



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 34 No. 2 July - December 2023



รายงานการวิจัย

- ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก
- บังคับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง
- ความตระหนัก ความรู้ และความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอดทน ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
- บังคับที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- บังคับที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่รับยาเคมีบำบัด
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด
- บังคับที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
- ผลของการรื้อต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- บังคับที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน
- การศึกษาการกลับไปใช้สารเมทาเมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพพร้อมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้อ
- บังคับที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกุ่มชาติพันธุ์อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
- ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป
- ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
- ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแก๊งกรูของมารดาต่อการทำหน้าที่ทางสตรีวิทยาของการเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก
- การพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิทยุเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

บทความวิชาการ

- แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย
- การเริ่มยาฉีดอินซูลิน: มุมมองของผู้พยาบาลหวนชนิดที่ 2

บทความพิเศษ

- จากเด็กหลังห้องสู่เส้นทางงานพัฒนานวัตกรรม สานฝันคว้ารางวัลนวัตกรรมระดับนานาชาติ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 34 No. 2 July - December 2023

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบบเนิน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

รศ. พ.ต.ต.หญิง ดร.พวงเพ็ญ ชุณหปราณ
ข้าราชการบำนาญ (9/82 ช.ทองเกษร ลาตพร้าว 71 กรุงเทพฯ)
ผศ. ดร.พรฤดี นิธิรัตน์
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา
รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

นางคนิสร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. ผศ. ดร.ทัศนาศ ทวีคุณ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |
| 4. ดร.หรรษา เศรษฐบุปผา | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 5. รศ. ดร.อรพรรณ โตสิงห์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัยจุฬารณณ์ |
| 6. รศ. ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล | สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช |
| 7. รศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 8. รศ. ดร.นิตยา ตากวิริยะนันท์ | นักวิชาการอิสระ (เกษียณจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) |

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|--------------------------|---|
| 1. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |
| 2. นางกรรณิการ์ พรงาม | สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญานี สันติสูงเนิน
- นางสาวชลิตา วรวิมลพิศาล
- นางสาวคุณัญญา เย็นสุข

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 จำนวนอย่างน้อย 2 คน ทั้งนี้ รายงานการวิจัย และบทความในวารสารถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางคณะผู้จัดทำวารสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ (peer reviewers)

วสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.นงนภภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. รศ. ดร.ปรารถนา สติชัยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 6. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 7. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสสถ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 8. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรอด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 9. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 10. รศ. ดร.กุลวดี โรจนไพศาลกิจ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |
| 11. ผศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 12. ดร.ดาราวรรณ รongเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 13. ดร.ทองสวย สีทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ฉสมน นามวงษ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ชญาดา เนตร์กระจ่าง | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ดร.รุ่งนภา เทียวชะอ่า | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ผศ. ดร.ปราณี ชีร์โสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 21. ดร.ชดช้อย วัฒนนะ | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ | นักวิชาการอิสระ |
| 23. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส | นักวิชาการอิสระ |
| 24. ดร.วิรัชพัชร สกุลสันติพร เศลล์ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 34 No. 2 July - December 2023

ส
า
ร
า
น

หน้า

รายงานการวิจัย

- ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และสภาวะการปฏิบัติหน้าที่
ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก 1
นันทิดา นามราชา พรรณพีไล ศรีอาภรณ์ บังอร ศุภวิทิตพัฒนา
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง 14
กาญจนาภา ศุภบุรณ์ อุษณีย์ จินตะวาช เนตรทอง นามพรม
- ความตระหนัก ความรู้ และความเชื่อต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ 29
จากการอดกั้น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว
จิราภรณ์ พรมจักร์แก้ว จินดารัตน์ ชัยอาจ จิราภรณ์ เตชะอุดมเมธ
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว 43
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
วิภารัตน์ ภิบาลวงษ์ คณิสส เจริญกิจ รุ่งนภา เขียวชะอำ
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 56
และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
สิริยา ซาลีศรีอ สุธีพร ธนศิลป์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง 69
ในพยาบาลห้องผ่าตัด
มรกต ดอกแก้ว นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงค์คราญ วิเศษกุล
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการบริโภคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค 84
ในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก
ฐิติมา ถมทอง สุภาภรณ์ สุดหนองบัว
- ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจาย 96
เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
วรรณษา ชื่นนอก นงค์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตรภิบาล
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการใช้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน 112
กลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน
ภาภรณ์ อุ๋เงิน ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 34 No. 2 July - December 2023

ส
า
ร
ว
บ
น
ญ

	หน้า
<ul style="list-style-type: none"> การศึกษาการกลับไปใช้สารเมทาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง สุกัญญา กาญจนมิตร นภาพันธุ์ ซาปลีก จริยา มงคลสวัสดิ์ ธัญญาพร โคตรชุม กษนิภา ขาววงษ์ 	127
<ul style="list-style-type: none"> ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพร่วมกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ ปราศันต จงพินธนิมิตร มธุรสดา บรรจงการ นิศารัตน์ รามวงษ์ 	137
<ul style="list-style-type: none"> ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย รุจิรัฐ ทะนาวา พันธทิพย์ หินหุ้มเพชร สุดาวดี ยะสะกะ 	154
<ul style="list-style-type: none"> ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนานในผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป จุฑารัตน์ ศรีวิชัย นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงศ์คราญ วิเศษกุล 	167
<ul style="list-style-type: none"> ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชน พรฤดี นิธิรัตน์ พภาทิพย์ สิงห์คำ มานพ ผสม รัชณี ผสม 	182
<ul style="list-style-type: none"> ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต พิมพ์พัฒน์ จันทร์เทียน มาลินี บันดี ธนะวัฒน์ รวมสุข 	200
<ul style="list-style-type: none"> ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม สรสา วาณิชมนตรี ยศพล เหลืองโสมนภา อรพรรณ บุญลือ 	214
<ul style="list-style-type: none"> ความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด สร้อย อุนสรณ์ธีรกุล สุภาพัทธร์ หาญกล้า อัญชลี อ้วนแก้ว ณัฐรากุล บึงมุ่ม 	225



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 34 No. 2 July - December 2023

ส
า
ร
บ
ญ

- | | |
|---|------|
| | หน้า |
| • ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดา
ต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาของการกีดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก | 237 |
| เยาวรัตน์ สุภาณี จุฑามาศ โชติบาง พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น | |
| • การพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า
ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ | 252 |
| ฐิตวินต์ หงษ์กิตติยานนท์ บัญเลี้ยง ทุมทอง อภิญญา อิงอาจ | |

บทความวิชาการ

- | | |
|--|-----|
| • แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ
ของประเทศไทย | 266 |
| ยสพรรณ พันธะศรี พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์ ภัทรรุณี วัฒนศัพท์ | |
| • การเริ่มยาดัดอินซูลิน: มุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 | 275 |
| อภิชาติ ศิริสมบัติ | |

บทความพิเศษ

- | | |
|--|-----|
| • จากเด็กหลังห้องสู่เส้นทางการพัฒนานวัตกรรม สานฝันควารางวัล
นวัตกรรมระดับนานาชาติ | 289 |
| อพีชชา ศรีพระคุณ สุธิดา ภักดี รุ่งนภา เขียวชะอำ | |

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 34 ฉบับที่ 2 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน และด้านการศึกษาพยาบาล ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ และการเริ่มยาฉีดอินซูลิน โดยเฉพาะในมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับเส้นทางการพัฒนานวัตกรรมของนักศึกษาพยาบาลจนกระทั่งได้รับรางวัลระดับนานาชาติ ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และสถานะการปฏิบัติหน้าที่ ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก* Anxiety, Social Support, and Functional Status of First-time Advanced Age Mothers*

นันทิดา นามราชา, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Nanthida Namracha, M.N.S. (Midwifery)¹

พรรณพิไล ศรีอารณ์, พย.ด.²

บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ประ.ด. (การพยาบาล)³

Punpilai Sriarporn, Ph.D. (Nursing)²

Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 3, 2023

Revised: October 13, 2023

Accepted: October 17, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบประเมินสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด มีค่าความเชื่อมั่น .93 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: fon.nanthida84@gmail.com

² ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Clinical 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

ผลการวิจัยพบว่า มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับมาก ($M = 3.45, SD = .25$) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.397, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรวางแผนการพยาบาลในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้แก่มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก เพื่อช่วยให้มารดามีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สภาวะการปฏิบัติหน้าที่ ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the relationship among anxiety, social support, and functional status of first-time advanced age mothers. The participants were 85 first-time advanced age mothers who visited Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Lamphun Hospital, Lampang Hospital, and Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 1 Chiang Mai. The research instruments consisted of the demographic data record form, the State Anxiety Inventory Form Y with a reliability of .92, the maternal social support questionnaire with a reliability of .92, and the maternal functional status inventory with a reliability of .93. Data were collected from May to December 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that first-time advanced age mothers had the total mean score of functional status at a high level ($M = 3.45, SD = .25$). Anxiety was negatively statistically significantly related to functional status of first-time advanced age mothers ($r = -.397, p < .001$), whereas social support was positively statistically significantly related to functional status of first-time advanced age mothers ($r = .485, p < .001$).

This research suggests that nurse-midwives should provide nursing care plan to reduce anxiety and promote social support among first-time advanced age mothers. This will help mothers enhance their effective functional status.

Keywords: Functional status, Anxiety, Social support, First-time advanced age mothers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาอายุมากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศอุตสาหกรรมและประเทศที่พัฒนาแล้ว (Pettersson et al., 2020) จากสถิติขององค์การสหประชาชาติ พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา เท่ากับ 57.30 ต่อประชากรสตรี 1,000 ราย ในกลุ่มอายุเดียวกัน ในปี ค.ศ. 2008 และเพิ่มขึ้นเป็น 69.20 ในปี ค.ศ. 2018 เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ ที่พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุมาก เท่ากับ 70.50 ในปี ค.ศ. 2009 และเพิ่มขึ้นเป็น 79.10 ในปี ค.ศ. 2018 (Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2011; 2020) ส่วนประเทศไทย พบอัตราการคลอดบุตรในมารดาอายุมาก เท่ากับ 36.70 ต่อประชากรสตรี 1,000 ราย ในกลุ่มอายุเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2554 และเพิ่มขึ้นเป็น 39.20 ในปี พ.ศ. 2564 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555; 2565) นอกจากนี้ยังพบการเพิ่มขึ้นของอายุเฉลี่ยของสตรีที่มีการคลอดบุตรทั้งหมดรวมถึงสตรีที่มีการคลอดบุตรครั้งแรก จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์ของการเป็นมารดาอายุมากที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมถึงแนวโน้มของการเป็นมารดาอายุมากที่มีบุตรครั้งแรกที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย (Martin, Hamilton, Osterman, & Driscoll, 2021)

มารดาอายุมากต้องเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ที่ส่งผลให้ประสิทธิภาพและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง การเป็นมารดาอายุมากมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยที่มากขึ้น รวมทั้งยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพที่มากขึ้น โดยการคลอดบุตรเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ชัดเจนของปัญหาด้านสุขภาพ ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้นยังส่งผลให้เกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน

ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด (Pettersson et al., 2020) โดยเฉพาะในมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก ซึ่งพบความสัมพันธ์ของความเสี่ยงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ กลุ่มอาการ HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome) (Kalayci, Ozdemir, Alkas, Cok, & Tarim, 2017) ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มขึ้นของอัตราการผ่าตัดคลอด และการใช้สูติศาสตร์หัตถการในการช่วยคลอด (Casteleiro, Paz-Zulueta, Parás-Bravo, Ruiz-Azcona, & Santibañez, 2019) ตลอดจนปัญหาสุขภาพทางกายในระยะหลังคลอดจากการที่อายุมากขึ้นส่งผลให้เกิดความอ่อนเพลียและเหนื่อยล้าได้ง่าย อันเกิดจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้การฟื้นตัวของร่างกายช้าลงและใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นนานขึ้น (Cabrera, 2016) การทำงานของระบบสืบพันธุ์ที่ลดลง เกิดการยับยั้งการกลับเข้าสู่ภาวะปกติของมดลูก ทำให้มดลูกเข้าอู้ง่าย และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของขนาดยอมนมรวมทั้งความผิดปกติของน้ำคาวปลา ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการสูงอายุที่มีผลต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่ลดลง รวมถึงกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการลดลงของโปรตีน (Nurjanna, As'ad, & Idris, 2019) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาว (Cooke & Davidge, 2019) ภาวะผนังหลอดเลือดเปราะในระยะหลังคลอด (postpartum angiopathy) และการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Hong, 2019) ส่วนปัญหาด้านจิตสังคม มารดาอายุมากต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจจากการเผชิญกับความกดดันทางอารมณ์และความคาดหวังของสังคมที่มีต่อมารดา อีกทั้งยังขาดประสบการณ์ในการดูแลบุตรและการปฏิบัติบทบาทการเป็นมารดาครั้งแรก รวมถึงการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ ในระยะหลังคลอด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด

ความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และภาวะซึมเศร้า หลังคลอดได้ (Xiong & Deng, 2020) และส่งผลต่อการกลับคืนสู่สภาวะการปฏิบัติหน้าที่เหมือนก่อนตั้งครรภ์ที่ช้าลง

สภาวะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตร หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่มีบุตรคนแรก ตาม บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบภายหลังการคลอด บุตร โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดสภาวะการปฏิบัติ หน้าที่ภายหลังการคลอดบุตร ของ Fawcett, Tulman, and Myers (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา (ฉวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2557) โดยสภาวะการปฏิบัติหน้าที่หลังคลอดบุตรประกอบด้วย 1) กิจกรรมการดูแลบุตร 2) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์ กับบุตร 3) กิจกรรมการดูแลตนเอง 4) กิจกรรมงานบ้าน 5) กิจกรรมการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุตร 6) กิจกรรมตามประเพณีและความเชื่อ 7) กิจกรรมทาง สังคม และ 8) กิจกรรมการทำงานหารายได้ ซึ่งสภาวะ การปฏิบัติหน้าที่หลังคลอดบุตรจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อ สตรีมีการยินยอมรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ในการเป็นมารดา และมีการจัดระเบียบแบบแผน การดำเนินชีวิตใหม่ที่ครอบคลุมถึงความพร้อมของ การเป็นมารดา สภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา หลังคลอดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัย ส่วนบุคคล และปัจจัยด้านจิตสังคม (Tulman, Fawcett, Groblewski, & Silverman, 1990) โดยปัจจัยส่วน บุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา พลังกาย (energy) ชนิดของการคลอด ลำดับการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร การวางแผนการมีบุตร ลักษณะครอบครัว รายได้ของ ครอบครัว และอาชีพหรือลักษณะการทำงาน ส่วน ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ของคู่สมรส ความพึงพอใจในการเป็นมารดา ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง แบบแผนการนอนหลับของทารกในช่วงกลางคืน ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

ความอ่อนล้า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะ แห่งตน และความมั่นใจในตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับสภาวะ การปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกใน ระยะเวลาหลังคลอด ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุน ทางสังคม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่อาจส่งเสริมหรือขัดขวาง การฟื้นคืนของสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาได้

ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกไม่สบายใจและ ความตึงเครียดที่เกิดจากการรับรู้ และเป็นการตอบสนอง ต่อสิ่งเร้าของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก เมื่อประเมิน ว่าสิ่งเร้าเหล่านั้นอาจทำให้เกิดอันตราย หรือได้รับผลกระทบ ที่ไม่พึงพอใจ จากการศึกษาพบว่ามีความเชื่อมโยง ระหว่างการเป็นมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกกับระดับ ความวิตกกังวลที่มากขึ้น (Steinberg & Bellavance, 1999) โดยอายุของมารดาที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ กับศักยภาพที่ลดลงของสภาพร่างกาย ตลอดจนการ เปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนต่างๆ ส่งผลให้เกิดอาการ เบื่อหน่าย นอนไม่หลับ และเป็นสาเหตุของความ วิตกกังวลได้ ซึ่งความวิตกกังวลในระยะเวลาหลังคลอดอาจ ขัดขวางการกลับคืนสู่สภาวะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลัง การคลอดบุตรในมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการรับรู้ของมารดา อายุมากที่มีบุตรคนแรกถึงการได้รับความช่วยเหลือ ภายหลังการคลอดจากบุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี มารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน และบุคลากร สุขภาพ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การ สนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านทรัพยากร และการสนับสนุนด้าน การประเมินค่า ทั้งนี้ การให้การสนับสนุนทางสังคมตาม ความต้องการในผู้เป็นมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก ตลอดจนการตอบสนองจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี หรือมารดาของตน ในการดูแลช่วยเหลือในการเลี้ยงดู บุตรและการแบ่งเบาภาระความรับผิดชอบในครัวเรือน รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากบุคลากร

สุขภาพ ทำให้ผู้เป็นมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก เกิดความรู้และความมั่นใจ ส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถดำรงบทบาทการเป็นมารดาและมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่หลังคลอดที่เหมาะสม (García-Blanco et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษา สภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก พบเพียงการศึกษาในผู้เป็นมารดาครั้งแรก ซึ่งมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดโดยรวมในระดับมาก (กัญญาณัฐ สิทธิธา, ฉวี เบาทรวง, และ นันทพร แสนศิริพันธ์, 2560; Mirghafourvand & Bagherinia, 2017) และพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดา (กนิษฐา แก้วคู, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562; กัญญาณัฐ สิทธิธา และคณะ, 2560) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม จึงสนใจที่จะศึกษาสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม หากมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ที่มากจะเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมให้มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก

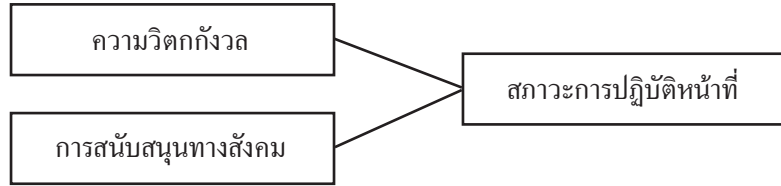
สมมติฐานการวิจัย

1. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตร ของ Fawcett et al. (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา (ฉวี เบาทรวง และคณะ, 2557) ซึ่งประกอบด้วย 8 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลบุตร 2) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร 3) กิจกรรมการดูแลตนเอง 4) กิจกรรมงานบ้าน 5) กิจกรรมการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุตร 6) กิจกรรมตามประเพณีและความเชื่อ 7) กิจกรรมทางสังคม และ 8) กิจกรรมการทำงานหารายได้ โดยแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคม คือ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่า หากมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกมีความวิตกกังวลน้อย และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี อาจส่งผลต่อสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ที่มากตามไปด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคมอาจมีความสัมพันธ์กับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี ที่มีบุตรคนแรกในระยะ 6–8 สัปดาห์หลังคลอด และมารับบริการตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง รวมทั้งที่พานุกรมารับบริการตรวจสุขภาพและรับวัคซีนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดาและบุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 2) เลี้ยงบุตรด้วยตนเองหลังคลอด 3) สัญชาติไทย และสามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit & Beck, 2017) เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก ตามสัดส่วนของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 33 คน โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 14 คน โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 28 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร ความพึงพอใจในการเป็นมารดา การมีบุคคลช่วยเหลือในระยะหลังคลอด และงานที่ได้รับความช่วยเหลือในระยะหลังคลอด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (the State Anxiety Inventory [STAI] Form Y) ของ Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, and Jacobs (1983) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาโดยชาติรี นนทศักดิ์, สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นดา, 2535) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1–4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุดค่อนข้างมาก มีบ้าง และไม่มีเลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับน้อย (20–40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41–60 คะแนน) และในระดับมาก (61–80 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนลินี สิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันชะรักษา, และบังอร

ศุภวิทิพัฒนา (2563) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 8 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูล จำนวน 10 ข้อ การสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 10 ข้อ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดเลย ตรงกับความรู้สึกนึกคิดเพียงเล็กน้อย ตรงกับความรู้สึกนึกคิดเพียงบางส่วน ตรงกับความรู้สึกนึกคิดค่อนข้างมาก และตรงกับความรู้สึกนึกคิดเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และในระดับมาก (3.68-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของจิว เบาทรวง และคณะ (2557) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ภายหลังการคลอดบุตรของ Fawcett et al. (1988) แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลบุตร จำนวน 15 ข้อ 2) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร จำนวน 9 ข้อ 3) กิจกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 15 ข้อ 4) กิจกรรมงานบ้าน จำนวน 9 ข้อ 5) กิจกรรมการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุตร จำนวน 10 ข้อ 6) กิจกรรมตามประเพณีและความเชื่อ จำนวน 12 ข้อ 7) กิจกรรมทางสังคม จำนวน 10 ข้อ และ 8) กิจกรรมการทำงานหารายได้ จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 87 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ตรงกับการกระทำเลย ตรงกับการกระทำเล็กน้อย ตรงกับการกระทำปานกลาง และตรงกับการกระทำมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระดับน้อย (1.00-1.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.00-2.99 คะแนน) และในระดับมาก (3.00-4.00

คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของมารดาหลังคลอด และแบบประเมินสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาในระยะหลังคลอด ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .92, .92 และ .93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 010/2020 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 050/63COA-NUR 010/63 วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ 38/2563 วันที่ 24 กันยายน 2563) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 119/63 วันที่ 21 กันยายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 12/2563 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เข้าพบพยาบาล หัวหน้าหน่วยตรวจหลังคลอดและวางแผนครอบครัว ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาล ลำพูน และโรงพยาบาลลำปาง และพยาบาลหัวหน้า คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์ อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบบันทึก แบบประเมิน และแบบสอบถาม โดยให้ เวลา 30-35 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล ความวิตกกังวล ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และ ข้อมูลสถานะการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหา ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และการสนับสนุน ทางสังคม กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ วิเคราะห์ด้วย สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาอายุมากที่มี บุตรคนแรก พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.40 โดยมีอายุเฉลี่ย 37.71 ปี ($SD = 2.88$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพ สมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 98.80 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.40 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-19,999 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.20 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 52.90 ส่วนใหญ่มีการวางแผนการมีบุตร คิดเป็นร้อยละ 76.50 ทั้งหมดมีความพึงพอใจใน การเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 100 มีบุคคลช่วยเหลือ ในระยะหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 100 และงานที่ได้รับ

ความช่วยเหลือในระยะหลังคลอดส่วนใหญ่คือ การดูแล บุตร คิดเป็นร้อยละ 89.40

2. ความวิตกกังวลของมารดาอายุมากที่มีบุตร คนแรก พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวล ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 60 และมีคะแนนเฉลี่ย ความวิตกกังวลในระดับน้อย ($M = 37.67, SD = 7.94$)

3. การสนับสนุนทางสังคมของมารดาอายุมากที่ มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.60 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยรวมในระดับมาก ($M = 4.23, SD = .55$) เมื่อ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 88.40 ด้านข้อมูล คิดเป็น ร้อยละ 83.20 ด้านทรัพยากร คิดเป็นร้อยละ 87 และด้านการประเมินค่า คิดเป็นร้อยละ 80.60 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมใน ระดับมากที่สุด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ($M = 4.42, SD = .60$) ด้านข้อมูล ($M = 4.16, SD = .72$) ด้านทรัพยากร ($M = 4.35, SD = .66$) และด้าน การประเมินค่า ($M = 4.03, SD = .63$)

4. สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมาก ที่มีบุตรคนแรก พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่มีสถานะ การปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 86.25 และมีคะแนนเฉลี่ยสถานะการปฏิบัติหน้าที่ โดยรวมในระดับมาก ($M = 3.45, SD = .25$) เมื่อ จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า มารดาฯ ส่วนใหญ่มีสถานะ การปฏิบัติหน้าที่ในระดับมากที่สุด 7 ด้าน ได้แก่ กิจกรรม การดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 96.25 กิจกรรมการมี ปฏิสัมพันธ์กับบุตร คิดเป็นร้อยละ 94.75 กิจกรรม การดูแลตนเอง คิดเป็นร้อยละ 86.50 กิจกรรม การแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุตร คิดเป็น ร้อยละ 92.25 กิจกรรมตามประเพณีและความเชื่อ คิดเป็นร้อยละ 84.50 กิจกรรมทางสังคม คิดเป็น ร้อยละ 77.75 และกิจกรรมการทำงานหารายได้ คิดเป็น

ร้อยละ 81.75 และส่วนใหญ่มีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ กิจกรรมงานบ้าน คิดเป็นร้อยละ 69 และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระดับมาก 7 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมการดูแลบุตร ($M = 3.85, SD = .17$) กิจกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร ($M = 3.79, SD = .25$) กิจกรรมการดูแลตนเอง ($M = 3.46, SD = .30$) กิจกรรมการแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองและบุตร ($M = 3.67, SD = .40$) กิจกรรมตามประเพณีและความเชื่อ ($M = 3.38, SD = .51$) กิจกรรมทางสังคม ($M = 3.11, SD = .53$) และกิจกรรมการทำงานหารายได้ ($M = 3.27, SD = .79$)

และมีคะแนนเฉลี่ยสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ กิจกรรมงานบ้าน ($M = 2.76, SD = .68$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.397, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .485, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก ($n = 85$)

ตัวแปร	สภาวะการปฏิบัติหน้าที่	
	r	p
ความวิตกกังวล	-.397	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.485	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่โดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากรมารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-40 ปี (ร้อยละ 82.40) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มารดามีวุฒิภาวะ มีความพร้อม ความเต็มใจ และสามารถสร้างครอบครัวได้ จึงเป็นช่วงอายุที่เหมาะสมในการมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ที่มากภายหลังการคลอด (Sauer, 2015) ประกอบกับมารดามีการศึกษาในระดับก่อนข้างสูง โดยมีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี รวมร้อยละ

67.10 ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้มาก และสามารถเรียนรู้และเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดี โดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลบุตร (Ozkan & Sevil, 2007) โดยมารดาหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับสูงมักเป็นผู้ที่ไปศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมทำให้มารดามีความสามารถในการดูแลบุตรและการดูแลตนเองมากขึ้น (Posmontier, 2008) นอกจากนี้ มารดาส่วนใหญ่ยังมีการวางแผนการมีบุตร (ร้อยละ 76.50) ซึ่งการวางแผนการมีบุตรที่ดีและการมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมในการมีบุตร ส่งผลต่อการปรับตัวในการเป็นมารดาได้ดี และมีสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ที่มากในระยะหลังคลอด (Mirghafourvand & Bagherinia, 2017) อีกทั้งมารดาทั้งหมดมีความ

พึงพอใจในการเป็นมารดา และมีบุคคลช่วยเหลือใน
ระยะหลังคลอด ทำให้มารดามีสถานะการปฏิบัติหน้าที่
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ
กัญญาณัฐ สิทธิธา และคณะ (2560) และการศึกษา
ของ Mirghafourvand and Bagherinia (2017)
ที่พบว่า ผู้เป็นมารดาครั้งแรกมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่
ในระยะหลังคลอดโดยรวมในระดับมาก

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์
ทางลบกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาอายุมาก
ที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า
มารดาที่มีความวิตกกังวลน้อย จะมีสถานะการปฏิบัติ
หน้าที่ที่มากในระยะหลังคลอด ทั้งนี้อาจเนื่องจาก
มารดาฯ ส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับน้อย
(ร้อยละ 60) ซึ่งความวิตกกังวลในระดับน้อยทำให้
มารดาฯ เกิดความตื่นตัวจากความรู้สึกภายในและ
สิ่งแวดล้อมที่มากขึ้น ส่งผลต่อการเรียนรู้ ความรู้สึก
ถึงการมีพลัง มีแรงบันดาลใจในการปฏิบัติหน้าที่ใน
ระยะหลังคลอด รวมถึงความรู้สึกถึงโอกาสในการให้
ความสำคัญกับเป้าหมายในบทบาทการเป็นมารดา โดย
ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเล็กน้อยส่งผลให้มีแรงกระตุ้น
ในการขับเคลื่อนให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้สำเร็จตาม
เป้าหมาย เกิดความกระตือรือร้น และสามารถปรับตัว
ต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดี (Shives, 2012) และ
ส่งผลต่อการมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ที่มาก สอดคล้อง
กับการศึกษาของ Chandra and Smitha (2023)
ที่พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับ
สถานะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาหลังคลอด

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมี
ความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ของ
มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
แสดงว่า มารดาฯ ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี
จะมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่ที่มากในระยะหลังคลอด
ทั้งนี้อาจเนื่องจากมารดาฯ ทั้งหมดมีบุคคลช่วยเหลือใน
ระยะหลังคลอด และงานที่ได้รับความช่วยเหลือในระยะ

หลังคลอดส่วนใหญ่คือ การดูแลบุตร (ร้อยละ 89.40)
ประกอบด้วยมารดาฯ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุน
ทางสังคมในระดับมากถึง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์
ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า
ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ ส่งผลต่อ
เวลาในการพักผ่อนและการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ
นำไปสู่การฟื้นตัวอย่างรวดเร็วทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
ในระยะหลังคลอด รวมถึงมีการปรับตัวเข้าสู่บทบาท
การเป็นมารดาได้ง่าย และมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่
ที่มากในระยะหลังคลอด (Aydin & Kukulcu, 2018)
สอดคล้องกับการศึกษาของ Norhayati, Nik Hazlina,
and Aniza (2016) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคม
มีความสัมพันธ์กับสถานะการปฏิบัติหน้าที่ โดยสถานะ
การปฏิบัติหน้าที่จะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นหากได้รับ
การสนับสนุนทางสังคมที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์ควรวางแผนการพยาบาล
ในการลดความวิตกกังวลและเพิ่มการสนับสนุนทาง
สังคมให้แก่มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรก เพื่อช่วยให้
มารดาอายุมากที่มีบุตรคนแรกมีสถานะการปฏิบัติหน้าที่
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับสถานะ
การปฏิบัติหน้าที่ในมารดาในกลุ่มอื่นๆ เช่น มารดาอายุมาก
ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมหรือทางสูติกรรม
มารดาที่มีภาวะมีบุตรยากและมีการใช้เทคโนโลยีช่วย
ในการตั้งครรภ์

2.2 ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายสถานะ
การปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาอายุมาก
ที่มีบุตรคนแรก โดยคัดสรรปัจจัยต่างๆ เช่น ความ
วิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม ความเหนื่อยล้า

เอกสารอ้างอิง

กนิษฐา แก้วดู, นวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง. *พยาบาลสาร*, 46(2), 1–12.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *สถิติสาธารณสุข 2554*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กัญญาณัฐ ลิทธิภา, นวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2560). ความวิตกกังวล การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 44(3), 30–40.

นวี เบาทรวง, นันทพร แสนศิริพันธ์, และสุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2557). *การพัฒนาแบบวัดสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดา* (รายงานผลการวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดารารวรรณ ตะปินตา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ* (ปริญญาานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นลินี ลิทธิบุญมา, กรรณิการ์ กันธะรักษา, และบังอร สุภวิทิตพัฒนา. (2563). ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของผู้เป็นมารดาครั้งแรก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 169–179.

Aydin, R., & Kukulcu, K. (2018). Adaptation of the Barkin scale of maternal functioning and examination of the psychometric properties. *Health Care for Women International*, 39(1), 50–64. doi:10.1080/07399332.2017

Cabrera, A. J. R. (2016). Inflammatory oxidative aging: A new theory of aging. *MedCrave Online Journal of Immunology*, 3(5), 1–5. doi:10.15406/moji.2016.03.00103

Casteleiro, A., Paz-Zulueta, M., Parás-Bravo, P., Ruiz-Azcona, L., & Santibañez, M. (2019). Association between advanced maternal age and maternal and neonatal morbidity: A cross-sectional study on a Spanish population. *PLoS One*, 14(11), e0225074. doi:10.1371/journal.pone.0225074

Chandra, N., & Smitha, M. V. (2023). Functional status, social support, and anxiety among postnatal women of Eastern India. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 20, 100238. doi:10.1016/j.eurox.2023.100238

Cooke, C. M., & Davidge, S. T. (2019). Advanced maternal age and the impact on maternal and offspring cardiovascular health. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, 317(2), H387–H394. doi:10.1152/ajpheart.00045.2019

- Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2011). Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates: Latest available year, 2000–2009. In *Demographic yearbook 2009–2010* (pp. 399–420). New York: United Nations Publication. Retrieved from <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dybsets/2009-2010.pdf>
- Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2020). Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates: Latest available year, 2010–2019. In *Demographic yearbook 2019* (pp. 377–398). New York: United Nations Publication. Retrieved from <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/products/dyb/dybsets/2019.pdf>
- Fawcett, J., Tulman, L., & Myers, S. T. (1988). Development of the inventory of functional status after childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery*, 33(6), 252–260. doi:10.1016/0091-2182(88)90080-8
- García-Blanco, A., Monferrer, A., Grimaldos, J., Hervás, D., Balanzá-Martínez, V., Diago, V., ... Cháfer-Pericás, C. (2017). A preliminary study to assess the impact of maternal age on stress-related variables in healthy nulliparous women. *Psychoneuroendocrinology*, 78, 97–104. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.01.018
- Hong, J. H. (2019). Cerebrovascular complications during pregnancy and postpartum. *Journal of Neurocritical Care*, 12(1), 20–29. doi: 10.18700/jnc.190087
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kalayci, H., Ozdemir, H., Alkas, D., Cok, T., & Tarim, E. (2017). Is primiparity a risk factor for advanced maternal age pregnancies?. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(11), 1283–1287. doi:10.1080/14767058.2016.1211633
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J. K., & Driscoll, A. K. (2021). Births: Final data for 2019. *National Vital Statistics Reports*, 70(2), 1–51. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-02-508.pdf>
- Mirghafourvand, M., & Bagherinia, M. (2017). Relationship between maternal self-efficacy and functional status four months after delivery in Iranian primiparous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(4), 321–328. doi:10.1080/0167482x.2017.1394290
- Norhayati, M. N., Nik Hazlina, N. H., & Aniza, A. A. (2016). Functional status of women with and without severe maternal morbidity: A prospective cohort study. *Women and Birth*, 29(5), 443–449. doi: 10.1016/j.wombi.2016.02.002

- Nurjanna, As'ad, S., & Idris, I. (2019). Relationship between early breastfeeding initiation and involution uteri of childbirth mothers in Nenemallomo Regional Public Hospital and Arifin Nu'mang Public Regional Hospital of Sidenreng Rappang regency in 2014. *Indian Journal of Public Health Research & Development, 10*(4), 838–844. doi:10.5958/0976-5506.2019.00809.X
- Ozkan, S., & Sevil, U. (2007). The study of validity and reliability of Inventory of Functional Status After Childbirth. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 6*(3), 199–208. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/26520360>
- Pettersson, M. L., Nedstrand, E., Bladh, M., Svanberg, A. S., Lampic, C., & Sydsjö, G. (2020). Mothers who have given birth at an advanced age - health status before and after childbirth. *Scientific Reports, 10*(1), 1–15. doi:10.1038/s41598-020-66774-4
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Posmontier, B. (2008). Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(4), 310–318. doi:10.1016/j.jmwh.2008.02.016
- Sauer, M. V. (2015). Reproduction at an advanced maternal age and maternal health. *Fertility and Sterility, 103*(5), 1136–1143. doi:10.1016/j.fertnstert.2015.03.004
- Shives, L. R. (2012). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (Eds.). (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steinberg, S. I., & Bellavance, F. (1999). Characteristics and treatment of women with antenatal and postpartum depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 29*(2), 209–233. doi:10.2190/J96Y-YU6C-5PXQ-C4J9
- Tulman, L., Fawcett, J., Groblewski, L., & Silverman, L. (1990). Changes in functional status after childbirth. *Nursing Research, 39*(2), 70–75. doi:10.1097/00006199-199003000-00002
- Xiong, R., & Deng, A. (2020). Incidence and risk factors associated with postpartum depression among women of advanced maternal age from Guangzhou, China. *Perspectives in Psychiatric Care, 56*(2), 316–320. doi:10.1111/ppc.12430

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง*

Factors Related to Family Management among Caregivers of Children with Bronchopulmonary Dysplasia*

กาญจนาภา ศุภบุรณ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Ganjanapa Supaboon, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

อุษณีย์ จินตะเวช, Ph.D. (Nursing)²

เนตรทอง นามพรหม, Ph.D. (Nursing)³

Usanee Jintrawet, Ph.D. (Nursing)²

Netthong Namprom, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 3, 2023

Revised: October 7, 2023

Accepted: October 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่มารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .81-.85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: arm_sb@outlook.co.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

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.36, SD = 10.01$) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .353, p < .05$; $\eta = .423, p < .01$ และ $\eta = .350, p < .05$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .374, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .370, p < .001$; $r = .333, p < .001$ และ $r = .321, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว ผู้ดูแล เด็กโรคปอดเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship among education level, income, social support, and family management among caregivers of children with bronchopulmonary dysplasia (BPD). The samples consisted of 85 caregivers of children with BPD receiving follow-up service at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Lampang Hospital, and Uttaradit Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of personal information, a questionnaire of social support with a reliability of .81, and a questionnaire of family management with the reliabilities in the range of .81–.85. Data were collected from October 2020 to February 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that caregivers of children with BPD had the total mean score of family management at a moderate level ($M = 136.36, SD = 10.01$). Education level was positively statistically significantly related to family management in three dimensions: condition management ability, family life difficulty, and view of condition impact among caregivers of children with BPD ($\eta = .353, p < .05$; $\eta = .423, p < .01$; and $\eta = .350, p < .05$, respectively). Income was positively statistically significantly related to

family management in the dimension of condition management ability among caregivers of children with BPD ($\eta = .374, p < .05$). Social support was positively statistically significantly related to family management in three dimensions; condition management effort, family life difficulty, and view of condition impact among caregivers of children with BPD ($r = .370, p < .001$; $r = .333, p < .001$; and $r = .321, p < .001$, respectively).

