 หมายถึง มีภาวะกรด (acidosis) และหาก pH มากกว่า 7.40 หมายถึง มีภาวะด่าง (alkalosis)

4. ระยะที่มีความผิดปกติทั้งการหายใจและการเผาผลาญ (mixed respiratory and metabolic) หมายถึง ระยะที่มีความผิดปกติทั้ง 2 ระบบ เมื่อตรวจก๊าซในเลือดแดงจะพบว่า ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) และค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ไม่มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากร่างกายไม่สามารถปรับตัวชดเชยได้อีกต่อไป ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

อาการและอาการแสดงของภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย

ภาวะเสียสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย บ่งบอกถึงความผิดปกติของร่างกายตามสาเหตุที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ ดังนี้

(Pietrangelo, 2017)

1. ภาวะเลือดเป็นกรด มีอาการและอาการแสดงดังนี้

1.1 กรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) มีอาการหัวใจเต้นผิดปกติ หายใจตื้นช้า ง่ายซึม ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจนหมดสติได้

1.2 กรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) มีอาการปวดศีรษะ หายใจเร็วลึก มีกลิ่นหวานเย็น คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติ อ่อนแรง ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงจนหมดสติได้

2. ภาวะเลือดเป็นด่าง มีอาการและอาการแสดงดังนี้

2.1 ด่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) มีอาการกระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็ว เหนือขาค่อนแรง เป็นลม ชัก และหมดสติ

2.2 ด่างจากการเผาผลาญ (metabolic alkalosis) มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดตามกล้ามเนื้อ หัวใจเต้นช้า ชัก และหมดสติ

ค่าปกติของผลก๊าซในเลือดแดง

ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นค่าที่บ่งบอกความเป็นกรด-ด่างในร่างกาย ผู้ที่ทำการแปลผลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับค่าปกติของผลก๊าซในเลือดแดง ซึ่งประกอบด้วยค่าต่างๆ ดังนี้ (พงศธราร วิจิตเวชไพศาล, 2553)

1. ความเป็นกรด-ด่าง (pH) ค่าปกติ คือ 7.35–7.45 หาก pH น้อยกว่า 7.35 หมายถึง มีความเป็นกรด (acidosis) และหาก pH มากกว่า 7.45 หมายถึง มีความเป็นด่าง (alkalosis)

2. ความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ค่าปกติ คือ 35–45 mmHg หาก PaCO_2 น้อยกว่า 35 mmHg หมายถึง การหายใจเป็นด่าง (respiratory alkalosis) และหาก

PaCO_2 มากกว่า 45 mmHg หมายถึง การหายใจเป็นกรด (respiratory acidosis)

3. ไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ค่าปกติ คือ 22–26 mEq/L หาก HCO_3^- น้อยกว่า 22 mEq/L หมายถึง การเผาผลาญเป็นกรด (metabolic acidosis) และหาก HCO_3^- มากกว่า 26 mEq/L หมายถึง การเผาผลาญเป็นด่าง (metabolic alkalosis)

4. ความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (PaO_2) ค่าปกติ คือ 80–100 mmHg หาก PaO_2 น้อยกว่า 80 mmHg หมายถึง ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย (mild hypoxemia) หาก PaO_2 น้อยกว่า 60 mmHg หมายถึง ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับปานกลาง (moderate hypoxemia) และหาก PaO_2 น้อยกว่า 40 mmHg หมายถึง ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับรุนแรง (severe hypoxemia)

5. ภาวะด่างเกิน (based excess [BE]) ค่าปกติ คือ ± 2 mEq/L หาก BE $- 2$ mEq/L หมายถึง ร่างกายมีภาวะเป็นกรด (acidosis) และหาก BE $+ 2$ mEq/L หมายถึง ร่างกายมีภาวะเป็นด่าง (alkalosis)

ขั้นตอนการแปลผลก๊าซในเลือดแดง

การแปลผลก๊าซในเลือดแดง พิจารณาตามค่าที่ปรากฏในผลการตรวจก๊าซในเลือดแดง ซึ่งประกอบด้วย ค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (PaO_2) และค่าภาวะด่างเกิน (BE) ซึ่งการแปลผลก๊าซในเลือดแดงมีขั้นตอนดังนี้ (Davis, Walsh, Sitting, & Restrepo, 2013; Woodruff, 2007)

1. พิจารณาค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) ว่าร่างกายมีความเป็นกรดหรือความเป็นด่าง

2. พิจารณาค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO_2) ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากพยาธิสภาพของระบบทางเดินหายใจ (respiratory)

3. พิจารณาค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากการทำงานของไต ทำให้เกิดการเผาผลาญ (metabolic)

4. พิจารณาค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด (PaO_2) ว่ามีภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือรุนแรง

5. พิจารณาค่าภาวะด่างเกิน (BE) ว่าร่างกายมีความเป็นกรดหรือความเป็นด่าง

6. แปลผลก๊าซในเลือดแดงโดยยึดค่าความเป็นกรด-ด่าง (pH) เป็นสาเหตุหลัก สาเหตุรอง คือ กลไกการชดเชย ทั้งแบบไม่ชดเชย ชดเชยบางส่วน และชดเชยอย่างสมบูรณ์ และตามด้วยระดับของภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (hypoxemia)

แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง มีแนวทางทั่วไป ดังนี้ (จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, 2560; Gill, 2019; Pietrangelo, 2017)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการติดตามสัญญาณชีพ เช่น อัตราการหายใจ หากผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย ดูแลให้ออกซิเจนหรือให้ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตามแผนการรักษาของแพทย์ หากพบความผิดปกติ รีบรายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือทันที

2. จัดทำนอนศีรษะสูง เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัวหายใจได้สะดวกขึ้น

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และลดการค้างของคาร์บอนไดออกไซด์

4. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ

5. ฟังเสียงปอด หากพบเสียงหวีด (wheezing) ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในกรณีที่มีความดันโลหิตต่ำ เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดที่เพียงพอ

7. ติดตามผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงซ้ำ เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะในรายที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

9. แนะนำให้หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในบุหรี่จะทำลายปอด และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการระคายเคืองในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดอาการหายใจลำบาก

10. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

11. แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เพราะจะส่งเสริมให้เกิดอาการหอบเหนื่อยเพิ่มมากขึ้น

12. แนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนให้ควบคุมน้ำหนัก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหายใจลำบาก

13. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1-8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดในร่างกายและความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก

ตัวอย่างการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง

การแปลผลก๊าซในเลือดแดง นอกจากจะพิจารณาค่าต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว สิ่งสำคัญ คือ จะต้องพิจารณาระดับของภาวะเลือดพร่องออกซิเจนจากค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด ซึ่งแสดงถึงกลไกการปรับตัวชดเชยของร่างกาย ดังตัวอย่างการแปลผลก๊าซในเลือดแดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง ต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 78 ปี เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีประวัติสูบบุหรี่มา 20 ปี รักษาไม่ต่อเนื่อง แรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการซึมลง

E4V3M5 หายใจช้า 12 ครั้ง/นาที ปลายมือปลายเท้า เป็นสีเขียวคล้ำ $O_2 \text{ Sat} = 89\%$ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน $BT = 37.2 \text{ }^\circ\text{C}$, $HR = 110$ ครั้ง/นาที, $BP = 130/80 \text{ mmHg}$ แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ On ventilator setting PCV, $RR = 20 \text{ bpm}$, $IP = 20 \text{ cmH}_2\text{O}$, $PEEP = 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, $FiO_2 = 1$ ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นดังนี้
pH 7.28 ลดลง มีความเป็นกรด (acidosis)
 $PaCO_2$ 60 mmHg เพิ่มขึ้น สาเหตุจากภาวะกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis)
 HCO_3^- 22 mEq/L ปกติ
 PaO_2 62 mmHg ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย (mild hypoxemia)
BE - 3 mEq/L มีภาวะเป็นกรด

การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดงพบว่า ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ($PaCO_2$) มีค่าสูง และค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ปกติ ดังนั้นร่างกายยังไม่มีอาการปรับตัวชดเชย (non-compensation) สาเหตุเกิดจากภาวะกรดจากการหายใจ (respiratory acidosis) พิจารณาค่า pH พบว่าลดลง และค่า BE เป็นลบ จึงมีความเป็นกรด และเมื่อพิจารณาค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด พบว่าน้อยกว่า 80 mmHg แสดงถึงภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย (mild hypoxemia)

สรุปการแปลผลก๊าซในเลือดแดง คือ มีภาวะกรดจากการหายใจเฉียบพลัน ร่วมกับภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย (acute respiratory acidosis with mild hypoxemia)

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด และระดับความรู้สึกตัว
2. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่าง

มีประสิทธิภาพ หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือทันที

3. จัดทำนอนศีรษะสูง เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว ปอดขยายได้ดีขึ้น

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และลดการรั้งของคาร์บอนไดออกไซด์

5. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ

6. ฟังเสียงปอด หากพบเสียงหวีด (wheezing) ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการระบายอากาศ

7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดที่เพียงพอ

8. ดูแลให้ออนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

9. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1-8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดในร่างกายและความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก

10. ติดตามผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงซ้ำ หลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี เป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี ญาติให้ประวัติว่า 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ถ่ายเหลวกะปริดกะปรอย รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะไม่ออก ผล Creatinine เพิ่มขึ้น แพทย์จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการสับสน DTX stat = 60 mg% ให้ 50% glucose IV push stat และเจาะ DTX ซ้ำ ทุก 1 ชั่วโมง (keep 80-200 mg%) $BT = 34.3 \text{ }^\circ\text{C}$, $RR = 32$ ครั้ง/นาที ลักษณะหอบลึก $PR = 74$ ครั้ง/นาที

สม้ำเสมอ BP = 84/45 mmHg, O₂ Sat = 91% แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ 0.9% NSS load total 1,500 ml then 120 ml/hr, BP ยัง drop จึงให้ Levophed 8 mg add in 5% D/W 500 ml IV drip 10 µd/m, On ventilator setting PCV, RR = 20 bpm, IP = 20 cmH₂O, PEEP = 5 cmH₂O, FiO₂ = 0.40 ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นดังนี้
 pH 7.24 ลดลง มีความเป็นกรด (acidosis)
 PaCO₂ 40 mmHg ปกติ
 HCO₃⁻ 8 mEq/L ลดลง สาเหตุจากภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis)
 PaO₂ 46 mmHg ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับปานกลาง (moderate hypoxemia)
 BE - 4 mEq/L มีภาวะเป็นกรด

การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดงพบว่า ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) ปกติ และค่าไบคาร์บอเนต (HCO₃⁻) ลดลง สาเหตุเกิดจากภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis) พิจารณาค่า pH พบว่าลดลง และค่า BE เป็นลบ จึงมีความเป็นกรด และเมื่อพิจารณาค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด พบว่าน้อยกว่า 60 mmHg แสดงถึงภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับปานกลาง (moderate hypoxemia)

สรุปการแปลผลก๊าซในเลือดแดง คือ มีภาวะกรดจากการเผาผลาญ ร่วมกับภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับปานกลาง (metabolic acidosis with moderate hypoxemia)

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด และระดับความรู้สึกตัว
2. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ หากพบความผิดปกติ รายงานแพทย์

เพื่อให้การช่วยเหลือทันที

3. จัดทำนอนศีรษะสูง เพื่อให้กะบังลมหย่อนตัว ปอดขยายได้ดีขึ้น
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการดูดเสมหะ เพื่อป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ
5. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ
6. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS load total 1,500 ml then 120 ml/hr และ Levophed 8 mg add in 5% D/W 500 ml IV drip 10 µd/m เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดที่เพียงพอ
7. ดูแลให้ได้รับ 7.5% Sodium bicarbonate (NaHCO₃) ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา เพื่อให้มีภาวะสมดุลกรด-ด่าง
8. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา โดย Keep DTX 80-200 mg%
9. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากอาการสับสน โดยยกราวกันเตียงขึ้น เพื่อป้องกันการตกเตียง
10. ติดตามผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงซ้ำ หลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 3 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี ญาติให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ปัสสาวะแสบขัด มีไข้ ชี้อายาลดไข้มารับประทานเอง อาการไม่ทุเลา 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หนาวสั่น ขณะนำส่งโรงพยาบาลมีอาการชักเกร็งทั้งตัว คลื่นไส้ อาเจียน 4 ครั้ง ผลโพแทสเซียม (K) ในเลือด = 2.30 mmol/L แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน ไม่รู้สึกตัว หายใจ หอบเหนื่อย เกร็งกระตุกทั้งตัว BT = 40 °C, RR = 42 ครั้ง/นาที ลักษณะหอบลึก HR = 136 ครั้ง/นาที BP = 72/39 mmHg, O₂ Sat = 90%, On ventilator setting PCV, RR = 16 bpm, IP = 20 cmH₂O,

PEEP = 5 cmH₂O, FiO₂ = 1 ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นดังนี้

pH 7.65 เพิ่มขึ้น มีความเป็นด่าง (alkalosis)

PaCO₂ 22 mmHg ลดลง สาเหตุจากภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis)

HCO₃⁻ 19 mEq/L ลดลง สาเหตุจากภาวะกรดจากการเผาผลาญ (metabolic acidosis)

PaO₂ 30 mmHg ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับรุนแรง (severe hypoxemia)

BE + 5 mEq/L มีภาวะเป็นด่าง

การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดงพบว่า ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaCO₂) และค่าไบคาร์บอเนต (HCO₃⁻) ลดลงทั้งคู่ แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กัน ดังนั้น ร่างกายมีการปรับตัวชดเชยบางส่วน (partial compensation) สาเหตุเกิดจากภาวะต่างจากการหายใจ (respiratory alkalosis) พิจารณาค่า pH พบว่าเพิ่มขึ้น และค่า BE เป็นบวก จึงมีความเป็นด่าง และเมื่อพิจารณาค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด พบว่าน้อยกว่า 40 mmHg แสดงถึงภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับรุนแรง (severe hypoxemia)

สรุปการแปลผลก๊าซในเลือดแดง คือ มีภาวะต่างจากการหายใจ ปรับตัวชดเชยบางส่วน ร่วมกับภาวะเลือดพร่องออกซิเจนระดับรุนแรง (partial compensated respiratory alkalosis with severe hypoxemia)

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการติดตามสัญญาณชีพ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเลือด และระดับความรู้สึกตัว

2. ลดการหายใจเร็วของผู้ป่วยลง โดยแพทย์อาจพิจารณาปรับลดอัตราการหายใจในเครื่องช่วยหายใจ

เพื่อเพิ่มคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ผู้ป่วยหายใจช้าลง และติดตามลักษณะการหายใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. ดูแลให้ได้รับยาระงับอาการอาเจียน เพื่อลดการสูญเสียกรดออกจากร่างกายจากน้ำย่อยที่ออกมา กับอาเจียน

4. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ และติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือดซ้ำ

5. ดูแลให้ได้รับยาสงบประสาท เพื่อลดอัตราการหายใจ และช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา เช่น กดศูนย์การหายใจ

6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดที่เพียงพอ

7. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1-8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดในร่างกายและความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก

8. ติดตามและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ

9. ติดตามผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงซ้ำ หลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 30 นาที - 1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างที่ 4 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 50 ปี ให้ประวัติว่า รับประทานผักดองแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากกว่า 10 ครั้ง และถ่ายอุจจาระมากกว่า 10 ครั้ง มีกลิ่นเหม็น แกร็บที่ห้องฉุกเฉิน มีอาการกระสับกระส่าย พูดจาสับสน ทำทางอ่อนเพลีย BT = 38.5 °C, RR = 38 ครั้ง/นาที ลักษณะหอบลึก HR = 128 ครั้ง/นาที ไม่สม่ำเสมอ BP = 80/50 mmHg, O₂ Sat = 96% ผลโพแทสเซียม (K) ในเลือด = 1.90 mmol/L ผลก๊าซในเลือดแดงเป็นดังนี้

pH 7.52 เพิ่มขึ้น มีความเป็นด่าง (alkalosis)

PaCO₂ 36 mmHg ปกติ

HCO_3^- 42 mEq/L เพิ่มขึ้น สาเหตุจากภาวะ
ต่างจากการเผาผลาญ (metabolic alkalosis)

PaO_2 78 mmHg ภาวะเลือดพร่องออกซิเจน
ระดับเล็กน้อย (mild hypoxemia)

BE + 5 mEq/L มีภาวะเป็นด่าง

การวิเคราะห์ผลก๊าซในเลือดแดงพบว่า
ค่าความดันย่อยของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด
(PaCO_2) ปกติ และค่าไบคาร์บอเนต (HCO_3^-)
เพิ่มขึ้น ดังนั้น ร่างกายยังไม่มี การปรับตัวชดเชย
(non-compensation) สาเหตุเกิดจากภาวะต่างจาก
การเผาผลาญ (metabolic alkalosis) พิจารณา
ค่า pH พบว่าเพิ่มขึ้น และค่า BE เป็นบวก จึงมีความ
เป็นด่าง และเมื่อพิจารณา ค่าความดันย่อยของออกซิเจน
ในเลือด พบว่าน้อยกว่า 80 mmHg แสดงถึงภาวะ
เลือดพร่องออกซิเจนระดับเล็กน้อย (mild hypoxemia)

สรุปการแปลผลก๊าซในเลือดแดง คือ มีภาวะ
ต่างจากการเผาผลาญ ร่วมกับภาวะเลือดพร่อง
ออกซิเจนระดับเล็กน้อย (metabolic alkalosis
with mild hypoxemia)

การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ มีดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย โดยการติดตาม
สัญญาณชีพ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
และระดับความรู้สึกตัว

2. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียมทดแทนทาง
ปากหรือทางหลอดเลือดดำ และติดตามระดับ
โพแทสเซียมในเลือดซ้ำ

3. บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทุก 1-8 ชั่วโมง
เพื่อประเมินการไหลเวียนเลือดในร่างกายและความสมดุล
ของสารน้ำเข้า-ออก

4. ดูแลให้ได้รับแคลเซียมกลูโคเนตในกรณี
ที่มีอาการชักกระตุก ตามแผนการรักษา

5. ดูแลแก้ไขสาเหตุของปัญหา เช่น ควบคุม
การอาเจียน แก้ไขภาวะต่าง เช่น ให้สารละลาย

โซเดียมคลอไรด์ทางหลอดเลือดดำ เพื่อเร่งการขับ
ไบคาร์บอเนตออกทางปัสสาวะ

6. ดูแลให้ได้รับยาไดอะม็อก (diamox/
acetazolamide) เพื่อขับไบคาร์บอเนตออกทางปัสสาวะ
ในกรณีที่มีอาการรุนแรงอาจให้แอมโมเนียมคลอไรด์
หรือกรดไฮโดรคลอริกผสมในน้ำทางหลอดเลือดดำ
เพื่อเพิ่มไฮโดรเจนไอออนและคลอไรด์ไอออน และ
ควรให้ทางหลอดเลือดดำใหญ่ๆ

7. ติดตามผลการตรวจก๊าซในเลือดแดงซ้ำ
หลังจากได้รับเครื่องช่วยหายใจอย่างน้อย 30 นาที -
1 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและการรักษา
อย่างต่อเนื่อง

จากตัวอย่างข้างต้นจะเห็นว่า ในการวิเคราะห์
และแปลผลก๊าซในเลือดแดงนั้น จำเป็นต้องทราบ
ค่าปกติของผลก๊าซในเลือดแดงและขั้นตอนการแปลผล
ก๊าซในเลือดแดง โดยพิจารณาความเป็นกรด-ด่าง
สาเหตุที่ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากการหายใจหรือ
การเผาผลาญ หรือทั้งสองสาเหตุ และยังคงพิจารณา
ระดับของภาวะเลือดพร่องออกซิเจน โดยพิจารณา
ค่าความดันย่อยของออกซิเจนในเลือด ส่วนการพยาบาล
ผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง จะต้องให้การพยาบาล
ที่สอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา อาการและอาการแสดง
ของผู้ป่วย รวมทั้งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

สรุป

การวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดงช่วยในการประเมิน
สภาพความเป็นกรด-ด่างของร่างกายและระดับ
ออกซิเจนในเลือด เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์วินิจฉัย
ติดตาม และรักษาอาการของผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะ
สมดุลของร่างกาย การที่พยาบาลเป็นบุคลากรที่
ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ
เกี่ยวกับการควบคุมสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ทั้งระบบ
บัฟเฟอร์ การระบายอากาศ และการเผาผลาญ

สามารถวิเคราะห์และแปลผลก๊าซในเลือดแดงได้อย่างถูกต้อง โดยยึดค่าความเป็นกรด-ด่างเป็นสาเหตุหลัก สาเหตุรอง คือ กลไกการชดเชย และตามด้วยระดับของภาวะเลือดพร่องออกซิเจน นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลกรด-ด่าง ทั้งภาวะกรดจากการหายใจ ภาวะกรดจากการเผาผลาญ ภาวะด่างจากการหายใจ และภาวะด่างจากการเผาผลาญ เพื่อเฝ้าระวัง ติดตาม และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันท่วงที เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง. ใน ประทุม สร้อยวงศ์ (บ.ก.), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (น. 47-54). เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์สมาร์ทไค้ทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- พงศัธรา วิจิตเวชไพศาล. (2553). An alternative approach to ABGs interpretation. *วิสัญญีสาร*, 36(1), 64-76.
- Davis, M. D., Walsh, B. K, Sitting, S. E., & Restrepo, R. D. (2013). AARC clinical practice guideline: Blood gas analysis and hemoximetry: 2013. *Respiratory Care*, 58(10), 1694-1703. doi:10.4187/respcare.02786
- Gill, R. S. (2019). *Respiratory alkalosis*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/301680-overview>
- Jin, K. A. (2007). *Acidosis*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/blood-ph>
- Lampert, L. (2020). *Interpreting ABGs (arterial blood gases) made easy*. Retrieved from <https://www.ausmed.com/cpd/articles/interpreting-abgs>
- Mohammed, H. M., & Abdelatief, D. A. (2016). Easy blood gas analysis: Implications for nursing. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*, 65(1), 369-376. doi:10.1016/j.ejcdt.2015.11.009
- Pietrangelo, A. (2017). *Acid-base balance*. Retrieved from <https://www.healthline.com/health/acid-base-balance>
- Woodruff, D. (2007). *Six steps to ABG analysis*. Retrieved from https://journals.lww.com/nursingcriticalcare/Fulltext/2007/03000/Six_steps_to_ABG_analysis.13.aspx

การช่วยเลิกบุหรี่: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล Smoking Cessation Assistance: Nurses' Challenging Roles

วิวัฒน์ เหล่าชัย, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Wiwat Laochai, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

ธีระชล สาดลิน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ²

พัชรินทร์ พรหมสอน, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Theerachol Satsin, M.N.S. (Adult Nursing) ²

Pacharin Promsorn, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: March 25, 2020 Revised: December 4, 2021 Accepted: December 5, 2021

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในระบบสาธารณสุขทั่วโลก การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อร่างกายได้รับควันบุหรี่เข้าไปจะทำให้ได้รับสารพิษจากควันบุหรี่ เช่น นิโคติน ทาร์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ แอมโมเนีย ซึ่งสารพิษเหล่านี้จะก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ในแต่ละปี ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ พยาบาลในฐานะบุคลากรในระบบสุขภาพของประเทศ ควรตระหนักถึงภัยร้ายจากการสูบบุหรี่ และแสดงบทบาทสำคัญในการช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อลดการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน และภาวะทุพพลภาพของประชากรในประเทศ นอกจากนี้ พยาบาลยังจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ เพื่อป้องกันการเกิดนักสูบหน้าใหม่ ซึ่งหลักการช่วยเลิกบุหรี่ที่พยาบาลควรนำมาใช้ คือ หลัก 5A 5R โดยหลัก 5A ประกอบด้วย Ask, Assess, Advise, Assist, และ Arrange follow up ส่วนหลัก 5R ประกอบด้วย Relevant, Risk, Reward, Roadblock และ Repetition ซึ่งต้องใช้ให้เหมาะสมกับระดับความพร้อมในการเลิกบุหรี่ของแต่ละบุคคล

คำสำคัญ: บุหรี่ การช่วยเลิกบุหรี่ บทบาทพยาบาล

^{1,2} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

^{1,2} Lecturer, Faculty of Nursing, Suan Dusit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Wiwat_lao@dusit.ac.th

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

³ Lecturer, Faculty of Nursing, Roi-Et Rajabhat University

Abstract

Non-communicable disease (NCD) patients are increasing in the global health system. Smoking is a factor that causes NCDs. When the body is exposed to cigarette smoke, it gets toxins such as nicotine, tar, hydrogen cyanide, ammonia, etc. These toxins cause NCDs especially chronic obstructive pulmonary disease, lung cancer, stroke, cardiovascular disease, and diabetes mellitus. Each year, the public sector needs to afford a big expense for care of smoking-related NCD patients. Nurses, as healthcare personnel in healthcare system, should realize the dangers of smoking and play an important role in smoking cessation assistance in order to reduce the illness, complications, and disabilities among people. In addition, nurses need to provide health knowledge regarding the disadvantage of smoking in order to avert the new smokers. The principle that nurses should apply for smoking cessation assistance is the 5A 5R principle: the 5A principle includes Ask, Assess, Advise, Assist, and Arrange to follow up; and the 5R principle consists of Relevant, Risk, Reward, Roadblock, and Repetition. However, the smoking cessation assistance approach should be suitable for the readiness level to quit smoking of the individual.

Keywords: Cigarette, Smoking cessation assistance, Nurses' roles

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ภายในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจะเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่เพิ่มมากขึ้นถึงปีละ 8 ล้านคน (WHO, 2008) และเสียชีวิตจากการได้รับควันบุหรี่มือสองมากกว่า 600,000 คน (WHO, 2017) ส่วนการสำรวจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี มีการสูบบุหรี่จำนวน 10.70 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.10 (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ซึ่งเป็นอัตราการสูบบุหรี่ที่ค่อนข้างสูง โดยภายในปี พ.ศ. 2568 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้ระบุว่า ประเทศไทยต้องบรรลุตามเป้าหมายระดับโลก

ในการลดความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยความชุกของการสูบบุหรี่ไม่ควรเกินร้อยละ 14.95 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุธิดา แก้วทา, 2563) การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง จากรายงานในประเทศไทย พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน โดยอันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมา คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคความดันโลหิตสูง ตามลำดับ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2561) พยาบาลเป็นบุคลากรสำคัญใน

ระบบสุขภาพ จึงมีบทบาทในการขับเคลื่อนการช่วยเหลือคนไข้ที่แก่ประชาชน ซึ่งการช่วยเหลือคนไข้มีหลายวิธี เช่น การให้คำปรึกษาช่วยเหลือคนไข้ ผ่านสายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) การแนะนำการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ การใช้นิโคตินทดแทน นอกจากนี้ ปัจจุบันได้มีการนำภูมิปัญญาไทยเข้ามาช่วยในการเลิกบุหรี่ โดยสมุนไพรที่นิยมนำมาใช้ คือ ดอกหญ้าขาว และกานพลู บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ การประเมินการเลิกบุหรี่ การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือคนไข้ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และมีแนวทางในการดำเนินการช่วยเหลือคนไข้ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ อันส่งผลดีต่อระบบสุขภาพของประเทศต่อไป

การประเมินการเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่ หรือภาวะติดนิโคติน เป็นการเสพติด บุหรี่จากการที่ผู้สูบบุหรี่ได้รับสารนิโคตินจากบุหรี่เข้าไปในร่างกายแล้วสะสมอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งนิโคตินเป็นสารที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเลิกบุหรี่ ในประเทศไทย

มีการประเมินการเลิกบุหรี่ 2 วิธี คือ การใช้เครื่องมือคัดกรองการเลิกบุหรี่ที่เป็นแบบประเมิน และการคัดกรองการเลิกบุหรี่ด้วยสารชีวภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การใช้เครื่องมือคัดกรองการเลิกบุหรี่

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการเลิกบุหรี่ เป็นการคัดกรองจากการใช้ลักษณะคำถามเพื่อประเมินการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งในปัจจุบันนิยมใช้ 2 ชุด คือ แบบประเมินการเลิกบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) และแบบประเมินการเลิกบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI) โดยทั้ง 2 ชุด มีระดับคะแนนจากการคัดกรองในลักษณะที่สัมพันธ์กัน หากผู้ประเมินต้องการรายละเอียดของข้อมูลการสูบบุหรี่ ควรใช้แบบประเมินการเลิกบุหรี่ FTND แต่หากมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ควรใช้แบบประเมินการเลิกบุหรี่ HSI ซึ่งผลการประเมินที่ได้มีความแม่นยำเท่า ๆ กัน

1.1 แบบประเมินการเลิกบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินการเลิกบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
1. โดยปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน	<input type="checkbox"/> 10 มวน หรือน้อยกว่า (0 คะแนน) <input type="checkbox"/> 11-20 มวน (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> 21-30 มวน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 30 มวน (3 คะแนน)
2. หลังตื่นนอนตอนเช้า คุณสูบบุหรี่ี่มวนแรกเมื่อไหร่	<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 6-30 นาที หลังตื่นนอน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> 31-60 นาที หลังตื่นนอน (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 60 นาที หลังตื่นนอน (0 คะแนน)

ตารางที่ 1 แบบประเมินการติดบุหรี่ Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) (ต่อ)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
3. คุณสูบบุหรี่จัดในช่วงโมงแรกหลังตื่นนอน	<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)
4. บุหรี่มวนไหนที่คุณไม่ยอมเลิกมากที่สุด	<input type="checkbox"/> มวนแรกตอนเช้า (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> มวนอื่นๆ (0 คะแนน)
5. คุณรู้สึกลำบากหรือยุ่งยากไหมที่ต้องอยู่ในเขตปลอดบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร ร้านอาหาร	<input type="checkbox"/> รู้สึกลำบาก (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกลำบาก (0 คะแนน)
6. คุณยังต้องสูบบุหรี่ แม้จะเจ็บป่วย นอนพัก ตลอดเวลาในโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> ใช่ (1 คะแนน) <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (0 คะแนน)

การแปลผล 0-2 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับต่ำมาก 3-4 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับต่ำ 5-6 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับปานกลาง 7 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับสูง และ 8-10 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ในระดับสูงมาก

(Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerstrom, 1991)

1.2 แบบประเมินการติดบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI) ฉบับภาษาไทย มีข้อคำถามและเกณฑ์การให้คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แบบประเมินการติดบุหรี่ Heaviness of Smoking Index (HSI)

ข้อคำถาม	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ท่านอยากสูบบุหรี่/ยาสูบบวมแรกหลังตื่นนอนตอนเช้ามากแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ภายใน 5 นาที หลังตื่นนอน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 6-30 นาที หลังตื่นนอน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> มากกว่า 30 นาที หลังตื่นนอน (1 คะแนน)
2. ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบบวมวันละกี่มวน	<input type="checkbox"/> มากกว่า 30 มวนต่อวัน (3 คะแนน) <input type="checkbox"/> 21-30 มวนต่อวัน (2 คะแนน) <input type="checkbox"/> 11-20 มวนต่อวัน (1 คะแนน)

การแปลผล 0-2 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่เล็กน้อย 3-4 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่ปานกลาง และ 5-6 คะแนน แสดงว่า ติดบุหรี่รุนแรง (Heatherton,

Kozlowski, Frecker, Rickert, & Robinson, 1989)

2. การคัดกรองการติดยาสูบด้วยสารชีวภาพ

การคัดกรองการติดยาสูบด้วยสารชีวภาพที่นิยมใช้ในปัจจุบันมี 2 รูปแบบ ซึ่งเป็นการคัดกรองการติดยาสูบที่มีประสิทธิภาพและมีความแม่นยำสูง เนื่องจากสามารถตรวจส่วนประกอบของนิโคตินในร่างกายได้โดยการคัดกรองแต่ละรูปแบบมีความแม่นยำแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและข้อจำกัดของการใช้ ส่วนใหญ่ที่คลินิกเลิกบุหรี่จะใช้การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์โดยใช้เครื่องวัดแบบมือถือ (handheld breath analyzer) ซึ่งมีความสะดวก ประหยัด และรวดเร็วในการใช้ ส่วนการใช้ชุดตรวจ Onestep Nicotine/Cotinine (COT) test เป็นการตรวจสารโคตินิน (สารประกอบของนิโคติน) ในปัสสาวะ จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า และไม่ค่อยสะดวกในการทำงาน

2.1 การวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์สามารถทำได้โดยการวัดจากลมหายใจออกและในเลือด โดยใช้เครื่องวัดแบบมือถือ หากพบระดับคาร์บอนมอนอกไซด์มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10 ส่วนในล้านส่วน หมายถึง มีการติดยาสูบ จากการศึกษานในประเทศไทย พบว่า ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์จากลมหายใจออกที่บ่งชี้ภาวะการติดยาสูบสำหรับกลุ่มที่มีอายุน้อย (15-40 ปี) คือ 8 ส่วนในล้านส่วน และกลุ่มที่มีอายุมาก (41-70 ปี) คือ 10 ส่วนในล้านส่วน (สุนิดา ปรีชาวงษ์, 2556)

2.2 การใช้ชุดตรวจ Onestep Nicotine/Cotinine (COT) test เป็นชุดตรวจสารโคตินินในปัสสาวะแบบขั้นตอนเดียว ให้ผลการตรวจวัดเชิงคุณภาพ อาศัยหลักการ competitive immunoassay โดยบริเวณแถบที่หยดปัสสาวะจะเคลือบด้วย cotinine antibody gold conjugate และที่แถบทดสอบจะเคลือบด้วย cotinine antigen อ่านผลโดยการดูแถบสีที่ปรากฏขึ้นหลังหยดปัสสาวะที่ต้องการตรวจ หากในปัสสาวะไม่มีสารโคตินินอยู่จะปรากฏแถบสีแดง 2 แถบ บริเวณแถบทดสอบและแถบควบคุม แต่หากใน

ปัสสาวะมีสารโคตินินอยู่จะปรากฏแถบสีแดง 1 แถบ บริเวณแถบควบคุม และหากปรากฏสีเฉพาะแถบทดสอบจะไม่สามารถอ่านผลได้ โดยปัสสาวะที่มีสารโคตินินอยู่มากกว่า 200 ng/ml จะให้ผลบวกในการตรวจ (Raja, Garg, Yadav, Jha, & Handa, 2016)

การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่

ผู้สูบบุหรี่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ไม่เท่ากัน พยาบาลควรประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Transtheoretical Model) ของ Prochaska and DiClemente (1983) เพื่อที่จะให้คำแนะนำได้ตรงกับระยะความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ทั้งนี้ การประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่เป็นขั้นตอนแรกของการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งต้องมีการประเมินความพร้อมก่อนทุกครั้ง การประเมินความพร้อมแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ (pre-contemplation) 2) ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า (contemplation) 3) ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า (preparation) 4) ระยะอยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่ (action) 5) ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อยนาน 6 เดือน (maintenance) และ 6) ระยะที่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (termination) ซึ่งช่วงเวลาที่อยู่ระหว่าง “ระยะอยู่ระหว่างการเลิกบุหรี่” กับ “ระยะคงไว้ซึ่งการเลิกบุหรี่ได้อย่างน้อยนาน 6 เดือน” ผู้สูบบุหรี่อาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก (relapse) ซึ่งจะวนกลับสู่ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า หรือระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ใน 1 เดือนข้างหน้า ได้อีก ดังนั้น พยาบาลควรทำความเข้าใจอย่างถูกต้องในการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปสู่กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละระยะต่อไป โดยเฉพาะผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมใน

การเลิกบุหรี่ตั้งแต่ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า เป็นต้นไป พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการช่วยเลิกบุหรี่อย่างมาก เพราะผู้สูบบุหรี่กลุ่มนี้จะมีโอกาสในการเลิกบุหรี่สูง อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะไม่คิดจะเลิกบุหรี่ด้วย โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับช่องทางในการช่วยเลิกบุหรี่เมื่อพร้อม เช่น สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) คลินิกเลิกบุหรี่ใกล้บ้าน พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูบบุหรี่มีความตระหนักและเข้าใจในพิษภัยของบุหรี่

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่

การช่วยเลิกบุหรี่ในบทบาทของบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาล นับเป็นบทบาทที่ทำหายในการปฏิบัติงานในระบบสาธารณสุข เนื่องจากการติดบุหรี่เป็นปัญหาที่เรื้อรังและมีความพยายามในการแก้ไขมาโดยตลอด แต่พบว่า อัตราการเลิกบุรี่ยังไม่บรรลุเป้าหมายของประเทศไทย ซึ่งบุหรี่เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่มีการติดบุหรี่ได้จาก 3 สาเหตุหลัก ได้แก่ การติดบุหรี่จากสารนิโคตินในร่างกาย (biological) การติดบุหรี่ทางด้านจิตใจ (psychological) และการติดบุหรี่จากสังคม (social) จากสาเหตุหลักดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การเลิกบุหรี่ให้สำเร็จเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก ผู้สูบบุหรี่บางคนที่สามารถเลิกบุหรี่ได้แล้วอาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดยเฉพาะความเคยชินและการเข้าสังคมที่มีการสูบบุหรี่ จะเป็นการกระตุ้นให้มีการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และเกิดความล้มเหลวในการเลิกบุหรี่อย่างถาวร เมื่อร่างกายได้รับควันบุหรี่จะทำให้มีการสะสมของนิโคตินในเลือด เกิดการติดนิโคติน ยิ่งในผู้สูบบุหรี่ที่มีโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อต่างๆ เช่น เพิ่มความรุนแรงของโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ซึ่งเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุข การช่วย

เลิกบุหรี่ให้สำเร็จจึงนับเป็นบทบาทที่ทำหายอย่างยิ่งของพยาบาล

จากการทบทวนงานวิจัยของสุนิดา ปรีชาวงษ์, วิกุล วิศาลเสสธ, ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, และยมฤดี เขียวโชติ (2560) พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ในการให้คำปรึกษาช่วยเลิกบุหรี่ ติดตามสร้างแรงบันดาลใจ และให้กำลังใจแก่ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่ หากมีการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามระบบ จะสามารถช่วยให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และลดการกลับมาสูบบุหรี่ ซึ่งการให้บริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่เป็นพันธกรณีตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก ทั้งนี้ ในแนวทางการดำเนินงานตามมาตรา 14 ของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบฯ ได้แนะนำว่า อนุสัญญาฯ ควรดำเนินการให้ระบบสุขภาพที่มีอยู่ทุกระดับจัดให้มีการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และให้พัฒนาการบำบัดเลิกบุรี่ยุทธวิธีรูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เข้าถึงบริการระดับประชากร เช่น การบำบัดเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระซิบหรือแบบย่อ (brief advice) ซึ่งหมายถึง การให้คำแนะนำที่ใช้เวลาสั้น ๆ แก่ผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้หยุดสูบบุหรี่ อาจเป็นคำแนะนำที่ให้ระหว่างการรักษาโดยทั่วไป (WHO, 2013)

จากการศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของ Barth, Critchley, and Bengel (2009) พบว่า วิธีการช่วยเลิกบุหรี่ที่เน้นด้านจิตสังคม เช่น การปรับพฤติกรรม การติดตามและสนับสนุนการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ การให้เอกสารวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เป็นวิธีที่มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จที่ 6-12 เดือน สำหรับประสิทธิผลของการให้บริการเลิกบุหรี่ในผู้ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการให้คำปรึกษาอย่างเข้มข้นเพียงอย่างเดียว หรือร่วมกับการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินทดแทน จะได้ประสิทธิผลที่ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการให้คำแนะนำ

แบบปกติ (สุจินดา ปรีชาวงษ์, พอระดี นุชสงสิน, และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, 2558)

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วย การช่วยเหลือผู้ป่วย มีขั้นตอนโดยทั่วไป ดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ เช่น ใช้แบบประเมิน Thai CV risk score, Stroke risk score card, Chronic obstructive pulmonary disease risk scale

2. สร้างความตระหนักให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ เช่น การมีสุขภาพที่ดี การมีบุคลิกภาพที่ดี การลดมลพิษให้แก่โลก

3. แนะนำความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ พร้อมวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง เช่น การมีความเข้มแข็งทางจิตใจ การจัดการกับอาการถอนนิโคติน

4. ให้คำปรึกษาแบบกระชับ โดยใช้เวลา 10-15 นาที และร่วมวางแผนการเลิกบุหรี่กับผู้รับบริการ หากผู้รับบริการมีญาติมาด้วย ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการช่วยเหลือแก่ญาติด้วย เพื่อที่จะสามารถเป็นแรงสนับสนุน คอยให้กำลังใจ และให้ความเข้าใจ ผู้รับบริการขณะอยู่ในระยะการเลิกบุหรี่ 1 สัปดาห์ เพราะผู้รับบริการจะมีอาการถอนนิโคติน เช่น หงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ

เมื่อเข้าสู่ระยะการช่วยเหลือผู้ป่วย พยาบาลจะมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยเหลือ เช่น การให้คำปรึกษา การโน้มน้าวใจ การให้กำลังใจ การคัดกรอง การติดตามประเมินผล อย่างไรก็ตาม พยาบาลควรมีความรู้และความสามารถในการใช้เทคนิคการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ โดยสามารถปฏิบัติตามหลัก 5A 5R ได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยใช้หลัก 5A 5R

การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยใช้หลัก 5A 5R สามารถ

เพิ่มประสิทธิภาพในการเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงถึงร้อยละ 30 เมื่อเปรียบเทียบกับความช่วยเหลือโดยไม่ใช้หลัก 5A 5R สำหรับการให้หลัก 5A ในการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่นั้นทำได้โดย การถาม (Ask) เกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การแนะนำ (Advice) ให้เลิกบุหรี่ การประเมิน (Assess) ความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ การช่วยเหลือ (Assist) ผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่ และการจัดการ (Arrange follow up) ติดตามความคืบหน้าของการเลิกบุหรี่ (อรสา พันธักดิ์, 2555) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Ask (A1): ถามประวัติการสูบบุหรี่ทุกครั้ง ที่ผู้รับบริการมาตรวจ โดยปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดสัญญาณชีพ เพื่อให้ทราบว่าผู้รับบริการสูบบุหรี่หรือไม่ โดยการถามว่า “คุณสูบบุหรี่ไหม” หากผู้รับบริการไม่สูบบุหรี่ ควรถามเกี่ยวกับการได้รับควันบุหรี่มือสองจากครอบครัวหรือคนในครอบครัว โดยถามว่า “คนในครอบครัวที่บ้านท่านสูบบุหรี่หรือไม่” และบันทึกผลการสอบถามไว้ในเวชระเบียนอย่างเป็นระบบเช่นเดียวกับการบันทึกสัญญาณชีพในเวชระเบียน ในทางปฏิบัติ หากถามประวัติการสูบบุหรี่แล้วพบว่า ผู้รับบริการมีประวัติการสูบบุหรี่ พยาบาลจะถามถึงความต้องการในการเลิกบุหรี่ เพื่อประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (A3) ไปพร้อมกัน แล้วจึงให้คำแนะนำ (A2) ตามความพร้อมในการเลิกบุหรี่