This research suggests that nursing personnel should promote social support to caregivers of children with BPD in order to enhance the family management for appropriate care of children with BPD.

Keywords: Family management, Caregivers, Children with bronchopulmonary dysplasia, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด เป็นโรคที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ (Davidson & Berkelhamer, 2017) หรืออายุครรภ์ 22–28 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม (Stoll et al., 2015) ที่มีความต้องการใช้ออกซิเจนจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ร่วมกับมีความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีปอด (Gleason & Juul, 2018; Higgins et al., 2018) อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดเรื้อรังในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา พบมากกว่าร้อยละ 40 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรืออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์ แต่ละปีในประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 10,000–15,000 ราย (American Lung Association, 2020; Collaco et al., 2021; Rutkowska, Hozejowski, Helwich, Borszewska-Kornacka, & Gadzinowski, 2017) ส่วนในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 56 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคปอดเรื้อรังในทารกเกิดจากความผิดปกติของการสร้างเส้นเลือดใหม่ที่ปอดร่วมกับการขาดสารลดแรงตึงผิวที่ปอด มีความเสี่ยงสูงในทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่มีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากมีปัจจัย

ที่ทำให้หยุดการเจริญหรือพัฒนาของถุงลมปอดทั้งก่อนและภายหลังทารกเกิด (Brener Dik, Niño Gualdrón, Galletti, Cribioli, & Mariani, 2017) การเกิดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรคปอดเรื้อรัง (Khetan, Hurley, Spencer, & Bhatt, 2016) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการติดเชื้อ การได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน และพิษจากการได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบและยับยั้งการเจริญเติบโตของปอด ส่งผลให้ปอดถูกทำลายและเกิดพังคืดในปอด (Sahni & Mowes, 2023; Shahzad, Radajewski, Chao, Bellusci, & Ehrhardt, 2016) โดยใช้การเกิดของทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือมากกว่า 32 สัปดาห์ เป็นเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรง โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Davidson & Berkelhamer, 2017)

ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดเรื้อรังที่มีความรุนแรงทุกระดับ จำเป็นต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดประมาณ 120 วัน (Abman et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ทารกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 65 ทำให้ปอดได้รับบาดเจ็บจากการใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับออกซิเจนตั้งแต่

แรกเกิดมากที่สุด ส่งผลให้เกิดโรคปอดเรื้อรังและโรคระบบหายใจอื่นๆ ตามมา (Stoll et al., 2015) เช่น เสี่ยงต่อการอุดตันของทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบหายใจเพิ่มขึ้น (Davidson & Berkelhamer, 2017) และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น พัฒนาการของระบบประสาทล่าช้า (พิกุล จำศรีบุศ, 2562) การดูแลทารกโรคปอดเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เด็กมีสุขภาพดี (วิณา จีระแพทย์, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 ปีแรกของชีวิต (Groothuis & Makari, 2012) อย่างไรก็ตาม พบว่าทารกมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.50 (You, Shu, Gong, Liu, & Fu, 2017) หากมีการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การฟื้นหายจากโรคปอดเรื้อรังเป็นไปได้ยาก ทั้งนี้การดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านประกอบด้วย 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ 2) การจัดการระบบทางเดินอาหาร 3) การให้ภูมิคุ้มกันตามอายุ และการป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจจากเชื้อไวรัส 4) การให้ยาตามแนวการรักษา 5) การให้ออกซิเจน 6) พัฒนาการ และ 7) การมาตรวจตามแพทย์นัด (รัตติกาล มณีนุตร์ และสิริรักษ์ ศรีมาลา, 2560; Groothuis & Makari, 2012) โดยผู้ดูแลต้องทำเพิ่มจากการดูแลเด็กในภาวะปกติ ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่ซับซ้อนสำหรับผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว จึงต้องมีการจัดการครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ Grey, Knafel, and McCorkle (2006) และ Grey, Schulman-Green, Knafel, and Reynolds (2015) ระบุว่า การจัดการครอบครัวที่ดีเป็นข้อบ่งชี้ให้ครอบครัวทราบแนวทางในการจัดการดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล คือ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค และเด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี การจัดการครอบครัว

ตามแนวคิดของ Knafel, Deatrick, and Havill (2012) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังในชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย ซึ่งการจัดการครอบครัวเด็กโรคปอดเรื้อรังมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 3) ความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 4) ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว 5) มุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย และ 6) การอยู่ร่วมกันของผู้ปกครอง ซึ่งกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) และ Bousoo et al. (2017) ได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพและการได้รับความรู้จากบุคลากร และปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน จากการศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว (สุภาพร วิวัฒนา, 2561) ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย โดยมารดาที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เป็นโรคเรื้อรัง (Hullmann et al., 2010) และผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ต่ำกว่า (ลักษมี สารบรรณ, ศรีวิภา ชรณสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ว่องไวรอด, 2555) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง (Yang & Liu, 2015) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) เนื่องจาก มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งการสนับสนุน เป็นรายด้านที่ชัดเจน มีความเหมาะสม ครอบคลุม การจัดการครอบครัว และมีการใช้แนวคิดนี้ในการศึกษา ที่ผ่านมา (สุภาพร วัฒนา, 2561) โดยแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 1) แหล่งสนับสนุน 2 ประเภท คือ กลุ่ม ที่มีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่หรือกฎเกณฑ์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรังอื่น และ 2) สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบ และประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษา การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด โรคออสติติก รวมทั้งโรคปอดเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรังโดยตรง ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาพบ ว่าระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล และการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็ก ซึ่งอาจ อธิบายการจัดการครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังไม่ได้ทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้จึง ศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง อายุแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งเด็กยังไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้และการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ หากเด็ก ได้รับความดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลได้ โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง เพื่อให้เด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็ก

โรคปอดเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการ ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

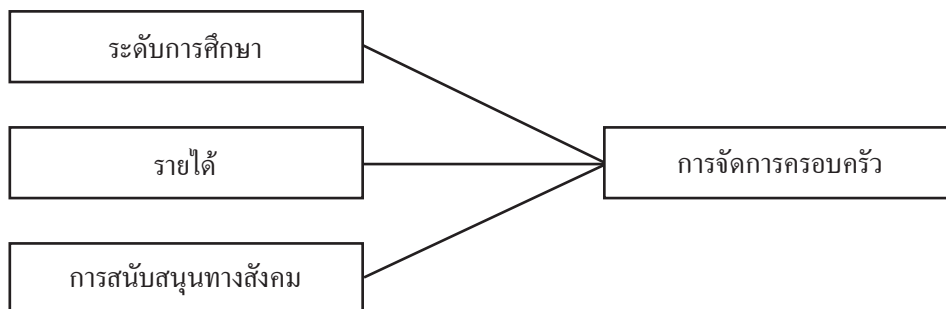
- ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทาง สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัว ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการ ครอบครัว ของ Knafli et al. (2012) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม โดยการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคปอด เรื้อรังในการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันของครอบครัว ว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก หมายถึง การรับรู้การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โรคปอดเรื้อรัง 2) ความสามารถในการจัดการสภาวะ ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการ อากาศหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเด็กโรคปอด เรื้อรัง ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต 3) ความพยายาม ในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความพยายามในการจัดการความเจ็บป่วยของเด็ก โรคปอดเรื้อรัง 4) ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อโรคปอดเรื้อรังว่าทำให้สมาชิก ครอบครัวเกิดความยากต่อการใช้ชีวิต และ 5) มุมมอง ผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ อากาศของโรคปอดเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อเด็กและ ครอบครัว โดยกรอบแนวคิดนี้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา และรายได้ และ 2) การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด ของ House (1981) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบ

และประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังมีการจัดการ

ครอบครัวที่ดี สรุปรูปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่มารับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการรู้คิด (mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, and Peck (1960) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) ใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นส่วนใหญ่ และเคยพาเด็กมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) เด็กโรคปอดเรื้อรังไม่มีโรคร่วม เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคระบบประสาท และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (ชัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 32 คน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 10 คน โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 18 คน และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จำนวน 25 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังและเด็กโรคปอดเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร และความสัมพันธ์กับเด็ก

จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ครั้งที่ของการมารับการตรวจตามนัดครั้งนี้ ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และลัทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (34.00-79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34-124.67 คะแนน) และในระดับมาก (124.68-170.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่แปลจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว (Family Management Measure [FaMM]) ของ Knafli et al. (2012) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว จำนวน 14 ข้อ และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ

ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการครอบครัวในระดับต่ำ (45.00-105.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105.01-165.01 คะแนน) และในระดับสูง (165.02-225.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .81 และของแบบสอบถามการจัดการครอบครัวรายด้านเท่ากับ .82, .85, .84, .84 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 075/2020 วันที่ 26 มิถุนายน 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 290/63COA-NUR 075/63 วันที่ 26 มิถุนายน 2563) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 092/63 วันที่ 3 กันยายน 2563) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 105.1/63 วันที่ 24 สิงหาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ (เอกสารรับรอง

เลขที่ 49/2563 วันที่ 17 มิถุนายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เติรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมจริยธรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์) โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ในช่วงเวลาที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรังจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยดูแลเด็กให้) โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังและเด็กโรคปอดเรื้อรัง

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้ กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.23 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.19 ปี ($SD = 7.93$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.82 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 85.88 มีอาชีพงานบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท และ 15,001-30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.71 เท่ากัน มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 57.65 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 58.82 มีบุตรจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.12 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 82.35

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรังพบว่า เด็กโรคปอดเรื้อรังเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.59 มีอายุแรกเกิด-1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 โดยมีอายุเฉลี่ย 1.80 ปี ($SD = .84$) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง (ในรอบ 6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 71.76 มารับการตรวจตามนัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1-5 คิดเป็นร้อยละ 61.18 ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 65.88 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 68.23 และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 87.06

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.41 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 92.64, SD = 12.17$)

4. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่มีการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 98.82 และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.36, SD = 10.01$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 44.56, SD = 5.90$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก ($M = 16.99, SD = 3.02$) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 11.97, SD = 2.81$) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($M = 35.13, SD = 9.28$) และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 27.95,$

$SD = 3.92$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .353, p < .05; \eta = .423, p < .01$ และ $\eta = .350, p < .05$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .374, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .370, p < .001; r = .333, p < .001$ และ $r = .321, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง (n = 85)

ปัจจัย	การจัดการครอบครัว									
	ด้านที่ 1		ด้านที่ 2		ด้านที่ 3		ด้านที่ 4		ด้านที่ 5	
	η	p	η	p	η	p	η	p	η	p
ระดับการศึกษา	.292	.126	.353	.029	.276	.171	.423	.003	.350	.032
รายได้	.340	.083	.374	.033	.310	.152	.320	.122	.353	.057
การสนับสนุนทางสังคม										
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	-.132	.229	-.120	.284	.370	<.001	.333	<.001	.321	<.001

หมายเหตุ

ด้านที่ 1 = การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก

ด้านที่ 2 = ความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 3 = ความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 4 = ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว

ด้านที่ 5 = มุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี (ร้อยละ 82.35) ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความคิด สติปัญญา และวุฒิภาวะสูงสุด สามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการปรับตัวและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (เกษร เกษมสุข และ อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีศักยภาพและมีการพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเป็นตัวบ่งบอกวุฒิภาวะ (Kahn et al., 1960) ที่ทำให้มีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี มีความสามารถในการจัดการกับสภาวะแวดล้อม ประเมินสถานการณ์ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพของเด็ก (ชญากา วันทุม และสุพรรณิ สุ่มเล็ก, 2555) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์

กับเด็ก คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 82.35) ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) อีกทั้งยังเป็นผู้ที่เข้าใจและไวต่อการรับรู้ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น ประกอบกับผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.88) ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ที่คอยให้คำปรึกษาช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และคอยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (ชนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) อีกทั้งมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.82) ซึ่งมีลักษณะเกี่ยวเนื่องซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนในการดูแลเด็ก นอกจากนี้ เด็กโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มารับการตรวจตามนัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1-5 (ร้อยละ 61.18) และมีระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 1-2 เดือน (ร้อยละ 65.88) ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเรื่องโรคการรักษา และการดูแลเด็กจากบุคลากรสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่อง และมีโอกาสในการเรียนรู้ที่จะดูแลเด็ก ทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ที่อยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัวมากนัก เนื่องจากสามารถรับรู้ ปรับตัว และจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กให้มีความคล้ายคลึงกับเด็กทั่วไปได้ ส่งผลต่อมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วยของโรคปอดเรื้อรังว่า เด็กสามารถฟื้นฟูสภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (วีณา จีระแพทย์, 2561) จึงแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดเรื้อรังสามารถประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่การจัดการครอบครัวที่ถูกต้องเหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 38.82) ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้มาก สามารถเรียนรู้และเข้าใจเรื่องต่างๆ ได้ดี รวมทั้งเรื่องการดูแลบุตร ทำให้สามารถรับรู้เกี่ยวกับโรคปอดเรื้อรัง ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น (Zhang et al., 2015) ดังการศึกษาของลักษณะมี สารบรรณ และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า และมีการรับรู้ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท และ 15,001-30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 24.71 เท่ากัน) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 57.65) จึงทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังการศึกษาของลักษณะมี สารบรรณ และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ต่ำกว่า ทำให้มีความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้ดี ประกอบกับประชาชนทุกคนในประเทศไทยที่ยังไม่มีสิทธิบัตรตั้งแต่แรกเกิดและตลอดช่วงชีวิต จะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.88) ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ที่คอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และคอยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.82) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว จึงช่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาท

หน้าที่ความรับผิดชอบได้ตามความต้องการ และช่วยลดภาระภายในครอบครัว ทำให้ความยากลำบากในชีวิตครอบครัวลดลง และมีความพยายามในการจัดการสถานะความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลได้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลเด็กได้ (Spangler-Torok, 2001) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ทำให้เด็กสามารถพ้นหายจากโรคและปลอดภัยเมื่อกลับบ้าน (พัชรวิวัฒน์ชัย และยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์, 2562) อีกทั้งผู้ดูแลยังได้รับการยอมรับและยกย่องชมเชยในการดูแลเด็กจากบุคคลอื่น ได้รับข้อมูลย้อนกลับในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ช่วยให้มีการดูแลเด็กที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจ ทั้งความเครียดและความวิตกกังวล ช่วยเสริมพลังอำนาจของครอบครัวให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี (สุภาวดี นาคสุขุม และคณะ, 2560) จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีมุมมองผลกระทบต่อสถานะความเจ็บป่วยที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เช่น ด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวร่วมรับฟังปัญหาและให้กำลังใจผู้ดูแล ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ด้านทรัพยากร โดยช่วยหาอาชีพเสริมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ขณะดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังให้ครบทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิด

การจัดการครอบครัว ซึ่งด้านที่ 6 คือ ด้านการอยู่ร่วมกันของผู้ปกครอง และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในเด็กโรคปอดเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- เกษร เกษมสุข, และอุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561). การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 101-107.
- ชนินฐา หะยิมะแซ. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชญากา วันทุม, และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2555). การเสริมสร้างสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 1-9.
- ธวัชชัย วรพงศธร, และสุริย์พันธุ์ วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. สืบค้นจาก https://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_2/HEALTH_Vol41No2_02.pdf
- พัชรวิวัฒน์ชัย, และยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์. (2562). การจัดการของครอบครัว: แนวคิดและแนวทางการนำไปใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 12-23.
- พิกุล ขำศรีบุศ. (2562). Environmental care for infants with bronchopulmonary dysplasia. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), *Practical points and updates in neonatal care* (น. 235-244). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.

- รัตติกาล มณีบุตร, และสิริรักษ์ ศรีมาลา. (2560). พยาบาลกับการดูแลภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 954–960.
- ลักขมี สารบรรณ, ศรีวิภา ธรณสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ว่องไวรอด. (2555). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 23–36.
- วีณา จิระแพทย์. (2561). บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคปอดเรื้อรัง. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, และอัญชลี ลิ่มรังสิกุล (บ.ก.), *Highlights in neonatal problems* (น. 215–233). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- วีณา จิระแพทย์. (2562). การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกที่เป็น Bronchopulmonary dysplasia. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), *Practical points and updates in neonatal care* (น. 211–222). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *สวัสดิการบัตรทอง*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTI2Ng==>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://hdcservice.moph.go.th/>
- สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี นาคสุขุม, ปิยาพร ไป้งาม, มนรดา แข็งแรง, วิลาสินี มุ่งสิน, อุบลวรรณ อุดมสุวรรณ, และระพีพรรณ ลาภา. (2560). ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคหืดที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2* (น. 945–967). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- Abman, S. H., Collaco, J. M., Shepherd, E. G., Keszler, M., Cuevas-Guaman, M., Welty, S. E., ... Nelin, L. D. (2017). Interdisciplinary care of children with severe bronchopulmonary dysplasia. *The Journal of Pediatrics*, 181, 12–29. doi:10.1016/j.jpeds.2016.10.082
- American Lung Association. (2020). *Learn about bronchopulmonary dysplasia*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/bronchopulmonary-dysplasia/learn-about-bpd>
- Bouso, R. S., Ichikawa, C. R. F., Misko, M. D., Santos, M. R. D., Baliza, M. F., Mendes-Castillo, A. M. C., & Bianchi, E. R. F. (2017). Validation of Family Management Measure for the Brazilian culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1151–1158. doi:10.1590/0034-7167-2016-0326
- Brener Dik, P. H., Niño Gualdrón, Y. M., Galletti, M. F., Crioli, C. M., & Mariani, G. L. (2017). Bronchopulmonary dysplasia: Incidence and risk factors. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), 476–482. doi:10.5546/aap.2017.eng.476

- Collaco, J. M., Agarwal, A., Austin, E. D., Hayden, L. P., Lai, K., Levin, J., ... McGrath-Morrow, S. A. (2021). Characteristics of infants or children presenting to outpatient bronchopulmonary dysplasia clinics in the United States. *Pediatric Pulmonology*, *56*(6), 1617–1625. doi:10.1002/ppul.25332
- Davidson, L. M., & Berkelhamer, S. K. (2017). Bronchopulmonary dysplasia: Chronic lung disease of infancy and long-term pulmonary outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, *6*(1), 4. doi:10.3390/jcm6010004
- Gleason, C. A., & Juul, S. E. (Eds.). (2018). *Avery's diseases of the newborn* (10th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, *54*(5), 278–286. doi:10.1016/j.outlook.2006.06.004
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2015). A revised self- and family management framework. *Nursing Outlook*, *63*(2), 162–170. doi:10.1016/j.outlook.2014.10.003
- Groothuis, J. R., & Makari, D. (2012). Definition and outpatient management of the very low-birth-weight infant with bronchopulmonary dysplasia. *Advances in Therapy*, *29*(4), 297–311. doi:10.1007/s12325-012-0015-y
- Higgins, R. D., Jobe, A. H., Koso-Thomas, M., Bancalari, E., Viscardi, R. M., Hartert, T. V., ... Raju, T. N. K. (2018). Bronchopulmonary dysplasia: Executive summary of a workshop. *The Journal of Pediatrics*, *197*, 300–308. doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.043
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Chaney, J. M., ... Mullins, L. L. (2010). Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: A cross-illness comparison. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *17*(4), 357–365. doi:10.1007/s10880-010-9213-4
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *The American Journal of Psychiatry*, *117*, 326–328. doi:10.1176/ajp.117.4.326
- Khetan, R., Hurley, M., Spencer, S., & Bhatt, J. M. (2016). Bronchopulmonary dysplasia within and beyond the neonatal unit. *Advances in Neonatal Care*, *16*(1), 17–25. doi:10.1097/ANC.0000000000000251
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, *18*(1), 11–34. doi:10.1177/1074840711427294

- Rutkowska, M., Hozejowski, R., Helwich, E., Borszewska-Kornacka, M. K., & Gadzinowski, J. (2017). Severe bronchopulmonary dysplasia - incidence and predictive factors in a prospective, multicenter study in very preterm infants with respiratory distress syndrome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *32*(12), 1958–1964. doi:10.1080/14767058.2017.1422711
- Sahni, M., & Mowes, A. K. (2023). *Bronchopulmonary dysplasia*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539879/>
- Shahzad, T., Radajewski, S., Chao, C. M., Bellusci, S., & Ehrhardt, H. (2016). Pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia: When inflammation meets organ development. *Molecular and Cellular Pediatrics*, *3*(1), 23. doi:10.1186/s40348-016-0051-9
- Spangler-Torok. (2001). *Maternal perceptions of the technology-dependent infant* (Doctoral dissertation). College of Nursing, University of Cincinnati.
- Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Walsh, M. C., Carlo, W. A., Shankaran, S., ... Higgins, R. D. (2015). Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993–2012. *JAMA*, *314*(10), 1039–1051. doi:10.1001/jama.2015.10244
- Yang, X., & Liu, G. (2015). The value of improved family management model to reduce occurrence of death and rehospitalization of children with bronchopulmonary dysplasia after discharge. *Chinese Journal of Applied Clinical Pediatrics*, *24*, 525–528. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-465350>
- You, J. Y., Shu, C., Gong, C. H., Liu, S., & Fu, Z. (2017). Readmission of children with bronchopulmonary dysplasia in the first 2 years of life: A clinical analysis of 121 cases. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, *19*(10), 1056–1060. doi:10.7499/j.issn.1008-8830.2017.10.005
- Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study. *Journal of Pediatric Nursing*, *30*(1), 160–173. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.002

ความตระหนัก ความรู้ และความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ ขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว* Awareness, Knowledge, and Risk for Obstructive Sleep Apnea among Patients with Heart Failure *

จิราภรณ์ พรหมจักรแก้ว, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Jiraporn Promjakkaw, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

จินดารัตน์ ชัยอาจ, ประ.ด. (การพยาบาล) ²

จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, ประ.ด. (การพยาบาล) ³

Jindarat Chairad, Ph.D. (Nursing) ²

Chiraporn Tachaudomdach, Ph.D. (Nursing) ³

Received: July 4, 2023

Revised: October 7, 2023

Accepted: October 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความตระหนัก ความรู้ และความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน รวมจำนวน 354 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น (เฉพาะส่วนความรู้) มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสอบถามเบอร์ลิน มีค่าความเชื่อมั่น .89 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหำบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: j_jiraporn15@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 78.53 ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ได้แก่ เรื่องความหมาย คิดเป็นร้อยละ 77.40 เรื่องปัจจัยเสี่ยง คิดเป็นร้อยละ 79.94 เรื่องอาการแสดง คิดเป็นร้อยละ 79.94 เรื่องผลกระทบทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 79.94 และเรื่องการรักษา คิดเป็นร้อยละ 79.94 และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 56.50

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย รวมทั้งให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น

คำสำคัญ: ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ภาวะหัวใจล้มเหลว ความตระหนัก ความรู้ ความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น

Abstract

This descriptive research aimed to study awareness, knowledge, and risk for obstructive sleep apnea among patients with heart failure. The participants consisted of 354 patients with heart failure who received services at a heart clinic, outpatient department of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, McCormick Hospital, Chiang Mai Province, and Lamphun Hospital. The research instruments were composed of the demographic data record form, the awareness and knowledge of obstructive sleep apnea questionnaire with a reliability of .96, and the Berlin Questionnaire with a reliability of .89. Data were collected from December 2019 to May 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that 78.53% of patients with heart failure were not aware of obstructive sleep apnea. Most patients had no knowledge of obstructive sleep apnea on meaning (77.40%), risk factors (79.94%), signs (79.94%), health impact (79.94%), and treatment (79.94%). In addition, 56.50% of patients with heart failure were at low risk for having obstructive sleep apnea.

This research suggests that health care providers should screen risk for obstructive sleep apnea among patients with heart failure as well as provide knowledge and enhance awareness of obstructive sleep apnea.

Keywords: Obstructive sleep apnea, Heart failure, Awareness, Knowledge, Risk for obstructive sleep apnea

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) เป็นกลุ่มอาการที่มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ โดยเกิดจากความผิดปกติด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของหัวใจ หรืออาจเกิดจากสาเหตุที่ไม่ได้มาจากหัวใจ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย, 2557) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2015 พบผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมากถึง 5.70 ล้านราย และมีแนวโน้มว่าในปี ค.ศ. 2030 จะเพิ่มขึ้นเป็น 7.90 ล้านราย (Lee & Auld, 2015) สำหรับประเทศไทย ยังไม่พบการบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์เฉพาะของจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แต่พบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ. 2562 จากจำนวน 501.13 เป็น 535.29 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวเพิ่มขึ้นจาก 24.92 เป็น 31.36 รายต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งพบว่า ภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่สำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เสียชีวิตได้ คือ ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Oldenburg et al., 2007)

ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น (obstructive sleep apnea) เป็นภาวะที่มีการหยุดหายใจเป็นระยะๆ หรือมีการหายใจตื้นๆ สลับกับการหายใจที่เป็นปกติในระหว่างที่นอนหลับ ซึ่งเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน โดยมักเกิด 5-30 ครั้งหรือมากกว่า ในระยะเวลา 1 ชั่วโมง (National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI], 2012) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นได้สูง เนื่องจากมีการคั่งของน้ำและการขยายของหลอดเลือดบริเวณคอจากการที่มีการไหลย้อนกลับของน้ำและเลือดจากอวัยวะส่วนปลายขณะนอนหลับในตอนกลางคืน ทำให้เกิดการบวมของเนื้อเยื่อรอบๆ คอหอย และมีแรงดันรอบๆ บริเวณนั้น

เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนได้ (Kasai & Bradley, 2011)

จากการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความชุกของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นร้อยละ 15-50 ซึ่งมากกว่าบุคคลทั่วไปที่มีความชุกร้อยละ 6.50 (Javaheri, 2006) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 700 คน มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นร้อยละ 36 (Oldenburg et al., 2007) และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจห้องล่างบีบตัวลดลง มีความชุกของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 26 (Yumino et al., 2009) หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น จะทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมา

การมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ด้านร่างกายพบว่าประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ความดันโลหิตสูง (Kasai, 2012) มีการเปลี่ยนแปลงระบบการเผาผลาญ (Tasali & Ip, 2008) ร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น และมีอาการง่วงซึมในเวลากลางวัน (Kasai & Bradley, 2011) จากการศึกษาของ Yumino et al. (2009) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 193 คน เสียชีวิตจากภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับร้อยละ 18 ส่วนด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยจะมีความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (ประสิทธิ์ มหากิจ, 2560) สำหรับด้านเศรษฐกิจพบว่า ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Sommerfeld et al., 2017) หากผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นและไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลให้ภาวะหัวใจล้มเหลวมีความรุนแรงมากขึ้น จนนำไปสู่การเสียชีวิตได้

การคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นสามารถคัดกรองได้โดยใช้แบบสอบถามเบอร์ลิน (Berlin Questionnaire) โดยประเมินจากการนอนกรน การสังเกตการหยุดหายใจขณะนอนหลับจากบุคคลที่นอนร่วมห้อง อาการง่วงนอนหรืออ่อนเพลียมากในเวลากลางวัน การมีความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน (Suksakorn, Rattanaumpawan, Banhiraan, Cherakul, & Chotinaiwattarakul, 2014) ระดับของความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีความเสี่ยงสูง และมีความเสี่ยงต่ำ (Netzer, Stoohs, Netzer, Clark, & Strohl, 1999) ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาคัดกรองความเสี่ยงและการรักษาต่างๆ เพื่อนำไปสู่การป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรคก็คือ การมีความตระหนักเกี่ยวกับโรค และการมีความรู้เกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและอาการแสดง (Sia et al., 2017)

ความตระหนัก หมายถึง การแสดงออกซึ่งความรู้สึกรู้สึก คิดเห็น อันเนื่องมาจากบุคคลนั้นเคยมีประสบการณ์หรือเคยรับรู้สถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Good, 1973) ซึ่งในกระบวนการของการเกิดความตระหนักนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีสิ่งเร้าแล้วเกิดการรับรู้ จากนั้นนำไปสู่การเกิดความเข้าใจ การเรียนรู้ ค้นหาข้อมูล และนำไปสู่ความตระหนักในที่สุด (Good, 1973) โดยพบว่า องค์ประกอบที่ทำให้บุคคลเกิดความตระหนัก คือ ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรม (Breckler, 1986) มีการศึกษาพบว่า ความตระหนักของประชาชนต่อโรคคือสิ่งสำคัญที่สุดที่สามารถลดความพิการและภาวะโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hickey et al., 2009) สำหรับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นนั้นพบว่า ความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับโรค เป็นปัจจัยสำคัญและเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นได้ (Sia et al., 2017) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

จะเกิดความตระหนักได้จึงจำเป็นต้องมีความรู้ เพื่อนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นต่อไป

ความรู้ หมายถึง การที่บุคคลรับทราบเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ความจริง ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ และเก็บรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลควรทราบเกี่ยวกับสิ่งนั้นเพื่อประกอบการตัดสินใจจากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง ผลกระทบทางสุขภาพ และวิธีการรักษา (Sia et al., 2017) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้แล้วก็จะเกิดความตระหนัก แล้วนำไปสู่การแสวงหาคัดกรองความเสี่ยง การป้องกัน และการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นต่อไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ ยังไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบเพียงการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ การศึกษาของ Sia et al. (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความตระหนักและความรู้เรื่องภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในกลุ่มประชาชนทั่วไปของประเทศสิงคโปร์ จำนวน 1,306 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21.50 มีความตระหนักในเรื่องภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น แต่มีเพียงร้อยละ 13 ที่สามารถตอบคำถามเรื่องภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arous et al. (2017) ที่ศึกษาด้วยวิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความตระหนักในเรื่องภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นและอาการหยุดหายใจ ของประชาชนทั่วไปในแคว้นหนึ่งของประเทศฝรั่งเศส จำนวน 1,307 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงหลักๆ ของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ

จากการอดกั้น แต่ยังคงขาดความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด การศึกษาที่ผ่านมาจึงแสดงให้เห็นว่า ประชาชนยังขาด ความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจ ภาวะนอนหลับจากการอดกั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความตระหนัก ความรู้ และ ความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจาก การอดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยจึง สนใจที่จะศึกษาความตระหนัก ความรู้ และความเสี่ยง ต่อภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้นใน ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งผลการวิจัยจะเป็น ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผน การคัดกรองภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจาก การอดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อป้องกันการ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุด หายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้น ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้น และ ความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจาก การอดกั้น ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการวิจัย โดยภาวะหยุด หายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะ หัวใจล้มเหลว เป็นภาวะที่มีการอดกั้นของทางเดินหายใจ ส่วนบนและทำให้เกิดการหยุดหายใจภาวะนอนหลับ ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะนี้ได้สูง (Kasai & Bradley, 2011) จึงควรได้รับการคัดกรองภาวะนี้ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลให้เสียชีวิตได้ โดยการคัดกรองความเสี่ยง จะประเมินจาก 1) การนอนกรน 2) การสังเกตการหยุด

หายใจขณะนอนหลับจากบุคคลที่นอนร่วมห้อง อาการ ง่วงนอนหรืออ่อนเพลียมากในเวลากลางวัน และ 3) การมีความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน (Suksakorn et al., 2014) ซึ่งการที่ผู้ป่วยจะแสวงหาการคัดกรอง และการรักษาภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจาก การอดกั้นนั้น จะต้องมีความตระหนักเกี่ยวกับโรค และ มีความรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความรู้เรื่องความหมาย ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง ผลกระทบต่อสุขภาพ และ การรักษาภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้น (Sia et al., 2017) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยเกิดความตระหนัก และมีความรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว ก็จะเห็นความสำคัญ ของการแสวงหาการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิด ภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับจากการอดกั้น เพื่อลด ความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว และลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหยุดหายใจภาวะนอนหลับ จากการอดกั้นต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่ โรงพยาบาล แมคคอร์มิค จังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำพูน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถอ่าน เขียน และฟังภาษาไทยได้ 3) ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหรือแน่นหน้าอก และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 354 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามสัดส่วนของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย นครเชียงใหม่ จำนวน 110 คน โรงพยาบาลแมคคอร์มิค จำนวน 48 คน และโรงพยาบาลลำพูน จำนวน 196 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคโรคร่วม การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิต จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงจาก the OSA Awareness and Knowledge Questionnaire ของ Sia et al. (2017) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความตระหนัก จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าตระหนักหรือไม่ตระหนัก และส่วนที่ 2 ความรู้ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ ความหมาย ปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง ผลกระทบทางสุขภาพ และการรักษา รวมจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยข้อย่อย มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่/ไม่ใช่ หรือไม่แน่ใจ หากตอบว่าใช่อย่างน้อย 1 ข้อย่อย ถือว่ามีความรู้เรื่องนั้น

ชุดที่ 3 แบบสอบถามเบอร์ลิน (Berlin Questionnaire) ของ Netzer et al. (1999) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความตรงแล้วโดยสุรพล สุขสาคร, พิมล รัตนอัมพวัลย์, วิชญ์ บรรณศิริณ, นิธิพัฒน์ เจียรกุล, และวัฒน์ชัย โชตินัยวัตรกุล (Suksakorn et al., 2014) แบ่งออกเป็น 3 หมวด ได้แก่ การนอนกรน จำนวน 5 ข้อ ภาวะง่วงนอนกลางวัน จำนวน 3 ข้อ และการมีโรคความดันโลหิตสูงและภาวะอ้วน จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีความเสี่ยงต่ำ (ได้ผลบวกน้อยกว่า 2 หมวด) และมีความเสี่ยงสูง (ได้ผลบวก

2 หมวดขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสอบถาม (เฉพาะส่วนความรู้) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแมคคอร์มิค ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .96 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเบอร์ลินด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ ห่างกัน 2 สัปดาห์ กับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 10 คน (กลุ่มเดิม) แล้วนำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ค่าเท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 135/2019 วันที่ 28 ตุลาคม 2562) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 402/62COA-NUR 135/62 วันที่ 28 ตุลาคม 2562) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ 007/2563 วันที่ 25 ธันวาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ

และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแมคคอร์มิค และผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคหัวใจในช่วงเวลาที่รอตรวจ แนะนำตัวดำเนินการพหุวิธีทฤษฎีกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพหุวิธีทฤษฎี ดูข้อมูลส่วนบุคคลจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบบันทึก จากนั้นอ่านข้อคำถามในแบบสอบถามทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบโดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น และข้อมูลความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยฯ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.76 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.76 โดยมีอายุเฉลี่ย 61.70 ปี ($SD = 16.06$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.54 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.13 เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว คิดเป็นร้อยละ 42.09 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 43.78 มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคน้อยกว่า 5 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.43 มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.72 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การให้ยาขับปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ 57.91 มีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.50–22.99 กก./ m^2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.05 และมีความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140–159/90–99 mmHg มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.07

2. ความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่ไม่ตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจฯ คิดเป็นร้อยละ 78.53

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว

3.1 ความหมาย พบว่า ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องความหมายของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 77.40 สำหรับกลุ่มที่มีความรู้เรื่องความหมายของภาวะหยุดหายใจฯ นั้น ส่วนใหญ่ระบุว่า ความหมายของภาวะหยุดหายใจฯ คือ มีการกรน คิดเป็นร้อยละ 90

3.2 ปัจจัยเสี่ยง พบว่า ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 79.94 สำหรับกลุ่มที่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจฯ นั้น ส่วนใหญ่ระบุว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจฯ คือ ความอ้วน คิดเป็นร้อยละ 88.73

3.3 อาการแสดง พบว่า ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องอาการแสดงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 79.94 สำหรับกลุ่มที่มีความรู้เรื่องอาการแสดงของภาวะหยุดหายใจฯ นั้น ส่วนใหญ่ระบุว่า อาการแสดงของภาวะหยุดหายใจฯ คือ การสำลักหรือหยุดหายใจขณะนอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 94.37

3.4 ผลกระทบทางสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องผลกระทบทางสุขภาพจาก

ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 79.94 สำหรับกลุ่มที่มีความรู้เรื่องผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหยุดหายใจ นั้น ส่วนใหญ่ระบุว่าผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหยุดหายใจ คือ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและเกิดความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง) คิดเป็นร้อยละ 83.10

3.5 การศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มี

ความรู้เรื่องการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คิดเป็นร้อยละ 79.94 สำหรับกลุ่มที่มีความรู้เรื่องการรักษาภาวะหยุดหายใจ นั้น ส่วนใหญ่ระบุว่า การรักษาภาวะหยุดหายใจ คือ การลดน้ำหนัก คิดเป็นร้อยละ 88.73

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นแต่ละเรื่อง (n = 354)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	จำนวน (ร้อยละ)
ความหมายของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	
ไม่รู้อะไรเลย	274 (77.40)
รู้อะไรบ้าง	80 (22.60)
มีการกรน	72 (90.00)
มีคนเห็นว่าหยุดหายใจ หรือสำลัก หรือหายใจลำบาก	63 (78.75)
มีการรบกวนการนอนหลับ	26 (32.50)
มีอาการง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน	13 (16.25)
มีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำขณะนอนหลับ	12 (15.00)
ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	
ไม่รู้ปัจจัยเสี่ยง	283 (79.94)
รู้ปัจจัยเสี่ยง	71 (20.06)
ความอ้วน	63 (88.73)
มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	38 (53.52)
การดื่มสุรา	31 (43.66)
มีลำคอหนา และ/หรือคางเล็ก	15 (21.12)
การสูบบุหรี่	10 (14.08)
เป็นเพศชาย	4 (5.63)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นแต่ละเรื่อง (n = 354) (ต่อ)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	จำนวน (ร้อยละ)
อาการแสดงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	
ไม่รู้อาการแสดง	283 (79.94)
รู้อาการแสดง	71 (20.06)
การล้มลุกหรือหยุดหายใจขณะนอนหลับ	67 (94.37)
การนอนกรน	59 (83.10)
ง่วงนอนมากในเวลากลางวัน	29 (40.84)
ตื่นนอนด้วยความไม่สดชื่น	21 (29.58)
ปวดศีรษะหลังจากตื่นนอน	9 (12.68)
ง่วงหลับในเวลาที่ไม่ต้องการ	9 (12.68)
ตื่นนอนแล้วมีอาการปากแห้งและเจ็บคอ	7 (9.86)
ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน	6 (8.45)
ผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	
ไม่รู้ผลกระทบ	283 (79.94)
รู้ผลกระทบ	71 (20.06)
เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและเกิดความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง)	59 (83.10)
ง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน	44 (61.97)
เกิดความดันโลหิตสูง	26 (36.62)
เกิดอุบัติเหตุทางการจราจร	4 (5.63)
มีความผิดปกติในการเผาผลาญ	1 (1.41)
การรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น	
ไม่รู้การรักษา	283 (79.94)
รู้การรักษา	71 (20.06)
การลดน้ำหนัก	63 (88.73)
การใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง	51 (71.83)
การออกกำลังกาย	45 (63.38)
การใช้ทันตอุปกรณ์	1 (1.41)

4. ความเสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะหยุดหายใจ คิดเป็นร้อยละ 56.50 และมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหยุดหายใจ คิดเป็นร้อยละ 43.50

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่ตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น (ร้อยละ 78.53) แสดงว่าผู้ป่วยฯ ยังไม่ให้ความสนใจและยังไม่เห็นความสำคัญของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเกิดความตระหนักได้นั้น ต้องมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น ความรู้ของบุคคลตามแนวคิดของ Bloom (1971) และแนวคิดของ Good (1973) ที่กล่าวว่า ความตระหนักเป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องมาจากการมีความรู้ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยฯ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 58.76) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 52.54) และส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น จึงทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และแหล่งสืบค้นความรู้ที่ทันสมัย อีกทั้งการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นทางสื่อต่างๆ ยังมีน้อยเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่นๆ ประกอบกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะนี้ในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวไม่ตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sia et al. (2017) ที่พบว่า ประชาชนทั่วไปของประเทศสิงคโปร์มีความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในระดับต่ำมาก และยัง

พบว่า แหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเป็นแหล่งข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และสอดคล้องกับการศึกษาของ Arous et al. (2017) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความตระหนักของผู้ที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น คือ การเป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงและมีอายุน้อยกว่า 40 ปี แสดงให้เห็นว่า ระดับการศึกษาและอายุมีผลต่อความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องความหมายของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น (ร้อยละ 77.40) ไม่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจ (ร้อยละ 79.94) ไม่มีความรู้เรื่องอาการแสดงของภาวะหยุดหายใจ (ร้อยละ 79.94) ไม่มีความรู้เรื่องผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหยุดหายใจ (ร้อยละ 79.94) และ ไม่มีความรู้เรื่องการรักษาภาวะหยุดหายใจ (ร้อยละ 79.94) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่จะเกิดความรู้อื่นๆ บุคคลต้องได้รับการสั่งสมสิ่งต่างๆ จากประสบการณ์ การศึกษาเล่าเรียน ค้นคว้า การปฏิบัติ จนกระทั่งเกิดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากที่สุด (ร้อยละ 58.76) และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 52.54) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ ที่ทันสมัย และเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นได้น้อย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่รู้ว่าภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นคืออะไรและเป็นภาวะที่อันตรายหรือไม่ เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดของความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจ คือ ความอ้วน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 30 กก./ม.² ขึ้นไป ส่วนความรู้เรื่องอาการแสดง กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุได้ว่า อาการแสดงของภาวะหยุดหายใจ

คือ การสำลักหรือหยุดหายใจขณะนอนหลับ และการนอนกรน ซึ่งถือเป็นอาการแสดงที่สำคัญ สำหรับความรู้เรื่องผลกระทบทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุได้ว่า ผลกระทบทางสุขภาพจากภาวะหยุดหายใจคือ เพิ่มอัตราการเสียชีวิตและเกิดความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือด (หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง) ซึ่งถือเป็นผลกระทบที่สำคัญและมีความรุนแรงที่สุด และความรู้เรื่องการรักษา กลุ่มตัวอย่างสามารถระบุได้ว่า การรักษาภาวะหยุดหายใจคือ การลดน้ำหนักและการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นการรักษาที่นิยมกันมากในปัจจุบัน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Sia et al. (2017) ที่พบว่า ประชาชนทั่วไปของประเทศสิงคโปร์มีความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในระดับต่ำมาก โดยกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 5.90, 12.10, 11.50 และ 8.40 ที่มีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง ผลกระทบทางสุขภาพ และการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alshehri et al. (2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างในประเทศซาอุดีอาระเบีย ร้อยละ 24 ไม่รู้ว่าภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นเป็นอันตรายหรือไม่ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93, 89, 73 และ 16 ตอบคำถามถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการแสดง ผลกระทบต่อสุขภาพ และการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ตามลำดับ และพบว่า แหล่งความรู้เกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นมีความสำคัญมาก โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26 ต้องการข้อมูลจากแพทย์ ในขณะที่ร้อยละ 23 ค้นหาข้อมูลจากโซเชียลมีเดีย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ร้อยละ 56.50 และมีความเสี่ยงสูงร้อยละ 43.50 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ

จากการอุดกั้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลวน้อยกว่า 5 ปี เป็นเพศชาย และมีอายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี นอกจากนี้ยังพบมากในกลุ่มที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีดัชนีมวลกาย 30 กก./ม² ขึ้นไป มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ มีประวัติการสูบบุหรี่ และมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่อธิบายว่า ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นมีหลายปัจจัย โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเกิดภาวะนี้ก็คือ พยาธิสภาพของภาวะหัวใจล้มเหลวเอง อธิบายได้จากการที่มีการคั่งของน้ำและเลือดบางส่วนจากการไหลเวียนกลับเข้ามาสู่โครงสร้างส่วนกลางต่างๆ ของร่างกายในตอนกลางคืนทำให้เกิดการขยายของหลอดเลือดบริเวณคอ รวมทั้งเกิดการบวมของเนื้อเยื่อรอบๆ คอหอย ทำให้แรงดันรอบๆ บริเวณนั้นเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบนได้ (Kasai & Bradley, 2011) ส่วนปัจจัยด้านอายุพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีการหย่อนยานของกล้ามเนื้อบริเวณคอมาก ทำให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า สำหรับปัจจัยด้านน้ำหนักพบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีภาวะอ้วนหรือมีดัชนีมวลกาย 30 กก./ม² ขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะอ้วน อีกทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเพศชายมีโอกาสเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับได้มากกว่าผู้ป่วยเพศหญิงถึง 2 เท่า (Brisco & Goldberg, 2010) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yumino et al. (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและหัวใจห้องล่างบีบตัวลดลงมีความชุกของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในระดับปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 26 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sin et al. (1999) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับ NYHA Class II-IV มีการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกราย โดยใช้แบบสอบถามเบอร์ลิน และวางแผนการให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้นในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวทุกรายเช่นกัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น

เอกสารอ้างอิง

ประสิทธิ์ มหากิจ. (2560). ผลกระทบทางสังคมจากภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น. ใน กัลยา ปัญจพรผล, ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล, นฤชา จิรกาลวสาน, มณฑิลา วีระวิกรม, และ วิชญ์ บรรณหิรัญ (บ.ก.), *เวชศาสตร์การนอนหลับขั้นพื้นฐานสำหรับแพทย์ พยาบาล นักศึกษา และบุคลากรทางการแพทย์* (น. 83–88). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2563). *จำนวนอัตราป่วยและตาย ปี 2559–2562*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/index.php>

Alshehri, A. M., Alshehri, M. S., Alamri, O. M., Alshehri, F. S., Alshahrani, M., Alflan, M. A., & Alshahrani, M. S. (2020). Knowledge, awareness, and attitudes toward obstructive sleep apnea among the population of the Asir Region of Saudi Arabia in 2019. *Cureus, 12*(3), e7254. doi:10.7759/cureus.7254

Arous, F., Boivin, J. M., Chaouat, A., Rumeau, C., Jankowski, R., & Nguyen, D. T. (2017). Awareness of obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome among the general population of the Lorraine Region of France. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases, 134*(5), 303–308. doi:10.1016/j.anorl.2017.02.010

Bloom, B. S. (1971). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, handbook 1 cognitive domain*. London: Longmans.

Breckler, S. J. (1986). *Attitude structure and function*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Brisco, M. A., & Goldberg, L. R. (2010). Sleep apnea in congestive heart failure. *Current Heart Failure Reports, 7*(4), 175–184. doi:10.1007/s11897-010-0033-5

Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Good, C. V. (1973). *Dictionary of education* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Hickey, A., O'Hanlon, A., McGee, H., Donnellan, C., Shelley, E., Horgan, F., & O'Neill, D. (2009). Stroke awareness in the general population: Knowledge of stroke risk factors and warning signs in older adults. *BMC Geriatrics*, *9*, 1–8. doi:10.1186/1471-2318-9-35
- Javaheri, S. (2006). Sleep disorders in systolic heart failure: A prospective study of 100 male patients. The final report. *International Journal of Cardiology*, *106*(1), 21–28. doi:10.1016/j.ijcard.2004.12.068
- Kasai, T. (2012). Sleep apnea and heart failure. *Journal of Cardiology*, *60*, 78–85. doi:10.1016/j.jjcc.2012.05.013
- Kasai, T., & Bradley, T. D. (2011). Obstructive sleep apnea and heart failure: Pathophysiologic and therapeutic implications. *Journal of the American College of Cardiology*, *57*(2), 119–127. doi:10.1016/j.jacc.2010.08.627
- Lee, C. S., & Auld, J. (2015). Heart failure: A primer. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, *27*(4), 413–425. doi:10.1016/j.cnc.2015.07.009
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2012). *What is sleep apnea*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/sleepapnea/>
- Netzer, N. C., Stoohs, R. A., Netzer, C. M., Clark, K., & Strohl, K. P. (1999). Using the Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. *Annals of Internal Medicine*, *131*(7), 485–491. doi:10.7326/0003-4819-131-7-199910050-00002
- Oldenburg, O., Lamp, B., Faber, L., Teschler, H., Horstkotte, D., & Töpfer, V. (2007). Sleep-disordered breathing in patients with symptomatic heart failure: A contemporary study of prevalence in and characteristics of 700 patients. *European Journal of Heart Failure*, *9*(3), 251–257. doi:10.1016/j.ejheart.2006.08.003
- Sia, C. H., Hong, Y., Tan, L. W. L., van Dam, R. M., Lee, C. H., & Tan, A. (2017). Awareness and knowledge of obstructive sleep apnea among the general population. *Sleep Medicine*, *36*, 10–17. doi:10.1016/j.sleep.2017.03.030
- Sin, D. D., Fitzgerald, F., Parker, J. D., Newton, G., Floras, J. S., & Bradley, T. D. (1999). Risk factors for central and obstructive sleep apnea in 450 men and women with congestive heart failure. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *160*(4), 1101–1106. doi:10.1164/ajrccm.160.4.9903020

- Sommerfeld, A., Althouse, A. D., Prince, J., Atwood, C. W., Mulukutla, S. R., & Hickey, G. W. (2017). Obstructive sleep apnea is associated with increased readmission in heart failure patients. *Clinical Cardiology*, *40*(10), 873–878. doi:10.1002/clc.22738
- Suksakorn, S., Rattanaumpawan, P., Banhiran, W., Cherakul, N., & Chotinaiwattarakul, W. (2014). Reliability and validity of a Thai version of the Berlin Questionnaire in patients with sleep disordered breathing. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *97*(Suppl. 3), 46–56. Retrieved from file:///C:/Users/Admin/Downloads/10905930.pdf
- Tasali, E., & Ip, M. S. (2008). Obstructive sleep apnea and metabolic syndrome: Alterations in glucose metabolism and inflammation. *Proceedings of the American Thoracic Society*, *5*(2), 207–217. doi:10.1513/pats.200708-139MG
- Yumino, D., Wang, H., Floras, J. S., Newton, G. E., Mak, S., Ruttanaumpawan, P., ... Bradley, T. D. (2009). Prevalence and physiological predictors of sleep apnea in patients with heart failure and systolic dysfunction. *Journal of Cardiac Failure*, *15*(4), 279–285. doi:10.1016/j.cardfail.2008.11.015
-

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Factors Related to Functional Abilities Confidence among Stroke Patients

วิภารัตน์ ภิบาลวงศ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Wiparat Pibangwong, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

คุณิศร เจริญกิจ, พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) ² รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ³

Kanisorn Charoenkit, M.N.S. (Nursing Education) ² Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ³

Received: February 15, 2023

Revised: August 28, 2023

Accepted: August 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 80 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความกลัวการหกล้ม มีค่าความเชื่อมั่น .98 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .94 และแบบประเมินความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่น .95 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanisorn2514@gmail.com

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง ($M = 53.23, SD = 14.43$) ความกลัวการหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.841, p < .001$ และ $r_s = -.544, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความกลัวการหกล้ม และลดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนจากครอบครัว ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This descriptive correlational research aimed to explore the relationships among fear of fall, perceived severity of illness, and family support with functional abilities confidence among stroke patients. The samples were 80 stroke patients who lived in areas under the responsibilities of subdistrict health promoting hospital, Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. The research instruments were composed of a demographic data questionnaire, a fear of fall assessment form with a reliability of .98, a perceived severity of illness assessment form, a family support assessment form with a reliability of .94, and a functional abilities confidence assessment form with a reliability of .95. Data were collected from January to February 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that stroke patients had mean score of functional abilities confidence at a moderate level ($M = 53.23, SD = 14.43$). Fear of fall and perceived severity of illness were negatively statistically significantly related to functional abilities confidence among stroke patients ($r_s = -.841, p < .001$ and $r_s = -.544, p < .001$, respectively).

This research suggests that health care providers should provide activities to reduce fear of fall and perceived severity of illness among stroke patients in order to enhance their functional abilities confidence.

Keywords: Fear of fall, Perceived severity of illness, Family support, Functional abilities confidence, Stroke patient

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย เป็นสาเหตุของความพิการและความต้องการการดูแลในระยะยาว (กณิฐา ต๋วยดา, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ, และทัศนีย์ รวีวรกุล, 2560) จากการสำรวจประชากรขององค์กรโรคหลอดเลือดสมองโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตประมาณ 5.50 ล้านคน มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 14.50 ล้านคนต่อปี และ 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) ส่วนประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเท่ากับ 330.72 ต่อแสนประชากร (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2565) โรคหลอดเลือดสมองส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว การพูดและการสื่อความหมาย การเคี้ยวและการกลืนด้านจิตใจ เช่น มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ด้านสังคม เช่น ไม่ต้องการเข้าสังคม ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ เช่น ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดั้งเดิม มีรายได้ลดลง แต่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น (สุทิน มณีชมภู, 2562) โดยภาวะความสามารถของสมองบกพร่องเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วชิรา โพธิ์ใส, ราตรี บุญชู, และดวงกมล วัตราดุลย์, 2564) นอกจากนี้โรคหลอดเลือดสมองยังทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่มั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเอง อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เช่น ขึ้น-ลงบันไดไม่ได้ อาบน้ำและแต่งตัวไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ของผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (จันทร์ภา แก้วภักดี, สุปราณี นิยมามี่, นิลวรรณ ชำนาญกิจ, และณัฐพัชร์ ประจันตะเสน, 2566)

ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว (functional abilities confidence) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความคิดและความเชื่อที่ตนเองจะสามารถเคลื่อนไหวร่างกายในท่าทางหรือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น การนั่ง การยืน การเดิน การก้มตัว การคุกเข่า การขึ้น-ลงบันได การขึ้น-ลงรถ การถือ/ยกสิ่งของ โดยความสามารถทางการเคลื่อนไหวดังกล่าวล้วนเป็นพื้นฐานสำคัญในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเรียนรู้ เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและไม่เป็นภาระของผู้อื่น (สุดธิดา ฤทธิธาดา และฉัตรสุดา ธาระพุด, 2561) ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีกว่าผู้ป่วยที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Korpershoek, van der Bijl, & Hafsteinsdóttir, 2011) โดยทั่วไป ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และอาจยังไม่สามารถปรับตัวในการที่จะดำเนินชีวิตร่วมกับ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจมากขึ้นก็จะสามารถก้าวผ่านปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่หากผู้ป่วยมีความมั่นใจต่ำ จะทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ เกิดภาวะพึ่งพิงและการแยกตัวจากสังคม นำไปสู่การมีสุขภาวะและผลลัพธ์ที่ไม่ดีในอนาคต (Horne, Lincoln, & Logan, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือด

สมองในชุมชน (Hamzat, Agbomeji, & Peters, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก ซึ่งพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยได้มากที่สุด (ปนัดดา ภักดีวิวรรธ, 2560) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ดังกล่าว โดยคัดสรรตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว สำหรับความกลัวการหกล้มนั้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องแบบครึ่งซีก ส่งผลต่อความสามารถในการรับน้ำหนักของขาข้างที่อ่อนแรง ความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และคุณภาพของการเดิน (ศิริสุดา พลที และคณะ, 2561) จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวการหกล้ม ซึ่งจะส่งผลให้สูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (นงลักษณ์ พรมาพงษ์, 2561) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นการศึกษาที่ผู้ป่วยมีความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเองว่ามีความรุนแรงเพียงใด ส่งผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ทำให้เกิดความพิการ ได้มากน้อยเพียงใด โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (กฤษณา ปะสาวะเท, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมรดี มาสิงบุญ, 2560) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลย่อมเกิดความไม่มั่นใจในสิ่งต่างๆ รวมทั้งความไม่มั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเองด้วย สำหรับแรงสนับสนุนจากครอบครัว การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองน้อย (ปิยนุช ภิญโย และเพชรไสว ลิมตระกูล, 2557) ซึ่งแรงหนุนเสริมจากครอบครัวเป็นปัจจัยเงื่อนไขลำดับแรกในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เป็นน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงกับสภาพเดิมมากที่สุด (ลัทวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2555) ดังนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัวจึงมีส่วนในการช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อลดความกลัวการหกล้ม ลดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

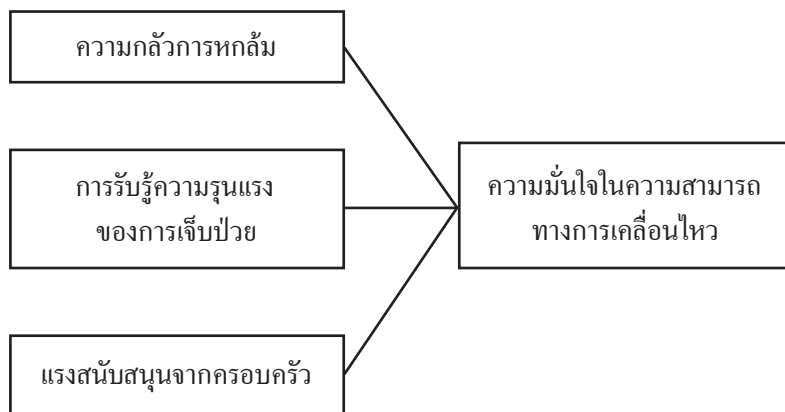
1. ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
3. แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดสรรตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะการเดิน ทำให้เกิดความกลัว

การหกล้ม ส่งผลให้สูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย และหากผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตนมีความรุนแรงมากจะเกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในสิ่งต่างๆ รวมทั้งความไม่มั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเอง ทั้งนี้แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเอง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและอาศัยอยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 13 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกาะขวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชำโสม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคมบาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนารายณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกะจะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลับพลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาน้อย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสม็ดงาม และโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพลำบากทำซ้ำ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) จำหน่ายจากโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี อย่างน้อย 2 สัปดาห์ 2) มีภาวะพึ่งพา ตั้งแต่ระดับรุนแรงลงมา (คะแนน ADL ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (the Barthel ADL Index) 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะดี 5) ไม่มีโรคร่วมที่อยู่ในภาวะรุนแรง เช่น โรคไตระยะสุดท้าย ภาวะหัวใจล้มเหลว 6) ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางสมองรุนแรงและจิตประสาท และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคร่วม ระยะเวลากลับป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การอ่อนแรงของแขนขา กำลังกล้ามเนื้อของแขนขาข้างที่ถนัด และกำลังกล้ามเนื้อของแขนขาข้างที่ไม่ถนัด จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความกลัวการหกล้ม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-international [Thai FES-I]) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยลัดดา เกียรติวงศ์ (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ 16 กิจกรรม เช่น ทำความสะอาดบ้าน ใส่หรือถอดเสื้อผ้า ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน เดินบนพื้นที่ไม่เรียบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่กลัวหกล้มเลย กลัวหกล้มเล็กน้อย กลัวหกล้มปานกลาง กลัวหกล้มมาก และกลัวหกล้มมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของมนตรา ตั้งจิรวัดนา และสุวรรณ

วุฒิรณฤทธิ (2562) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่กลัวการหกล้ม (16-23 คะแนน) กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง (24-31 คะแนน) และกลัวการหกล้มมาก (32-80 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีลักษณะเป็นเส้นตรงในแนวนอน แบ่งออกเป็น 10 ช่องเท่า ๆ กัน และมีตัวเลข 0-10 กำกับอยู่ คะแนนอยู่ในช่วง 0-10 คะแนน โดยคะแนน 0 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยที่สุด และคะแนน 10 หมายถึง รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของชัยวัฒน์ อ่อนโรตง และมยุรี ลีทองอิน (2562) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำ (0-3.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4.00-7.99 คะแนน) และในระดับสูง (8.00-10.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (the ENRICH Social Support Instrument [ESSI]) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยจันทนา หล่อตะกูล (2549) จำนวน 7 ข้อ โดยข้อ 1-6 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย ปานกลาง เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา ส่วนข้อ 7 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยไม่นำมาคิดคะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน ประยุกต์ใช้เกณฑ์ในงานวิจัยของพิมพ์ภัทร ดันติทวีวัฒน์ และชนกพร จิตปัญญา (2561) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับต่ำ (6-14 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15-22 คะแนน) และในระดับสูง (23-30 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ the Functional Abilities Confidence Scale (FACS) ที่พัฒนาโดย Williams

(1997) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวในท่าทางหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ 15 รายการ เช่น การนั่ง การยืน การเดิน การขึ้น-ลงรถ การถือกล่องขนาดเล็ก/ใหญ่ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่มั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวในระดับต่ำ (15-35 คะแนน) ในระดับปานกลาง (36-55 คะแนน) และในระดับสูง (56-75 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความกลัวการหกล้ม แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือการวิจัย และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความกลัวการหกล้ม แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว เท่ากับ .81, 1, 1 และ .93 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในชุมชนใน ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เกาะขวาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชำโสม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคมบาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองนารายณ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาน้อย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่ม

ตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความกลัวการหกล้ม แบบประเมินแรงสนับสนุนจากครอบครัว และแบบประเมินความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .98, .94 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 059/65 วันที่ 2 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอเมืองจันทบุรี เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละพื้นที่ เพื่อขอทราบข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ตั้งบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสอบถามและแบบประเมินทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความกลัวการหกล้ม ข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ข้อมูลแรงสนับสนุนจากครอบครัว และข้อมูลความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม การรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจาก ครอบครัว กับความมั่นใจในความสามารถทางการ เคลื่อนไหว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.30 มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 โดยมีอายุเฉลี่ย 68.05 ปี ($SD = 12.93$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.80 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 61.30 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 32.50 ส่วนใหญ่มีโรคร่วมคือโรคความดันโลหิต สูง คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 81.30 มีการอ่อนแรงของแขนขา ข้างที่ถนัด คิดเป็นร้อยละ 51.30 แขนขาข้างที่ถนัด มีกำลังกล้ามเนื้อมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.80 และแขนขาข้างที่ไม่ถนัดมีกำลังกล้ามเนื้อมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.80

2. ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความกลัว การหกล้มมาก ($M = 53.58, SD = 19.70$)

3. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระดับปานกลาง ($M = 7.10, SD = 2.28$)

4. แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูง ($M = 26.25, SD = 4.66$)

5. ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจใน ความสามารถทางการเคลื่อนไหวในระดับปานกลาง ($M = 53.23, SD = 14.43$)

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุน จากครอบครัว กับความมั่นใจในความสามารถทาง การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ความกลัวการหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของ การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจ ในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.841, p < .001$ และ $r_s = -.544, p < .001$ ตามลำดับ) แต่แรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับ ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และแรงสนับสนุนจากครอบครัว กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (n = 80)

ตัวแปร	ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหว	
	r_s	p
ความกลัวการหกล้ม	-.841	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.544	< .001
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	.125	.134

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลัวการหกล้มมากจะมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความกลัวการหกล้มเป็นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความคิดว่าตนเองมีแนวโน้มหรือมีโอกาสสูงที่จะเกิดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวแบบครึ่งซีก โดยมีการอ่อนแรงของแขนขาข้างที่ถนัดมากกว่าแขนขาข้างที่ไม่ถนัด ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการรับน้ำหนักของขาข้างที่อ่อนแรง ความปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และคุณภาพของการเดิน (ศิริสุดา พลที และคณะ, 2561) ทำให้มีความกลัวการหกล้มมาก ซึ่งความกลัวการหกล้มพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองส่งผลให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (สุทธิ มณีชมภู, 2562) เมื่อผู้ป่วยมีความกลัวการหกล้มมากในการทำกิจกรรมต่างๆ ย่อมมี

ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเองลดลง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของจิราภรณ์ วรรณปะเช, ปฏิเวช คงไพจิตรวงศ์, สิริพร ล้อมสมบุญ, และอภิญา ทองประสาท (2561) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้มมีความสามารถทางกายโดยเฉพาะความสามารถในการเดินดีกว่าผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้ม

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเองว่ามีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป (ร้อยละ 81.30) มีการอ่อนแรงของแขนขาข้างที่ถนัดมากกว่าแขนขาข้างที่ไม่ถนัด และผู้ป่วยเกือบ 1 ใน 4 อยู่ในวัยผู้ใหญ่ว่า ซึ่งต้อง

ประกอบอาชีพและเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเองมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัวอย่างมาก โดยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล (กฤษณา ปะสาวะเท และคณะ, 2560) เมื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวลย่อมเกิดความไม่มั่นใจในสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งความไม่มั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของกฤษติยาภรณ์ ไชพนัส, ภูเบศร์ แสงสว่าง, สุธรรม นันทมงคลชัย, และพสนัน นิมิตรไชยนนท์ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้องมีโอกาสที่จะมีความสามารถในการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวร่างกายได้ถูกต้อง

ผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ไม่ว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวน้อยหรือมากก็ตาม ก็ไม่ทำให้ความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวลดลงหรือเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว เช่น บุตร คู่สมรส บิดามารดา ซึ่งพร้อมที่จะรับฟังปัญหาอันเนื่องจากโรคของผู้ป่วย ให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสภาพ และให้การช่วยเหลือทั้งเรื่องทั่วไปและเรื่องกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวเพียงแค่ระดับปานกลางซึ่งความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นมากกว่า เช่น ความกลัวการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย นอกจากนี้ สิ่งที่ส่งผลต่อการดูแลสมาชิกที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยครอบครัวประกอบด้วย ลักษณะของผู้ดูแล หน้าที่และสัมพันธ์ภายในครอบครัว สิ่งสนับสนุนช่วยเหลือทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ในชุมชน และพยาบาลชุมชน (Chaknum, Harnirattisai, Somprasert, & Chiang, 2023) จึงอาจทำให้แรงสนับสนุนจากครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษติยาภรณ์ ไชพนัส และคณะ (2565) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurniawati, Rihi, and Wahyuni (2023) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อลดความกลัวการหกล้มและลดการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความมั่นใจในความสามารถทางการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เอกสารอ้างอิง

กณฐา ต้อยตา, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนวยศักดิ์เชื้อ, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2560). ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31*(พิเศษ), 27–42.

กฤษณา ปะสาวะเท, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมาวดี มาลัยบุญ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลจากการย้ายออกจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 10*(3), 98–113.

กฤษณิยาภรณ์ ไชพนัส, ภูเบศร์ แสงสว่าง, สุธรรม นันทมงคลชัย, และพสนัน นิมิตรไชยพันธ์. (2565). ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูฟื้นฟูจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(3), 48–60.