Advice (A2): สำหรับผู้ไม่สูบบุหรี่ พยาบาลต้องชื่นชมที่เขาไม่สูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมให้เขาไม่ไปทดลองสูบบุหรี่ แต่เมื่อประเมินได้ว่าผู้รับบริการสูบบุหรี่ พยาบาลควรให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับการวินิจฉัยความพร้อมในการเลิกบุหรี่

สำหรับการสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้สูบบุหรี่ทำได้โดยใช้หลัก 5R ดังนี้

Relevant (R1) เป็นการชี้ให้เห็นถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับผู้ที่ตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ เช่น การมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่

การเป็นที่ยอมรับของสังคม การเป็นตัวอย่างที่ดี การมีสุขภาพที่ดี

Risk (R2) เป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นอันตรายของการสูบบุหรี่หรือเห็นผลเสียในระยะสั้นและระยะยาวจากการสูบบุหรี่ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น การเป็นโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง การมีใบหน้าที่มีริ้วรอย ดูแก่กว่าวัย

Reward (R3) เป็นการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เห็นประโยชน์และผลดีของการไม่สูบบุหรี่ เช่น การลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การมีอายุยืน การประหยัดเงิน

Roadblock (R4) เป็นการมองหาวาอะไรที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้เลิกบุหรี่ไม่ได้ เช่น ความเครียด น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากรับประทานอาหารมากขึ้น เคยเลิกแล้วไม่สำเร็จ จากนั้นให้คำแนะนำเพื่อแก้ไขอุปสรรคนั้น

Repetition (R5) เป็นการประเมินซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้สูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่รู้สึกดีที่พยาบาลมีความห่วงใยต่อสุขภาพของตน และการเลิกบุหรี่ต้องใช้ความพยายาม อาจต้องเลิกหลายครั้งกว่าจะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ได้ตลอดไป
ทั้งนี้ พยาบาลควรให้ผู้สูบบุหรี่ที่อยู่ในระยะลังเลใจ คิดถึงผลดีของการเลิกบุหรี่และผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อไป เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลิกบุหรี่ และหาวิธีแก้ไขอุปสรรคที่ทำให้ไม่อยากเลิกบุหรี่

Assess (A3): ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และระดับการติดนิโคติน โดยซักถามผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมินความพร้อมและความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ว่ามีมากน้อยเพียงใด และประเมินระดับการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ ซึ่งการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ทำเพื่อวินิจฉัยว่าผู้สูบบุหรี่อยู่ในระยะใดใน 6 ระยะ ของความพร้อมที่จะเลิกบุหรี่ เพื่อจะได้ให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระยะเวลาความพร้อม โดย

คำถามที่ใช้ในการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เช่น “คุณคิดจะเลิกบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้าไหม”

Assist (A4): ช่วยเหลือเพื่อการเลิกบุหรี่ เมื่อประเมินได้ว่าผู้สูบบุหรี่มีความพร้อม มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ พยาบาลสามารถช่วยผู้สูบบุหรี่ในการวางแผนทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จ ดังนี้

- ตั้งจุดมุ่งหมายว่าเลิกบุหรี่เพื่ออะไร หรือหาแรงจูงใจเพื่อเลิกบุหรี่ หรือทำสัญญากัน โดยเขียนเป็นบันทึกและลงลายมือไว้เป็นหลักฐานด้วยกัน

- กำหนดวันเลิกบุหรี่ ซึ่งระยะเวลาที่เหมาะสม คือ ภายใน 2 สัปดาห์

- กำจัดอุปกรณ์การสูบบุหรี่และบุหรี่ออกให้หมด ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

- ให้ทางเลือกเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่โดยการไฉ่ยา หรือการใช้นิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่งผสมนิโคติน ร่วมกับให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรม การเลิกบุหรี่

- ส่งต่อไปยังคลินิกเลิกบุหรี่หรือพบแพทย์ ในรายที่ติดนิโคตินในระดับสูงและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

- ให้เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่ เช่น แผ่นพับเรื่องเคล็ดลับการเลิกบุหรี่

- แนะนำการใช้สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600)

Arrange follow up (A5): ติดตามประเมินผลและให้กำลังใจ เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ โดยขออนุญาตผู้รับบริการว่าจะมีการติดตามประเมินผลการเลิกบุหรี่ มีการให้กำลังใจและคำแนะนำ ซึ่งการติดตามทางโทรศัพท์หรือทางไปรษณีย์นั้น ควรทำทันทีหลังการรักษาหรือสิ้นสุดโปรแกรมการช่วยเลิกบุหรี่ และควรมีการติดตามประเมินผลอีกใน 2 สัปดาห์แรกหลังการรักษา ทั้งนี้

พยาบาลควรมีการติดตามประเมินผลหลังจากวันที่เลิกบุหรี่ได้ 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ซึ่งการติดตามประเมินผลในสัปดาห์แรกจะช่วยให้ผู้เลิกบุหรี่ผ่านระยะสำคัญของการเลิกบุหรี่ ส่วนการติดตามประเมินผลนานถึง 1 ปีเพื่อประเมินผลสำเร็จของการช่วยเลิกบุหรี่ เนื่องจากการที่จะบอกว่าผู้ใดเลิกบุหรี่ได้สำเร็จนั้น จะต้องไม่

สูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป การติดตามประเมินผลจึงมีความสำคัญต่อผู้เลิกบุหรี่ และเป็นตัวชี้วัดผลสำเร็จของการให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่โดยพยาบาล

ทั้งนี้ ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะที่ 2-5 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่ระยะที่ 2-5

หลักที่ใช้	ระยะ	contemplation (ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า)	preparation (ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือนข้างหน้า)	action (ระยะอยู่ระหว่างการเลิก การเลิกบุหรี่)	maintenance (ระยะคงไว้ซึ่งการเลิก บุหรี่ได้อย่างน้อย นาน 6 เดือน)
Advice (A2)		แนะนำความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่	แนะนำความรู้เกี่ยวกับวิธีการเลิกบุหรี่	แนะนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคตินและให้กำลังใจ รวมทั้งติดตามประเมินผล	แนะนำความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ พร้อมสร้างเสริมพลังอำนาจ และให้กำลังใจ รวมทั้งติดตามประเมินผล
Relevant (R1)		ชี้ให้เห็นถึงการมีบุคลิกภาพที่ดีเมื่อไม่สูบบุหรี่	ชี้ให้เห็นถึงการเป็นที่ยอมรับของสังคม	ชี้ให้เห็นถึงการเป็นตัวอย่างที่ดี	ชี้ให้เห็นถึงการมีสุขภาพที่ดี
Risk (R2)		ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อตนเอง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อตนเองและคนรอบข้าง	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการที่ไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับผลเสียของการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
Reward (R3)		ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการสูบบุหรี่	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีเมื่อเลิกบุหรี่	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการถอนนิโคติน	ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการหากิจกรรมยามว่างทดแทนการสูบบุหรี่
Roadblock (R4)		ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่	ค้นหาอุปสรรคในการเลิกบุหรี่ พร้อมช่วยแก้ไข	ค้นหาสาเหตุที่จะทำให้การเลิกบุหรี่ครั้งนี้ไม่สำเร็จ	ค้นหาสาเหตุที่จะทำให้กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการให้คำแนะนำเพื่อช่วยเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ที่มีความพร้อมในการเลิกบุหรี่
ระยะที่ 2-5 (ต่อ)

หลักที่ใช้ / ระยะ	contemplation (ระยะคิดจะเลิกบุหรี่ ใน 6 เดือนข้างหน้า)	preparation (ระยะเตรียมตัวเลิกบุหรี่ ใน 1 เดือนข้างหน้า)	action (ระยะอยู่ระหว่างการ การเลิกบุหรี่)	maintenance (ระยะคงไว้ซึ่งการเลิก บุหรี่ได้อย่างน้อย นาน 6 เดือน)
Repetition (R5)	ประเมินความต้องการ เลิกบุหรี่ด้วยสีหน้า อึมเข้ม เป็นมิตร	ประเมินความต้องการ เลิกบุหรี่ด้วยสีหน้า อึมเข้ม เป็นมิตร	ติดตามการเลิกบุหรี่ พร้อมให้กำลังใจ อยู่เสมอ	ติดตาม และกล่าว คำชมเชยที่สามารถ เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ
Assist (A4)	ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ พร้อม นัดมาที่คลินิกเลิกบุหรี่ อีก 6 เดือน	ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับ พิษภัยของบุหรี่ พร้อม นัดมาที่คลินิกเลิกบุหรี่ อีก 1 เดือน	ช่วยหาวิธีการจัดการ กับอาการถอนนิโคติน พร้อมทางเลือกใน การเลิกบุหรี่ และ ให้กำลังใจ	ช่วยหากิจกรรมยามว่างที่ เหมาะสม เพื่อป้องกัน การกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ
Arrange follow up (A5)	ติดตามความต้องการ เลิกบุหรี่อีก 6 เดือน	ติดตามความต้องการ เลิกบุหรี่อีก 1 เดือน	ติดตามอาการอยากสูบ บุหรี่ หรืออาการถอน นิโคติน	ติดตามการจัดการตนเอง ระหว่างการเลิกบุหรี่

ในการให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่โดยใช้หลัก 5A 5R นั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) ควรช่วยผู้สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยใช้หลัก A1-A3 เป็นอย่างน้อย คือ Ask, Assess และ Advise ส่วน Assist และ Arrange follow up สามารถส่งต่อผู้สูบบุหรี่/ผู้รับบริการไปให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่คลินิกเฉพาะโรค เพื่อให้กระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ครบหลัก 5A ส่วนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยใน (IPD) ควรช่วยผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ให้เลิกบุหรี่โดยใช้หลัก A1-A5 คือ Ask, Assess, Advise, Assist และ Arrange follow up เนื่องจากผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลมีโอกาสนพบผู้ป่วยได้นานกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แต่หากผู้ป่วยยังเลิกบุหรี่ไม่ได้ ควรส่งต่อผู้ป่วยไปให้พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา

เพื่อเลิกบุหรี่ที่คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเฉพาะโรค หรือให้พบแพทย์ต่อไป

ทั้งนี้ ผู้เขียนบทความขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของวิธีการเลิกบุหรี่ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. การใช้นิโคตินทดแทน ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่สกัดนิโคตินจากใบยาสูบ นำมาผลิตเป็นยาในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ หมากฝรั่ง แผ่นแปะผิวหนัง สเปรย์พ่นทางจมูก หลอดสูดทางปาก เม็ดอม น้ำยาบ้วนปาก และยาอมใต้ลิ้น
2. การใช้สมุนไพรช่วยเลิกบุหรี่ เช่น หนุ่ยดอกขาว มะนาว กานพลู โปรงฟ้า มะขามเปียก
3. การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางกาย การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่
4. การได้รับกำลังใจจากครอบครัว การมี

สมรรถนะแห่งตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการเลิกบุหรี่ และความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่

สรุป

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเลิกบุหรี่จัดเป็นบทบาทด้านการส่งเสริม ป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่อย่างมีประสิทธิภาพ จากการคัดกรอง การสอบถามประวัติสุขภาพ รวมถึงการประเมินการติดบุหรี่โดยใช้แบบประเมินการติดบุหรี่ และการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ หากมีเวลาในการประเมินน้อยควรใช้แบบประเมิน HIS เพราะมีข้อคำถามเพียง 2 ข้อ ซึ่งได้ผลการประเมินที่ไม่แตกต่างกัน หลังจากทราบระดับการติดบุหรี่แล้ว กระบวนการต่อไปเป็นการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการช่วยเลิกบุหรี่ตามหลัก 5A 5R ทั้งนี้ต้องถามความสมัครใจของผู้รับบริการด้วย หากไม่ยินยอมหรือไม่มีเวลา พยาบาลสามารถแนะนำแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมหรือใช้วิธีการช่วยเลิกบุหรี่อื่นๆ เช่น การใช้สายด่วนเลิกบุหรี่ (โทร 1600) การใช้สมุนไพรที่ช่วยเลิกบุหรี่ การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้า การมีกิจกรรมทางกาย หากพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้ จะนำไปสู่การลดจำนวนนักสูบบุหรี่ที่อาจกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ ทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยของประชาชนจากการสูบบุหรี่โดยตรงหรือจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง รวมทั้งยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ได้

เอกสารอ้างอิง

- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2561). *คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *รายงานสถิติการบริโภคยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์. (2556). การประเมินผลการให้บริการเลิกบุหรี่: ตัวชี้วัดผลลัพธ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(2), 132-139.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, ฟอระดี นุชสงสิน, และศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. (2558). การทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิผลของการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 45(3), 324-333.
- สุนิดา ปรีชาวงษ์, วิบูล วิศาลเสสส์, ปทุมรัตน์ เกตุเล็ก, และยมฤดี เขียวโชติ. (2560). การให้บริการเลิกบุหรี่ในกระบวนการคัดกรองกลุ่มโรคไม่ติดต่อ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(1), 1-10.
- อรรรดิเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุริดา แก้วทา. (บ.ก.). (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- อรสา พันธุ์ภักดี. (2555). *แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่: คู่มือการให้คำแนะนำการช่วยเลิกบุหรี่สู่งานประจำ*. กรุงเทพฯ: อพทฤษฎีเอทนิว.