จันทนา หล่อตะกูล. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไทยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทรา แก้วก๊กดี, สุปรานี ฉิมมามี, นิลวรรณ ชำนาญกิจ, และณัฐพัชร ประจันตะเสน. (2566). ความสัมพันธ์ของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมเสี่ยงในการดูแลตนเอง ภาวะพึ่งพิง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารสภาการพยาบาล, 38*(3), 229–242.

จิราภรณ์ วรรณปะเข, ปฏิเวธ คงไพจิตรวงศ์, สิริพร ล้อมสมบุญ, และอภิญา ทองประสาท. (2561). การเปรียบเทียบความสามารถทางกายระหว่างผู้สูงอายุที่กลัวและไม่กลัวการล้ม. *วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด, 30*(1), 70–80.

ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง, และมยุรี ลีทองอิน. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนได้รับการส่งกลัองทางเดินอาหารส่วนต้น. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20* (น. 955–966). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

ปนัดดา กักดีวิวรรธ. (2560). *ปัจจัยทำนายการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระยะ 1 ปีแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วชิรา โพธิ์ใส, ราตรี บุญชู, และดวงกมล วัตราคูล. (2564). ความชุกของภาวะความสามารถของสมองบกพร่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ. *เวชสารแพทย์ทหารบก, 74*(1), 39–46.

ปิยนุช ภิญโย, และเพชรไสว ล้อมตระกูล. (2557). สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32*(4), 122–129.

พิมพ์ภัทร ดันดิทวีวัฒน์, และชนกพร จิตปัญญา. (2561). ปัจจัยทำนายการปรับตัวของผู้รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 12*(2), 151–163.

- มนตรา ตั้งจิรวัดนา, และสุวรรณ วุฒิธรณฤทธิ. (2562). ปัจจัยทำนายการกลั้วการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(2), 30-40.
- ฉิมวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2555). เจาะลึกปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(4), 6-14.
- ลัดดา เทียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกั้วการหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- สิริสุดา พลที, อรุณี ชนาภิสิทธิ์, ลักขณา มาทอ, พัทธน์ อมตฉายา, ธนาตย์ สุกนวล, และสุกัลยา อมตฉายา. (2561). ผลทันทีของการฝึกกลืนน้ำหนักบนขาข้างอ่อนแรงต่อความสามารถด้านการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เดินได้. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 33(5), 438-443.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *สถานการณ์และแนวโน้มสุขภาพและการแพทย์ฉุกเฉิน (ระดับโลกและประเทศไทย)*. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414764_20220208161448.pdf
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2565). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39-46.
- สุดธิดา ฤทธิธาดา, และฉัตรสุดา ชาระพุฒ. (2561). How to take care of patients with stroke. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 17(2), 25-40.
- สุทิน มณีชมภู. (2562). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่*. สืบค้นจาก <https://www.cmneuro.go.th/TH/research/63-Full%20Paper-สุทิน%20มณีชมภู.pdf>
- Chaknum, P., Harnirattisai, T., Somprasert, C., & Chiang, L. C. (2023). Development of the family-based care model for stroke survivors to promote healthy family dynamics: Participatory action research. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(2), 244-259. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/262033/178722>
- Hamzat, T. K., Agbomeji, O., & Peters, G. O. (2009). Relationship between functional abilities confidence level and performance of motor function after stroke. *Journal of the Nigeria Society of Physiotherapy*, 17(1), 7-10. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/228500103>
- Horne, J. C., Lincoln, N. B., & Logan, P. A. (2017). Measurement of confidence: The development and psychometric evaluation of a stroke-specific, measure of confidence. *Clinical Rehabilitation*, 31(11), 1529-1537. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215517705424>
- Korpershoek, C., van der Bijl, J., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x

Kurniawati, N. D., Rihi, P. D., & Wahyuni, E. D. (2020). Relationship of family and self efficacy support to the rehabilitation motivation of stroke patients. *EurAsian Journal of BioSciences*, 14(1), 2427-2430. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/35e83278b529e88afcbf2452f2198daa/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042720>

Williams, R. M. (1997). *The Functional Abilities Confidence Scale (FACS) and the Resumption of Activities of Daily Living (RADL) Scale for injured workers with low back pain* (Doctoral dissertation). Ontario: University of Waterloo.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด*

Factors Related to Fatigue in Patients with Colorectal Cancer Receiving Chemotherapy*

สิริยา ชาลีเครือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Siriya Chaleekrua, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

สุรีพร ธนศิลป์, Ph.D. (Nursing) ²

Sureeporn Thanasilp, Ph.D. (Nursing) ²

Received: July 29, 2023

Revised: October 16, 2023

Accepted: October 18, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมจำนวน 136 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบประเมินภาวะโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่น .70 และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ มีค่าความเชื่อมั่น .91 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ A Part of Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹ Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: s_thanasilp@hotmail.com

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 5.17, SD = .68$) ระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.224, p < .01$; $r = -.306, p < .001$ และ $r = -.299, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกครั้งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และร่วมมือกับผู้ป่วยในการจัดการความเหนื่อยล้า
คำสำคัญ: ความเหนื่อยล้า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ยาเคมีบำบัด

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate the relationship among hemoglobin level, physical activity, nutritional status, and fatigue in patients with colorectal cancer receiving chemotherapy. The participants were 136 patients with colorectal cancer who attended the chemotherapy unit of Police General Hospital, King Chulalongkorn Memorial Hospital, and the National Cancer Institute. The research instruments included the demographic data record form, the physical activity questionnaire with a reliability of .72, the Mini Nutrition Assessment (MNA) with a reliability of .70, and the revised Piper Fatigue Scale (PFS) with a reliability of .91. Data were collected from June to December 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that patients with colorectal cancer had the total mean score of fatigue at a moderate level ($M = 5.17, SD = .68$). Hemoglobin level, physical activity, and nutritional status were negatively statistically significantly related to fatigue in patients with colorectal cancer ($r = -.224, p < .01$; $r = -.306, p < .001$; and $r = -.299, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses should assess fatigue of patients with colorectal cancer every episode of chemotherapy as well as cooperate with patients for fatigue management.

Keywords: Fatigue, Patients with colorectal cancer, Chemotherapy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกที่มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น โดยพบมากเป็นอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมด เป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และเป็นอันดับ 2 ในเพศหญิง (World Cancer Research Fund International, 2018) การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้ 1 ใน 23 สำหรับเพศชาย และพบได้ 1 ใน 26 สำหรับเพศหญิง โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 106,970 รายต่อปี และมะเร็งทวารหนัก 46,050 รายต่อปี (American Cancer Society [ACS], 2023) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของมะเร็งทั้งหมด (World Health Organization, 2018) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของโรคเรื้อรัง อัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี (Inra & Syngal, 2015) ในประเทศไทยพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 16.29 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี และเป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 8.66 รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2559) ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้เสียชีวิตด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 4,558 คน (อัตราการตายเท่ากับ 7 ต่อประชากรแสนคน) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 ของมะเร็งทั้งหมด (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี แต่แนวโน้มเริ่มพบในผู้ที่มีอายุน้อยเพิ่มมากขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2558)

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีการพัฒนาไปอย่างมาก เพื่อประสิทธิภาพในการรักษา

ที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งในปัจจุบันมีการรักษาร่วมกันหลายวิธี โดยการรักษาหลัก คือ การผ่าตัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อตัดก้อนมะเร็งออก ซึ่งเป็นการรักษาที่หวังผลให้หายขาด ส่วนการให้ยาเคมีบำบัดและการฉายรังสีเป็นการรักษาเสริม (adjuvant therapy) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2558) วิธีที่นิยมใช้ในการรักษามากที่สุดคือ การผ่าตัดร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 24.84 ของวิธีการรักษาทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2559) โดยการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริมที่นิยมใช้หลังการผ่าตัด เพื่อทำลายหรือยับยั้งเซลล์มะเร็ง จึงเป็นการควบคุมโรคและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (ACS, 2018) สำหรับแนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักขึ้นอยู่กับระยะของโรค ซึ่งระยะที่ 1 เป็นระยะที่ยังไม่มีการลุกลาม จึงไม่แนะนำให้รับยาเคมีบำบัด ส่วนระยะที่ 2-3 ผู้ป่วยจะได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ควรเริ่มภายใน 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด โดยใช้เวลาในการรักษาประมาณ 6 เดือน ส่วนระยะที่ 4 เป็นระยะที่มีการแพร่กระจาย นอกจากการรักษาด้วยการผ่าตัดแล้ว การให้ยาเคมีบำบัดถือเป็นการรักษาหลัก เพื่อประคับประคองไม่ให้มีการแพร่กระจายของมะเร็งมากขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2558) ยาเคมีบำบัดที่ใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ 5-FU (fluorouracil), leucovorin, oxaliplatin และ capecitabine (Inra & Syngal, 2015) โดยกลไกของยาเคมีบำบัดจะทำให้เกิดของเสียจากกระบวนการทำลายเซลล์ เช่น กรดแลคติก ไพรูเวท ไฮโดรเจนไอออน ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อหดตัวลดลงจนทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้า นอกจากนี้ การได้รับยาเคมีบำบัดยังส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เชื้อราช่องปากอักเสบ และอาการชาปลายมือและเท้า (ชยุต ไหมเขียว และเดชา ทำดี, 2553)

ความเหนื่อยล้า (fatigue) เป็นการรับรู้ของ

บุคคลว่าเกิดความรู้สึกเหนื่อยมาก อ่อนเพลีย รู้สึกว่าร่างกายหมดพลังงาน เป็นอาการที่สามารถสังเกตได้ ซึ่งการพักผ่อนไม่สามารถทำให้ความเหนื่อยล้าหายไป ความเหนื่อยล้าเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง (Spichiger et al., 2011) และเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของมะเร็งและกลไกการรับยาเคมีบำบัด (Goedendorp, Gielissen, Verhagen, Peters, & Bleijenberg, 2008) รวมทั้งการตอบสนองด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงจากความเจ็บป่วย ก็สามารถส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าได้ (Ream & Richardson, 1999) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด มีความชุกของการเกิดความเหนื่อยล้าสูงถึงร้อยละ 26.80–62.00 (Pettersson, Berterö, Unosson, & Börjeson, 2014) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีความเหนื่อยล้า โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50–59 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.10 (พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณ ฉายอรุณ, และวาสนี วิเศษฤทธิ์, 2560) ซึ่งความรุนแรงของความเหนื่อยล้าขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลและระยะเวลาที่เกิดความเหนื่อยล้า (Piper, Lindsey, & Dodd, 1987) โดยการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า ด้านร่างกายและจิตใจ และด้านสติปัญญา (Piper et al., 1998)

ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัด 4–5 วัน (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และคณะ, 2560) โดยอาการจะเพิ่มขึ้นในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมีอาการสูงสุดในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของการรักษา (Heras, Hatzopoulos, Kritikos, & Karagiannis, 2009) แบบแผนของความเหนื่อยล้า

จะแตกต่างกันตามชนิดของมะเร็งและยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยได้รับ (Richardson, Ream, & Wilson-Barnett, 1998) รวมทั้งวิธีการได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งการได้รับยาเคมีบำบัดด้วยการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากที่สุด (Wu, Dodd, & Cho, 2008) ทั้งนี้ การใช้ยาเคมีบำบัดร่วมกันทางหลอดเลือดถือเป็นมาตรฐานในการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในปัจจุบัน เช่น สูตร FOLFOX ซึ่งประกอบด้วยยา 5-fluorouracil, leucovorin และ oxaliplatin หรือสูตร FOFIRI ซึ่งประกอบด้วยยา 5-fluorouracil และ irinotecan ซึ่งจะได้ผลดีในการใช้ก่อนหรือหลังการผ่าตัด (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และคณะ, 2560)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากอาการแสดงของโรคและความเหนื่อยล้า ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง และมีภาวะซึมเศร้า (ประไพ เจริญทวี และสุวรรณี สิริเลิศตระกูล, 2560) ด้านสังคม ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาทหน้าที่ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม มีปฏิสัมพันธ์ในสังคมลดลง ต้องการพึ่งพาคูคณอื่นมากขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งผลกระทบดังกล่าวล้วนทำให้ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตลดลง (Hofman, Ryan, Figueroa-Moseley, Jean-Pierre, & Morrow, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักน้อยมาก ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ให้การพยาบาล จึงตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยคัดสรรปัจจัยตามแนวคิดความเหนื่อยล้า ของ Piper et al.

(1987) ที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ ซึ่งองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าวจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลจัดการความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นได้ รวมทั้งการพัฒนาโปรแกรมช่วยลดความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

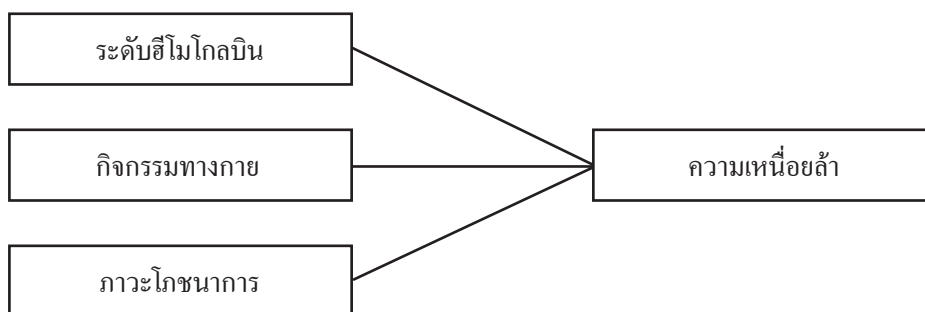
1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

สมมติฐานการวิจัย

ระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเหนื่อยล้า



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ของ Piper et al. (1987) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้า ประกอบด้วย 14 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล 2) แบบแผนสภาวะของโรค 3) แบบแผนการรักษา 4) การสะสมของเสียจากกระบวนการเผาผลาญ 5) แบบแผนอาการแสดง 6) แบบแผนการใช้ออกซิเจน 7) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน 8) แบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน 9) แบบแผนการนอนหลับและการตื่น 10) แบบแผนสภาพจิตใจ 11) แบบแผนทางสังคม 12) แบบแผนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการควบคุมและการส่งสัญญาณประสาท 13) แบบแผนสภาพเหตุการณ์ในชีวิต และ 14) แบบแผนสภาพแวดล้อม แต่ผู้วิจัยไม่สามารถทำการศึกษาได้ครบเนื่องจากข้อจำกัดของการดำเนินการในบทบาททางกายภาพ จึงคัดสรรปัจจัยที่คาดว่าจะมีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่ ระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ ซึ่งครอบคลุมทั้งปัจจัยทางกายภาพ ปัจจัยทางชีวภาพ และปัจจัยทางจิตสังคม โดยระดับฮีโมโกลบิน อยู่ในแบบแผนการใช้ออกซิเจน กิจกรรมทางกายอยู่ในแบบแผนการทำกิจกรรมและการพักผ่อน และภาวะโภชนาการอยู่ในแบบแผนการเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารที่ให้พลังงาน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18–59 ปี 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารด้วยการพูดและการฟังได้ดี 3) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยการฉายรังสี 4) มีอาการและอาการแสดงด้านร่างกายคงที่ ไม่อยู่ในระยะวิกฤต และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .15 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 123 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบบันทึกหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 136 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 46 คน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 45 คน และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 45 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะของโรคมะเร็ง สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ และระดับฮีโมโกลบิน จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของเพิงโจ ดาโลปการ

(2545) ใช้สำหรับประเมินกิจกรรมทางกาย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมในการทำงาน จำนวน 11 ข้อ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย จำนวน 3 ข้อ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมในเวลาว่าง จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0–3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมในระดับน้อย (0–18 คะแนน) ในระดับปานกลาง (19–36 คะแนน) และในระดับมาก (37–54 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutrition Assessment [MNA]) ของ Rubenstein, Harker, Salva, Guigoz, and Vellas ปี ค.ศ. 2001 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (กิตติกร นิลมนัด และคณะ, 2556) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การคัดกรองความเสี่ยงขาดอาหาร จำนวน 6 ข้อ และส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวน 18 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ (แต่ละข้อมีจำนวนตัวเลือกไม่เท่ากัน) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–30 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีภาวะทุพโภชนาการ (น้อยกว่า 17 คะแนน) เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17.00–23.50 คะแนน) และมีภาวะโภชนาการปกติ (มากกว่า 23.50 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ (the revised Piper Fatigue Scale [PFS]) ของ Piper et al. ปี ค.ศ. 1998 ผู้วิจัยใช้ฉบับที่ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยเพิงโจ ดาโลปการ (2545) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้ความหมาย

ความเหนื่อยล้า จำนวน 5 ข้อ ด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านสติปัญญา จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข บนเส้นตรงแนวนอน แบ่งออกเป็น 10 ช่องเท่าๆ กัน โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายเป็นเลข 0 กำกับด้วยข้อความ “ไม่เลย” และปลายเส้นตรงด้านขวาเป็นเลข 10 กำกับด้วยข้อความ “มากที่สุด” ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีความเหนื่อยล้า (0 คะแนน) มีความเหนื่อยล้าในระดับเล็กน้อย (0.01–3.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4.00–6.99 คะแนน) และในระดับมาก (7.00–10.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติกิจกรรม แบบประเมินภาวะโภชนาการ และแบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเออร์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง (2 คน) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์ (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมฯ แบบประเมินภาวะโภชนาการ และแบบประเมินความเหนื่อยล้าฯ เท่ากับ .89, .89 และ .95 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มารับบริการที่หน่วยเคมีบำบัด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตำรวจ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72, .70 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ (เอกสารรับรอง เลขที่ 39/2563 วันที่ 25 มีนาคม 2563) คณะกรรมการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เอกสารรับรอง เลขที่ 265/63 วันที่ 18 มิถุนายน 2563) และคณะกรรมการวิจัย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (เอกสารรับรอง เลขที่ 007_2020T_OUT650 วันที่ 20 เมษายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์ใหญ่โรงพยาบาลตำรวจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เข้าพบหัวหน้าหน่วยเคมีบำบัดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยเคมีบำบัดในขณะที่รอรับบริการแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกและแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลกิจกรรมทางกาย ข้อมูลภาวะโภชนาการ และข้อมูลความเหนื่อยล้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ กับความเหนื่อยล้า วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.29 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี

คิดเป็นร้อยละ 73.53 โดยมีอายุเฉลี่ย 52.53 ปี ($SD = 6.38$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.91 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.14 มีอาชีพค้าขาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.15 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.03 ระยะของโรคมะเร็งส่วนใหญ่ คือ ระยะที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 74.26 สูตรยาเคมีบำบัดที่ได้รับ คือ MAYO มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.80 และส่วนใหญ่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 12 g/dl) คิดเป็นร้อยละ 77.21 โดยมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ย 11.13 g/dl ($SD = .80$)

2. กิจกรรมทางกายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.97 และมีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกายโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 30.35, SD = 4.76$)

3. ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.88 และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ($M = 23.26, SD = 1.73$)

4. ความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ ส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้าโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.59 และมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 5.17, SD = .68$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าในระดับปานกลางทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและความรุนแรง ($M = 4.84, SD = 1.44$) ด้านการให้ความหมายความเหนื่อยล้า ($M = 5.07, SD = .69$) ด้านร่างกายและจิตใจ ($M = 5.62, SD = .78$) และด้านสติปัญญา ($M = 5.19, SD = .32$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบว่า ระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.224, p < .01$; $r = -.306, p < .001$ และ $r = -.299, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับฮีโมโกลบิน กิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ($n = 136$)

ปัจจัย	ความเหนื่อยล้า	
	r	p
ระดับฮีโมโกลบิน	-.224	.009
กิจกรรมทางกาย	-.306	< .001
ภาวะโภชนาการ	-.299	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าความเหนื่อยล้าเป็นการรับรู้ของบุคคล มีกลไกการเกิดจากการตอบสนองของจิตใจและอารมณ์ ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ทางความคิดต่อความเหนื่อยล้า ซึ่งการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดจากโรคมะเร็งเป็นระยะเวลานาน ทำให้ร่างกายมีการตอบสนองต่อความเครียดโดยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ให้มีการหลั่งฮอร์โมนความเครียด (stress hormone) ออกมากระตุ้นอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการทำงานเพิ่มมากขึ้น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้นให้มีการทำงานเพิ่มมากขึ้นเป็นระยะเวลาานจะทำให้มีการดึงพลังงานที่เก็บสะสมไว้ออกมาใช้ เมื่อพลังงานในร่างกายลดลง จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ (Piper, 1993) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยมะเร็งฯ ทั้งหมดอยู่ในวัยทำงาน มีความเสื่อมของสภาพร่างกายไม่มากนัก เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในช่วงแรกๆ ของการรักษา ดังนั้นจึงได้รับผลกระทบจากอาการแทรกซ้อนของยาเคมีบำบัดน้อย ซึ่งความเหนื่อยล้ามักเกิดขึ้นเองโดยไม่สัมพันธ์กับการออกแรง บางครั้งผู้ป่วยมีอาการเซื่องซึม เหนื่อยหน่าย ไม่มีเรี่ยวแรง แต่พบได้ไม่บ่อยนัก ส่วนใหญ่ยังคงรู้สึกตื่นตัว มีชีวิตชีวา และกระฉับกระฉอม โดยมองว่าความเหนื่อยล้าที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติของผลข้างเคียงจากการได้รับยาเคมีบำบัด ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่หลังจากได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น ผู้ป่วยต้องพักเป็นระยะในการทำกิจกรรมต่างๆ (พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และคณะ, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพียงใจ คาโลปการ (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็ง

เต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดมีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรารถนา จั้วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ (2556) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดมีอาการเหนื่อยล้าในระดับน้อย

ผลการวิจัยพบว่า ระดับฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระดับฮีโมโกลบินที่ลดลงทำให้การนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายลดลง ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น (Piper et al., 1987) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งฯ ในการวิจัยครั้งนี้ ร้อยละ 77.21 มีระดับฮีโมโกลบินต่ำ (น้อยกว่า 12 g/dl) โดยมีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ย 11.13 g/dl ซึ่งใกล้เคียงกับค่าปกติ จึงทำให้มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา หุมอาจ (2561) ที่พบว่า ระดับฮีโมโกลบินมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ จตุปรีสุทธิ์ และวารุณี รัตโนทัย (2553) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงร้อยละ 25.30 มีระดับฮีโมโกลบินเฉลี่ย 9.50 gm% เกิดภาวะโลหิตจางเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Vardy et al. (2016) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีระดับฮีโมโกลบินต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดความเหนื่อยล้า

ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ ที่มีกิจกรรมทางกายน้อยจะมีความเหนื่อยล้ามาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งฯ ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่คือการทำงาน มีคะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกายในระดับปานกลาง เนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะ

ความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้มีกิจกรรมทางกายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่สมดุลกับการพักผ่อนจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าได้ เมื่อผู้ป่วยมะเร็งฯ มีกิจกรรมทางกายลดน้อยลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อจะลดลง ทำให้ร่างกายขาดพลังงาน เอทีพี ส่งผลให้ร่างกายปรับสมดุลไม่ได้ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าได้ (Piper et al., 1987) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมะเร็งฯ มีอาชีพค้าขาย มากที่สุด (ร้อยละ 30.10) จึงยังมีกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ และพบว่ามีการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมในยามว่าง ได้แก่ การจัดสวน รดน้ำต้นไม้ และการนอนพักผ่อน โดยผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกายโดยรวมในระดับปานกลาง จึงทำให้มีความเหนื่อยล้าในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา นั้วตระกูล และคณะ (2556) ที่พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Goedendorp et al. (2008) ที่พบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็ง

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยมะเร็งฯ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะโภชนาการในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ จากการสอบถามผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มีความอยากอาหารลดลง มีน้ำหนักตัวลดลง 1-3 กิโลกรัม มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์ปกติ สามารถรับประทานอาหารได้เอง ในแต่ละวันรับประทานอาหารเช้าทั้งสามมื้อ โดยแต่ละมื้อมีสารอาหารสำคัญ เช่น โปรตีน ไขมัน ซึ่งเป็นสารสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพลังงานของร่างกาย สอดคล้องกับแนวคิดความเหนื่อยล้าของ Piper et al. (1987) ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงของพลังงานและสารสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างพลังงาน เช่น โปรตีน ไกลโคเจน ไขมัน มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่

ของอวัยวะต่างๆ และก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าขึ้น ดังการศึกษาของอังศวีร์ ภณทองสมพงษ์, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, และธีราภรณ์ จันทร์ตา (2557) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคและภาวะโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการที่รบกวนการรับประทานอาหารระหว่างการได้รับยาเคมีบำบัด คิดเป็นร้อยละ 58.50 โดยอาการที่พบมากที่สุด คือ เบื่ออาหาร คิดเป็นร้อยละ 26.20 ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของอวยพร สวัสดิ์ (2557) ที่พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของกัทริกา ปัญญา, จงจิต เสนหา, วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, และนพดล โสภารัตนาไพศาล (2559) ที่พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการอ่อนล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรประเมินความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกครั้งที่มารับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยล้าของไปเปอร์ และร่วมมือกับผู้ป่วยในการจัดการความเหนื่อยล้า

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด เช่น ระดับอัลบูมินในเลือด คุณภาพการนอนหลับ การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กิตติกร นิลมานัต, ขนิษฐา นาคะ, วิภาวี คงอินทร์, เอมอร แซ่จิว, พัชรียา ไชยลังกา, และปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. (2556). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 75–84.

กุลธิดา หุมอาจ. (2561). *ปัจจัยทำนายความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองระยะแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬากรณ์ จตุปรีสุทธิ์, และวารุณี รัตโนทัย. (2553). อุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคมะเร็งนอกระบบโลหิตวิทยาที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลกลาง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(4), 211–221.

ชยุต ไหมเขียว, และเดชา ทำดี. (2553). ผลของการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. *พยาบาลสาร*, 37(1), 86–95.

ประไพ เจริญทวี, และสุวรรณณี สิริเลิศระกุล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด: กรณีศึกษาที่หน่วยมะเร็งวิทยาโรงพยาบาลรามธิบดี. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 32(1), 63–70.

ปรารถนา ฉั่วตระกูล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และทศพร คำผลศิริ. (2556). อาการเหนื่อยล้าในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร*, 40(3), 62–74.

พัชรินทร์ แก้วรัตน์, วรรณภา ฉายอรุณ, และวาสนี วิเศษฤทธิ. (2560). ประสพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(1), 224–234.

เพียงใจ ดาโลปการ. (2545). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทริกา ปัญญา, จงจิต เสนหา, วิมลรัตน์ กุ้วราวุฒิปานิช, และนพดล โสภารัตนาไพศาล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(1), 66–76.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2558). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ: บีทีเอส เพรส.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2559). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: พรทรัพย์การพิมพ์.

อวยพร สวัสดิ์. (2557). *ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยล้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อังศวีร์ ภณทองสมพงษ์, พรธณวดี พุชวัฒน์, และธิราภรณ์ จันทร์ดา. (2557). ภาวะโภชนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(3), 117–128.

American Cancer Society. (2018). *Colorectal cancer stages*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html>

- American Cancer Society. (2023). *Key statistics for colorectal cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/types/colorectal-cancer/about/key-statistics.html>
- Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., Peters, M. E., & Bleijenberg, G. (2008). Severe fatigue and related factors in cancer patients before the initiation of treatment. *British Journal of Cancer*, *99*(9), 1408–1414. doi:10.1038/sj.bjc.6604739
- Heras, P., Hatzopoulos, A., Kritikos, K., & Karagiannis, S. (2009). Level of fatigue in colorectal cancer patients (ccp) receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, *27*(15), e20612. Retrieved from https://ascopubs.org/doi/10.1200/jco.2009.27.15_suppl.e20612
- Hofman, M., Ryan, J. L., Figueroa-Moseley, C. D., Jean-Pierre, P., & Morrow, G. R. (2007). Cancer-related fatigue: The scale of the problem. *The Oncologist*, *12*(Suppl. 1), 4–10. doi:10.1634/theoncologist.12-S1-4
- Inra, J. A., & Syngal, S. (2015). Colorectal cancer in young adults. *Digestive Diseases and Sciences*, *60*(3), 722–733. doi:10.1007/s10620-014-3464-0
- Pettersson, G., Berterö, C., Unosson, M., & Börjeson, S. (2014). Symptom prevalence, frequency, severity, and distress during chemotherapy for patients with colorectal cancer. *Supportive Care in Cancer*, *22*(5), 1171–1179. doi:10.1007/s00520-013-2069-z
- Piper, B. F. (1993). Fatigue. In V. Carrieri-Kohlman, A. M. Lindsey, & C. M. West (Eds.), *Pathophysiological phenomena in nursing: Human responses to illness* (pp. 279–302). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Piper, B. F., Dibble, S. L., Dodd, M. J., Weiss, M. C., Slaughter, R. E., & Paul, S. M. (1998). The revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *25*(4), 677–684. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9599351/>
- Piper, B. F., Lindsey, A. M., & Dodd, M. J. (1987). Fatigue mechanisms in cancer patients: Developing nursing theory. *Oncology Nursing Forum*, *14*(6), 17–23. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3320981/>
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice: Designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, *26*(8), 1295–1303. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10497769/>
- Richardson, A., Ream, E., & Wilson-Barnett, J. (1998). Fatigue in patients receiving chemotherapy: Patterns of change. *Cancer Nursing*, *21*(1), 17–30. doi:10.1097/00002820-199802000-00003

- Spichiger, E., Müller-Fröhlich, C., Denhaerynck, K., Stoll, H., Hantikainen, V., & Dodd, M. (2011). Prevalence of symptoms, with a focus on fatigue, and changes of symptoms over three months in outpatients receiving cancer chemotherapy. *Swiss Medical Weekly, 141*, 1–11. doi:10.4414/smw.2011.13303
- Vardy, J. L., Dhillon, H. M., Pond, G. R., Renton, C., Dodd, A., Zhang, H., ... Tannock, I. F. (2016). Fatigue in people with localized colorectal cancer who do and do not receive chemotherapy: A longitudinal prospective study. *Annals of Oncology, 27*(9), 1761–1767. doi:10.1093/annonc/mdw252
- World Cancer Research Fund International. (2018). *Global cancer statistics for the most common cancers*. Retrieved from <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>
- World Health Organization. (2018). *Cancer*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Wu, H.-S., Dodd, M., & Cho, M. H. (2008). Patterns of fatigue and effect of exercise in patients receiving chemotherapy for breast cancer. *Oncology Nursing Forum, 35*(5), 90–99. doi:10.1188/08.ONF.E90-E99
-

ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด* Effectiveness of the Blood and Body Fluid Exposure Prevention Program among Operating Room Nurses*

มรกต ดอกแก้ว, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Morakot Dokkaew, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)² นงศ์คราญ วิเศษกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)³
Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)² Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 4, 2023 Revised: November 27, 2023 Accepted: December 1, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจำนวน 36 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มีค่าความเชื่อมั่น 1 และแบบบันทึกปฏิบัติการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ 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 มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 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: morakot.lip@gmail.com

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าควอร์ไทล์ Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test และการคำนวณอุบัติการณ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.851, p < .001$) 2) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 247.956, p < .001$) และ 3) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดอบรมให้ความรู้ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์แก่พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากขึ้น
คำสำคัญ: โปรแกรม การป้องกัน การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the blood and body fluid exposure (BBFE) prevention program among operating room nurses. The samples consisted of 36 operating room nurses in a university hospital. The research instruments included the BBFE prevention program among operating room nurses, the demographic questionnaire, the knowledge on BBFE prevention test with a reliability of .73, the practice on BBFE prevention observation form with a reliability of 1, and the incidence of BBFE record form. The implementation and data collection were conducted from November 2020 to January 2021. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, median, quartile, Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test, and calculating incidence.

The research results revealed that 1) after using the program, operating room nurses had statistically significantly higher score of knowledge on BBFE prevention than that of before using the program ($Z = -4.851, p < .001$); 2) after using the program, operating room nurses had statistically significantly higher proportion of correct practice on BBFE prevention than that of before using the program ($\chi^2 = 247.956, p < .001$); and 3) after using the program, operating room nurses had lower incidence of BBFE than that of before using the program.

This research suggests that nurse executives should provide knowledge, demonstration and return demonstration, feedback, and personal protective equipment to operating room nurses. This will help operating room nurses improve their knowledge and practice on

BBFE prevention.