- Barth, J., Critchley, J. A., & Bengel, J. (2009). *Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease (Review)*. Retrieved from <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/psychosocial-interventions-for-smoking-cessation-in-patients-with-coronary-heart-disease.pdf>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction, 86*(9), 1119–1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction, 84*(7), 791–799. doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. doi:10.1037//0022-006x.51.3.390
- Raja, M., Garg, A., Yadav, P., Jha, K., & Handa, S. (2016). Diagnostic methods for detection of cotinine level in tobacco users: A review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 10*(3), 4–6. doi:10.7860/JCDR/2016/17360.7423
- World Health Organization. (2008). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2013). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in South-East Asia, 2013–2020*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333817>
- World Health Organization. (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies*. Geneva: Author.
-

การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด: การสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรม Caring of Women during Pregnant and Childbirth: Reflection of their Cultural Belief

ละเอียด แจ่มจันทร์, กศ.ด. (การอุดมศึกษา) ¹

Laiad Jamjan, Ed.D. (Higher Education) ¹

นภาพร มามาก, พย.ม. (การพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด) ²

Navaporn Mamark, M.N.S. (Maternal and Newborn Nursing) ²

อรวรรณ ดวงใจ, M.Sc. (Special in Nursing) ³ รุ่งนภา เขียวชะอ้า, Ph.D. (Nursing Study) ⁴

Orawan Duangchai, M.Sc. (Special in Nursing) ³ Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing Study) ⁴

Received: July 5, 2021 Revised: November 30, 2021 Accepted: December 2, 2021

บทคัดย่อ

สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดมีความเชื่อที่ผ่านคำบอกเล่าของผู้ใหญ่ในครอบครัว โดยความเชื่อเป็นการยอมรับเรื่องราวที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตว่ามีคุณค่าโดยไม่ต้องพิสูจน์ความจริง การสนทนาเป็นการสะท้อนความเชื่อทางวัฒนธรรมที่มีความแตกต่างหลากหลาย บทความนี้อ้างแนวคิด 3 ด้านที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจบุคคลเชิงวัฒนธรรม คือ แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ แนวคิดทางพุทธธรรม และแนวคิดทางมานุษยวิทยา นำมาประยุกต์เป็นแนวทางการดูแล คือ 1) การสร้างศรัทธาต่อความเป็นแม่

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Saint Louis College

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Laiad@slc.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Praboromarajchanok Institute

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

³ Registered Nurse, Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

⁴ Registered Nurse, Senior Professional Level, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Praboromarajchanok Institute

สร้างคุณค่า ความหวัง และเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของครอบครัว
2) การสนทนา ใฝ่ใจ และสนับสนุนให้เกิดความตั้งใจในการดูแลตนเองตามอายุครรภ์ในแต่ละไตรมาส
และ 3) การแสวงหาความรู้เชิงวัฒนธรรมและผสมผสานวัฒนธรรมนั้นกับมาตรฐานการพยาบาล
เพื่อการพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลพัฒนาระบบ การประเมินความเชื่อทางวัฒนธรรมด้วยการประยุกต์
แนวคิดสุนทรียสนทนาให้เป็นสุนทรียสนทนาทางการพยาบาล
คำสำคัญ: สตรีระยะตั้งครรภ์ สตรีระยะคลอด ความเชื่อ วัฒนธรรม

Abstract

The women during pregnant and maternity have believed by hearsay from the older person in their own family. Their believe is accepted as the value of life experience without proving for the truth. Conversation is a reflection of cultural beliefs with variety of differences. This article refers to three concepts; spiritual well-being, Buddhist and anthropology which related to individual's cultural understanding. The application as a care guide are 1) encourage faith of maternal role, create value, hope and goal of best self-care including family bonding, 2) conversation, pay attention and support women for willing to take care themselves healthy during trimester, and 3) seek knowledges and experiences from local cultural believe, integrate virtuous culture to caring on nursing care standard. Requiring multicultural nursing competencies and cultural belief assessment dialogue be applied to nursing dialogue.

Keywords: Pregnant woman, Maternity, Believe, Culture

บทนำ

การตั้งครรภ์และการคลอดเป็นประสบการณ์สำคัญในชีวิตของสตรีทั่วโลก โดยมีการให้ความหมายต่างๆ ในการทำหน้าที่แม่ของสตรีที่แสดงถึงความสำคัญอย่างสูง เช่น ผู้ให้กำเนิด บุพการี ผู้มีพระคุณสูงสุด ส่วนในพระพุทธศาสนามีคำที่หมายถึงแม่หลายความหมาย เช่น ชนนี้ ชนิกา แปลว่า ผู้ยังบุตรให้เกิด มารดา แปลว่า ผู้รักบุตรโดยธรรมชาติ การบำรุงรักษาครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูจนเติบโต จึงสืบสายโลหิตต่อกันมา (ทองย้อย แสงสินชัย, 2560)

สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดรับรู้บทบาทแม่ไม่เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเท่านั้น แต่รับรู้เรื่องราวที่ส่งผ่านคำบอกเล่าของผู้ใหญ่ในครอบครัวจากรุ่นสู่รุ่น ตามความเชื่อของวัฒนธรรมในท้องถิ่น ที่ผสมผสานในวิถีชีวิตกับภาวะสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญ คือ “ให้ทำและห้ามทำ” ที่มีคำอธิบายอย่างง่ายว่าจะส่งผลต่อความเป็นปกติของแม่และลูก และส่งผลต่อสุขภาพมารดาในระยะหลังคลอด (ละเอียด แจ่มจันทร์, สุวี ชันชรักษ์วงศ์, สุนทร หงส์ทอง, และนพนันธุ์ จำปาเทศ, 2557) พุทธศาสนาเป็นศูนย์กลาง

ในการเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และเป็นกรอบพื้นฐาน ในการทำความเข้าใจโลก ชีวิต และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ของสรรพสิ่ง การศึกษาเรื่อง พุทธกระบวนทัศน์เพื่อ สุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย ของวิชิต เปาณิต (2546) พบว่า ความเชื่อในพุทธศาสนาสัมพันธ์ อย่างใกล้ชิดกับหมอพื้นบ้านและตำรายาไทย พิธีกรรมและสัญลักษณ์ในพุทธศาสนาได้นำมาใช้ เพื่อสุขภาพด้วย เช่น การสวดพระพุทธรูป การทำบุญ สังฆทาน หรือการขอพรจากพระพุทธรูป ความหมาย ของสุขภาพตามนัยของพุทธศาสนากว้างขวางกว่าที่ วงการแพทย์ในปัจจุบันเข้าใจ ความเชื่อ (believe) เป็นการยอมรับข้อเสนอลักษณะใดอย่างหนึ่งว่าเป็น ความจริง การยอมรับนี้อาจเกิดจากสติปัญญา เหตุผล หรือศรัทธาที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นความจริง แต่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มชนหรือสังคม ความเชื่อจึง เป็นวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตและการจัดการปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อนั้น (ลัญจกร นิลกาญจน์, 2561) ความเชื่อยังเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิต สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดมีประสบการณ์ ความกลัว ความกังวลใจ ความรู้สึกคับข้องใจเกิดขึ้นได้ ทุกรายตามปัจจัยที่แตกต่างกัน เช่น การตั้งครรภ์ครั้งแรก ความกลัวอันตรายจากการคลอด การเคยสูญเสียลูก การบอกเล่าความเชื่อจากผู้อื่น แต่ความกลัวที่มากที่สุด คือ กลัวเรื่องลูก เช่น กลัวลูกออกมาไม่สมบูรณ์ กลัวได้ลูกที่เพศไม่ตรงกับที่ต้องการ (ศรีนคร มังคะมณี, ศิริพร ชุตเจือจิน, และปิยวัชร ประมวลรัตน์, 2553) ส่วนการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม จากการศึกษพบว่า มี 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้าน ภายนอก ประกอบด้วย 2 มิติย่อย คือ ด้านชีวภาพ และ ด้านสิ่งแวดล้อม 2) ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการ สัมผัสได้จากการพูดคุยและปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ประกอบด้วย 3 มิติย่อย คือ ด้านการเปิดพื้นที่ส่วนตัว ด้านเวลา และด้านการสื่อสาร 3) ด้านสังคม เป็น

ลักษณะเฉพาะของสังคมผู้รับบริการที่แตกต่างกัน มี 1 มิติย่อย คือ ด้านองค์การสังคม และ 4) ด้าน จิตวิญญาณ เป็นความเชื่อตามวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อ สุขภาวะของผู้รับบริการ มี 1 มิติย่อย คือ ด้านค่านิยม และความเชื่อของผู้รับบริการ (ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, อารีรัตน์ จำอยู่, และจินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, 2561) ทั้งนี้ ภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรม มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้แบบมานุษยวิทยา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2563) ซึ่งแบ่งการเรียนรู้ ได้ 3 เรื่อง คือ 1) การเรียนรู้เรื่องแนวคิดทาง มานุษยวิทยา เช่น แนวคิดเรื่องพหุวัฒนธรรมที่เน้น การเคารพวัฒนธรรมที่หลากหลาย 2) การเรียนรู้ เนื้อหา คือ เรียนรู้ว่ากลุ่มวัฒนธรรมต่างๆ มีแบบแผน วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมอย่างไร แม้จะไม่สามารถ เรียนรู้ทุกกลุ่มวัฒนธรรมได้ แต่เป็นตัวอย่งให้มี ความละเอียดอ่อนและใส่ใจกับความแตกต่าง และ 3) การเรียนรู้ระเบียบวิธีในการศึกษา เมื่อต้องการ เข้าใจมนุษย์ที่มีความซับซ้อนนั้นใช้วิธีการอย่างไร เช่น การออกแบบให้บุคลากรไปทำงานในชุมชน ใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ศาสตร์มานุษยวิทยา สามารถทำให้สิ่งต่างๆ ที่ซ่อนเร้นอยู่ ไม่ว่าจะเป็น ความคิด ความรู้สึก ความหมาย หรือความสัมพันธ์ ที่มองไม่เห็น ปรากฏออกมาให้เห็นและเข้าใจได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอตัวอย่างบทสนทนา ของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดในสถานการณ์จริง ที่สะท้อนความเชื่อทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย และการอ้างอิงแนวคิด 3 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจ บุคคลเชิงวัฒนธรรม คือ แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ แนวคิดทางพุทธธรรม และแนวคิดทางมานุษยวิทยา เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์นำแนวทางความเชื่อ เชิงวัฒนธรรมไปใช้ในการวางแผนและให้การดูแล สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดในบริบทของตนเอง

แนวคิดที่เกี่ยวข้องในการดูแลเชิงวัฒนธรรม

แนวคิดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นมิติหนึ่งของสุขภาพ เป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่า ความหมาย และเป้าหมายในชีวิตของตนเอง จากความเชื่อมั่น ศรัทธาต่อสิ่งที่ยึดเหนี่ยว โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับสาระ 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ความเชื่อและศรัทธาต่อสิ่งที่มีค่าสูงสุดในชีวิต 2) การมีคุณค่า ความหมาย ความหวัง และเป้าหมายของชีวิต 3) ภาวะเหนือตนเอง 4) ความสัมพันธ์ ความผูกพัน และสิ่งยึดเหนี่ยว และ 5) การมีจิตใจสูงหรือการหลุดพ้นไปสู่ชีวิตอันประเสริฐ (วรวรรณ จันทวิเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559) โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่บุคคลคุ้นเคย

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของสตรีตั้งครุภักดิ์ เป็นนามธรรมที่แฝงอยู่ในความเชื่อของตนเอง ครอบครัว และวัฒนธรรมท้องถิ่น เป็นส่วนน้อยที่จะนำมาบอกเล่าในทางการแพทย์ เพราะถูกมองว่า มงายกับความเชื่อ ไม่เชื่อตามแผนปัจจุบัน แต่การศึกษาในหญิงตั้งครุภักดิ์ที่มีประสบการณ์ตั้งครุภักดิ์ ความเสี่ยงสูง พบว่า การดูแลด้านจิตวิญญาณมีความยุ่งยากมากกว่าการตั้งครุภักดิ์ปกติ เพราะจากภาวะแทรกซ้อน สตรีตั้งครุภักดิ์ต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ทำให้รู้สึกคับข้องใจ กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารก และคิดว่า การตั้งครุภักดิ์นี้เป็นผลจากกรรมของตนเอง (ระวีวรรณ พิไลเกียรติ และ อุทุมพร แผลมหลวง, 2563) จึงแสวงหาที่พึ่งและสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อความสบายใจตลอดระยะเวลาการตั้งครุภักดิ์ และพบว่า บางครอบครัวที่ประสบกับกรณีต้องยุติการตั้งครุภักดิ์จากความผิดปกติของทารกในครรภ์ มีความทุกข์ใจ ยากที่จะยอมรับความสูญเสียได้ จึงเชื่อว่าอำนาจที่มากกว่า (higher power) จะช่วยได้ รวมทั้งต้องการให้ผู้คนสวดมนต์ให้ตนเอง (Cowchock,

Meador, Floyd, & Swamy, 2011)

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประเวศ วัชชี และ วิวัฒน์ คติธรรมนิตย์ (2547) อธิบายว่า จิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของมนุษย์ เป็นแกนหลักของชีวิตที่ทำหน้าที่ประสานและเชื่อมโยงระหว่างการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีความหมายเป็นองค์รวมและมีความสุขในชีวิต ความหมายในมิตินี้มีความสัมพันธ์กับอภิประบวนทัศน์ (metaparadigm) ทางการพยาบาล ที่มีทัศนะแม่บท 4 มิโนทัศน์ คือ *มนุษย์* หมายถึง ความเป็นปัจเจกบุคคล วัฒนธรรม ครอบครัว ชุมชน หรือกลุ่มคน หรือคนซึ่งมีส่วนในการพยาบาล *สิ่งแวดล้อม* หมายถึง สิ่งที่เป็นอยู่ในตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งศาสนา วัฒนธรรม สังคม นโยบาย และเศรษฐกิจ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของมนุษย์ *สุขภาพ* หมายถึง กระบวนการดำเนินชีวิตและการปรับตัวของมนุษย์ ในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย และ *การพยาบาล* หมายถึง การดูแลโดยพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ และสุขภาพที่เป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Fawcett, 2005 อ้างถึงในไพรินทร์ พัสสุ, 2563) การทำความเข้าใจความเชื่อของสตรีระยะตั้งครุภักดิ์ และระยะคลอดที่ส่งผ่านคำบอกเล่าของผู้ใหญ่ในครอบครัวและวัฒนธรรมชุมชน จึงเป็นการฝึกในการสร้างเสริมสุขภาพองค์รวม

แนวคิดทางพุทธธรรม

พุทธศาสนามีการมองชีวิตและสุขภาพแบบองค์รวม มากกว่าการเห็นแค่ความเจ็บป่วยหรือการจัดการส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย สุขภาพแบบองค์รวมมีความสัมพันธ์อย่างมีดุลยภาพของกาย จิต สังคม นิเวศวิทยา ตามหลักแห่งความจริงของธรรมชาติ โดย สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่มีความสุขปราศจากความทุกข์ ไร้สิ่งบีบคั้น ตัดขาด หรือทำให้เป็นทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นภาวะที่พฤติกรรม ความสัมพันธ์ต่อสิ่งแวดล้อม สังคม จิตใจ และปัญญา

ถูกพัฒนาขึ้นจนสมบูรณ์ ลักษณะของสุขภาพที่สมบูรณ์นี้ ศัพท์ทางพระพุทธศาสนาอาจเรียกว่า วิชา วิมุตติ วิสุทธิ สันติ (พระครูปลัดสัมพิพัฒนศีลาจารย์ [ครรรชิต คุณวโร], ม.ป.ป.)

ความหมายของคำศัพท์ที่เข้าใจง่าย วิชา หมายถึง ความสว่างไสว กระจ่างแจ่มแจ้ง มองเห็น ได้ชัดเจน มีความรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ อย่างตรงตามสถานะตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นลักษณะของปัญญา ประยุกต์ใช้ในการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดให้มีความรู้ในเรื่องการดำเนินการตั้งครรภ์ ตลอดสามไตรมาส ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเติบโตของทารกในครรภ์ *วิมุตติ* หมายถึง ความหลุดพ้น เป็นอิสระ ไม่ถูกผูกมัด ไม่ติดขัด เคลื่อนไหวไปมาได้อย่างเสรี เป็นอิสระจากสิ่งต่างๆ ประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การเตรียมคลอด *วิสุทธิ* หมายถึง ความสะอาด หมดจด บริสุทธิ์ ผ่องใส ปลอดภัย ประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขอนามัย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การดูแลด้านสุขอนามัยของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดให้รักษาความสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น *สันติ* หมายถึง ความสงบ ราบเรียบ ไม่มีอะไรมารบกวนให้ระคายเคือง ประยุกต์ใช้ในการรักษาอารมณ์ สภาพจิตใจให้ปลอดภัย ลดความกลัว ความกังวล ซึ่งล้วนเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ตลอดจนการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยตนเอง ตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ตามคู่มือสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กเล่มสี่ชมพูของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

ความเชื่อทางพุทธศาสนาได้ผสมผสานกับความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับชีวิตและการเจ็บป่วยที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งจากการสนทนากับสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดพบว่า ความเชื่อของสตรีระยะตั้งครรภ์และ

ระยะคลอดยังคงสะท้อนความเชื่อในหลายมิติ ผู้ดูแลจึงควรรับฟังความคิด ความรู้สึก และให้ความสำคัญกับสิ่งที่มองไม่เห็นที่มีผลต่อสุขภาพของครรภ์รวม

แนวคิดเชิงมานุษยวิทยา

Leininger เป็นผู้ริเริ่มนำแนวคิดเชิงมานุษยวิทยาที่เน้นการดูแลมนุษย์และปฏิสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรมมาใช้ในการพยาบาล (Leininger, 2001, 2002) โดยเชื่อว่า การมีความรู้ความสามารถในการดูแลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม และเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจสอดคล้องกับมโนคติทางวัฒนธรรมและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลที่มี 4 มโนคติ คือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม เช่น ค่านิยมของแต่ละบุคคล 2) ด้านบุคคล แต่ละคนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน 3) ด้านสุขภาพ เป็นการผสมผสานการตอบสนองความเจ็บป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลควบคู่กับการให้คุณค่าทางวัฒนธรรม และ 4) การพยาบาล โดยมุ่งให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ การประยุกต์การพยาบาลให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ เป็นการคงไว้ซึ่งการดูแลทางวัฒนธรรม (cultural care preservation/maintenance) ร่วมกับการแสวงหาความรู้และประสบการณ์เชิงวัฒนธรรมในท้องถิ่นที่พึงอนุรักษ์ไว้ และผสมผสานวัฒนธรรมนั้นกับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล

ความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทั้งเชื้อชาติ จิตวิญญาณ ค่านิยม ความเชื่อที่ส่งผ่านจากเครือญาติ มีผลต่อประสบการณ์ของบุคคล ผู้ดูแลควรให้ความสำคัญกับข้อมูลส่วนบุคคลและความตั้งใจในการดำรงสถานะสุขภาพตลอดระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ความตั้งใจแสดงออกด้วยการสนทนาเล่าเรื่องเป้าหมายการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ

คือ ส่งเสริมสุขภาพกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และสร้างองค์ความรู้ทางการพยาบาล สนองตอบความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์วรรณนาในสังคมไทย (ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, 2559)

การสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรมของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดกับบทบาทพยาบาล

จากประสบการณ์การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ผู้เขียนได้สนทนาและรับฟังเรื่องราวที่สะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรมตามสภาพจริงที่มีความหลากหลาย เป็นตัวแปรในการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันของสตรีแต่ละคน ดังตัวอย่างการสนทนา สตรีครรภ์แรก 16 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรก

“...หนูได้ยินคนข้างบ้านเล่าให้ฟังว่า ท้องแรกเขามาคลอด เจ็บมาก และคลอดยากมาก ใจจริงหนูอยากผ่านะคะ แต่กลัวว่าลูกจะเป็นอะไรถ้าหนูต้องคลอดเอง ท้องแรกด้วย กลัวว่าถ้าเจ็บท้องเหมือนคนข้างบ้าน แล้วญาติเข้าเยี่ยมไม่ได้ หนูก็คิดนู่นนี่คิดต่าง ๆ นานา แม่บอกหนูว่าให้หมั่นทำบุญ ใส่บาตร กรวดน้ำ ขอให้ปลอดภัย ก็สบายใจขึ้น...”

ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมและการประยุกต์สู่การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์รายนี้ พบว่า สตรีครรภ์แรก 16 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครั้งแรก แสดงถึงความกังวลเรื่องที่จะเจ็บท้องมาก และญาติเยี่ยมไม่ได้ แต่สบายใจขึ้นเมื่อแม่ให้ทำบุญ กรวดน้ำ การสนทนาที่สะท้อนการดูแลในมิติจิตวิญญาณควรเป็นไปเพื่อสร้างศรัทธาต่อความเป็นแม่ สร้างคุณค่า ความหวัง และเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของครอบครัว พยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ขัดต่อความเชื่อเชิงวัฒนธรรม ดังนี้

“...ดีใจกับคุณแม่ด้วยที่ตอนนี้ท้องสี่เดือนแล้ว นับไปอีกสองสัปดาห์จะรู้สึกได้ว่าลูกดิ้น ซึ่งคุณแม่จะ

ตื่นเต้น ดีใจ เพราะเริ่มสื่อสารกับลูกได้แล้ว แต่เรื่องสำคัญ คือ กินอาหารให้ครบห้าหมู่ เพราะช่วยให้สมองลูกเติบโต แม่แข็งแรง จนครบกำหนด ขนคุณพ่อให้อ่านคู่มือที่ได้รับไปด้วย ใส่บาตรทำบุญตามที่แม่บอกได้อยู่แล้ว ส่วนเรื่องกลัวเจ็บท้องรอไว้ก่อนได้ เพราะจะเตรียมตอนครบเจ็ดเดือน ซึ่งจะได้คุยกับแม่ที่เคยคลอดแล้วด้วย...”

สตรีครรภ์แรก 28 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตามกำหนดนัด ครั้งที่ 4

“...บ้านที่มีคนท้อง ญาติพี่น้องจะเอาใจช่วยทำโน่นนี่แทน แต่ก็ห้ามทำหลายอย่าง ห้ามนั่งขวางบันได ห้ามเหยียบธรณีประตู ห้ามไปดูคนอื่นคลอดลูก ห้ามตกปลา ฆ่าสัตว์ ห้ามเตรียมเสื้อผ้าและของใช้ไว้ให้เด็ก ก็เชื่อทุกอย่าง น่าจะดีและทำได้ไม่ยาก เพราะผู้ใหญ่เตือน เพราะรู้มากกว่าเรา...”

ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมและการประยุกต์สู่การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์รายนี้ แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยของคนในครอบครัวที่มีต่อสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งการห้ามนั่งขวางบันได ห้ามเหยียบธรณีประตู พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ขัดต่อความเชื่อเชิงวัฒนธรรม ซึ่งถือเป็นกุศโลบายของคนโบราณ โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์สามารถให้คำแนะนำถึงแนวทางการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุระดูระดูระดู อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด การห้ามไปดูคนอื่นคลอดลูก ห้ามตกปลา ฆ่าสัตว์ ถือเป็นกุศโลบายเพื่อป้องกันไม่ให้จิตใจของสตรีตั้งครรภ์เกิดความเศร้าหมอง จิตใจไม่แจ่มใส และการห้ามเตรียมเสื้อผ้าและของใช้ไว้ให้ทารก ถือเป็นกุศโลบายที่ไม่ให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความคาดหวังว่าจะได้บุตรที่แข็งแรง สมบูรณ์ หากไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดความเศร้าโศก เสียใจ และเกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด (postpartum blues) หากมารดาเผชิญปัญหาไม่ได้อาจรุนแรงจนเกิดภาวะซึมเศร้า

หลังคลอด (postpartum depression) หรือภาวะ
โรคจิตหลังคลอด (postpartum psychosis) (ปัญญา
บุญเพิ่ม, 2557)

สตรีตั้งครรภ์ที่สอ 32 สัปดาห์ ฝากครรภ์ตาม
กำหนดนัด ครั้งที่ 4

“...ดื่มน้ำมะพร้าวทุกวัน ท้องแรกดื่มตั้งแต่
ท้อง 6 เดือน ป้าบอกว่าจะทำให้ลูกมีผิวพรรณดี
ถูกคนโตสามขวบแล้วก็ดูดีเพราะน้ำมะพร้าวรีปเล่า
ก็ไม่รู้ ส่วนเข็มกลัดที่ติดเสื้อไว้เพราะเห็นคนท้องเขา
ติดเข็มกลัดกัน หนูก็เลยติดบ้าง อย่างน้อยคนเห็น
จะได้ระวัง...”

ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมและการประยุกต์
สู่การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์รายนี้ บทบาทพยาบาล
แผนกฝากครรภ์ คือ ต้องมีความเข้าใจและให้คำแนะนำ
ที่ไม่ขัดต่อความเชื่อดังกล่าว เนื่องจากน้ำมะพร้าวไม่มี
ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ในทางกลับกัน น้ำมะพร้าว
มีคุณค่าทางโภชนาการที่สูง ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต
น้ำตาล เส้นใย ไขมัน โปรตีน วิตามินบี วิตามินซี
ธาตุแคลเซียม ธาตุเหล็ก ธาตุแมกนีเซียม ธาตุ
ฟอสฟอรัส ธาตุโพแทสเซียม และธาตุสังกะสี
(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ,
2564) นอกจากนี้ การติดเข็มกลัดที่หน้าท้อง ความเชื่อ
โบราณเชื่อว่าจะช่วยป้องกันการแท้ง ช่วยกัลดทารก
ในท้องไม่ให้หลุดออก ป้องกันสิ่งไม่ดีมาทำร้ายสตรี
และทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นกุศโลบายของคนโบราณ
ที่ชาญฉลาด ทำให้เกิดความระมัดระวังที่จะป้องกันการ
กระทบกระเทือนต่อทารกในครรภ์ เพื่อคำนึงถึง
ความปลอดภัยของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อคนอื่นเห็นเข็มกลัด
ที่หน้าท้องจะให้การช่วยเหลือ ดังนั้น บทบาทพยาบาล
แผนกฝากครรภ์สามารถแนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ใช้
เข็มกลัดเป็นเครื่องเตือนตนเอง เพื่อการระมัดระวัง
อุบัติเหตุจากสิ่งใกล้ตัว เช่น การดูแลตนเองของสตรี
ตั้งครรภ์ในขณะเดินทาง การสวมใส่รองเท้าเพื่อสุขภาพ
การแต่งกายที่เหมาะสม ตลอดจนโภชนาการที่สตรี

ตั้งครรภ์จะต้องเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
การรับประทานยาตามเวลา การนับเด็กคืนประจำวัน
สตรีครรภ์แรก ระยะเริ่มเจ็บครรภ์

“...แม่ให้ดื่มน้ำในขวดนี้ เป็นน้ำต้มดอกบัว
แห้งที่นาค (ผู้ที่จะบวช) ถีอดอนเดินรอบโบสถ์ จะมี
คนเก็บไว้ให้คนท้องในละแวกบ้าน จะได้คลอดง่าย
เด็กแข็งแรง หนูอธิษฐานขอให้ได้ลูกสาว ปลอดภัย
ทั้งแม่ ลูก...”

ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมและการประยุกต์
สู่การดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์รายนี้ แสดงถึงความเชื่อ
ที่แตกต่างกันตามผู้บอกเล่าและวัฒนธรรมท้องถิ่น
บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด
คือ ควรให้คำแนะนำแก่สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะ
คลอดโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคล และไม่ขัดต่อ
ความเชื่อเชิงวัฒนธรรม เช่น ในระยะตั้งครรภ์หรือ
ระยะคลอด ควรมีการสนทนาขณะตรวจครรภ์หรือ
สนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรื่องราวความเชื่อของแต่ละ
บุคคล เช่น สตรีครรภ์แรก ระยะเริ่มเจ็บครรภ์ บอกถึง
ความต้องการดื่มน้ำดอกบัวแห้ง และอธิษฐานขอให้
ได้ลูกสาว ปลอดภัยทั้งแม่และลูก สำหรับการสนทนา
ที่สะท้อนการดูแลในมิติของพุทธศาสนา บทบาท
พยาบาลแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด คือ
รับฟังคำอธิษฐาน ใส่ใจ และสนับสนุนให้เกิดความตั้งใจ
ดูแลตนเอง ปฏิบัติตามเหตุปัจจัยโดยอาศัย สันติ
คือ ไม่มีเหตุรบกวานให้ระคายเคือง การรักษาอารมณ์
สภาพจิตให้ปลอดภัยไปตรง ลดกังวล ดังตัวอย่าง

“...ตอนนี้เริ่มเจ็บท้องและจะเจ็บมากขึ้น
อาจใช้เวลาหถึงแปดชั่วโมง ขณะนี้ปากมดลูกยังเปิด
2 เซนติเมตร คุณแม่สามารถจิบน้ำดอกบัวได้เลย
เมื่อปากมดลูกเปิดมากขึ้น จะต้องมีการงดน้ำงด
อาหาร ขออนุญาตนำน้ำดอกบัวมาเซ็ดหน้าเพื่อให้
คุณแม่มีความสุขสบาย เสริมกำลังใจให้กับคุณแม่ จะให้
เก็บขวดน้ำดอกบัวไว้ในตู้เย็น เอาไว้เซ็ดหน้าตอน
ใกล้คลอดก็ได้ หรือจะอธิษฐานด้วยกันแล้วดื่มน้ำนี้

ก็ได้ เพราะช่วงเจ็บท้องถึงนั้น คุณแม่ต้องผ่อนคลายแบบที่ได้ฝึกมา พยายามอาจเปลี่ยนเวร แต่ทุกคนตั้งใจดูแลให้แม่ลูกปลอดภัยอยู่แล้ว ส่วนได้ลูกสาวมั้ย ต้องลุ้นด้วยกัน...”