Keywords: Program, Prevention, Blood and body fluid exposure, Operating room nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรสุขภาพเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยเนื่องจากต้องปฏิบัติกิจกรรมและหัตถการที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยเฉพาะบุคลากรที่ปฏิบัติงานในแผนกที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แพร่กระจายผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งได้จากข้อมูลการเฝ้าระวังอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) พบว่า บุคลากรสุขภาพได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลประมาณ 385,000 รายต่อปี (CDC, 2015) ห้องผ่าตัดเป็นแผนกที่มีการทำหัตถการโดยใช้เครื่องมือที่มีความคมในการผ่าตัดและรักษาผู้ป่วยจึงเป็นแผนกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2561) ดังการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดเคยได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งถึงร้อยละ 62.50 (Kasatpibal et al., 2016a)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัดมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติงาน และปัจจัยด้านองค์กร การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อบุคลากรทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพบุคลากรที่เกิดการติดเชื้อ (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่ามีบุคลากรร้อยละ 14.90-69.40 เคยได้รับอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำและ

ของมีคมบาด ในจำนวนนี้เกิดการติดเชื้อจากการถูกเข็มที่ให้กับผู้ป่วยแล้วทิ่มตำสูงถึงร้อยละ 37-39 ทั้งเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่งผลกระทบต่อด้านอารมณ์และเกิดความผิดปกติด้านจิตใจ ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงาน (Cooke & Stephens, 2017) ทั้งนี้ ผลกระทบที่เกิดกับพยาบาลห้องผ่าตัดหลังจากได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ส่วนใหญ่เป็นผลกระทบด้านจิตใจ ที่พบได้มาก คือ มีความวิตกกังวลสูงถึงร้อยละ 57.70 รองลงมา คือ มีความเครียด และนอนไม่หลับ ร้อยละ 24.20 และ 10.20 ตามลำดับ (Kasatpibal et al., 2016a) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลห้องผ่าตัดที่ถูกเข็มทิ่มตำและถูกเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา เกิดความวิตกกังวลและความเครียดอย่างมาก จนมีอาการซึมเศร้า ต้องเข้ารับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ และรับประทานยารักษาอาการซึมเศร้า (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2561)

จากการศึกษาในประเทศอิหร่านในบุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 70 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 34.40 ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบมาตรฐาน (Osta, Vasli, Hosseini, Nasiri, & Rohani, 2018) และการศึกษาในประเทศไทยในพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 2,031 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 30.60 ที่ได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (Kasatpibal et al., 2016b) ซึ่งความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรและพยาบาลห้องผ่าตัด อาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงานได้ ทั้งนี้ การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาล เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญ (CDC, 2015) จากการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกัน

การติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่งพบว่า หลังได้รับโปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีทัศนคติดีขึ้น มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น (Lin, Wang, Luo, & Qin, 2020) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการจัดอบรมให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องอาจช่วยแก้ไขปัญหามาสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัดได้

จากการศึกษาพบว่ามีความเหมาะสมกับบริบทของพยาบาลห้องผ่าตัดและเป็นวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลดี เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง คือ แนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา (Association of periOperative Registered Nurses [AORN]) ในเรื่องคำแนะนำวิธีการปฏิบัติในการป้องกันการได้รับบาดเจ็บจากของมีคม (recommended practices for sharps safety) ปี ค.ศ. 2017 (AORN, 2017) โดยนำมาปรับและประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน มีการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ซึ่งครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่มีแนวคิดพื้นฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (predisposing factor) ปัจจัยเอื้อ (enabling factor) และปัจจัยเสริม (reinforcing factor) ซึ่งต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่การวางแผน การกำหนดวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการลดปัจจัยเสี่ยงในการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม ดังการศึกษาของ Lin et al. (2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model พบว่า หลังได้รับโปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัด

มีทัศนคติดีขึ้น มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้น

การที่อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัดยังคงพบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจอย่างรุนแรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการจัดโปรแกรมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องในพยาบาลห้องผ่าตัด โดยการส่งเสริมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ครอบคลุมและเกี่ยวข้องกับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัดลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
3. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีอุบัติการณ์

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

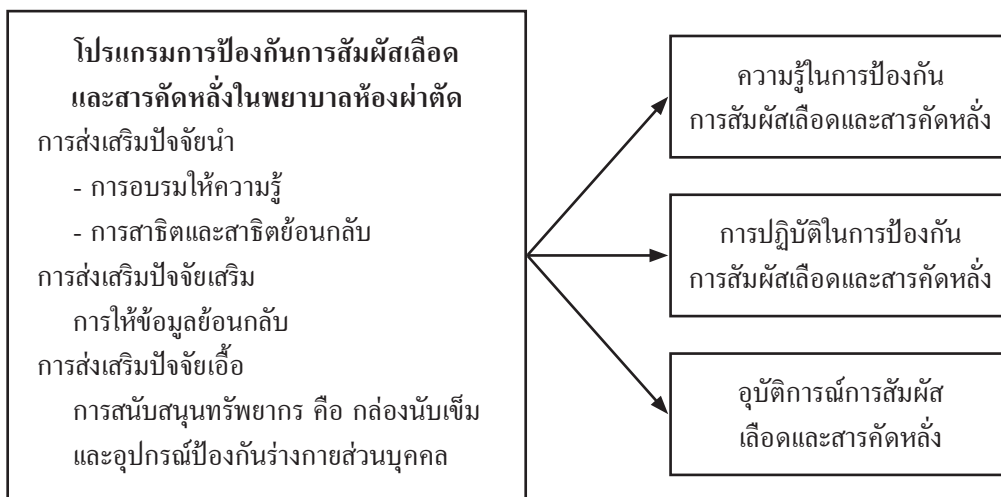
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วย

- 1) การส่งเสริมปัจจัยนำ โดยการอบรมให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจภายในบุคคล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการนำความรู้มาใช้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง
- 2) การส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ

เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง เป็นการเสริมแรงกระตุ้นที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมนั้นได้รับการสนับสนุน ซึ่งช่วยส่งเสริมการคงอยู่ของการแสดงพฤติกรรมของพยาบาล และ

- 3) การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยการสนับสนุนทรัพยากร คือ กล้องนับเข็ม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งช่วยเอื้อต่อการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้ หากพยาบาลห้องผ่าตัดได้รับการส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ดังกล่าวแล้ว คาดว่าจะทำให้มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากขึ้น และมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลงสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ จำนวน 90 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลส่งเครื่องมือ

(scrub nurse) ในห้องผ่าตัด 2) ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการบริหารเป็นหลัก ได้แก่ หัวหน้าหน่วยผ่าตัด ผู้ตรวจการและหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด และขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 คำนวณขนาดตัวอย่างจากการเปิดตาราง statistical power table ของ Kraemer and Thiemann (1987 as cited in Burns & Grove, 2005) แบบการทดสอบทางเดียว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 36 คน สำหรับจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกต กำหนดโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูป (Polit & Beck, 2017) โดยกำหนดค่าสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องจากการศึกษาของสุคนธา วัฒนพงษ์, จิตดากรณ จิตรีเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล (2559) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตในกิจกรรมแต่ละข้ออย่างน้อย 10 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ในพยาบาลห้องผ่าตัด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นแผนการดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ดังนี้

1.1 การส่งเสริมปัจจัยนำ โดยการอบรมให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยใช้แผนการให้ความรู้ เรื่องความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด ที่พัฒนาขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2017 เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย ความหมายของการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ในเรื่องการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้เข็มและของมีคม (ครอบคลุมถึงการจัดเตรียมเข็มและของมีคมในบริเวณปราศจากเชื้อ การรับและส่งเข็มและของมีคม การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการฉีดยาหรือดูดสารคัดหลั่ง) การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และการจัดการอุปกรณ์ของมีคมที่ใช้แล้ว ทั้งนี้ ผู้วิจัยจัดการอบรมให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint

1.2 การส่งเสริมปัจจัยเสริม โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ซึ่งข้อมูลย้อนกลับมาจากการที่ผู้วิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1.2.1 การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล ดำเนินการทุกวัน โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลที่สร้างขึ้น (ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ จำนวนครั้งที่ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จำนวนครั้งที่พยาบาลปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละของการปฏิบัติถูกต้อง การปฏิบัติที่ควรปรับเปลี่ยน และคำแนะนำในการปรับเปลี่ยน) โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมปิดผนึก หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติในแต่ละวัน

1.2.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับรายกลุ่ม ดำเนินการทุก 2 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแบบเป็นทางการในภาพรวม โดยใช้สื่อ PowerPoint ในการนำเสนอแผนภูมิแท่งแสดงการปฏิบัติที่ถูกต้อง และการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุง รวมทั้งให้คำแนะนำและ

กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอแผนภูมิแท่งดังกล่าวในแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสื่อสารระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้วิจัย

1.3 การส่งเสริมปัจจัยเอื้อ โดยการสนับสนุนทรัพยากร คือ กล้องนับเข็ม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด จำนวนชั่วโมง การปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง แหล่งที่เคยได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และการได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2017 ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความหมายของการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ในกิจกรรม 3 หมวด ได้แก่ 1) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้เข็มและของมีคม 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และ 3) การจัดการอุปกรณ์ของมีคมที่ใช้แล้ว รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง

มีความรู้ในการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2017 ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรม 3 หมวด ได้แก่ 1) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้เข็มและของมีคม ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ได้แก่ 1.1) การจัดเตรียมเข็มและของมีคมในบริเวณปราศจากเชื้อ จำนวน 5 ข้อ 1.2) การรับและส่งเข็มและของมีคม จำนวน 10 ข้อ และ 1.3) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการฉีดยาหรือดูดสารคัดหลั่ง จำนวน 2 ข้อ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ และ 3) การจัดการอุปกรณ์ของมีคมที่ใช้แล้ว จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบรายการได้รับการบาดเจ็บจากเข็มที่มุดหรือของมีคมบาดขณะปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ วันเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ กิจกรรมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ลักษณะอุบัติเหตุที่ได้รับความรุนแรงของอุบัติเหตุ และเหตุการณ์ขณะเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด (แผนการให้ความรู้) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล
ด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) พยาบาลควบคุม
การติดเชื้อในโรงพยาบาล (2 คน) พยาบาลควบคุม
การติดเชื้อในห้องผ่าตัด และพยาบาลห้องผ่าตัด ได้ค่า
ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้
และแบบสังเกตการปฏิบัติฯ เท่ากับ .98 และ .99
ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำ
แบบวัดความรู้ฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องผ่าตัด
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มี
คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน
หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน
สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .73 และนำแบบสังเกต
การปฏิบัติฯ ไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของพยาบาล
ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน
ภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตพร้อมกับพยาบาล
ควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในการสังเกต
การปฏิบัติ จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของ
การสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 099/2020 วันที่ 25
สิงหาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
(เอกสารรับรอง เลขที่ 364/63COA-NUR 099/63
วันที่ 25 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง
และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์
การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง
และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก
การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น
ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ
นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งใน
ภาคเหนือ แจ้งหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างาน
การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและพักฟื้น และหัวหน้าหน่วย
ผ่าตัด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่
ห้องผ่าตัด ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตาม
ข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถาม
ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือด
และสารคัดหลั่ง และแบบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัส
เลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน (กลุ่มตัวอย่างบันทึก
อุบัติการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา) ก่อนการทดลอง
(pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติ
ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของ
กลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น ก่อนการทดลอง
(pre-test) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยใน
สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการสังเกตแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูล
ในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือด
และสารคัดหลั่ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคย
กับผู้วิจัย และป้องกันการเกิดพฤติกรรมปฏิบัติที่
ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2-4 ผู้วิจัย
ทำการสังเกตและมีการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตฯ
โดยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรม 3 หมวด สุ่ม
สังเกต 5 วันต่อสัปดาห์ เวรเช้า ในช่วงเวลา 08.00-
16.00 น. จำนวน 3 วัน และเวรบ่าย ในช่วงเวลา
16.00-19.00 น. จำนวน 2 วัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยสังเกต
กิจกรรมโดยการสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) กรณี
มีกลุ่มตัวอย่างหลายคนปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ผู้วิจัยใช้
วิธีการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการสังเกต
การปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด แล้วจึงเริ่ม
ทำการสังเกตเหตุการณ์ใหม่ ต่อเนื่องไปจนหมดเวลา
การสังเกต

4. ในสัปดาห์ที่ 5-8 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม

ตามโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
ในพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนี้

4.1 ในสัปดาห์ที่ 5 การอบรมให้ความรู้
การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ผู้วิจัยดำเนินการในเวรเช้า
ใช้วิธีการบรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยจัดกลุ่ม
ตัวอย่างตามความสะดวก กลุ่มละ 6-8 คน จากนั้นให้
ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับจนครบทุกคน พร้อม
เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ปัญหาและอุปสรรคใน
การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
ใช้เวลากลุ่มละ 45-60 นาที

4.2 ในสัปดาห์ที่ 5-8 การให้ข้อมูลย้อนกลับ
รายบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการทุกวัน โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ
เป็นลายลักษณ์อักษรในแบบบันทึกการให้ข้อมูลย้อนกลับ
รายบุคคล พร้อมปิดผนึก ส่วนในสัปดาห์ที่ 6 และ 8
การให้ข้อมูลย้อนกลับรายกลุ่ม โดยให้ข้อมูลย้อนกลับ
แบบเป็นทางการในภาพรวม ทั้งการนำเสนอโดยใช้สื่อ
PowerPoint และการใช้แอปพลิเคชันไลน์

4.3 ในสัปดาห์ที่ 5-8 การสนับสนุนทรัพยากร
คือ กล่องนับเข็ม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล
โดยผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วย
ผ่าตัดและพักฟื้น และผู้เกี่ยวข้อง ในการสนับสนุน
กล่องนับเข็ม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล
ได้แก่ ผ้าปิดจมูก ถุงมือ ผ้าเอี่ยมพลาสติก และแว่นตา
ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือด
และสารคัดหลั่ง

5. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและ
สารคัดหลั่ง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา
10-15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 9-12 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติ
ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของกลุ่ม
ตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น หลังการทดลอง (post-
test) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง
และบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกัน
การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และผู้วิจัยสอบถาม
กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือด
และสารคัดหลั่ง หลังการทดลอง (post-test) และบันทึก
ข้อมูลในแบบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ
สารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย
สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ข้อมูลความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่า
มัธยฐานและค่าควอร์ไทล์ การเปรียบเทียบความรู้ใน
การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อน
กับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon
signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบ
ไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกัน
การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อนกับหลัง
การใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test
สำหรับการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัส
เลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม
มีขั้นตอนดังนี้

1. คำนวณอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและ
สารคัดหลั่ง ตามสูตรต่อไปนี้

อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง =

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง}}{\text{จำนวนชั่วโมงการทำงานเต็มเวลา (full time equivalent [FTE]) ของพยาบาลต่อเดือน}} \times 100$$

2. กำหนดความแตกต่างของอุบัติการณ์ attributable risk reduction) ตามสูตรต่อไปนี้
 การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (risk difference /

ความแตกต่างของอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง =

$$(\text{อุบัติการณ์} \times \text{ก่อนการใช้โปรแกรม} - \text{อุบัติการณ์} \times \text{หลังการใช้โปรแกรม}) \times 100$$

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่า พยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 97.22 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.67 ปี ($SD = 9.60$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.66 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.06 ปี ($SD = 9.51$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด อยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.66 โดยมี ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 11.03 ปี ($SD = 9.53$) ส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ อยู่ในช่วง 36-60 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 83.33 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

คิดเป็นร้อยละ 61.11 แหล่งที่เคยได้รับความรู้ คือ การประชุมวิชาการภายในหน่วยงาน มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 44.44 ส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 77.78 และเคยได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและ สารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 42.22

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการสัมผัส เลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่าง ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาล ห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.851, p < .001$) ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของ พยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง (n = 36)

ช่วงเวลา	min-max	Med	Q1-Q3	Wilcoxon signed-rank test	
				Z	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	13.00-19.00	16.00	15.00-17.00	-4.851	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	17.00-20.00	19.00	18.00-19.00		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องโดยรวมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 247.956, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในหมวดการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และหมวดการจัดการอุปกรณ์

ของมีคมที่ใช้แล้ว มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 44.748, p < .001$ และ $\chi^2 = 12.850, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนหมวดการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้เข็มและของมีคม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้องผ่าตัดมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในเรื่องการจัดเตรียมเข็มและของมีคมในบริเวณปราศจากเชื้อ และเรื่องการรับและส่งเข็มและของมีคม มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 46.962, p < .001$ และ $\chi^2 = 176.794, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

การปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		χ^2	p
	ก่อนการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)	หลังการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)		
1. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการใช้เข็มและของมีคม				
1.1 การจัดเตรียมเข็มและของมีคม ในบริเวณปราศจากเชื้อ	125/190 (65.79)	170/180 (94.44)	46.962	< .001
1.2 การรับและส่งเข็มและของมีคม	197/390 (50.51)	380/410 (92.68)	176.794	< .001
1.3 การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย ในการฉีดยาหรือดูดสารคัดหลั่ง	47/58 (81.03)	42/48 (87.50)	.815	.184
2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	351/450 (78.00)	373/396 (94.19)	44.748	< .001
3. การจัดการอุปกรณ์ของมีคมที่ใช้แล้ว	124/160 (77.50)	126/136 (92.65)	12.850	< .001
โดยรวม	844/1,248 (67.63)	1,091/1,170 (93.25)	247.956	< .001

หมายเหตุ: สัดส่วนประกอบด้วย ตัวเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวเศษส่วน = จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตได้ทั้งหมด

4. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลห้อง

ผ่าตัดมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลงร้อยละ 57 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัด ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

ช่วงเวลา	อุบัติการณ์ (ครั้ง)	จำนวนชั่วโมงการทำงานเพิ่มเติมเวลา (ชั่วโมง)	อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (ต่อจำนวนชั่วโมงการทำงานเพิ่มเติมเวลาของพยาบาล 100 คน ต่อเดือน)
ก่อนการใช้โปรแกรม	36	6,367	.57
หลังการใช้โปรแกรม	0	6,607	.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ คือ การให้ความรู้ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลเกิดความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) โดยผู้วิจัยได้ส่งเสริมให้พยาบาลเกิดแรงจูงใจภายใน โดยให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint และการอภิปรายกลุ่ม รวมทั้งการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ซึ่งการให้ความรู้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด (ทศนา เขมมณี,

2564; สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2555) ทำให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้ดีกว่าการใช้วิธีการเดี่ยว และการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ช่วยให้ผู้เรียนเห็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเห็นเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ส่วนการสาธิตและสาธิตย้อนกลับทำให้ผู้เรียนสามารถรับรู้และเรียนรู้ของจริงได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจได้ดี เพราะเป็นประสบการณ์โดยตรง เป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมและช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น (นงศ์ศราวุธ วิเศษกุล, 2562) ซึ่งการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดประสบการณ์สามารถคิดและแก้ปัญหาได้ หรือความรู้ช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ได้ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2555) โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ความรู้แก่พยาบาล ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ จึงต้องคำนึงถึงธรรมชาติของผู้ใหญ่ที่รู้จักเหตุและผล สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ระหว่างการเรียนกับผู้อื่นได้ (Knowles, 1980) นอกจากนี้พยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดต่ำสุด-สูงสุด คือ 1-30 ปี จึงมีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ทำให้สามารถร่วมอภิปรายและ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันได้อย่างกว้างขวาง (ศักรินทร์ ชนประชา, 2557) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง (มีกิจกรรมการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ การชมวีดิทัศน์ การแจกคู่มือการอภิปราย และการฝึกปฏิบัติ) พยาบาลห้องผ่าตัดมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีส่วนร่วมการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้วิจัยได้ส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งโดยใช้วิธีการที่หลากหลาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ทางการพยาบาล ในด้านความรู้และความคิด นำไปสู่ความสามารถที่จะรู้หรือเข้าใจสิ่งที่ได้เรียนรู้ ตลอดจนสามารถนำความรู้ความเข้าใจนั้นมาใช้ประโยชน์และแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (นงศกรามย์ วิเศษกุล, 2562) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 61.11) ทำให้เกิดการเรียนรู้และสามารถปฏิบัติตามหลักการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธา วัฒนพงษ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า หลังการใช้หลายกลยุทธ์ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องคลอด (มีกิจกรรมการให้ความรู้แบบบรรยายประกอบการอภิปราย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การแจกคู่มือการปฏิบัติ การติดโปสเตอร์กระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลและในภาพรวม และการสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น) พยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Yang et al. (2020) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ในการป้องกันการถูกเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดในพยาบาล (มีกิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์ที่ปลอดภัย การส่งเสริมและฝึกปฏิบัติขั้นตอนการทำงานที่ปลอดภัย การเปิดวีดิทัศน์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ เข็มทิ่มตำและของมีคมบาด และการให้ข้อมูลการปฏิบัติย้อนกลับในภาพรวม) พยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการเข็มทิ่มตำและของมีคมบาดถูกต้องเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lin et al. (2020) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัดมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อจากเลือดและสารคัดหลั่ง ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลห้องผ่าตัด มีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลงร้อยละ 57 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ทำให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลง จากการส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่ครอบคลุมปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการส่งเสริมให้เกิดความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง อีกทั้งการให้ความรู้ยังเป็นกระบวนการที่กระตุ้นให้บุคคลนำความรู้เชื่อมโยงมาสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ดี หลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ทำให้เกิดอันตราย (Goldrick & Turner, 1995) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากขึ้น และระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น

ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธา วัฒนพงษ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า หลังการใช้หลาย กลยุทธ์ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ของพยาบาลห้องคลอด พยาบาลห้องคลอดมีอุบัติการณ์ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้ หลายกลยุทธ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดอบรมให้ ความรู้ มีการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ แก่พยาบาลห้อง ผ่าตัด และอาจเพิ่มกลยุทธ์อื่นตามความเหมาะสมกับ บริบทของโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัด มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการใช้โปรแกรม การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาล ห้องผ่าตัด โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุมร่วมด้วย และเพิ่ม ตัวแปรตาม เช่น อุบัติการณ์การติดเชื้อที่แพร่กระจาย ผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องผ่าตัด

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของ นวัตกรรมในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง สำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนผู้ช่วยสอน/ผู้ช่วยวิจัย (TA/RA) ประจำปีงบประมาณ 2562 ทำให้ผู้วิจัยได้รับการถ่ายทอด ประสบการณ์ที่ดีเยี่ยม และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนา ตนเองและหน่วยงานได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ทิตินา แจมมณี. (2564). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้ เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 25). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นงศ์กรกาญจน์ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียน การสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ ใช้*. เชียงใหม่: โขตนาพริ้นท์.

นงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2561). *ความปลอดภัยใน การผ่าตัด*. เชียงใหม่: โขตนาพริ้นท์.

ศักกรินทร์ ชนประชา. (2557). ทฤษฎีการเรียนรู้ผู้ใหญ่: สิ่งที่คุณสอนผู้ใหญ่ต้องเรียนรู้. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี*, 25(2), 13–23.

สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2559). ผลของหลายกลยุทธ์ต่อ การปฏิบัติกรป้องกันและอุบัติการณ์การสัมผัส เลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องคลอด. *พยาบาลสาร*, 43(2), 57–67.

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2555). *จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรม ผู้ใหญ่* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอ็กเซลเอร์เน็ท.

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2017). Recommended practices for sharps safety. In AORN, *Guidelines for perioperative practice 2017* (pp. 425–440). Denver, CO: AORN Inc.

Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Sharps safety for healthcare settings*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/sharpsafety/>

- Cooke, C. E., & Stephens, J. M. (2017). Clinical, economic, and humanistic burden of needlestick injuries in healthcare workers. *Medical Devices: Evidence and Research*, 10, 225–235. doi:10.2147/MDER.S140846
- Goldrick, B. A., & Turner, J. G. (1995). Education and behavior change in prevention and control of infection. In B. M. Soule, E. L. Larson, & G. A. Preston (Eds.), *Infections and nursing practice: Prevention and control* (pp. 175–192). St. Louis: Mosby.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kasatpibal, N., Whitney, J. D., Katechanok, S., Ngamsakulrat, S., Malairungsakul, B., Sirikulsathean, P., ... Muangnart, T. (2016a). Practices and impacts post-exposure to blood and body fluid in operating room nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 39–47. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.01.010
- Kasatpibal, N., Whitney, J. D., Katechanok, S., Ngamsakulrat, S., Malairungsakul, B., Sirikulsathean, P., ... Muangnart, T. (2016b). Prevalence and risk factors of needlestick injuries, sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand. *American Journal of Infection Control*, 44(1), 85–90. doi:10.1016/j.ajic.2015.07.028
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. New York: Cambridge, The Adult Education.
- Lin, H., Wang, X., Luo, X., & Qin, Z. (2020). A management program for preventing occupational blood-borne infectious exposure among operating room nurses: An application of the PRECEDE-PROCEED model. *Journal of International Medical Research*, 48(1), 1–12. doi:10.1177/0300060519895670
- Osta, A., Vasli, P., Hosseini, M., Nasiri, M., & Rohani, C. (2018). The effects of education based on the Health Belief Model on adherence to standard precautions among operating room staff. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(Suppl. 1), 1–8. doi:10.5812/ircmj.60112
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Yang, H., Zhang, H., Lu, Y., Gu, Y., Zhou, J., & Bai, Y. (2020). A program to improve the knowledge, attitudes, and practices of needle stick and sharps injuries through bundled interventions among nurses: An KAP mode-based approach to intervention. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 1–12. doi:10.1080/13548506.2020.1830132

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของ ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก* Factors Affecting Tuberculosis Preventive Behaviors among People with Tuberculosis Contact in Bang Krathum District, Phitsanulok Province*

จิตติมา ถมทอง, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Thitima Thomtong, M.P.H. (Public Health)¹

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, ปร.ด. (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)²

Supaporn Sudnongbua, Ph.D. (Health Science)²

Received: July 17, 2023

Revised: November 1, 2023

Accepted: November 6, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 170 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล มีค่าความเชื่อมั่น .90 แบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค มีค่าความเชื่อมั่น .98 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหบัญฉิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: thitimat14@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = .31$) เพศหญิง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 27.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .279, p < .001$) โดยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .529, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรติดตามเยี่ยมบ้านผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้คำแนะนำและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค เพื่อให้ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีแรงจูงใจและเกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคที่ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรค ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค วัณโรค

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors affecting tuberculosis preventive behaviors among people with tuberculosis contact. The samples were 170 people with tuberculosis contact in Bang Krathum District, Phitsanulok Province. The research instruments included the personal factors interview form, the knowledge about tuberculosis interview form with a reliability of .74, the personal perceived factors interview form with a reliability of .90, the inducers of tuberculosis preventive behaviors interview form with a reliability of .96, and the tuberculosis preventive behaviors interview form with a reliability of .98. Data were collected from June to September 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the mean score of tuberculosis preventive behaviors among people with tuberculosis contact was at a moderate level ($M = 2.80, SD = .31$). Gender (female) and inducers of tuberculosis preventive behaviors could statistically significantly jointly predict tuberculosis preventive behaviors among people with tuberculosis contact at 27.90% ($\text{adj. } R^2 = .279, p < .001$). The most predicting factor was inducers of tuberculosis preventive behaviors ($\text{Beta} = .529, p < .001$).

This research suggests that health care workers should perform home visit for people with tuberculosis contact continuously as well as provide tuberculosis advice and protective equipment. This will help people with tuberculosis contact gain motivation and enhance their tuberculosis preventive behaviors.

Keywords: Tuberculosis preventive behaviors, People with tuberculosis contact, Tuberculosis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรคสูง โดยในปี 2559 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค 73,756 ราย มีอัตราความสำเร็จในการรักษาร้อยละ 77.60 ซึ่งเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 90 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเร่งรัดความสำเร็จในการรักษาให้ได้ตามเป้าหมาย โดยเร่งลดการตาย ลดการขาดยา และพัฒนาระบบส่งต่อและติดตามผลการรักษา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่วนสถานการณ์วัณโรคของจังหวัดพิษณุโลกพบว่า ในช่วงปี 2556-2560 มีอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทและกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 79.60, 78, 84.50, 88.10 และ 87 ตามลำดับ ซึ่งปี 2559 และ 2560 มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 และมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทและกลับเป็นซ้ำที่เข้ารับการรักษา จำนวน 596 ราย, 666 ราย, 723 ราย, 709 ราย และ 862 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คิดเป็นอัตราการตรวจพบร้อยละ 40, 44.70, 48.50, 47.60 และ 57.90 ตามลำดับ โดยแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดว่ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2560)

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 โดยมียุทธศาสตร์ยุติวัณโรค คือ ลดอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคในประชากรทั่วไป น้อยกว่า 88 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2564 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากข้อมูลอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2560 ในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า อำเภอบางกระพุ่มมีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 91.18 ซึ่ง

ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดหลักของเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ที่กำหนดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จของการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 แต่ยังมีปัญหาเรื่องอัตราการขาดการรักษาที่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด คือ ร้อยละ 4 ซึ่งเป้าหมายกำหนดให้ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคมีอัตราการขาดการรักษาลดลง น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 โดยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ของอำเภอบางกระพุ่มในปีงบประมาณ 2560 และ 2561 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คือ 31 ราย และ 43 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังพบผู้ป่วยที่มีเสมหะบวกเพิ่มมากขึ้นและกระจายไปในพื้นที่ต่างๆ ของอำเภอ โดยผู้ป่วยวัณโรคที่พบ คือ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 18.50 และเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.24 (โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก, 2561)

การติดเชื้อวัณโรคส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การรักษาต้องใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยการรักษาต้องให้ระยะเวลาอย่างสม่ำเสมอทุกวัน แต่หากผู้ป่วยเกิดการดื้อยา จะต้องได้รับการรักษาวิธีอื่นร่วมกับการรับประทานยา ซึ่งจะเพิ่มระยะเวลาการรักษามากขึ้น ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผลกระทบต่อสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ การแพร่กระจายเชื้อวัณโรคไปสู่ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อและมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคมากกว่าคนทั่วไป ดังการศึกษาที่พบว่า การที่ผู้ป่วยวัณโรคอยู่ในระยะแพร่เชื้อและมีอาการไอบ่อย ทำให้เชื้อวัณโรคมีการฟุ้งกระจายมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้นได้ (Jones-López et al., 2014) และหากผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยเบาหวาน จะยิ่งมีโอกาสติดเชื้อวัณโรคได้มากขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน คือ การมีผู้ป่วยวัณโรคอยู่ร่วมบ้าน และการสัมผัสใกล้ชิด

ผู้ป่วยวัณโรคในชุมชน (สมพร ขามรัตน์, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2558) ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคจึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการดูแลและเฝ้าระวังการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรคอย่างต่อเนื่องและจริงจัง อย่างไรก็ตาม ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับต่ำ (ทัศพร ชูศักดิ์ และนันทพร ภูมิแสนโคตร, 2564)

จากการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันวัณโรคปอด การค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงแบบเชิงรุกในพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการให้ผู้ป่วยรับประทานยาวัณโรคต่อหน้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือสมาชิกในครอบครัว (directly observed therapy [DOT]) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการลดลงของจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคจึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมวัณโรคประสบผลสำเร็จเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคประกอบด้วย รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การมีความเครียด (กิตศราวุฒิ ขวัญชารี, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2559) เพศ อายุ วุฒิการศึกษา การประกอบอาชีพ (นงนุช เสือพุมี่, 2556) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค และปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค (ขวัญใจ มอนโรสง, 2559) ซึ่งอาจยังไม่ครอบคลุมปัจจัยทั้งหมดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค

การที่ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อวัณโรค ทำให้มีการแสวงหาแนวทางการป้องกันไม่ให้ตนเองเกิดการป่วยด้วยวัณโรค

ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) ที่อธิบายว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล รวมถึงปัจจัยร่วม และปัจจัยที่มีผลต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดการกระทำ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค นอกจากนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมยังรวมถึงปัจจัยด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรม เช่น การสนับสนุนและกระตุ้นเตือนจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆ การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน และปัจจัยร่วม เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ขวัญใจ มอนโรสง (2559) ได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคได้มากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค รองลงมา คือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างทันที่ ประกอบกับวัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายได้ทางอากาศ ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่ายผ่านการไอหรือจามของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินการดูแลผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

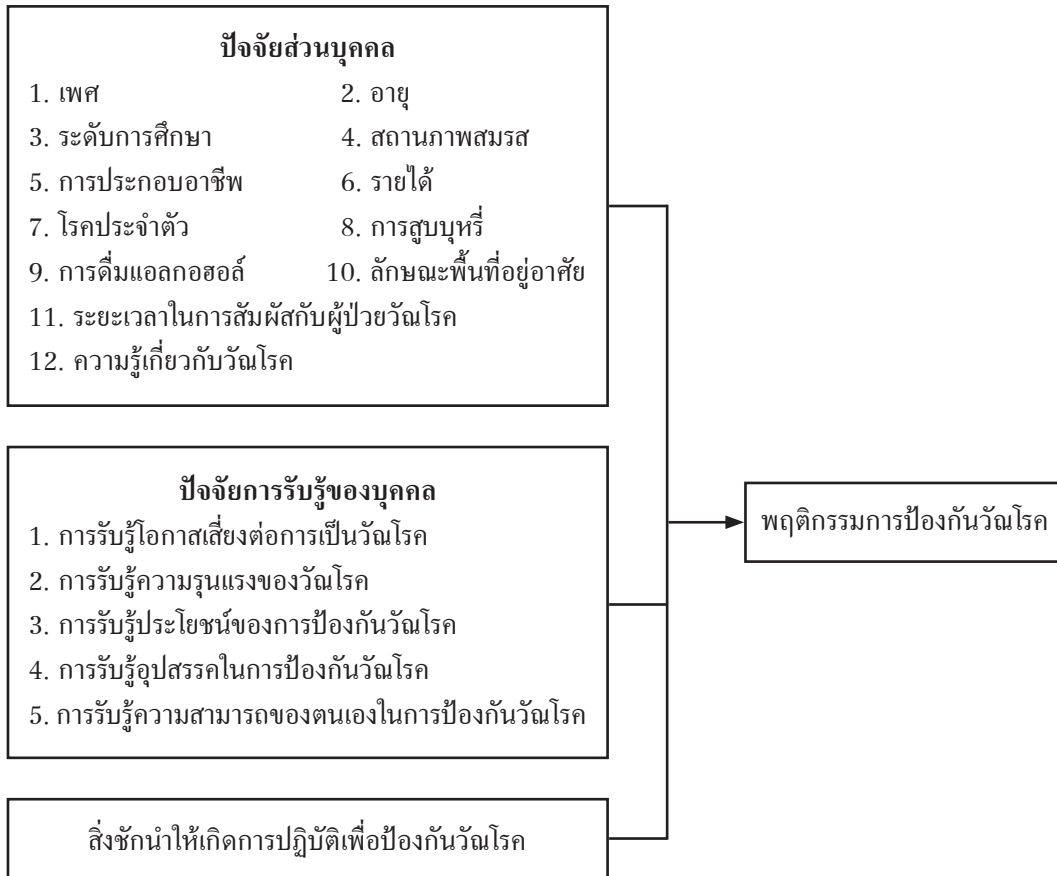
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับวัณโรค) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค) และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock et al. (1988) ที่เชื่อว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมอื่นๆ (ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งชักนำในการปฏิบัติ) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และนำตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค และความรู้เกี่ยวกับวัณโรค 2) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค 3) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค และ 4) พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในเขตอำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ณ เดือนสิงหาคม 2561 จำนวน 255 คน (โรงพยาบาลบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก, 2561) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างน้อย 1 เดือน และเป็นผู้สัมผัสที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป

3) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางกระทุ่มอย่างน้อย 6 เดือน 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการสื่อสาร และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอน (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 153 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสัมภาษณ์ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญญาพัฒน์ ไชยเมธ, 2556) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 170 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากตามรายชื่อในทะเบียนผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลบางกระทุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย และระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของปิยวรรณ สิงห์คำป้อม (2554) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกลงตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0-5.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (6.00-7.99 คะแนน) และในระดับมาก (8.00-10.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของขวัญใจ มอนไธสง (2559) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ส่วนละ 10 ข้อ รวมจำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 40 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ

ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (1.00-1.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.68-2.35 คะแนน) และในระดับมาก (2.36-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันวัณโรค ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของขวัญใจ มอนไธสง (2559) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ และใช่ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้สิ่งชักนำในระดับน้อย (1.00-1.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.68-2.35 คะแนน) และในระดับมาก (2.36-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของปิยวรรณ สิงห์คำป้อม (2554) จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในการป้องกันวัณโรคในระดับน้อย (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับมาก (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ปัจจัยส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันวัณโรค และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค แบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการป้องกันวัณโรค ไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสกับผู้ป่วย

วัดโรคในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านกรับพวง ตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .74 และหากค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล แบบสัมภาษณ์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติฯ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรค ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .90, .96 และ .98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 192/2019 และ IRB No. 0145/62 วันที่ 24 พฤษภาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอบางระกำ ประสานผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมป้องกันโรคใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 13 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านหรือที่ รพ.สต. แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นอ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ทีละข้อแล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบ

โดยใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ข้อมูลสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัย การรับรู้ของบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรค วิเคราะห์ด้วยสถิติ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรค พบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.35 มีอายุอยู่ในช่วง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.41 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.56 ปี ($SD = 11.96$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.29 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.94 ประกอบอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.53 มีรายได้ในช่วง 5,000-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.23 โดยมีรายได้เฉลี่ย 6,322.71 บาทต่อเดือน ($SD = 8,895.34$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น ร้อยละ 61.18 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.76 ไม่ดื่ม แอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 86.47 ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย ไม่แออัด คิดเป็นร้อยละ 98.23 และมีระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยโรคน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 91.18 โดยมีระยะเวลาในการสัมผัสกับผู้ป่วยโรค เฉลี่ย 3.02 ปี ($SD = 5.52$)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วย โรค พบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคส่วนใหญ่มี ความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 65.88 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ

29.41 และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคในระดับปานกลาง ($M = 7.93, SD = 1.42$)

3. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลในระดับมาก 4 ส่วน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรค ($M = 2.76, SD = .31$) การรับรู้ความรุนแรงของวัณโรค ($M = 2.47, SD = .47$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันวัณโรค ($M = 2.77, SD = .28$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันวัณโรค ($M = 2.86, SD = .24$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของบุคคลในระดับน้อย 1 ส่วน คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันวัณโรค ($M = 1.32, SD = .57$)

4. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติฯ ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 97.71 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติฯ ในระดับมาก

($M = 2.92, SD = .23$)

5. พฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.76 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = .31$)

6. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค พบว่า เพศหญิง และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 27.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .279, p < .001$) โดยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .529, p < .001$) รองลงมาคือ เพศหญิง ($\text{Beta} = .143, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค ($n = 170$)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค	.726	.090	.529	8.079	< .001
เพศหญิง	.117	.054	.143	2.185	.030

Constant = .663, $R = .537, R^2 = .288, \text{adj. } R^2 = .279, F = 33.754, p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในอำเภอบางกระทุ่มมีการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคในรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การให้สูชศึกษาเป็นรายบุคคลแก่ผู้ป่วยและเป็นรายกลุ่มแก่ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค การเยี่ยมบ้าน การแจกคู่มือ/เอกสาร การณรงค์ การจัดให้มีช่องทางสำหรับการสื่อสารโดยตรงกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งช่องทางโทรศัพท์

และช่องทางออนไลน์ มีการเอกซเรย์ปอดแก่ผู้สัมผัส
ร่วมบ้าน และติดตามเอกซเรย์ซ้ำทุก 6 เดือน ทำให้
ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคได้รับข้อมูลที่เป็นต่อกรณี
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม
ส่งผลให้ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมป้องกัน
วัณโรคที่ดีขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเกคินิ
อินทร์อักษร, พิมกมล อินสุวรรณ, ปริมประภา ก้อนแก้ว,
และภูเกียรติ ก้อนแก้ว (2564) ที่พบว่า ผู้สัมผัส
ร่วมบ้านมีพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคปอดในระดับสูง
ร้อยละ 57.60 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
นาปีเส้า มะเซ็ง (2563) ที่พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้าน
ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการวัณโรค
ในระดับดี ร้อยละ 79.20

ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิง และสิ่งชักนำให้เกิด
การปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค สามารถร่วมกันทำนาย
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วย
วัณโรคได้ร้อยละ 27.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคสามารถ
ทำนายพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้
ป่วยวัณโรคได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่า
ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคที่มีการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิด
การปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้น (เช่น ได้รับ
คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/เพื่อน/ครอบครัว/
สื่อต่าง ๆ ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันวัณโรค) ได้รับความ
สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค เช่น หน้ากาก
อนามัย) จะมีพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคเพิ่มขึ้น
ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่า เมื่อนักคนได้รับ
สิ่งต่าง ๆ ที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม
การป้องกันโรค เช่น ข่าวสาร คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข รวมถึงอุปกรณ์ป้องกันโรค จะทำให้นักคนนั้น
มีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้
ตนเองป่วยด้วยโรคนั้น โดยการได้รับการสนับสนุน
ด้านอุปกรณ์ป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถ
ทำนายพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัส

ร่วมบ้านได้ (วิระพล เมืองกลาง, 2557) ซึ่งผลการวิจัย
ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญใจ มอนโรสง
(2559) ที่พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม
ป้องกันการวัณโรคสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการ
วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดได้

ผลการวิจัยพบว่า เพศหญิงสามารถทำนาย
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วย
วัณโรคได้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
(ร้อยละ 82.35) ซึ่งผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิง
จะมีความสนใจและมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
ของตนเองมากกว่าเพศชาย รวมทั้งได้รับคำแนะนำ
และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคอย่างสม่ำเสมอ
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ
นงนุช เสือพุมิ (2556) ที่พบว่า ประชาชนที่มีเพศ
ต่างกันมีพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคปอดต่างกัน และ
สอดคล้องกับการศึกษาของนาปีเส้า มะเซ็ง (2563)
ที่พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงมี
พฤติกรรมป้องกันการวัณโรคดีกว่าเพศชายประมาณ
2 เท่า

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรติดตามเยี่ยมบ้าน
ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้
คำแนะนำและสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันวัณโรค เช่น
หน้ากากอนามัย เพื่อให้ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคมี
แรงจูงใจและเกิดพฤติกรรมป้องกันการวัณโรคที่ดียิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม
การป้องกันการวัณโรคของผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่
ที่มีบริบทต่างกัน รวมทั้งศึกษาในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มติดสังคม เพื่อขยายองค์ความรู้
ให้กว้างยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560).

สถานการณ์โควิดโรคของประเทศไทย. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กิตติสรารุณี ขวัญชาวี, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, และ
กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการป่วยโรคปอดเสมหะ
พบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย:
การวิเคราะห์เมตา. *วารสารสำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 23(3), 1-11.

เกศินี อินทร์อักษร, พิมกมล อินสุวรรณ, ปริมประภา
ก้อนแก้ว, และผู้เกียรติ ก้อนแก้ว. (2564). ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค
ปอดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน อำเภอสุวรรณภูมิ
จังหวัดสุโขทัย. *วารสารควบคุมโรค*, 47(เพิ่มเติม 1),
714-723.

ขวัญใจ มอนโรสง. (2559). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรม
การป้องกันโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วย
โรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและ
ปริมณฑล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).
ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทัศพร ชุศักดิ์, และนันนพพร ภูมิแสนโคตร. (2564).
การรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมป้องกัน
โรคของผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน อำเภอไพศาลี
จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิจัยและพัฒนา
วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขา
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 16(2), 15-25.

นนุช เสือพุ่ม. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
ส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมป้องกัน
โรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย
อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 79-93.

นาปีเสาะ มะเซ็ง. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
สุราษฎร์ธานี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท).
พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ.

บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์
ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ปิยวรรณ สิงห์คำป้อง. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการเกิดโรคปอดในผู้สัมผัสร่วมบ้านที่
อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคปอด จังหวัดกาฬสินธุ์*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น.

บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่าง
สำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข.
วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16(2), 9-18.

โรงพยาบาลบางกระพุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. (2561).
*ผลการดำเนินงานโรคของอำเภอบางกระพุ่ม
และทะเบียนผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรคอำเภอ
บางกระพุ่ม*. พิษณุโลก: ผู้แต่ง.

วีระพล เมืองกลาง. (2557). พฤติกรรมการป้องกัน
โรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านในผู้ป่วยโรค
จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบ
สุขภาพ*, 7(1), 178-194.

สมพร ขามรัตน์, พรนภา สุกรเวทย์ศิริ, และกรรณิการ์
ตฤณวุฒิพงษ์. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับการป่วยเป็นโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน
จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 7 ขอนแก่น*, 22(1), 22-32.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2560).
สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค.
พิษณุโลก: ผู้แต่ง.

Jones-López, E. C., Kim, S., Fregona, G., Marques-Rodrigues, P., Hadad, D. J., Molina, L. P., ... Dietze, R. (2014). Importance of cough and M. tuberculosis strain type as risks for increased transmission within households. *PLoS One*, 9(7), e100984. doi:10.1371/journal.pone.0100984

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

ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย*

Effects of Coaching on Knowledge and Practices in Prevention of Multidrug-resistant Organism Transmission among Nurses in a University Hospital*

วรรณภา ชื่นนอก, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Wanna Chuennok, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
นงศ์คราม วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)² นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา)³
Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)³

Received: July 4, 2023 Revised: November 20, 2023 Accepted: November 23, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 25 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการโค้ช

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ 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 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 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: wannach@kku.ac.th

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

การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน มีค่าความเชื่อมั่น 1 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน paired *t*-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.204, p < .001$) และ 2) หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 259.288, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หัวหน้าผู้ป่วยควรนำแผนการโค้ชการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานนี้ไปใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การโค้ช ความรู้ การปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
พยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of coaching on knowledge and practices in prevention of multidrug-resistant organism (MDROs) transmission among nurses. The participants consisted of 25 nurses working in the medical ward of a university hospital. The research instruments included the coaching plan for prevention of MDROs transmission among nurses, the demographic data questionnaire, the knowledge in prevention of MDROs transmission test with a reliability of .80, and the practices in prevention of MDROs transmission observation form with a reliability of 1. The implementation and data collection were conducted from March to June 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, paired *t*-test, Chi-square test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that 1) after implementing coaching, nurses had statistically significantly higher mean score of knowledge in prevention of MDROs transmission than that of before implementing coaching ($t = 6.204, p < .001$); and 2) after implementing coaching, nurses had statistically significantly higher proportion of correct practices in prevention of MDROs transmission than that of before implementing coaching ($\chi^2 = 259.288, p < .001$).

This research suggests that the head nurses should implement this coaching plan for prevention of MDROs transmission to nurses in wards. This will provide nurses with increased knowledge and correct practices to prevent MDROs transmission.

Keywords: Coaching, Knowledge, Practices, Prevention of MDROs transmission, Nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานเป็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุขในทุกประเทศทั่วโลก ข้อมูลรายงานการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในประเทศสหรัฐอเมริกาพบการติดเชื้อดื้อยา 2.80 ล้านครั้งต่อปี (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019) ทวีปยุโรปพบการติดเชื้อดื้อยา 670,000 ครั้งต่อปี (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019) ส่วนในประเทศไทย พบว่ามีการติดเชื้อดื้อยา 100,000 คนต่อปี (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2556) และมีแนวโน้มการดื้อยาของเชื้อจุลชีพเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเชื้อเอนเทอโรแบคทีเรียซีอี (Enterobacteriaceae) ที่ดื้อต่อยากลุ่มคาร์บาเพนิม (carbapenem) และเชื้อกลุ่มเอนเทอโรคอกคัส (Enterococcus) ที่ดื้อต่อยาแวนโคไมซิน (vancomycin) (ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Tabak et al., 2019) เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Gandra et al., 2019) ทำให้โรงพยาบาลต้องให้การรักษาและการดำเนินการเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ เกิดผลกระทบทั้งในส่วนตัวค่าใช้จ่าย อุปกรณ์ ยาต้านจุลชีพ และทรัพยากรบุคคล (Birgand et al., 2016)

การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ผู้ป่วย มักพบในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำ 2) เชื้อก่อโรค โดยเฉพาะเชื้อที่สามารถมีชีวิตใน

สิ่งแวดล้อมได้นาน และ 3) สิ่งแวดล้อม ได้แก่ บุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ที่อาจมีการปนเปื้อนและส่งผ่านเชื้อสู่ผู้ป่วย (อนุชา อภิสารธนรักษ์, 2554) ทั้งนี้ เชื้อดื้อยาเป็นปัญหาการติดเชื้อที่สำคัญในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยพบว่า หอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นหน่วยงานที่พบอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพสูงและมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ (จารุกรณ์ วิศาลสวัสดิ์, 2558) จึงมีความจำเป็นที่บุคลากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (English et al., 2018) จะต้องมีความรู้และมีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพอย่างเคร่งครัด เพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว

จากการทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ปี ค.ศ. 2006 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2017) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับเชื้อดื้อยาและมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การทำความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกายผู้ป่วย การควบคุมสิ่งแวดล้อมและทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

จากการศึกษาความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศสวีเดน จำนวน 123 คน พบว่า พยาบาลร้อยละ 55.20 ไม่ทราบเกี่ยวกับช่องทางการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา (Kabwa Yuma, 2017)

และการศึกษาการปฏิบัติของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 880 คน พบว่าพยาบาลมีการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ร้อยละ 27.90 (Katanami et al., 2018) นอกจากนี้ การศึกษาความรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ร้อยละ 61.80 ความรู้เกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ร้อยละ 79.66 และความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ร้อยละ 66.58 มีการจัดการอุปกรณ์การแพทย์ ร้อยละ 60.18 การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 65.43 การจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อที่ใช้กับผู้ป่วย ร้อยละ 69.89 และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ร้อยละ 60 (กุลดา พฤติวรรณ, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย, 2560) แสดงให้เห็นว่า พยาบาลยังมีความรู้ไม่เพียงพอและมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนานไม่ถูกต้องครบถ้วน ดังนั้น การส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลจึงมีความจำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องแก่พยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่กระทำในรูปแบบกลุ่มใหญ่ ทำให้ไม่สามารถติดตามประเมินความรู้และความสามารถในการปฏิบัติของแต่ละบุคคลได้อย่างใกล้ชิด โดยพบว่ามีพยาบาลบางส่วนปฏิบัติไม่ถูกต้อง ซึ่งความรู้ความเข้าใจขึ้นอยู่กับพื้นฐานความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลแต่ละคน จึงต้องมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการเรียนรู้อย่างใกล้ชิด มีส่วนร่วมในกระบวนการคิด เพื่อวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติของตนเอง โดยมุ่งเน้น

ให้มีการพัฒนาศักยภาพที่มีความเหมาะสมในแต่ละบุคคล โดยการโค้ช (coaching) จะทำให้ผู้ถูกโค้ชมีกระบวนการทางความคิดเพื่อการเติบโต มีทักษะกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีความเชื่อมั่น และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (วิชัย วงษ์ใหญ่ และมารุต พัฒนาผล, 2562) ดังการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า การโค้ชช่วยส่งเสริมให้ทักษะการปฏิบัติในการดูแลผลของบุคลากรในสถานดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (Jordan et al., 2017) และการศึกษาในประเทศแคนาดาที่พบว่า การโค้ชทำให้ความรู้ในการประเมินผลและความสามารถในการจัดการผลของพยาบาลเพิ่มขึ้น (Innes-Walker et al., 2019) ซึ่งการโค้ชตามแนวคิดของไอบารา (2547) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกต เพื่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรม รวมทั้งประเมินทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานของผู้ถูกโค้ช 2) การสนทนาหาเหตุผลวางแผนการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ รวมทั้งวางเป้าหมายร่วมกัน 3) การสอนงานอย่างจริงจัง สื่อสารสะท้อนข้อมูลเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ถูกโค้ชเห็นคุณค่าของการปฏิบัติและเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และ 4) การติดตามประเมินผลสรุปความก้าวหน้าของการปฏิบัติและสะท้อนข้อมูลเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การสังเกตในการประเมินการปฏิบัติร่วมกับการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลและการสะท้อนข้อมูลเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถติดตามประเมินความรู้และการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม โดยกระบวนการโค้ชทั้ง 4 ขั้นตอน จะช่วยให้ผู้ถูกโค้ชเกิดการเรียนรู้และมีการพัฒนาตนเองให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องบนพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำแนวคิดการโค้ชของไอบารา (2547) มาใช้ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งพบว่า มีอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนานสูง และมักพบการระบาดของเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพหลายขนาน เพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลง

ความรู้และการปฏิบัติ เมื่อพยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติ ที่ถูกต้องก็จะช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และการปฏิบัติ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช

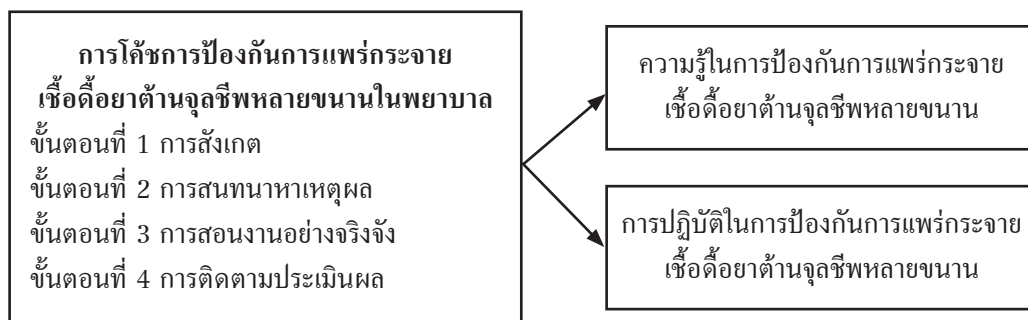
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนานมากกว่าก่อนการโค้ช
2. หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนานที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการโค้ช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ช ของโอบาร่า (2547) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกต เพื่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรม รวมทั้ง ประเมินทักษะความสามารถในการปฏิบัติงานของ ผู้ถูกโค้ช 2) การสนทนาหาเหตุผล วางแผนการแก้ไข

ปัญหาและการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ รวมทั้ง วางเป้าหมายร่วมกัน 3) การสอนงานอย่างจริงจัง สื่อสาร สะท้อนข้อมูลเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ถูกโค้ช เห็นคุณค่าของการปฏิบัติและเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง และ 4) การติดตามประเมินผล สรุปความก้าวหน้าของ การปฏิบัติและสะท้อนข้อมูลเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยใช้การโค้ชเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ เกี่ยวกับความหมายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน อุบัติการณ์การติดเชื้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ วิธีทางการแพร่กระจายเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ รวมทั้งใช้การโค้ช เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการ แยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การทำความสะอาดมือ การใช้ อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การลดปริมาณ เชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกายผู้ป่วย การควบคุม สิ่งแวดล้อมและทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับ ผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อ การเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการโค้ชจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้ ร่วมกับผู้โค้ช และมีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้มีความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานใน โรงพยาบาล สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอลถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตาราง statistical power table (Burns & Grove, 2005) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (คำนวณจากการศึกษาของ Kushnir, Ehrenfeld, and Shalish [2008]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 25 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อ สำหรับจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกต กำหนดโดยใช้สูตรคำนวณ (นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ และกิตติกา กาญจนรัตน์, 2540) โดยกำหนดค่าสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องจากการศึกษาของประภัสสร เดชศรี (2562) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกตในกิจกรรมแต่ละข้ออย่างน้อย 24 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการโค้ชการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้าน

จุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ปี ค.ศ. 2006 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2017) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ภายใต้การประยุกต์ใช้แนวคิดการโค้ช ของโอบารา (2547) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต โดยผู้วิจัยทำการสังเกตเพื่อให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรม รวมทั้งประเมินทักษะความสามารถในการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน โดยใช้แบบบันทึกการโค้ชและการติดตามการปฏิบัติรายบุคคลที่สร้างขึ้น (ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับหมวดกิจกรรม แนวปฏิบัติ และผลการโค้ช และการติดตามการปฏิบัติ) เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สนทนาคาสาเหตุ และวางแผนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาคาเหตุผล โดยผู้วิจัยทำการสนทนาคาเหตุผลร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อทบทวนผลการปฏิบัติ วางแผนการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน รวมทั้งวางเป้าหมายร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การสอนงานอย่างจริงจัง โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint และสื่อวีดิทัศน์ เรื่องการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา ของนางเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ (Kasatpibal et al., 2021) จากนั้นมอบคู่มือการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล ปี ค.ศ. 2006 ของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2017) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม 2) ให้ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดมือและการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และ 3) ทำการโค้ชอย่าง

ต่อเนื่องเป็นรายบุคคล สื่อสารสะท้อนข้อมูลเชิงบวก เพื่อสร้างแรงจูงใจให้เห็นคุณค่าของการปฏิบัติและ เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล โดย ผู้วิจัยสรุปความก้าวหน้าของการปฏิบัติและสะท้อน ข้อมูลเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้แสดง ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และวิธีการปรับปรุง การปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง และส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยน ผู้การปฏิบัติที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การเข้าร่วม อบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนาน และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผู้วิจัยใช้ แบบวัดความรู้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับพยาบาล ของ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ (Kasatpibal et al., 2021) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความหมายของ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน อุบัติการณ์การติดเชื้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ วิธีทางการแพร่กระจาย เชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อ และการป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น แบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน สำหรับการ แปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้

ในการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ในการป้องกันฯ มาก

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผู้วิจัยใช้ แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ หลายขนาน ของนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ (Kasatpibal et al., 2021) ประกอบด้วยการปฏิบัติ กิจกรรม 8 หมวด ได้แก่ 1) การแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา จำนวน 2 ข้อ 2) การทำความสะอาดมือ จำนวน 6 ข้อ 3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ 4) การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกาย ผู้ป่วย จำนวน 2 ข้อ 5) การควบคุมสิ่งแวดล้อมและ ทำลายเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย จำนวน 3 ข้อ 6) การจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อ จำนวน 3 ข้อ 7) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา จำนวน 3 ข้อ และ 8) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแผนการโค้ชการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล และ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การใช้แนวคิดการโค้ช และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (4 คน) ดำเนินการแก้ไข ตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ในการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไป ทดลองใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หากค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80 และนำแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่

กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตพร้อมทั้งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในการสังเกตการปฏิบัติ จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 123/2020 วันที่ 4 ธันวาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรอง เลขที่ HE631672 วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เข้าพบหัวหน้างานบริการพยาบาล ผู้ตรวจการแผนกการพยาบาลอายุรกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหัวหน้าหน่วยควบคุมการติดเชื้อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนาน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1–4 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้นก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการสังเกตแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนาน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย และป้องกันการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2–4 ผู้วิจัยทำการสังเกตและมีการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตฯ โดยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรม 8 หมวด สุ่มสังเกต 6 วันต่อสัปดาห์ ในช่วงเวลา 08.00–18.00 น. ทั้งนี้ผู้วิจัยสังเกตกิจกรรมโดยการสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) กรณีมีกลุ่มตัวอย่างหลายคนปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นทำการสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุด แล้วจึงเริ่มทำการสังเกตเหตุการณ์ใหม่ ต่อเนื่องไปจนหมดเวลาการสังเกต

4. ในสัปดาห์ที่ 5–10 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการเฝ้าระวังป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล ดังนี้

4.1 ในสัปดาห์ที่ 5 ขั้นตอนที่ 1 การสังเกต โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลอง และทำการสังเกตกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพิ่มเติมให้ครบถ้วนในกิจกรรมทั้ง 8 หมวด โดยใช้แบบบันทึกการเฝ้าและการติดตามการปฏิบัติรายบุคคล

4.2 ในสัปดาห์ที่ 6 ขั้นตอนที่ 2 การสนทนาหาเหตุผล โดยผู้วิจัยนัดหมายและสนทนากับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนาน (จากแบบวัดความรู้ฯ ในระยะก่อนการทดลอง) และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนาน (จากแบบสังเกตฯ ในระยะก่อนการทดลอง)

โดยให้กลุ่มตัวอย่างทบทวน วิเคราะห์หาสาเหตุและอุปสรรคของการปฏิบัติ แล้ววางแผนการแก้ไขปัญหาและพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และวางแผนเป้าหมายร่วมกัน ใช้เวลาคนละประมาณ 10 นาที

4.3 ในสัปดาห์ที่ 7-9 ขั้นตอนที่ 3 การสอนงานอย่างจริงจัง โดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมดังนี้ 1) ให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยใช้วิธีการบรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม โดยจัดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 4-6 คน จากนั้นให้ความรู้โดยใช้สื่อ PowerPoint และสื่อวีดิทัศน์ แล้วให้ร่วมกันอภิปราย ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที จากนั้นมอบคู่มือการปฏิบัติเพื่อให้นำกลับไปศึกษาและทบทวนด้วยตนเอง 2) ให้ฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดมือ และการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับในแต่ละกลุ่ม ใช้เวลาคนละ 30 นาที และ 3) ทำการไต่ถามอย่างต่อเนื่องเป็นรายบุคคล โดยร่วมปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ หากพบว่าปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสื่อสารสะท้อนข้อมูลเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เห็นคุณค่าของการปฏิบัติและเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง กล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติถูกต้อง โดยติดตามการปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้แบบบันทึกการไต่ถาม

4.4 ในสัปดาห์ที่ 10 ขั้นตอนที่ 4 การติดตามประเมินผล โดยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลสรุปความก้าวหน้าของการปฏิบัติและสะท้อนข้อมูลเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและติดตามจนกระทั่งมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

5. ในสัปดาห์ที่ 11-14 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้นหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

6. ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ระหว่างก่อนกับหลังการไต่ถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ระหว่างก่อนกับหลังการไต่ถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาล พบว่า พยาบาลทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 21-25 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 โดยมีอายุเฉลี่ย 29.88 ปี ($SD = 6.84$) และค่ามัธยฐานเท่ากับ 29 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 88 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.94 ปี ($SD = 5.47$) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.94 ปี ($SD = 5.47$) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 72 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 96 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

คิดเป็นร้อยละ 92

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช พบว่า หลัง

การโค้ช พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.204, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช (n = 25)

ช่วงเวลา	M	SD	t	p
ก่อนการโค้ช	14.32	1.95	6.204	< .001
หลังการโค้ช	16.88	1.45		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องโดยรวมมากกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 259.288, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ในหมวดการแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา หมวดการทำความสะอาดมือ หมวดการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

ส่วนบุคคล หมวดการควบคุมสิ่งแวดล้อมและทำลายเชื้อ ในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย หมวดการจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อ หมวดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และหมวดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ มากกว่าก่อนการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหมวดการลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกายผู้ป่วย พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ไม่แตกต่างจากก่อนการโค้ช เนื่องจากมีการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ทุกครั้งทั้งก่อนและหลังการโค้ช ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
หลายขนานที่ถูกต้องของพยาบาล ระหว่างก่อนกับหลังการโค้ช

การปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		X ²	p
	ก่อนการโค้ช สัดส่วน (ร้อยละ)	หลังการโค้ช สัดส่วน (ร้อยละ)		
1. การแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา	113/132 (85.61)	181/182 (99.45)	24.590	< .001 ^a
2. การทำความสะอาดมือ	338/580 (58.28)	622/761 (81.73)	89.054	< .001 ^a
3. การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	416/501 (83.03)	708/771 (91.83)	22.846	< .001 ^a
4. การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อน บนร่างกายผู้ป่วย	27/27 (100.00)	77/77 (100.00)	0	1.000 ^a
5. การควบคุมสิ่งแวดล้อมและทำลายเชื้อ ในอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย	89/124 (71.77)	212/226 (93.81)	32.278	< .001 ^a
6. การจัดการผ้าเปื้อนและขยะติดเชื้อ	83/89 (93.26)	261/262 (99.62)	-	.001 ^b
7. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา	26/52 (50.00)	67/71 (94.37)	32.038	< .001 ^a
8. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ	8/75 (10.67)	45/72 (62.50)	42.808	< .001 ^a
โดยรวม	1,100/1,580 (69.62)	2,173/2,422 (89.76)	259.288	< .001 ^a

หมายเหตุ: สัดส่วนประกอบด้วย ตัวเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวส่วน = จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตได้
ทั้งหมด a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมี
คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการโค้ช
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
การวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการโค้ชช่วยส่งเสริมความรู้
ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
หลายขนานที่ถูกต้องของพยาบาล โดยมีกระบวนการ
ที่ช่วยให้พยาบาลเกิดการพัฒนาตนเองบนพื้นฐาน
ความรู้และประสบการณ์เดิม ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้
และเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง มีความเหมาะสมกับ
แต่ละบุคคล ซึ่งในขั้นตอนการโค้ช ผู้วิจัยนำประเด็น
ความรู้จากแบบวัดความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

ตอบไม่ถูกต้องในระลอกทดลอง มาทบทวน
ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสนทนาหาเหตุผล
ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินตนเองได้ถึงจุดแข็ง
และจุดอ่อนของความรู้ที่ต้องได้รับการพัฒนา จากนั้น
ผู้วิจัยทำการโค้ชกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการสอนงาน
อย่างจริงจัง โดยให้ความรู้ที่เน้นตามประเด็นสำคัญ
โดยใช้สื่อ PowerPoint และสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มี
เนื้อหาและมีภาพประกอบ ทำให้ผู้เรียนเห็นภาพ จึงมี
ความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ช่วยให้เข้าใจเนื้อหา
ได้ง่าย (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) นอกจากนี้ ผู้วิจัย
ยังมีการตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการคิด
วิเคราะห์ อภิปรายแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น ซึ่งการอภิปราย
กลุ่มทำให้เกิดการมีส่วนร่วม มีการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น
มีความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติ (ทิศนา แคมมณี, 2558)
อีกทั้งผู้วิจัยมีการกล่าวชื่นชมเมื่อตอบคำถามได้ถูกต้อง

หรือมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการมอบ
คู่มือการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
ต้านจุลชีพหลายขนานที่มีเนื้อหาและรูปภาพที่เกี่ยวข้อง
มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่าง
สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายเมื่อนำกลับไปทบทวน
ความรู้ด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยมีการติดตามโค้ชเป็น
รายบุคคลโดยเน้นตามประเด็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง
ใช้การสื่อสารแบบสองทาง เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่าง
สอบถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจหรือไม่มั่นใจ และมี
การอธิบายทวนซ้ำ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการพัฒนา
ความรู้จากพื้นฐานความรู้เดิมที่มีความแตกต่างกัน
ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ
Elnagar, Abd El Salam, and Abdel-Sadik (2020)
ที่พบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีคะแนนความรู้ใน
การดูแลเด็กป่วยชาลัสซีเมียเพิ่มสูงขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการโค้ช พยาบาลมีส่วน
การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา
ต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการโค้ช
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน
การวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการโค้ชช่วยส่งเสริมให้
กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาตนเองจากพื้นฐานความรู้
และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน โดยกระบวนการโค้ช
สนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีการวิเคราะห์และประเมิน
ตนเอง วางแผนปรับปรุงการปฏิบัติ กำหนดเป้าหมาย
ลงมือปฏิบัติบนพื้นฐานความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งเกิดขึ้นได้
จากแรงสนับสนุนส่วนบุคคล ความท้าทายส่วนบุคคล
และการได้รับความช่วยเหลือด้านเทคนิคการทำงาน
(โอบาร่า, 2547) ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการโค้ช
โดยในขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของ
กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล เพื่อช่วยในการประเมินทักษะ
ความสามารถและประเมินจุดบกพร่องในการปฏิบัติ
อันเป็นขั้นตอนที่สำคัญเนื่องจากหลักการปฏิบัติใน
กิจกรรมการพยาบาลมีรายละเอียดปลีกย่อยและมีความ
เฉพาะด้าน ซึ่งการสังเกตจะช่วยให้เข้าใจถึง

ความแตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างและสามารถนำข้อมูล
มาใช้ในการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนในขั้นตอนที่ 2
การสนทนาหาเหตุผล โดยใช้คำถามแบบปลายเปิด
แลกเปลี่ยนมุมมองข้อคิดเห็น โดยผู้วิจัยในฐานะโค้ช
แสดงออกถึงความเข้าใจในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ
สื่อสารและยอมรับในความแตกต่างของบุคคล และ
สะท้อนข้อมูลเชิงบวก ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมิน
ตนเองถึงจุดแข็งและจุดอ่อนที่ต้องพัฒนา วางเป้าหมาย
และเกิดแผนการพัฒนาทักษะ จากในขั้นตอนที่ 1 และ 2
ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความพร่องด้านความรู้
ขาดทักษะในการปฏิบัติ มีภาระงานที่มาก จึงเกิด
ความเร่งรีบในการปฏิบัติ ซึ่งในขั้นตอนที่ 3 การสอน
งานอย่างจริงจัง ผู้วิจัยมีการให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อยที่
ครอบคลุมประเด็นสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานใน
พยาบาล ประกอบด้วย การแยกผู้ป่วยเชื้อดื้อยา การทำ
ความสะอาดมือ การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล
การลดปริมาณเชื้อดื้อยาที่ปนเปื้อนบนร่างกายผู้ป่วย
การควบคุมสิ่งแวดล้อมและทำลายเชื้อในอุปกรณ์
การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย การจัดการผ้าเปื้อนและขยะ
ติดเชื้อ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเชื้อดื้อยา และการให้
ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกัน
อภิปรายตามประเด็นคำถาม ร่วมแสดงความคิดเห็น และ
ผู้วิจัยมอบคู่มือการปฏิบัติที่เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง
ซึ่งมีเนื้อหาและรูปภาพประกอบ เพื่อให้สามารถนำกลับไป
ทบทวนด้วยตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้ที่
ถูกต้อง ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติ
ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ
หลายขนาน หากพยาบาลมีความรู้ที่ถูกต้องก็จะช่วย
ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (ชลธิศ บุญร่วม,
อะเคื้อ อุมลเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, 2563)
นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติ
ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ
ในการทำความสะอาดมือและการสวมอุปกรณ์ป้องกัน
ร่างกายส่วนบุคคล ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

มากขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยยังมีการปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนเพื่อติดตามไค้ชอย่างต่อเนื่องและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ มีการสื่อสารแบบสองทางเพื่อสะท้อนข้อมูลเชิงบวกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ไววิทย์ แสงอลังการ, 2559) และให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเมื่อพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ตอบข้อซักถามของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ (สุมลา พรหมมา, 2559) อีกทั้งมีการกล่าวชื่นชมและมอบรางวัล ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงเสริมทางบวก จึงส่งเสริมให้มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahayu, Hartiti, and Rofi'i (2017) ที่พบว่า หลังการไค้ช โรงพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอิฎฐาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และจิตตารัตน์ จิตรธีระ (2560) ที่พบว่า หลังการไค้ช โรงพยาบาลมีสัดส่วนการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หัวหน้าหอผู้ป่วยควรนำแผนการไค้ชการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานนี้ไปใช้กับพยาบาล โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และกระปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการไค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาล โดยจัดให้มีกลุ่มเปรียบเทียบด้วย