สตรีครุฑแรก 36 สัปดาห์ อายุ 40 ปี

“...เมื่อรู้ว่าท้อง คนแก่ในละแวกบ้านบอกว่า จะมีคนดี ๆ มาเกิด ให้อาราธนาศีล 5 และรักษาศีล 5 ทุกวัน สวดมนต์บทไพศณฺฑกปริตรก่อนนอนค่ะ เพราะอายุมาก กลัว กังวลเรื่องผ่าคลอด ได้สวดมนต์รักษาศีล ทำให้เบาใจ ไม่เครียด...”

บทบาทพยาบาลแผนกฝากครรภ์และแผนกห้องคลอด คือ ควรให้คำแนะนำแก่สตรีระยะตั้งครุฑ และระยะคลอดที่ไม่ขัดต่อความเชื่อเชิงวัฒนธรรม สามารถส่งเสริมให้สตรีตั้งครุฑปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพราะมีผลต่อสุขภาพจิตของสตรีตั้งครุฑ ในระยะตั้งครุฑ สตรีตั้งครุฑบางรายอาจพบว่ามีภาวะเสี่ยงจากทารกมีภาวะดาวน์ซินโดรม ธาลัสซีเมีย ซึ่งบทบาทพยาบาลนอกจากจะให้คำปรึกษาในการตรวจพิเศษเพื่อวินิจฉัยทารกในครรภ์แล้ว ยังต้องคำนึงถึงจิตใจของสตรีตั้งครุฑที่มีภาวะวิตกกังวล ดังนั้นบทบาทพยาบาลควรมีการให้กำลังใจ การส่งเสริมให้สตรีตั้งครุฑทำสมาธิ สวดมนต์ระหว่างรอผลหรือหลังทราบผลแล้ว จะช่วยให้คลายความวิตกกังวลและยอมรับ เผลอเกี่ยวกับปัญหาได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ในระยะคลอด พยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเผชิญความเจ็บปวด เช่น การสอนการหายใจเพื่อควบคุมความเจ็บปวด ช่วยเพิ่มออกซิเจนให้แก่ทารกในครรภ์ ในขณะที่มีมดลูกหดตัว

สตรีครุฑแรก ระยะรอคลอด เจ็บครุฑ

“...ท้องแรก หนูกลัวค่ะ ยังมีข่าวคลอดลูกตาย หนูยิ่งกลัวค่ะ หนูมีน้ำเดิน ไม่เจ็บท้อง หนูไม่ยอมผ่าตัดค่ะ สามีไปบนขอพรที่... ถ้าคลอดได้เอง ตั้งใจว่า ลูกอายุสามเดือนจะไปแก้มันค่ะ...”

ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมและการประยุกต์สู่การดูแลสตรีระยะคลอดรายนี้ พบว่า การบนบานศาลกล่าวหรือการขอพรไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งของสตรีตั้งครุฑและทารก และเป็นกำลังใจที่สำคัญให้สตรีตั้งครุฑสามารถเผชิญกับการคลอดครั้งแรกของชีวิตได้ จากบทสนทนาของสตรีระยะคลอดสะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรมในการปฏิบัติตามข้อให้ทำและข้อห้ามทำ คำอธิบายต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีเหตุผลซ่อนอยู่ ซึ่งคนโบราณใช้เป็นกุศโลบายในการถ่ายทอดความเชื่อมาจากแม่ เกร็ดญาติ และคนในชุมชนเดียวกัน มีวิถีดำเนินชีวิตและหลักศาสนาช่วยให้มีความตั้งใจทำความดี ลดความกลัว ความกังวลใจ ช่วยให้มีใจมั่นใจ การปฏิบัติตามความเชื่อเป็นวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพะ ดังนั้นบทบาทพยาบาลแผนกห้องคลอด คือ ควรให้ความรู้ผสมผสานความเชื่อเชิงวัฒนธรรมที่ผู้คลอดควรปฏิบัติ และควรให้ความสำคัญกับความเป็นบุคคลของสตรีระยะคลอด โดยพยาบาลควรให้กำลังใจผู้คลอดเพื่อไม่ให้ผู้คลอดเครียดจนเกินไป ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูง และให้ความสำคัญกับความรู้ที่มาจากวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งเป็นข้อมูลหรือสารสนเทศที่จะนำมาใช้ในการวางแผนการดูแลสตรีที่สัมพันธ์กับความเชื่อรายบุคคล

ข้อเสนอแนะเพื่อการดูแลที่สะท้อนความเชื่อเชิงวัฒนธรรม

พยาบาลอาจประยุกต์แนวคิดสุนทรียสนทนา (dialogue) ให้เป็นสุนทรียสนทนาทางการพยาบาล (nursing dialogue) ที่ให้ความสำคัญกับการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เปิดใจรับฟังความรู้สึก ไม่มีการโต้แย้งด่วนสรุป และไม่จำเป็นต้องหาข้อยุติ สร้างทักษะของผู้ร่วมสนทนาด้านการฟัง การคิด

การพูด การเข้าใจตนเองและผู้อื่น ผู้ร่วมสนทนามีอิสระทางความคิดในการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน (ปารวี สยัคพานิช, 2562) ความเชื่อเชิงวัฒนธรรมของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดสะท้อนผ่านบทสนทนากับผู้ดูแล การอ้างอิงมิติด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ แนวคิดทางพุทธศาสนา และแนวคิดทางมานุษยวิทยา ประยุกต์สู่แนวทางการดูแล คือ 1) การสร้างศรัทธาต่อความเป็นแม่ สร้างคุณค่า ความหวัง และเป้าหมายในการดูแลตนเองอย่างดีที่สุด คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ของครอบครัว 2) การสนทนา ใฝ่ใจ และสนับสนุนให้เกิดความตั้งใจในการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามเหตุปัจจัยตามอายุครรภ์ในแต่ละไตรมาส และ 3) การแสวงหาความรู้เชิงวัฒนธรรมและผสมผสานวัฒนธรรมนั้นกับมาตรฐานการพยาบาล โดยพยาบาลควรมีสมรรถนะการพยาบาล พหุวัฒนธรรม การประเมินความเชื่อทางวัฒนธรรมด้วยการประยุกต์สุนทรียสนทนาให้เป็นสุนทรียสนทนาทางการพยาบาล

สรุป

คติทางพุทธศาสนามีความสำคัญต่อความตั้งใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเองของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ทั้งกาย วาจา ใจ ให้มีความสงบจากบุญกุศล คุณงามความดีของตนเองเป็นพื้นฐานสร้างเสริมสุขภาวะตนเองทุกไตรมาสต่อเนื่องจนถึงระยะคลอด โดยพยาบาลสามารถแลกเปลี่ยนความเชื่อจากสตรีตั้งครรภ์รายอื่น ๆ ตลอดระยะเวลาสามไตรมาสของการตั้งครรภ์ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการส่งเสริมสุขภาพให้สตรีตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มเติมข้อมูลด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยไม่ขัดต่อวัฒนธรรม ความเชื่อ และส่งผลดีต่อสุขภาพองค์กรวม ทั้งนี้ ในการดูแล

สตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดตามความเชื่อทางวัฒนธรรม พยาบาลควรพัฒนาสมรรถนะการพยาบาล พหุวัฒนธรรม พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสนทนาเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านวัฒนธรรมและความเชื่อ เข้าใจในจิตวิญญาณของสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ซึ่งการสนทนาถือว่าเป็นเครื่องมือหรือวิธีการประเมินความเชื่อทางวัฒนธรรมที่ดีในการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดแบบองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรมพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2563). *เติมเต็มความเป็นมนุษย์ด้วยมานุษยวิทยา ผ่านสายตา นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์*. สืบค้นจาก <https://www.the101.world/komatra-chuengsatiansup-interview/>
- ทองช้อย แสงสินชัย. (2560). *แม่ บาลีว่าอย่างไร*. สืบค้นจาก [https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/kmexperience/kmarticle/2329/](http://dhamma.serichon.us/แม่ประเวศ ะสี, และวิวัฒน์ คติธรรมนิตย์. (บ.ก.). (2547). ธรรมชาติของสรรพสิ่ง: การเข้าถึงความจริงทั้งหมด. กรุงเทพฯ: มูลนิธิศตวรรษที่-สองสิบสี่.</p><p>ปารวี สยัคพานิช. (2562). <i>สุนทรียสนทนา (Dialogue)</i>. สืบค้นจาก <a href=)
- ปิยนุช บุญเพิ่ม. (2557). *การพยาบาลมารดาที่มีภาวะผิดปกติในระยะหลังคลอด*. โรมพิมพ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พระครูปลัดสัมพิพัฒน์ศิลาจารย์ (ครรรจิต คุณวโร). (ม.ป.ป.). *สุขภาพแบบองค์รวมแนวพุทธ*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/doc/HRNCD/สุขภาพแบบองค์รวมแนวพุทธ.pdf>
- ไพรินทร์พัสดุ. (2563). บทบาทพยาบาล: การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 60–69.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, และอุทุมพร แผลมหลวง. (2563). ประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณของหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(3), 121–138.
- ละเอียด แจ่มจันทร์, สุรี ชันชรักษ์วงศ์, สุนทร หงส์ทอง, และนพนัฐ จำปาเทศ. (2557). การแพทย์แผนไทยกับการบริบาลมารดาหลังคลอดในชุมชนภาคกลาง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(2), 195–202.
- ลัญจกร นิลกาญจน์. (2561). วัฒนธรรมความเชื่อกับการจัดการศรัทธาของชุมชน. *วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 10(2), 11–20.
- ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. (2559). บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 11–22.
- ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา, อารีรัตน์ จำอยู่, และจิณห์จุฑาชัยเสนา ดาลลาส. (2561). แนวทางการประเมินสภาวะสุขภาพตามมิติทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการข้ามวัฒนธรรม มุมมองของผู้เชี่ยวชาญ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 28(1), 36–49.
- วรวรรณ จันทร์วีเมือง, และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2559). นักศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาสภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 208–219.
- วิชิต เปานิล. (2546). *พุทธกระบวนทัศน์เพื่อสุขภาพและการเยียวยาในสังคมไทย*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1687?locale-attribute=th>
- ศรีณธร มังคะมณี, ศิริพร ชูเด็จฉิน, และปิยวัชรประมวรัตน์. (2553). การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 3(1), 29–40.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). *มะพร้าว สรรพคุณและประโยชน์ของมะพร้าว น้ำมะพร้าว 81 ข้อ !*. สืบค้นจาก <https://medthai.com/มะพร้าว/>
- Cowchock, F. S., Meador, K. G., Floyd, S. E., & Swamy, G. K. (2011). Spiritual needs of couples facing pregnancy termination because of fetal anomalies. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 65(1–2), 4–10. doi:10.1177/154230501106500204
- Leininger, M. M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: Jones and Bartlett.
- Leininger, M. M. (2002). Culture Care Theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189–192. doi:10.1177/10459602013003005

ประสบการณ์ครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

First Experience of Nursing Students in Caring for Patients

กัลญาพร ทาศิริ¹

Kanlayaphon Hasiri¹

Received: November 27, 2021 Revised: December 11, 2021 Accepted: December 12, 2021

การขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยนั้นจะเริ่มตอนเป็นนักศึกษาปี 2 ภาคเรียนที่ 3 ซึ่งนักศึกษาปี 2 ทุกคนได้รับรู้และรู้สึกตื่นเต้นเป็นอย่างมากที่จะได้ขึ้นฝึกปฏิบัติรวมถึงดิฉันด้วย ก่อนขึ้นฝึก ดิฉันและเพื่อนๆ รู้สึกกังวลและไม่พร้อมในการขึ้นฝึกเลย ทั้งกังวลในเรื่องประสิทธิภาพของตัวเอง ความรู้ที่ไม่รู้ว่าเมื่อพอเจอกับสถานการณ์จริงแล้วจะสามารถนำความรู้ที่ตนมีนั้นออกมาใช้ได้มากน้อยแค่ไหนบวกกับคำบอกเล่าต่างๆ ที่รุ่นพี่ได้พูดและเล่าสู่น้องๆ ฟังว่า การขึ้นฝึกปฏิบัติมันทั้งเหนื่อย ทั้งหนัก อาจารย์เ็นเทศ ซึ่งก็เป็นสิ่งที่ดิฉันและเพื่อนๆ รู้สึกกังวลเป็นอย่างมาก คอยภาวนาว่าอย่าให้ถึงวันที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติเลย แต่สุดท้ายก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยง โชคชะตาที่รอคอยเรายู่ข้างหน้าได้ เส้นทางของนักศึกษาพยาบาลที่จะเติบโตเป็นพยาบาลที่มีศักยภาพ และนี่คือ ประสบการณ์การขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยครั้งแรกที่วอร์ดอายุรกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี

วันที่ 15 มีนาคม 2564 เป็นวันแรกที่ก้าวเข้าไปในหอผู้ป่วยและรับรู้นตนเองว่าได้ก้าวเข้ามาอีกขั้นของเส้นทางความเป็นพยาบาล มีทั้งความรู้สึกตื่นเต้น กอดัน ความกลัว ผสมกันไปหมด แต่ในเมื่อได้ก้าวเข้ามาแล้ว เราก็ต้องทำให้เต็มที่ ในตอนเช้าพวกเราทั้ง 8 คน ได้เดินทางไปทิวอร์ดอายุรกรรมหญิงพร้อมกับอาจารย์เ็นเทศ พวกเราสวัสดิ์พีๆ พยาบาลและบุคลากรบนตึกด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แต่ภายในใจนั้นเต็มไปด้วยความรู้สึกตื่นเต้นและความกังวลเป็นอย่างมาก จากนั้นที่หัวหน้าตึกได้เข้ามาแนะนำตัวและพาเดินไปดูสถานที่ต่างๆ ภายในวอร์ด เพื่อให้พวกเราคุ้นเคยกับสถานที่ จากนั้นอาจารย์ได้เลือก case ให้กับพวกเราทั้ง 8 คน 1 case ต่อนักศึกษา 1 คน นี่ก็ครั้งแรกที่ดิฉันได้รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของตัวเอง ดิฉันรู้สึกตื่นเต้นและรู้สึกมีความสุขเป็นอย่างมาก หลังจากทุกคนได้รับ case ของตัวเองแล้ว ทุกคนต่างแยกย้ายเพื่อไปทักทายและทำความรู้จักกับ case ของตัวเอง ปกติแล้วดิฉันไม่ใช่คนที่ชอบพูดมากนัก รู้สึกประหม่าทุกครั้งที่ได้พูดคุยกับผู้อื่น

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี สถาบันพระบรมราชชนก

¹ 3rd-year Nursing Student, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Prabormarajchanok Institute, E-mail: s620901015@pnc.ac.th

แต่เมื่อได้เห็นคุณยาย ความประหม่าในการพูดคุยของดิฉันก็ได้หายไป ดิฉันแนะนำตัวด้วยรอยยิ้มและพูดคุยเกี่ยวกับอาการเบื้องต้นของคุณยายเล็กน้อยก่อนที่จะแยกตัวไปดู chart ผู้ป่วย การพูดคุยกับผู้ป่วยของตัวเองครั้งแรกถือเป็นประสบการณ์ที่ดีมาก แม้ว่าจะเป็นบทสนทนาที่สั้นแต่เต็มไปด้วยความรู้สึกยินดี

หลังจากแยกตัวจากผู้ป่วย ดิฉันและเพื่อนๆ ได้เดินไปดู chart ของผู้ป่วย ซึ่งอาจารย์นิเทศได้สอนวิธีการดูว่าควรดูอย่างไร ดูตรงไหน ความรู้สึกตอนนั้น คือ มึนไปหมด หน้าไหนเป็นหน้าไหน แล้วเราควรจดแบบไหนดี นี่คือคำถามที่ดิฉันกับเพื่อนๆ ในกลุ่มได้พูดคุยกัน ต่างคนต่างมองหน้ากันและทำหน้าที่มึนงง เป็นช่วงเวลาที่ทั้งตกลงและกังวลไปพร้อมกัน จากนั้นอาจารย์นิเทศได้ขอตัวกลับก่อนและปล่อยให้พวกเราอยู่กันเอง 8 คน พวกเรามองหน้ากัน ภายในใจร้องขออาจารย์ว่าอย่าไปเลย แต่ได้แค่อุ้มและสวัสดีลาอาจารย์ ถึงเวลาที่พวกเราทั้ง 8 คนอยู่ด้วยกัน ดิฉันเปิดหน้า order ใน chart ของผู้ป่วย และรู้สึกมึนงงกับลายมือที่ไม่คุ้นเคยเล็กน้อย โชคดีที่ฉันพออ่านภาษาอังกฤษและเดาทางพอได้บ้าง แต่บ่อยครั้งที่เพื่อนในกลุ่มได้สอบถามว่าใน order เขียนว่าอย่างไร ฉันตอบได้บ้างไม่ได้บ้าง พวกเราทั้ง 8 คน ยืนเปิด chart กันอยู่แบบนั้นและผลัดกันถาม สุดท้ายก็ตกลงกันว่าจดทั้งหมดเลย เอาเท่าที่อ่านออก จากนั้นพวกเราทั้ง 8 คน คีน chart ให้แก่พี่พยาบาล กล่าวหาพี่ๆ พยาบาลและบุคลากรก่อนลงตึก รู้สึกว่าหอพักนั้นไกลและใช้เวลาเดินทางนานกว่าปกติมาก เมื่อถึงหน้าห้องพักของตัวเองขาแทบทรุดลงบนพื้น แทบจะล้มลงตรงหน้าประตูไม่คิดว่าการขึ้นตึกจะเหนื่อยขนาดนี้ แต่นี่เป็นเพียงแค่วันแรกเท่านั้น ยังเหลือเวลาอีกหลายวันที่เราจะสามารถปรับตัวให้คุ้นชิน คินนั้นดิฉันลงมือทำ plan ครั้งแรก นำข้อมูลต่างๆ ที่จดจาก chart มาเขียน

อ่านออกบ้างไม่ออกบ้าง เนื่องจากรีบจดจนเกินไป ทำให้เสียเวลาอยู่นาน และต้องทำความเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไป conference ตอนเช้า หลังจากวันแรก ดิฉันและเพื่อนๆ ก็เริ่มที่จะเรียนรู้และปรับตัวได้บ้าง ส่งผลให้การทำงาน การเขียน plan ใช้เวลาน้อยลง และสามารถอ่าน order ได้คล่องขึ้นในทุกๆ เข้าหลังจากรีบเวรจากที่พยาบาล พวกเราทั้ง 8 คน และอาจารย์จะต้อง pre-conference ทุกครั้งเกี่ยวกับโรค อาการ และ order ที่จะทำในวันนั้นว่าต้องทำอะไร เวลาไหน ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ข้อมูลเหล่านี้คือ ข้อมูลที่ทุกคนจะต้องรู้ ซึ่งอาจารย์จะถามในเรื่องที่เกี่ยวกับ case ของเรา วันแรกนั้นหนักพอสมควร เนื่องจากว่าเป็นครั้งแรกและยังมึนงงกับการอ่าน chart อยู่ ทำให้ระหว่างการประชุมเป็นบางช่วงและขาดตอน การที่เราไม่สามารถตอบคำถามของอาจารย์ได้นั้นทำให้รู้สึกที่เราต้องพยายามให้มากกว่านี้ นี่คือ case ของเรา เราต้องรู้มากกว่านี้ หลังจากวันนั้น ดิฉันก็พยายามเข้าใจ case หาความรู้และหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาการผู้ป่วย เพื่อที่จะสามารถตอบคำถามอาจารย์ได้และถือโอกาสหาความรู้ให้กับตัวเอง

สิ่งที่ทำให้นักศึกษาทุกคนที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติรู้สึกตื่นเต้นและถือว่าเป็นประสบการณ์ที่สำคัญมากคือ การทำหัตถการทางการแพทย์นั่นเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหารทางสายยาง การสวนปัสสาวะ การผสมยา เตรียมยา และการฉีดยาให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาก็ได้เรียนและได้ฝึกปฏิบัติมาแล้วที่ห้องฝึกปฏิบัติการในวิทยาลัย แต่ครั้งนี้จะต้องนำสิ่งที่ได้เรียนรู้และได้ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการมาใช้กับผู้ป่วยจริงๆ ไม่ใช่หุ่นที่เราใช้ฝึกแล้ว ดิฉันบอกกับตัวเองว่าห้ามตื่นเต้นเกินไป มือห้ามสั่นเด็ดขาด เพื่อที่จะแสดงถึงความน่าเชื่อถือและสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วย แม้จะบอกกับตัวเองแบบนั้น สุดท้ายมือก็สั่นอยู่ดี แต่ต้องควบคุมสติหน้าไว้ไม่ให้ผู้ป่วยเห็นว่า

เรากังวลและตื่นเต้นขนาดไหน ก่อนทำหัตถการ จะต้องขออนุญาตผู้ป่วยทุกครั้ง และเมื่อทำหัตถการเสร็จเรียบร้อยแล้วจะต้องขอบคุณทุกครั้งด้วยเช่นกัน นี่คือนิสัยที่ดิฉันได้ถูกปลูกฝังและได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งดิฉันรู้สึกดีทุกครั้งที่ได้กล่าวขอบคุณผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยนั้นเปรียบเสมือนคุณครูของเรา ทุกๆ ครั้งที่ดิฉันทำหัตถการ คุณยายมักจะยิ้มและคอยให้กำลังใจตลอด ทำให้ดิฉันรู้สึกใจชื้น มีกำลังใจในการขึ้นฝึกปฏิบัติเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องตื่นเช้าทุกวัน ตลอดทั้งวันแทบจะไม่ได้นั่งเฉย ตอนกลางคืนต้องทำ plan และค้นหาความรู้ จนบางครั้งต้องเข้านอนเกือบเช้า ทำให้รู้สึกท้อและเหนื่อยกับการขึ้นฝึกเป็นอย่างมาก แต่รอยยิ้มและกำลังใจจากคุณยายทำให้ดิฉันรู้สึกขอบคุณและปลื้มปิติทุกครั้งที่ได้คิดถึง เพียงแค่นี้ก็สามารถเพิ่มพลังกำลังทั้งร่างกายและแรงใจ เหมือนโทรศัพท์ที่ได้ชาร์จแบตเตอรี่ อาจจะดูเหมือนเรื่องที่ไม่จริงจัง แต่เมื่อดิฉันได้ลองสัมผัสและได้เข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ เรื่องเหล่านี้มันไม่ใช่เรื่องที่ไม่จริงจังเลย และแล้วช่วงเวลา 2 สัปดาห์บนบอร์ดอายุรกรรมหญิงก็ได้จบลงด้วยดี

ในสัปดาห์ต่อมา ถึงเวลาของวอร์ดศัลยกรรมชาย ซึ่งเป็นวอร์ดที่ 2 ที่ดิฉันได้ขึ้นฝึกปฏิบัติ สำหรับการขึ้นฝึกปฏิบัติหน้าที่บนวอร์ดศัลยกรรมชาย จะแบ่งออกเป็น 2 ฝั่ง ฝั่งที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับ abdomen ทั้งหมด เช่น การผ่าตัด การส่องกล้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบาย JD (Jackson pratt drain) ผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ส่วนฝั่งที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีแผล เช่น แผลเบาหวาน ในสัปดาห์แรกกลุ่มของดิฉันเริ่มดูแลผู้ป่วยฝั่งที่ 1 ก่อน และในสัปดาห์ที่ 2 ก็จะเปลี่ยนมาดูแลผู้ป่วยฝั่งที่ 2 ในวันแรกที่ขึ้นฝึกปฏิบัติ ดิฉันได้รับหน้าที่ดูแลคุณลุงท่านหนึ่งซึ่งจะต้องได้รับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (esophagogastroduodenoscopy [EGD]) เมื่อรู้ว่าผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจแบบใด

หน้าที่ของดิฉัน คือ ต้องหาข้อมูลทั้งเรื่องวิธีการตรวจ เป้าหมายของการตรวจ การพยาบาลก่อนทำ ขณะทำ และหลังทำ เพื่อที่จะเข้าใจและสามารถบอกข้อมูลเหล่านี้ให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงวิธีการตรวจที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับ การปฏิบัติงานโดยทั่วไปบนวอร์ด นอกจากจะต้องรู้ถึงการตรวจต่างๆ ของผู้ป่วยแล้ว จะต้องมีความรู้ที่ทำความเข้าใจแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งทักษะการทำเช่นนั้น พวกเราทุกคนได้ลองฝึกปฏิบัติที่ห้องปฏิบัติการมาแล้ว และในที่สุดพวกเราได้นำทักษะมาใช้จริงกับผู้ป่วย ดิฉันรู้สึกตื่นเต้นและดีใจที่ได้ทำแผลให้แก่ผู้ป่วย เพราะทุกครั้งที่ทำแผลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยมักจะกล่าวขอบคุณเสมอ แม้ว่าขณะทำแผล ผู้ป่วยจะต้องทนต่อความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นก็ตาม ทำให้ดิฉันมีกำลังใจในการปฏิบัติหน้าที่ต่อไป เวลาว่างเลยไปจนในที่สุดก็ถึงวันสุดท้ายที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติ และเป็นเรื่องน่าเศร้า เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ได้มีการแพร่ระบาดมากขึ้น ทางวิทยาลัยจึงได้ทำการงดการเรียนการสอน และให้นักศึกษาทุกคนเดินทางกลับบ้านเพื่อไปกักตัวด้วยเหตุนี้ การฝึกปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 จึงจบเร็วกว่ากำหนดเล็กน้อย แม้ว่าจะไม่สามารถฝึกปฏิบัติได้ครบ 2 สัปดาห์ แต่ประสบการณ์ที่ได้รับจากวอร์ดศัลยกรรมชายก็เป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากเช่นกัน

หลังจากที่ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยแล้ว ทำให้หวนคิดถึงความรู้สึกครั้งแรกและวันแรกที่ได้ก้าวเท้าเข้าไปในหอผู้ป่วยเพื่อฝึกปฏิบัติ มันไม่แปลกที่คนเรานั้นจะรู้สึกกลัวและตื่นเต้นในสิ่งที่ไม่เคยได้สัมผัสมาก่อน แต่เมื่อเราได้สัมผัสในสิ่งนั้นจริงๆ กลับกลายเป็นว่ามันไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด เมื่อเราเคยลองทำแล้วครั้งหนึ่ง ในครั้งต่อไป ความตื่นเต้นก็จะลดลงไปเรื่อยๆ จนเกิดเป็นความมั่นใจในที่สุด ในความรู้สึกส่วนตัว ดิฉันรู้สึกว่าการได้ลองทำและได้ลองปฏิบัติมันสนุกมากกว่าการที่นั่งเรียนอยู่ในห้องเรียนเสียอีก จากคนที่ไม่ค่อยกล้าพูด ไม่มีความมั่นใจ

ในตัวเอง ในวันนี้คนคนนั้นกล้าที่จะพูด กล้าที่จะทำ
รู้สึกมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น ขอขอบคุณเพื่อนๆ ที่คอย
อยู่เคียงข้างกันจนถึงวันสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ขอขอบคุณ
พี่ๆ พยาบาลและบุคลากรที่อยู่บนหอผู้ป่วยที่คอย
ให้คำแนะนำ ขอขอบคุณอาจารย์ที่คอยสอน คอยให้
คำปรึกษา และคอยให้กำลังใจตลอด และขอขอบคุณ
ผู้ป่วยทุกคนที่มอบรอยยิ้มและกำลังใจให้ สิ่งเหล่านี้

คือประสบการณ์อันมีค่าที่ดิฉันจะไม่มีวันลืม แม้ว่า
หลายสิ่งๆ ที่ดิฉันจะต้องพัฒนา แต่ดิฉันเชื่อว่าสิ่งเหล่านี้
จะหล่อหลอมให้ดิฉันได้เติบโตเป็นพยาบาลที่มี
ศักยภาพ และดิฉันจะไม่หยุดพัฒนาตัวเองเพียงแค
เท่านั้น จะพัฒนาตัวเองต่อไป เพื่อที่จะได้เป็นพยาบาล
ที่มีคุณภาพตามเป้าหมายที่ตัวเองได้ตั้งเอาไว้

the 1990s, the number of people with diabetes has increased in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

Diabetes is a chronic disease with a high prevalence and a high mortality. The most common complications of diabetes are cardiovascular disease, nephropathy, retinopathy, and neuropathy. The prevalence of these complications is high, especially in the elderly. In the Netherlands, the prevalence of cardiovascular disease is 25% (3), of nephropathy 10% (4), of retinopathy 10% (5), and of neuropathy 10% (6).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).

The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2). The prevalence of diabetes is increasing in all industrialized countries. In the Netherlands, the prevalence of diabetes is 6.5% (1.5% of the population aged 15 years and over) (1). The prevalence of diabetes is expected to increase to 10% by the year 2010 (2).