2.2 ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในระยะยาวหลังการไค้ช โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวัดตัวแปรตามซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กุลดา พดิวรรณ, รัชนิย์ วงศ์แสน, สุทธิพันธ์ วัฒนอมพันธ์, และสมรรถเนตร ตะริโย. (2560). การเพิ่มประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการติดเชื้อดื้อยา แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(4), 10-33.
- จารุกรณ์ วิศาลสวัสดิ์. (2558). ความชุกและอัตราการดื้อยาของเชื้อ Staphylococcus aureus ในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. *เวชสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*, 37(3), 143-153.
- ชลธิศ บุญร่วม, อะเคื้อ อุดมเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. (2563). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์. *พยาบาลสาร*, 47(2), 133-142.
- ทิสนา แจมมณี. (2558). *ศาสตร์การสอน: องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงศ์คราญ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชตนาพริ้นท์.
- นิพนธ์ เสริมพาณิชย์, และกิตติกา กาญจนรัตน์นกร. (2540). *สถิติและงานวิจัยทางการแพทย์คลินิก*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ประภัศสร เดชศรี. (2562). *ผลของกลยุทธ์หลากหลายวิธีต่อความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานในพยาบาลหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศูนย์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิชาฯ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชบุรี. (2562). *การโค้ชเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เรียน*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- ไวยวิทย์ แสงอลังการ. (2559). *เทคนิคการสอนงาน*. สืบค้นจาก <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2017-eb12.pdf>
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2556). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563). *สถานการณ์เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ ปี 2000-2019*. สืบค้นจาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/data/AMR%202000-2019-06M.pdf>
- สมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 11(2), 353-368.
- อนุชา อภิสารธนรักษ์. (2554). *ตำราระบาดวิทยาและมาตรการควบคุมของเชื้อจุลชีพดื้อยาในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เวชสาร.
- อิฐฐาพร คำกุ่ม, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และจิตตากรณ์ จิตริเชื้อ. (2560). ผลของการโค้ชต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว. *พยาบาลสาร*, 44(พิเศษ 1), 1-10.
- ไอบาร่า, เอช. (2547). *การสอนงาน ปรึกษาและดูแล* [Coaching and mentoring] (กมลวรรณ งามเดชะ, ผู้แปลและเรียบเรียง) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- Birgand, G., Moore, L. S. P., Bourigault, C., Vella, V., Lepelletier, D., Holmes, A. H., & Lucet, J. C. (2016). Measures to eradicate multidrug-resistant organism outbreaks: How much do they cost?. *Clinical Microbiology and Infection*, 22(2), 162.e1-162.e9. doi:10.1016/j.cmi.2015.10.001
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings, 2006*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/mdro-guidelines.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Antibiotic resistance threats in the United States 2019*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-report-508.pdf>
- Elnagar, S. A., Abd El Salam, A. A., & Abdel-Sadik, B. R. (2020). Effect of coaching technique on nurse's performance in care of children suffering from thalassemia major. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 9(4), 23-35. doi:10.9790/1959-0904052335

- English, K. M., Langley, J. M., McGeer, A., Hupert, N., Tellier, R., Henry, B., ... Pourbohloul, B. (2018). Contact among healthcare workers in the hospital setting: Developing the evidence base for innovative approaches to infection control. *BMC Infectious Diseases*, 18(1), 184. doi:10.1186/s12879-018-3093-x
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2018*. Retrieved from <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/surveillance-antimicrobial-resistance-Europe-2018.pdf>
- Gandra, S., Tseng, K. K., Arora, A., Bhowmik, B., Robinson, M. L., Panigrahi, B., ... Klein, E. Y. (2019). The mortality burden of multidrug-resistant pathogens in India: A retrospective, observational study. *Clinical Infectious Diseases*, 69(4), 563–570. doi:10.1093/cid/ciy955
- Innes-Walker, K., Parker, C. N., Finlayson, K. J., Brooks, M., Young, L., Morley, N., ... Edwards, H. E. (2019). Improving patient outcomes by coaching primary health general practitioners and practice nurses in evidence based wound management at on-site wound clinics. *Collegian*, 26(1), 62–68. doi:10.1016/j.colegn.2018.03.004
- Jordan, K. J., Tsai, P. F., Heo, S., Bai, S., Dailey, D., Beck, C. K., ... Greenwood, R. L. (2017). Pilot testing a coaching intervention to improve certified nursing assistants' dressing of nursing home residents. *Research in Gerontological Nursing*, 10(6), 267–276. doi:10.3928/19404921-20171013-04
- Kabwa Yuma, A. (2017). *Multidrug resistant organism surveillance project: Assessing patient and healthcare providers' attitudes; knowledge or beliefs regarding multidrug resistant organism infection, surveillance and infections control practices at CHUK, Kigali* (Master's thesis). Kigali: University of Rwanda. Retrieved from <http://dr.ur.ac.rw/bitstream/handle/123456789/432/DR%20KABWA%20YUMA%20%20AGNEAU.pdf?sequence=2>
- Kasatpibal, N., Chittawatanarat, K., Nunngam, N., Kampeerapanya, D., Duangsoy, N., Rachakom, C., ... Apisarnthanarak, A. (2021). Impact of multimodal strategies to reduce multidrug-resistant organisms in surgical intensive care units: Knowledge, practices and transmission: A quasi-experimental study. *Nursing Open*, 8(4), 1937–1946. doi:10.1002/nop2.864
- Katanami, Y., Hayakawa, K., Shimazaki, T., Sugiki, Y., Takaya, S., Yamamoto, K., ... Ohmagari, N. (2018). Adherence to contact precautions by different types of healthcare workers through video monitoring in a tertiary hospital. *The Journal of Hospital Infection*, 100(1), 70–75. doi:10.1016/j.jhin.2018.01.001

- Kushnir, T., Ehrenfeld, M., & Shalish, Y. (2008). The effects of a coaching project in nursing on the coaches' training motivation, training outcomes, and job performance: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 837–845. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.12.010
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rahayu, C. D., Hartiti, T., & Rofi'i, M. (2017). The effects of coaching of head nurses on the quality of discharge planning documentations. *Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia*, 5(3), 157–164. doi:10.21927/jnki.2017.5(3).157-164
- Tabak, Y. P., Merchant, S., Ye, G., Vankeepuram, L., Gupta, V., Kurtz, S. G., & Puzniak, L. A. (2019). Incremental clinical and economic burden of suspected respiratory infections due to multi-drug-resistant *Pseudomonas aeruginosa* in the United States. *The Journal of Hospital Infection*, 103(2), 134–141. doi:10.1016/j.jhin.2019.06.005
-

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอป่า จังหวัดน่าน*

Factors Affecting Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behaviors among Ethnic Household Heads in Pa Klang Sub-district, Pua District, Nan Province*

นภารัตน์ อู่เงิน, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Naparat Oungern, M.P.H. (Public Health)¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ปร.ด. (ประชากรศาสตร์)²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography)²

Received: October 10, 2023

Revised: October 30, 2023

Accepted: November 3, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลป่ากลาง อำเภอป่า จังหวัดน่าน จำนวน 319 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .78, .82 และ .82 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบสัมภาษณ์ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น .79

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

^{*} Master's Thesis of Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ มหบัญชิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .71 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .90 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ($M = 3.80, SD = .96$) อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากอาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 36.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .366, p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้มากที่สุด ($Beta = .278, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก กลุ่มชาติพันธุ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก
หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This predictive correlational research aimed to determine factors affecting dengue hemorrhagic fever (DHF) prevention behaviors among ethnic household heads. The samples were 319 ethnic household heads in Pa Klang Sub-district, Pua District, Nan Province. The research instruments included the personal factors interview form, the perceived susceptibility of DHF, severity of DHF, and result of DHF prevention interview form with the reliability of .78, .82, and .82, respectively, the perceived self-efficacy in DHF prevention interview form with a reliability of .93, the sufficiency of resource on DHF prevention interview form, the receiving advice on DHF prevention from health personnel interview form with a reliability of .79, the receiving advice on DHF prevention from village health volunteers interview form with a reliability of .81, the receiving information about DHF

interview form with a reliability of .71, and the DHF prevention behaviors interview form with a reliability of .90. Data were collected from January to March 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis.

The research results revealed that the mean score of DHF prevention behaviors among ethnic household heads was at a high level ($M = 3.80$, $SD = .96$). Age, perceived susceptibility of DHF, perceived severity of DHF, perceived self-efficacy in DHF prevention, receiving advice on DHF prevention from health personnel, receiving advice on DHF prevention from village health volunteers, and receiving information about DHF could statistically significantly jointly predict DHF prevention behaviors among ethnic household heads at 36.60% ($R^2 = .366$, $p < .001$). The most predicting factor was perceived self-efficacy in DHF prevention ($Beta = .278$, $p < .001$).

This research suggests that health personnel should provide activities for promoting perceived self-efficacy and perceived severity of DHF, including giving advice and information about DHF prevention to ethnic household heads. This will help ethnic household heads enhance their DHF prevention behaviors.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Ethnic groups,
Dengue hemorrhagic fever prevention behaviors, Ethnic household heads

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศและระดับโลก เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 128,401 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 193.66 ต่อแสนประชากร และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 133 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.10 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยมากที่สุด คือ อายุ 5-14 ปี มีอัตราป่วย 634.58 ต่อแสนประชากร และอัตราตาย 0.09 ต่อแสนประชากร เมื่อจำแนกตามภาคพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยสูงสุด คือ 223.29 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคกลาง มีอัตราป่วย 184.83 ต่อแสนประชากร ภาคใต้ มีอัตราป่วย 177.94 ต่อแสนประชากร และภาคเหนือ มีอัตราป่วย 169.10

ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับภาคเหนือ จังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด คือ เชียงราย มีอัตราป่วย 425.47 ต่อแสนประชากร ส่วนจังหวัดน่าน มีอัตราป่วย 93.86 ต่อแสนประชากร นับเป็นอันดับ 5 ของเขตสุขภาพที่ 1 และเป็นอันดับ 66 ของประเทศ (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง, 2563)

จากข้อมูลของกลุ่มงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว (2562) พบว่า ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสูงทุกปีและเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอ โดยในช่วงปี 2558-2562 มีอัตราป่วย 82.68, 70.87, 70.87, 283.49 และ 177.18 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทั้งนี้ ตำบลปากกลางเป็นตำบลที่มีกลุ่มชาติพันธุ์

อาศัยอยู่ ประกอบด้วยเผ่าม้ง เผ่าเมี่ยน และเผ่าลัวะ ซึ่งมีวัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิต อาชีพ สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ และที่ตั้งบ้านเรือนแตกต่างจากคนพื้นเมือง รวมทั้งมีภาษาพูดของแต่ละชนเผ่า โดยจะพูดภาษาของตนเองเมื่อสื่อสารกันและพูดภาษาไทยกลางเมื่อติดต่อกับชนเผ่าอื่นและคนพื้นเมือง บางคนสามารถสื่อสารภาษาไทยกลางได้ดี บางคนฟังออกแต่พูดไม่ได้ บางคนฟังไม่ออกและพูดไม่ได้เลย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกผิดเพี้ยนและทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคไม่ถูกต้อง ประกอบกับประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ropic หมูบ้าน มีการปลูกยางพารา และมีการทำหัตถกรรมพื้นบ้าน จำพวกผ้ามัดย้อม ผ้าเขียนเทียน ทำให้เกิดน้ำขังบริเวณภาชนะรองรับน้ำยาง ภาชนะซักล้างผ้ามัดย้อมหรือผ้าเขียนเทียน ซึ่งเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายได้ หากละเลยและขาดการกำจัดที่ถูกต้อง

ที่ผ่านมา พื้นที่ตำบลปากกลางมีการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและยุงลาย โดยการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย การพนสารเคมีกำจัดยุงลาย และการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก แต่ยังไม่สามารถป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ ซึ่งเมื่อประชาชนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกก็ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ เสียค่าใช้จ่าย และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้ผล คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นบุคคลที่ได้รับการยอมรับและยกย่องจากสมาชิกในครอบครัว มีบทบาทในการดูแลด้านเศรษฐกิจ สวัสดิการ และมีบทบาทในการป้องกันโรคให้แก่สมาชิกในครอบครัว รวมทั้งมีอำนาจใน

การตัดสินใจด้านการรักษาพยาบาลของสมาชิกในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของบุคคลที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งแนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED Framework สามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้วพิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร หรือสาเหตุมาจากอะไร อันเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Green, Kreuter, Deeds, & Partridge, 1980) ซึ่งพฤติกรรมในการป้องกันโรคของแต่ละบุคคลเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำจะช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่รวมถึงสภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านความรู้ ทักษะคติ ค่านิยม ความเชื่อ การรับรู้ (Green et al., 1980) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกด้านการรับรู้มาเป็นตัวแปรในการวิจัย คือ การรับรู้ การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน และได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของ Rogers (1975) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่า สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค ดังการศึกษาที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิจิตรดา ดวงขยาย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว, 2558) และการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ความสามารถการควบคุมพฤติกรรมในการป้องกัน

และควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า (นันทิตา กุณรธา, สุภาพร ตรงสกุล, วรณรัตน์ ลาวัง, และพิชญ์ภิชัย กันทวี, 2560)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ โดยนำแนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED Framework ของ Green et al. (1980) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคลเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ร่วมกับประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ของ Rogers (1975) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ (เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลลัพธ์ของ

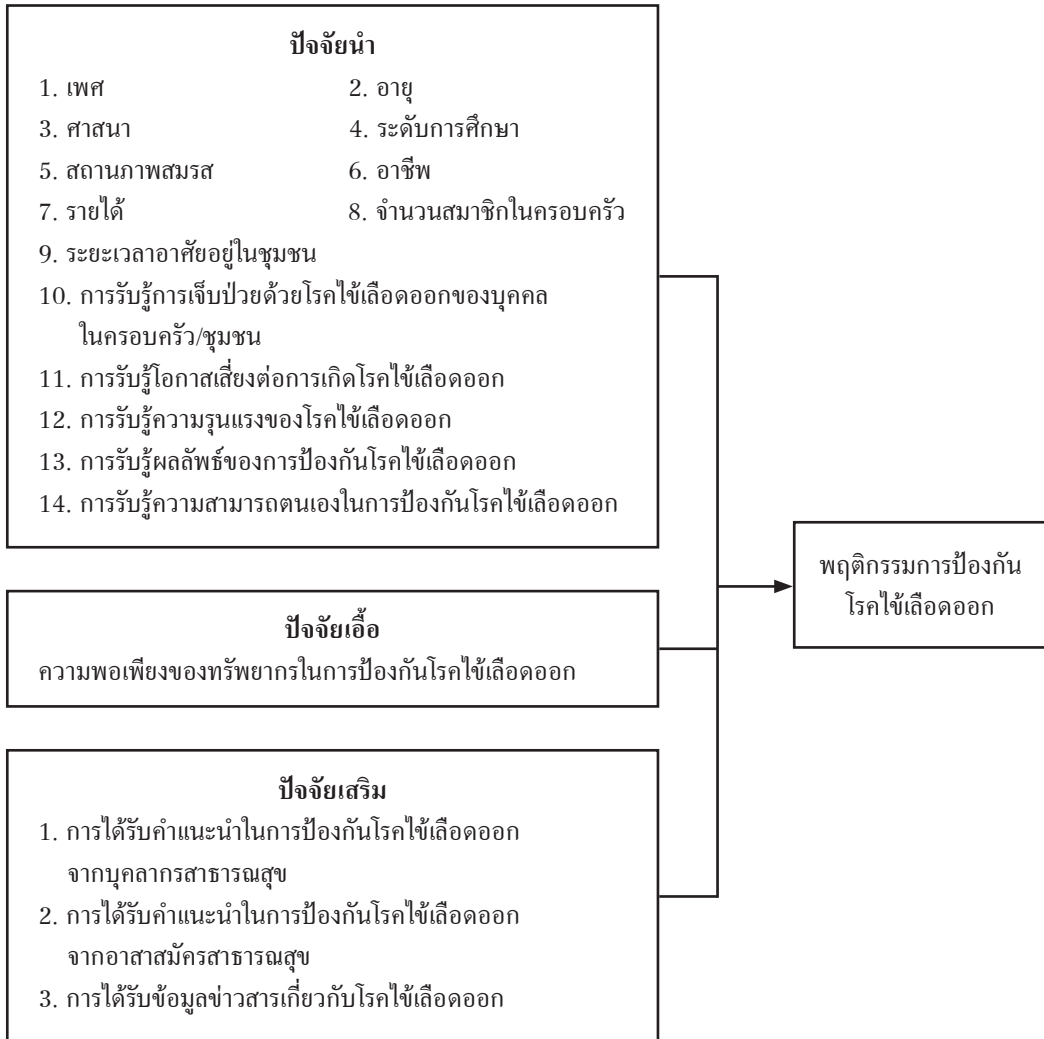
การป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก) ปัจจัยเอื้อ (ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก) และปัจจัยเสริม (การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ตำบลปากกลาง อำเภอบัว จังหวัดน่าน ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี PRECEDE PROCEED Framework ของ Green et al. (1980) ซึ่งจำแนกปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม และประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค ของ Rogers (1975) ซึ่งมีแนวคิดหลักว่า สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้คัดสรรตัวแปรต้น ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน การรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) ปัจจัยเอื้อ คือ ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 3) ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค

ไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำ
ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข

และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก
สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ม้ง เมี่ยน และลัวะ ที่อาศัยอยู่ในตำบลปากกลาง อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 1,750 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ 1 ปีขึ้นไป

3) สามารถสื่อสารด้วยการพูดได้ดี และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (Daniel, 1995) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 แทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ 9.06 (จากการศึกษาของนันทิตา คุณราชา และคณะ [2560]) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 319 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับบ้านเลขที่ในหมู่ที่ 1 ถึงหมู่ที่ 7 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 5

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน และการรับรู้การเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66

คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ คิดว่าไม่สามารถทำได้แน่นอน คิดว่าไม่สามารถทำได้ ไม่แน่ใจ คิดว่าสามารถทำได้ และคิดว่าทำได้แน่นอน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่า เพียงพอหรือไม่เพียงพอ

ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ชุดย่อย ดังนี้

4.1 แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับคำแนะนำในระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.68-2.35 คะแนน) และในระดับสูง (2.36-3.00 คะแนน)

4.2 แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับคำแนะนำในระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.68-2.35 คะแนน) และในระดับสูง (2.36-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และบ่อยครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับต่ำ (1.00-1.67 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.68-2.35 คะแนน) และในระดับสูง (2.36-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.34-3.66 คะแนน) และในระดับสูง (3.67-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสัมภาษณ์ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย และนักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ

จากนั้นนำไปทดลองใช้กับหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ในตำบลภูคา อำเภอปัว ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ และการรับรู้ผลลัพธ์ฯ (ได้ค่า 3 ค่า) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถฯ แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำฯ จากบุคลากรสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การได้รับคำแนะนำฯ จากอาสาสมัครสาธารณสุข แบบสัมภาษณ์การได้รับข้อมูลข่าวสารฯ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกำบังโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .82, .82, .93, .79, .81, .71 และ .90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 482/2020 และ IRB No. P3-0121/2563 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอปัว เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากลาง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานผู้ใหญ่บ้านแต่ละหมู่บ้าน เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถสื่อสารภาษาประจำถิ่นและภาษาไทยกลางได้ หมู่บ้านละ 2 คน รวมจำนวน 14 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยขอให้บุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถสื่อสารภาษาประจำถิ่นและภาษาไทยกลางได้ ทำการแปลแบบสัมภาษณ์และชี้แจง

แก่ผู้ช่วยผู้วิจัยให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันในแต่ละข้อคำถาม จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างวันละ 20 คน ที่ศาลาประชาคมของแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ทีละข้อแล้วให้ตอบ (ผู้วิจัยดำเนินการเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารภาษาไทยกลางได้ชัดเจน) โดยใช้เวลาคณะประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ข้อมูลการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ข้อมูลการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากบุคลากรสาธารณสุข ข้อมูลการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อมูลการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 87.46 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.20 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.74 ปี ($SD = 12.19$) ส่วนใหญ่

นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 87.15 ไม่ได้ศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.03 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.21 มีอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.39 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.28 โดยมีรายได้เฉลี่ย 8,520.69 บาทต่อเดือน ($SD = 8,660.73$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 4-6 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.29 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.56 คน ($SD = 2.62$) มีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 โดยมีระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนเฉลี่ย 40.76 ปี ($SD = 13.63$) และไม่ทราบว่ามีการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกของบุคคลในครอบครัว/ชุมชน (ในรอบปีที่ผ่านมา) คิดเป็นร้อยละ 58.93

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลลัพธ์ฯ ในระดับสูง ($M = 4.11, SD = .73; M = 4.04, SD = .73$ และ $M = 4.17, SD = .71$ ตามลำดับ)

3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองฯ ในระดับสูง ($M = 4.14, SD = .72$)

4. ความพอเพียงของทรัพยากรในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีความพอเพียงของทรัพยากรฯ เรื่องการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายตัวแก่จากหน่วยงานภาครัฐ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.68 รองลงมา คือ เรื่องฝาปิดภาชนะกักเก็บน้ำ คิดเป็นร้อยละ 52.66 และที่น้อยที่สุด คือ เรื่องยาทา

กันยุง ยาจุดกันยุง สเปรย์กันยุง ที่ได้รับจากหน่วยงาน ภาครัฐ คิดเป็นร้อยละ 17.87

5. การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข และการได้รับ คำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัคร สาธารณสุข ของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับ คำแนะนำ จากบุคลากรสาธารณสุข และคะแนนเฉลี่ย การได้รับคำแนะนำ จากอาสาสมัครสาธารณสุข ในระดับปานกลาง ($M = 2.22, SD = .66$ และ $M = 2.34, SD = .61$ ตามลำดับ)

6. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้า ครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข้อมูล ข่าวสารฯ ในระดับปานกลาง ($M = 2.12, SD = .62$)

7. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า หัวหน้าครัวเรือน กลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฯ ในระดับสูง ($M = 3.80, SD = .96$)

8. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่า อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้

ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจาก บุคลากรสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 36.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .366, p < .001$) โดยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค ไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ได้มากที่สุด (Beta = .278, $p < .001$) รองลงมา คือ อายุ (Beta = .253, $p < .001$) การรับรู้ความรุนแรง ของโรคไข้เลือดออก (Beta = .245, $p < .001$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก (Beta = -.192, $p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (Beta = .174, $p < .001$) การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจาก อาสาสมัครสาธารณสุข (Beta = .150, $p < .05$) และการได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากบุคลากรสาธารณสุข (Beta = .135, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ (n = 319)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	.400	.078	.278	5.100	< .001
อายุ	.135	.026	.253	5.254	< .001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก	.337	.076	.245	4.462	< .001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	-.293	.083	-.192	-3.513	< .001
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	.362	.112	.174	2.254	< .001
การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข	.213	.091	.150	2.333	.020
การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข	.163	.079	.135	2.064	.040

Constant = -2.682, R = .605, R² = .366, adj. R² = .352, F = 25.683, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลลัพธ์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรค ในระดับสูง จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงด้วย (Rogers, 1983) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ, และชลการ ทรงศรี (2562) ที่พบว่า ประชาชนในหมู่บ้านหนึ่งมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า อายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การได้รับคำแนะนำในการป้องกัน

โรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุข และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 36.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่รับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองก็จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค (Rogers, 1983) ดังนั้น หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้แก่ การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ

ยุ่งลาย สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิตา กุณราชา และคณะ (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถ การควบคุมพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์ อาข่า และสอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui, Ghazal, Bibi, Ahmed, and Sajjad (2016) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองสามารถร่วมทำนาย แนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ที่มีภาระขาดในประเทศปากีสถานได้

ผลการวิจัยพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือน กลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้า ครัวเรือนที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคล มีปัจจัยนำ คือ อายุที่มากขึ้น จะทำให้บุคคลกระทำ พฤติกรรมป้องกันโรค (Green, 1974) สอดคล้องกับ การศึกษาของชัยวัฒน์ โพธิ์หอมศิริ (2558) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนใน การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และสอดคล้อง กับการศึกษาของภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Rakhmani, Limpanont, Kaewkungwal, and Okanurak (2018) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของประชาชนในประเทศอินโดนีเซีย

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของ โรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่รับรู้ ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาล และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ก็จะแสดง พฤติกรรมการป้องกันโรค (Rogers, 1983) สอดคล้อง กับการศึกษาของวิจิตรา ดวงขยาย และเทียนทอง ต๊ะแก้ว (2558) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร ลิขิจาต, และธำรงค์ น้อยสิริวัฒนา (2560) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Siddiqui et al. (2016) ที่พบว่า การรับรู้ถึงภัยคุกคาม สามารถร่วมทำนายแนวทางปฏิบัติในการป้องกัน โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่มีภาระขาดในประเทศ ปากีสถานได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางลบ แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่รับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จะมี พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกลดลง ทั้งนี้อาจ เนื่องจากหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกใน ระดับสูง แต่อาจด้วยข้อจำกัดในการปฏิบัติด้านอื่นๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์ในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งลาย ไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ (Rogers, 1983) โดยพบว่า หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีการเปลี่ยน ทรายกำจัดลูกน้ำยุ่งลายตามภาชนะน้ำขัง เช่น แจกัน กระจก จานรองขาตู้ ทุก 3 เดือน และมีการเปลี่ยนน้ำ ในแจกัน จานรองขาตู้/โถะ ทุก 7 วัน หรือใส่สารเคมี กำจัดลูกน้ำเพื่อป้องกันยุ่งลายมาวางไข่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร และคณะ (2562) ที่พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอมรตรา รงค์ทอง และสุพัฒนา คำสอน (2562) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wong, Shakir, Atefi, and AbuBakar (2015) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในประเทศมาเลเซีย

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยเสริม ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค จะทำให้นุคคลกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Green, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของภิมยรัตน์ เกียรติธนบดี, วิโรจน์ ไววานิชกิจ, และเจตต์ ดียิ่ง (2558) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารเรื่องโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยเสริม ได้แก่ คำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข

จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Green, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หัวหน้าครัวเรือนที่ได้รับคำแนะนำในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับปัจจัยเสริม ได้แก่ คำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น บุคลากรสาธารณสุข จะทำให้นุคคลกระทำพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Green, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ (2562) ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน และสอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร และคณะ (2560) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 - 1.1 บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก เช่น การประชุม

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ตัวแบบบุคคลที่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกถูกต้อง เพื่อให้หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์มีพฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกที่ถูกต้องยิ่งขึ้น โดยเน้นกลุ่มหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุน้อย

1.2 บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขควรให้คำแนะนำในการป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกแก่หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง

1.3 หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้นำชุมชน ควรให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคลำไส้เลือดออกแก่หัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งรูปแบบคำบอกกล่าวโดยตัวบุคคล การสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว และการใช้สื่ออื่นๆ อย่างทั่วถึง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกของหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกในหัวหน้าครัวเรือนกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคลำไส้เลือดออก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคลำไส้เลือดออก การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคลำไส้เลือดออก และการให้คำแนะนำในการป้องกันการโรคลำไส้เลือดออก

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานระบาดวิทยา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว. (2562). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคลำไส้เลือดออกในอำเภอปัว*. น่าน: ผู้แต่ง.
กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12, และสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. (2563). *รายงานพยากรณ์โรคลำไส้เลือดออก ปี 2563*. นนทบุรี: กองโรคติดต่อฯ นำโดยแมลง.

ชนิดา มัททวางกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสวีวัฒนา, อัมพร สิทธิจิชาติ, และชารงเดช น้อยสิริวัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคลำไส้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี่ จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 18(34), 34-48.

ชัยวัฒน์ โปธิ์หอมศิริ. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทัศนคติกับการปฏิบัติตนในการป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกของประชาชนในเขตอำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(1), 65-74.
นันทิตา กุณราช, สุภาพร ตรงสกุล, วรณรัตน์ ลาวัณ, และพิชญ์รักษ์ กันทวิ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคลำไส้เลือดออกในกลุ่มชาติพันธุ์อำเภอมะจัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*, 9(2), 91-103.

ภาคภูมิ อุณหเลขจิตร, เจริญชัย อึ้งเจริญสุข, เจนจิรา นกข้อง, อมิตา เหมมาเพชร, ณัฐสุดา พิกเจริญ, ปวีณา วรวงษ์, ... วนิตา ทมแก้ว. (2562). พฤติกรรมป้องกันการโรคลำไส้เลือดออกของประชาชนชุมชนคลองถ้ำตะบัน ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 6 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 1 หัวข้อ "การพัฒนาสู่สังคมอัจฉริยะ"* (น. 105-112). มหาวิทยาลัยปทุมธานี.

ภิรมย์รัตน์ เกียรติชนบดี, วิโรจน์ ไหววนิชกิจ, และเจตต์ติยง. (2558). พฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมโรคลำไส้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 10(2), 84-91.

- รัชฎากรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาดีอาจ, และชลการ ทรงศรี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีเป้า ตำบลหนองยุง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(2), 26–34.
- วิจิตรา ดวงขมาย, และเทียนทอง ต๊ะแก้ว. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลบง อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา. *วารสารบทความวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 6(1), 431–440.
- อมลรดา รงค์ทอง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 147–158.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Green, L. W. (1974). Toward cost-benefit evaluations of health education: Some concepts, methods, and examples. *Health Education & Behavior*, 2(Suppl. 1), 34–64. doi:10.1177/10901981740020S106
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Mountain View, CA: Mayfield.
- Rakhmani, A. N., Limpanont, Y., Kaewkungwal, J., & Okanurak, K. (2018). Factors associated with dengue prevention behaviour in Lowokwaru, Malang, Indonesia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1), 619. doi:10.1186/s12889-018-5553-z
- Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91(1), 93–114. doi:10.1080/00223980.1975.9915803
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised Theory of Protection Motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153–176). New York: Guilford Press.
- Siddiqui, T. R., Ghazal, S., Bibi, S., Ahmed, W., & Sajjad, S. F. (2016). Use of the Health Belief Model for the assessment of public knowledge and household preventive practices in Karachi, Pakistan, a dengue-endemic city. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 10(11), e0005129. doi:10.1371/journal.pntd.0005129
- Wong, L. P., Shakir, S. M., Atefi, N., & AbuBakar, S. (2015). Factors affecting dengue prevention practices: Nationwide survey of the Malaysian public. *PLoS One*, 10(4), e0122890. doi:10.1371/journal.pone.0122890

การศึกษาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษา ในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ A Study of Methamphetamine Relapse among Drug Addict Patients Receiving Therapy in Thanyarak Hospitals, North-eastern Region of Thailand

เสาวลักษณ์ ทาแจ้, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Saowaluk Thajang, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

สุกัญญา กาญจนบัตร, ปร.ด. (การพัฒนาสุขภาพชุมชน) ²

Sukunya Kanchanabut, Ph.D. (Community Health Development) ²

นภาพันท์ ชาบลิค, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) ³

Naprajan Chapik, M.N.S. (Nursing Administration) ³

จริยา มงคลสวัสดิ์, พย.ม. (การบริหารทางการพยาบาล) ⁴

Jariya Mongkolsawad, M.N.S. (Nursing Administration) ⁴

ธัญยาพร โคตรชุม, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ⁵

Tunyaporn Khodchum, M.N.S. (Pediatric Nursing) ⁵

กชนิภา ขาววงษ์, วท.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา) ⁶

Kochanipa Kwawong, M.S. (Counseling Psychology) ⁶

Received: December 5, 2022 Revised: December 24, 2023 Accepted: December 26, 2023

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: saowaluk@rtu.ac.th

² พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

² Registered Nurse, Thanyarak Udonthani Hospital

^{3,4,6} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

^{3,4,6} Instructor, Faculty of Nursing, Udonthani Rajabhat University

⁵ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล

⁵ Instructor, Faculty of Nursing, Western University, Watcharapol Campus

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ จำนวน 70 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 37.14 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน คิดเป็นร้อยละ 34.28 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน คิดเป็นร้อยละ 21.42 และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เงินเดือนออก และการร่วมงานเลี้ยง คิดเป็นร้อยละ 17.14 เท่ากัน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานีและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ควรส่งต่อข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้แก่พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ และร่วมกันหาแนวทางการป้องกันการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด

คำสำคัญ: การกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This descriptive research aimed to study methamphetamine relapse among drug addict patients. The samples consisted of 70 drug addict patients receiving therapy at Thanyarak Udonthani Hospital and Thanyarak Khonkaen Hospital who had methamphetamine relapse. The research instruments included a demographic questionnaire and a methamphetamine relapse questionnaire. Data were collected from November 2019 to January 2020. Statistics used for data analysis included frequency and percentage.

The research results revealed that the drug addict patients had a methamphetamine relapse within 1-6 months (37.14%). The main cause of the methamphetamine relapse was a friend invitation (34.28%). The stress problem that caused the methamphetamine relapse was a lack of financial liquidity (21.42%). In addition, the situations that caused the methamphetamine relapse were obtaining a salary (17.14%) and attending various parties (17.14%).

This research suggests that nurses in Thanyarak Udonthani Hospital and Thanyarak Khonkaen Hospital should transfer the information in this research to nurses in the primary care unit. Then they provide activities to prevent methamphetamine relapse among drug addict patients.

Keywords: Methamphetamine relapse, Drug addict patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการใช้สารเมทแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นภัยร้ายทำลายสังคมไทยมายาวนาน จากสถานการณ์ ยาเสพติดในประเทศไทยพบว่า สถิติการจับกุมคดี ยาเสพติดของสำนักงานตำรวจแห่งชาติจากระบบ สารสนเทศตำรวจ (POLIS) ในปีงบประมาณ 2562 มีคดียาเสพติดที่จับกุมได้ทั้งหมด 359,688 คดี โดย ตรวจยึดยาบ้าได้มากที่สุด รองลงมา คือ ยาไอซ์ เฮโรอีน และคีตามีน ตามลำดับ โดยมีการลักลอบนำเข้า ยาเสพติดเพื่อมาจำหน่ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เป็นพื้นที่ชายแดนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็น ยาบ้า ยาไอซ์ และกัญชา โดยจังหวัดที่มีการลักลอบ นำเข้ามามากที่สุด คือ จังหวัดหนองคาย รองลงมา คือ นครพนม มุกดาหาร บึงกาฬ และเลย ตามลำดับ อีกทั้ง ยังมีการส่งไปยังพื้นที่ต่างๆ เช่น กรุงเทพฯ ปริมณฑล ภาคใต้ จึงทำให้แนวโน้มสถานการณ์การค้าและการแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบันเพิ่มขึ้น (สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์, 2563)

สารเมทแอมเฟตามีนเป็นสารอนุพันธ์สำคัญใน ยาเสพติด ได้แก่ ยาบ้า ยาไอซ์ ยาอี ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้น ระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายกระตือรือร้น ลดอาการง่วงซึม อารมณ์กระฉกกระชอน ไม่เหน็ดเหนื่อย (ศุภฤกษ์ นาคดิลก, 2563) หากได้รับในปริมาณมากเกินไปจะ ทำให้มีอาการใจสั่น ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูงขึ้น มือสั่น เค้นเซก กระบวนการประสาทและระบบหายใจ ชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ อาการวิตกกังวล

ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หูแว่ว หวาดระแวง เห็นภาพหลอน บางคนมีอาการคัน ตามตัวเหมือนมีแมลงไต่ (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2565) และ เสียสติจนกลายเป็นบ้าในที่สุด ดังนั้น ผู้ติดยาเสพติด จึงควรได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโทษต่อสุขภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรม การทำร้ายตนเองและผู้อื่น

จากข้อมูลของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 3 ปีย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2562-2564) สามารถสรุปสถิติผู้ป่วยทั้งหมด ที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักและเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ดังนี้ 1) เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 82.30, 83.59 และ 81.90 ตามลำดับ 2) มีอายุ อยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด ร้อยละ 23.52, 25.05 และ 23.54 ตามลำดับ รองลงมา คือ อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 20.90, 20.76 และ 22.22 ตามลำดับ และ 3) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.46, 48.16 และ 45.53 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยกลับ เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำ ร้อยละ 41.13, 36.76 และ 35.35 ตามลำดับ โดยภาพรวมพบว่า ภาคกลางมี ผู้เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักมากที่สุด ร้อยละ 67.06 รองลงมา คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก ภาคใต้ และภาคเหนือ ตามลำดับ (สถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2566)

จากการศึกษาแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ของ Marlatt and Donovan (2005) ที่เชื่อว่า การเกิดสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง

จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการเสพติดซ้ำ ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์ การรับรู้หรือความเข้าใจที่เป็นผลกระทบทางลบ สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น และอาการอยากเสพยา โดยสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ความเครียด ความโกรธ การทะเลาะ ความผิดหวัง ความน้อยใจ ความรู้สึกถึงคุณค่าตนเองลดลง อาการถอนยา อย่างไรก็ตาม การที่บุคคลจะกลับไปเสพติดซ้ำขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและรับมือกับสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงนั้นไปได้ (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติด ร้อยละ 54 มีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 90 วัน โดยเป็นเพศชายร้อยละ 63 มีอายุอยู่ในช่วง 18–29 ปี และช่วงอายุนี้อาจมีโอกาสกลับไปเสพติดซ้ำเพิ่มขึ้น 5.13 เท่า (ศุภฤกษ์ นาคดิลก, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brecht, von Mayrhauser, and Anglin (2000) ที่พบว่า อาสาสมัครร้อยละ 36 มีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 6 เดือน และร้อยละ 15 มีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 7–19 เดือนหลังสิ้นสุดการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของมนฤดี วงศ์จิตรรัตน์ (2566) ที่ติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาครบแล้วเป็นเวลา 1 ปี พบว่ามีการกลับไปใช้เมทแอมเฟตามีนซ้ำร้อยละ 20.30 จะเห็นได้ว่า ปัญหาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาแล้ว เป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษา เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำนั้น จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดซ้ำมีหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ภาวะสุขภาพหรือโรคประจำตัว

ลักษณะที่อยู่อาศัย ความตั้งใจในการเลิกเสพยา (ศุภฤกษ์ นาคดิลก, 2563; สุทธิชัย ศิรินวน, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ การมีอาการอยากเสพยา การรับรู้ว่าจะตนเองยังไม่อยากเลิก การตั้งใจในฤทธิ์ของยา อาการเหงาว่าเหว การไม่มียานทำงานเป็นหลักแหล่ง การเข้ากับเพื่อนกลุ่มใหม่ไม่ได้ การไม่มีเงินใช้ ความขัดแย้งกับคนในครอบครัว บ้านอยู่ในแหล่งที่มีผู้ติดยาเสพติดและแหล่งจำหน่ายยาเสพติด การชักชวนจากเพื่อนที่เคยเสพยาติดด้วยกัน ครอบครัว และสังคมในชุมชนไม่ยอมรับ (กัญญา ภูระหงษ์, 2561) สภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชน ช่วงเวลาหยุดเสพยา หลังเข้าบำบัด สภาพแวดล้อมของครอบครัว การมีบุคคลในครอบครัวใช้สารเสพติด (วรัญญา จิตรพงษ์, วิโรจน์ วีรัชย์, และรัสมิน กัลยาศิริ, 2554; สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรียญ, และอุษา คงทอง, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยป้องกันการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ ความตั้งใจในการเลิกเสพยา ความสามารถในการเผชิญปัญหา แรงจูงใจในการเลิกเสพยา (สุทธิชัย ศิรินวน และคณะ, 2559) และการที่ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้าน รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่องจากสถานบำบัดรักษา ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาที่สำคัญ ดังการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิษชุดา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, และพุททชาติ ศรีสุวรรณ (2565) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีนที่ได้รับการโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (ประกอบด้วย การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญห และ การเจริญสติ) มีความตั้งใจในการป้องกันการติดซ้ำ และพฤติกรรมป้องกันยาเสพติดที่ดีขึ้น

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาแล้วกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ มีสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันไปตามปัจจัยส่วนบุคคล

สภาพแวดล้อมและบริบทในสังคม ซึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยยาเสพติดจำนวนมาก และมีการลักลอบจำหน่ายยาเสพติดเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายในเวลา 1 ปีหลังจำหน่าย โดยมุ่งหวังว่า ผลการวิจัยที่ได้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการแก้ไขปรับปรุงขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนจำหน่ายกลับบ้านหลังการบำบัดรักษา และส่งต่อข้อมูลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิในการหาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำได้อย่างตรงจุด ร่วมกับครอบครัว สังคม และชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ ของ Marlatt and Donovan (2005) ที่เชื่อว่า การเกิดสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการเสพติดซ้ำได้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยที่ต้องเผชิญอย่างฉับพลัน คือ การเผชิญสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงของแต่ละบุคคล เช่น ความโกรธ ความเครียด ความเศร้า การทะเลาะ ความรู้สึกถึงคุณค่าตนเองลดลง และ 2) สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น อาการอยากเสพยา อาการถอนยา การเห็นอุปกรณ์เสพยา การถูกเพื่อนชวนเสพยา การอยู่ในงานเลี้ยงสังสรรค์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสพยา หากบุคคลสามารถควบคุมตัวเองให้เผชิญสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคล

นั้นไม่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดใน 4 ประเด็น ได้แก่ ช่วงเวลาที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (โรงพยาบาลรัฐญารักษ์ อุดรธานีและโรงพยาบาลรัฐญารักษ์ขอนแก่น) ที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1 ปีหลังจำหน่าย รวมจำนวน 99 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะการอยู่อาศัย จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับช่วงเวลาที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

ซ้ำ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติดไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านยาเสพติด และนักกิจกรรมบำบัดที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 006/2563 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น เข้าพบพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลธัญญารักษ์ซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ และนัดหมายวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกและสถานที่ที่เป็นสัดส่วน จากนั้นทำการสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2562 ถึงเดือนมกราคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูล

การกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 71.42 มีอายุอยู่ในช่วง 20–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.71 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.57 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/สิด คิดเป็นร้อยละ 62.85 ประกอบอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.28 มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.42 และส่วนใหญ่มีลักษณะการอยู่อาศัยในชุมชนชนบท คิดเป็นร้อยละ 65.71

2. การกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1–6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.14 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.28 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.42 และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เงินเดือนออก และการร่วมงานเลี้ยงต่างๆ เช่น งานแต่ง งานวันเกิด งานขึ้นบ้านใหม่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.14 เท่ากัน

3. การกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด จำแนกตามเพศ

3.1 ผู้ป่วยยาเสพติดเพศชาย (จำนวน 50 คน) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1–6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 22 และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เงินเดือนออก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22

3.2 ผู้ป่วยยาเสพติดเพศหญิง (จำนวน 20 คน) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน และภายในเวลา 7-12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน และการเกิดอาการอยากเสพยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การมีอารมณ์โกรธ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35

4. การกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วยยาเสพติด จำแนกตามอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ อายุ 15-19 ปี อายุ 20-34 ปี และอายุ 35-59 ปี

4.1 ผู้ป่วยยาเสพติดอายุ 15-19 ปี (จำนวน 11 คน) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การเกิดอาการอยากเสพยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.27 และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ การเห็นอุปกรณ์การเสพ การได้เสพลิงเสพติดอื่น เช่น บุหรี่ สุรา และเงินเดือนออก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 18.18 เท่ากัน

4.2 ผู้ป่วยยาเสพติดอายุ 20-34 ปี (จำนวน 46 คน) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.93 สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.43 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่อง

ทางการเงิน และปัญหาความรัก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.73 เท่ากัน และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ได้แก่ การร่วมงานเลี้ยงต่างๆ เช่น งานแต่ง งานวันเกิด งานขึ้นบ้านใหม่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.73

4.3 ผู้ป่วยยาเสพติดอายุ 35-59 ปี (จำนวน 13 คน) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน และภายในเวลา 7-12 เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.76 เท่ากัน สาเหตุสำคัญที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.15 ปัญหาความเครียดที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน และการเกิดอาการอยากเสพยา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.07 เท่ากัน และสถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เงินเดือนออก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.46

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 71.42) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ชายได้เสพสารเมทแอมเฟตามีนเข้าไปในร่างกาย จะส่งผลให้สมองสร้างสารสื่อประสาทชื่อโดปามีน หรือที่เรียกว่า “สารแห่งความสุข” มากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่า และเชื่อว่าด้วยเหตุผลนี้ทำให้เพศชายมีการเสพสารเมทแอมเฟตามีนมากกว่าเพศหญิง (Guardian News & Media Limited or its affiliated companies, 2023) ซึ่งสารสื่อประสาทชื่อโดปามีนจะไปกระตุ้นระบบประสาท ทำให้รู้สึกตื่นตัว กระฉับกระเฉง ทนต่อการทำงานได้มากขึ้น แต่เมื่อใช้สารเมทแอมเฟตามีนเกินขนาดและเกิดการสร้างสารสื่อประสาทชื่อโดปามีนมากเกินไป จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตประสาท เช่น หวาดระแวง หูแว่ว หลงผิด มีพฤติกรรมก้าวร้าวและอันธพาลได้ (รัศมน กัลยาศิริ,

2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา
อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำใน
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี ของศุภฤกษ์ นาคดิกล (2563) ที่พบว่า
ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีน
ซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และเพศชายเป็นปัจจัยที่มีผล
ต่อการกลับไปเสพสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่กลับไปใช้
สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้น มากที่สุด (ร้อยละ 38.57) และส่วนใหญ่มี
สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 62.85) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า
ผู้ป่วยยาเสพติดมักมีพฤติกรรมเสพยาเสพติดตั้งแต่
เป็นวัยรุ่น โดยการศึกษาของผกามาศ โยทยอง (2565)
พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของเด็กและ
เยาวชน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมใน
ชุมชน ได้แก่ ครอบครัวมีปัญหา ญาติพี่น้อง เพื่อน และ
สมาชิกในชุมชนเสพยา และมีการจำหน่ายยาเสพติด
ในชุมชน ทำให้เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมเรียนไม่จบ
และมีความเชื่อทางบวกในการเสพยาเสพติด และ
2) พฤติกรรมการเลียนแบบคนใกล้ชิด และถูกตีตรา
ถูกกล่าวหาว่ามีพฤติกรรมเสพยาเสพติด จนทำให้เด็ก
และเยาวชนปฏิบัติตามสิ่งที่กล่าวหานั้น จึงเป็นเหตุให้
ผู้ป่วยยาเสพติดมีการศึกษาในระดับต่ำ เช่น ระดับ
ประถมศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สำหรับการที่
ผู้ป่วยยาเสพติดมีสถานภาพสมรสโสดนั้น อธิบายได้ว่า
ผู้ที่โสดส่วนใหญ่ยังไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องการดูแล
ครอบครัว ทำให้มีเวลาในการรวมกลุ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ
กับเพื่อน ซึ่งอาจรวมถึงการใช้สารเสพติด สอดคล้อง
กับการศึกษาของวรัญญา จิตรพ่อง และคณะ (2554)
ที่พบว่า ผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์ ที่มี
พฤติกรรมสารเสพติดเมทแอมเฟตามีนซ้ำในระดับรุนแรง
ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือ
มากกว่า และมีสถานภาพสมรสโสด

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการกลับ
ไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำภายในเวลา 1-6 เดือน

มากที่สุด (ร้อยละ 37.14) และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ใน
ช่วง 20-34 ปี (ร้อยละ 65.71) ซึ่งเป็นวัยทำงาน
จึงมีโอกาสเผชิญสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมทางสังคม
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเมทแอมเฟตามีนมากกว่า
วัยอื่น ๆ ทั้งจากการพบปะเพื่อนฝูง ความเครียดจาก
การทำงาน การขาดสภาพคล่องทางการเงิน ปัญหา
ความรัก เป็นต้น โดยพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย
ยาเสพติดกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อน
ชวน มากที่สุด (ร้อยละ 34.28) ปัญหาความเครียด
ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ การขาด
สภาพคล่องทางการเงิน มากที่สุด (ร้อยละ 21.42) และ
สถานการณ์ที่ทำให้กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
คือ เงินเดือนออก และการร่วมงานเลี้ยงต่าง ๆ มากที่สุด
(ร้อยละ 17.14 เท่ากัน) ทั้งนี้อธิบายตามกรอบแนวคิด
ของ Marlatt and Donovan (2005) ได้ว่า ผู้ป่วย
ยาเสพติดเมื่อเผชิญสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่มี
ความเสี่ยงสูงต่อการใช้สารเมทแอมเฟตามีน เช่น เพื่อน
ชวน ปัญหาความเครียดต่าง ๆ เช่น การขาดสภาพคล่อง
ทางการเงิน ปัญหาความรัก หรือแม้กระทั่งการเผชิญ
สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เป็นทางบวก เช่น
เงินเดือนออก การร่วมงานเลี้ยงต่าง ๆ ก็ล้วนเป็น
สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการกลับไปใช้
สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยเฉพาะการพบปะกลุ่ม
เพื่อนในการร่วมงานเลี้ยงต่าง ๆ และถูกเพื่อนชวน
ส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดไม่สามารถทนต่อสิ่งยั่วชวนได้
จึงทำให้มีการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ภูระหงษ์ (2561)
ที่พบว่า ปัจจัยด้านเพื่อนและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อ
การเสพยา มีความสัมพันธ์กับระดับการเสพยา และ
สอดคล้องกับข้อเขียนของภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี และ
ศุภรดา วงศ์จำปา (2566) ที่ระบุว่า ปัจจัยที่มีผลต่อ
การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำมากที่สุด คือ ปัจจัยด้าน
บุคคล เช่น อาการอยากยา การขาดทักษะการปฏิเสธ
การขาดทักษะในการเผชิญสถานการณ์เสี่ยงต่อการใช้
สารเสพติด

การที่ผู้ป่วยยาเสพติดในการวิจัยครั้งนี้ได้รับโอกาสจากสังคมโดยการมีงานทำ มีรายได้ แต่เมื่อมีสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญ เช่น การร่วมงานเลี้ยงต่างๆ การขาดสภาพคล่องทางการเงิน ปัญหาความรัก การมีอารมณ์โกรธ ประกอบกับการมีเพื่อนชวนให้กลับไปเสพยา อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มีรายได้เหลือเก็บ บางคนมีหนี้สิน เพราะต้องนำเงินไปซื้อสารเมทแอมเฟตามีนมาเสพ สอดคล้องกับการศึกษาของสำเนา นิลบรรพ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีผลต่อพฤติกรรมการเสพยาของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด คือ สภาพแวดล้อมและอิทธิพลของชุมชน รองลงมา คือ สภาพแวดล้อมของครอบครัว พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด และอิทธิพลจากเพื่อน ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
พยาบาลของโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ควรมีการส่งต่อข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้แก่พยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ และร่วมกันหาแนวทางการป้องกันการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำในผู้ป่วยยาเสพติด
 - 2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่มีการติดตามเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ อุเต็น, จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์, วิษุตา ยะสินธุ์, วิมลวรรณ คำลือ, และพุททชาด ศรีสุวรรณ. (2565). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อการป้องกันการกลับไปเสพยาในผู้ที่เป็นโรคจิตจากแอมเฟตามีน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 46-70.
- กัญญา ภูระหงษ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการเสพยาของผู้ติดยาเสพติดในเขตจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32(2), 23-40.
- ผกามาศ ไรยทอง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเสพยาเสพติดของเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการจังหวัดภูเก็ต. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(3), 63-80.
- ภัทรินทร์ ธรรมดวงศรี, และศุภรดา วงศ์จำปา. (2566). การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยสารเสพติดเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 1-10.
- มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์. (2566). ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการบริการเมทริกซ์โปรแกรม. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(3), 176-189.
- รัศมน กัลยาศิริ. (2562). *สารกระตุ้นประสาท (stimulants)*. สืบค้นจาก <https://cads.in.th/cads/content?id=78>
- วรัญญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีรัชย์, และรัศมน กัลยาศิริ. (2554). ความรุนแรงของการเสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 55(2), 153-169.

- ศุภฤกษ์ นาคดิถก. (2563). อุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). *วารสารวิชาการเสพติด*, 6(1), 47–58.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2565). *ยาบ้า*. สืบค้นจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=30
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. (2566). *สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลัก และเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2562–2566*. สืบค้นจาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=4603&Itemid=53
- สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์. (2563). *จังหวัดเลย รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพยาเสพติดในห้วงเดือน ก.ค.–15 ส.ค. 63 พบยังมีการลักลอบนำเข้าไปในพื้นที่ชายแดนอย่างต่อเนื่อง*. สืบค้นจาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG200825163555293>
- สำเนา นิลบรรพ์, บุญเรือง ศรีเหรียญ, และอุษา คงทอง. (2559). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการเสพยาซ้ำของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 10(1), 193–207.
- สุทธิชัย ศิรินวล, ปัทมา สุพรรณกุล, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาซ้ำของผู้ผ่านการบำบัด. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 39–45.
- Brecht, M. L., von Mayrhauser, C., & Anglin, M. D. (2000). Predictors of relapse after treatment for methamphetamine use. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 211–220. doi:10.1080/02791072.2000.10400231
- Guardian News & Media Limited or its affiliated companies. (2023). *Amphetamines affect men more than women*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/science/2006/apr/08/drugs.drugsandalcohol>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 17. doi:10.1186/1747-597X-6-17
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและ ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ Effects of a Self-management Program for Healthcare Behavior Combined with the Health Literacy on Health Literacy and Clinical Outcomes among People with Uncontrolled Hypertension

ปราณีต จงพันธ์นิมิตร, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ¹

Pranit Jongpantanimit, M.N.S. (Nursing Administration) ¹

มธุรดา บรรจงการ, Ph.D. (Nursing Studies) ²

Maturada Bunjongkarn, Ph.D. (Nursing Studies) ²

นิศารัตน์ รวมวงษ์, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) ³

Nisarath Ruamwong, M.N.S. (Nursing Administration) ³

Received: October 15, 2023 Revised: December 27, 2023 Accepted: December 28, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ คู่มือการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (6CIT) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .91 และเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Maturada@pnc.ac.th

ถึงเดือนมีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test, Mann-Whitney U test, McNemar test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.931, p < .001$) 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.377, p < .001$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตผิดปกติ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่มีจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และ 4) การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม จำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกัน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-management program for healthcare behavior combined with the health literacy on health literacy and clinical outcomes among people with uncontrolled hypertension. The samples were 60 patients with primary hypertension who received medical services at Thamai Hospital, Chanthaburi Province, and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the self-management program for healthcare behavior combined with the health literacy, the handbook of self-management for CVD prevention and control, the Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT), the demographic questionnaire, the health literacy questionnaire with a reliability of .91, and the non-invasive automated sphygmomanometer. The implementation and data collection were conducted from September 2019 to March 2020. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, Mann-Whitney U test, McNemar test, and Fisher's exact test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had the significantly mean score of health literacy higher than before the experiment ($t = 11.931, p < .001$); 2) the experimental group had statistically increased health literacy scores after the experiment compared with the control group ($Z = -5.377, p < .001$); 3) after the experiment, abnormal blood pressures among experimental group were significantly less than before the experiment ($p < .01$). However, there was no difference in moderate CVD risk score between before and after the experiment; 4) comparing the results of abnormal blood pressures and moderate CVD risk scores among the experimental and control groups was not different.

This research suggests that healthcare workers should apply the self-management program for healthcare behavior combined with the health literacy to care for chronic patients. This will help patients increase their health literacy and self-management for healthcare behavior.

Keywords: Self-management, Healthcare behavior, Health literacy, Clinical outcomes, Hypertension

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจังหวัดจันทบุรี พบอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในช่วงอายุ 30–69 ปี เท่ากับ 1,653.68 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, 2560) สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่สามารถควบคุมให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ หากควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า โดยโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.50 ล้านคน หรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (รัตนา พึ่งเสมา, 2565) การควบคุมโรคไม่ได้สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ในการตัดสินใจนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคที่ถูกต้อง การสื่อสาร

ที่เหมาะสม ทันต่อสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำแนวทางไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (นิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ, และเนตรชนก ไชยพาน, 2564)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า จังหวัดจันทบุรีรวมถึงโรงพยาบาลท่าใหม่ มีการดำเนินงานของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD clinic plus) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยเฉพาะประเด็นเรื่องการสนับสนุนการจัดการตนเอง การทำหน้าที่ด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม ยังขาดการวางแผนการใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันในด้านการจัดบริการและการปรับพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย โดยเขตสุขภาพมีข้อเสนอแนะให้มีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นการจัดการตนเอง เพื่อนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น (ศิริพร จริยาจิรวัฒนา, ภัทรพร บุตรดี, และพรวิมล นภาศัย,

2565)

แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Creer (2000) เป็นแนวคิดที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยของตนไปตลอดชีวิต แนวคิดนี้ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เกิดทักษะในการจัดการตนเอง เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การส่งเสริมการจัดการตนเองทำให้เกิดการเพิ่มความรู้ สมรรถนะในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรค ส่งผลให้พฤติกรรมการควบคุมโรคดีขึ้น ควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์มากขึ้น และผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพดีขึ้น การที่ผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้นั้น จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ และเหมาะสม จึงจะสามารถนำไปสู่การจัดการตนเองได้สำเร็จ (เสาวลักษณ์ นูทอง และพัชรา พลเยี่ยม, 2566) สอดคล้องกับข้อเขียนของปวิตรา ทองมา (2563) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีความสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อความสุขภาพต่าง ๆ ของตนได้เป็นอย่างดี ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกคือความดันโลหิตทั้งค่าบนและค่าล่างลดลงได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ ส่วนใหญ่ยังเข้าถึงข้อมูลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้น้อย จากรายงานการสำรวจประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2560 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเรื้อรังในทุกมิติการวัด เช่น แรงจูงใจและความสามารถในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ

และการจัดการด้วยตนเอง (ปวิตรา ทองมา, 2563) การประยุกต์ใช้การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองเป็นหลัก และสร้างให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเกิดทักษะการจัดการตนเองก่อนจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายที่ต้องการและส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก (Creer, 2000)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลท่าใหม่ จังหวัดจันทบุรี ที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่ควรมีกิจกรรมการดูแลด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและนำความรู้มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของตนสามารถควบคุมโรคได้ มีผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และ CVD risk score ที่ดีขึ้น ตลอดจนจนชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
4. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

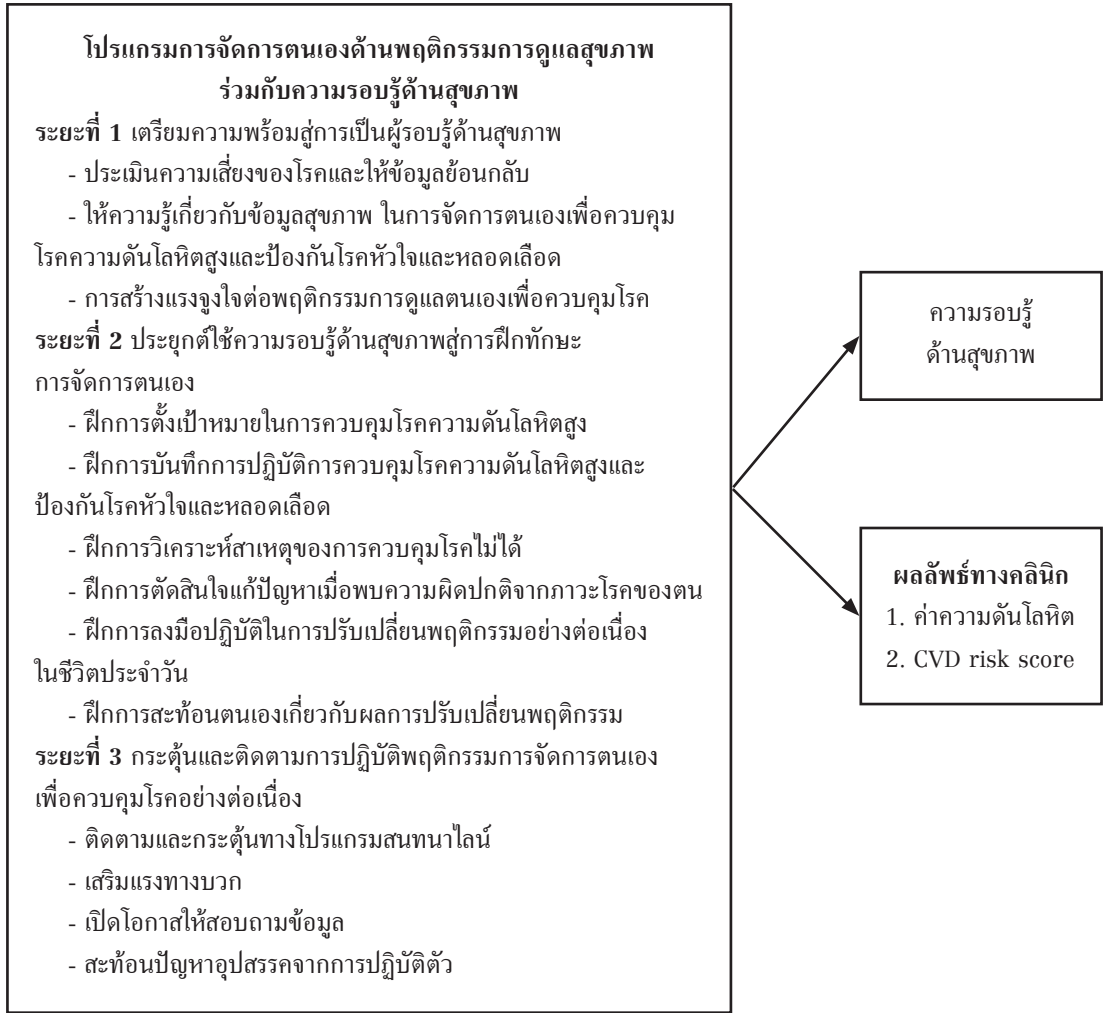
สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (คะแนนหลัง-คะแนนก่อน) มากกว่ากลุ่มควบคุม
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง น้อยกว่าก่อนการทดลอง
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง น้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) เป็นทฤษฎีหลัก และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Baker (2006) ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตและ CVD risk score โดยโปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินความเสี่ยงของโรคและให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการ

ควบคุมโรค ให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตและค่าไขมันในเลือดที่แสดงถึงการควบคุมโรคได้ดี และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ฝึกการบันทึกการปฏิบัติการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ ฝึกทักษะการวิเคราะห์สาเหตุของการควบคุมโรคไม่ได้ ฝึกการตัดสินใจแก้ปัญหา เมื่อพบความผิดปกติจากภาวะโรคของตน ฝึกการลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และฝึกการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระยะที่ 3 กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามและกระตุ้นทางโปรแกรมสนทนาไลน์ การเสริมแรงทางบวก เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูล และสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว โดยมีการวัดผลในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และ CVD risk score เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 ปี ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าใหม่ ในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น

โรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่ควบคุมไม่ได้ มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และ CVD risk score น้อยกว่า 20% 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (the Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) 4) สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้โปรแกรมสนทนาไลน์ได้ และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติ

การเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง 2) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด 3) ขาดถิ่นฐานหรือถึงแก่กรรม และ 4) ขาดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และการประมาณขนาดตัวอย่าง ของ Cohen (1988) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .78 (คำนวณจากการศึกษาของพรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มุลศาสตร์, และเชษฐา แก้วพรม [2560]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 25 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลากรายชื่อในทะเบียนผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเอง ของ Creer (2000) เป็นทฤษฎีหลัก และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของ Baker (2006) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิตและ CVD risk score ประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม โปรแกรมแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้เวลา 1 วัน ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การประเมินความเสี่ยงของโรคและให้

ข้อมูลย้อนกลับ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรค ให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเกี่ยวกับค่าความดันโลหิตและค่าไขมันในเลือดที่แสดงถึงการควบคุมโรคได้ดี และป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ และ 3) การสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค

ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสู่การฝึกทักษะการจัดการตนเอง ใช้เวลา 2 วัน ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ฝึกการตั้งเป้าหมายในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และฝึกการบันทึกการปฏิบัติการควบคุมโรคและผลลัพธ์ทางคลินิก อาการและอาการแสดงที่ผิดปกติ ครั้งที่ 2 ฝึกการวิเคราะห์สาเหตุของการควบคุมโรคไม่ได้ และฝึกการตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อพบความผิดปกติจากภาวะโรคของตน และครั้งที่ 3 ฝึกการลงมือปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน และฝึกการสะท้อนตนเองเกี่ยวกับผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 3 ปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ติดตามและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม การจัดการตนเองทางโปรแกรมสนทนาไลน์ 2) เสริมแรงทางบวก 3) เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูล และ 4) สะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว

1.2 คู่มือการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมโรคและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การตั้งเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (6CIT) ผู้วิจัยใช้ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพ อารีเอื้อ และพิชญ์ประอร ชัยเจริญ (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล (orientation) จำนวน 3 ข้อ คือ ให้ออกเวลา เดือน ปี ณ ปัจจุบัน ข้อคำถามเกี่ยวกับความจำ (memory) จำนวน 1 ข้อ คือ ให้ออกชื่อ ที่อยู่ของบุคคลที่ให้จำไว้ และข้อคำถามเกี่ยวกับการคิดคำนวณ (calculation) จำนวน 2 ข้อ คือ ให้นำเดือนถอยหลัง และให้นำเลขถอยหลังจาก 20-1 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่พบความบกพร่องในการรู้คิด (น้อยกว่า 7 คะแนน) และสงสัยว่ามีความบกพร่องในการรู้คิด (มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ค่าความดันโลหิต และ CVD risk score จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของชะนวนทอง ชนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร (2558) มีค่าความไวเท่ากับ 95.50% และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

3.2.1 ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 2-8 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความต้องการความช่วยเหลือมาก และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความต้องการความช่วยเหลือน้อย

3.2.2 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบจับคู่ (ตัวเลือก ก-ง) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-6 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขมาก

3.2.3 ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 2 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-10 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการเข้าถึงน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความสามารถในการเข้าถึงมาก

3.2.4 ความรู้ความเข้าใจเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้ความเข้าใจมาก

3.2.5 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหา จำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ บอกญาติให้ตอบ ไม่ตอบ พยายามตอบเอง ตอบได้เองทันที และตอบและถามเพิ่ม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 17-85 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติได้ถูกต้องน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติได้ถูกต้องมาก

3.2.6 การตัดสินใจในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่ทำ เป็นไปได้ยาก เป็นไปได้ และเป็นไปได้

มาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการตัดสินใจได้ถูกต้องน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการตัดสินใจได้ถูกต้องมาก

3.2.7 การปฏิบัติพฤติกรรม 302ส จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ทำเลย นาน ๆ ครั้ง 3 วันต่อสัปดาห์ 5 วันต่อสัปดาห์ และทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 8-40 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดี

3.3 เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (non-invasive automated sphygmomanometer) ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลท่าใหม่ ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพและปรับเทียบเครื่องมือทุก 6 เดือน โดยมีรายละเอียดการทดสอบ คือ ค่าความผิดพลาดสูงสุด (พิสัย 0 มิลลิเมตรปรอท ถึง 300 มิลลิเมตรปรอท) และ ± 4 มิลลิเมตรปรอท (สำหรับเครื่องที่ใช้งานแล้ว) ค่าอัตราการรั่วของความดันในระบบ ไม่เกิน 6 มิลลิเมตรปรอทต่อนาที (กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2559)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้ด้านสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .84 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และหาค่า CVI ซ้ำ ได้ค่าเท่ากับ .94 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิที่มารับบริการ

ที่โรงพยาบาลท่าใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 029 วันที่ 19 มีนาคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าใหม่ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้สังเกตผู้วิจัยแล้วให้ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยคนเดียวกับผู้วิจัย และฝึกจนได้ผลเช่นเดียวกับผู้วิจัย

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลท่าใหม่ (คนละช่วงเวลา) แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนผู้วิจัยบันทึกค่าความดันโลหิต และ CVD risk score ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลท่าใหม่ ให้ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้

ด้านสุขภาพ ระยะที่ 1 (อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1) เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจัดแบบกลุ่มใหญ่ ใช้เวลา 5 ชั่วโมง และในสัปดาห์ที่ 2 ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระยะที่ 2 (กิจกรรมกลุ่มย่อย ครั้งที่ 1) ประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพสู่การฝึกทักษะการจัดการตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

4. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลท่าใหม่ ให้ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพพร้อมกับความรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 (อบรมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 2) โดยจัดแบบกลุ่มใหญ่ และกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลารวม 6 ชั่วโมง และในสัปดาห์ที่ 3-12 ให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมระยะที่ 3 ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยมีการติดตามและกระตุ้นทางโปรแกรมสนทนาไลน์ ร่วมกับการเสริมแรงทางบวก และสะท้อนปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติตัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลเช่นเดิม (ในสัปดาห์ที่ 3-12)

5. ในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลท่าใหม่ (คนละช่วงเวลา) ให้ตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที ส่วนผู้วิจัยบันทึกค่าความดันโลหิต และ CVD risk score หลังการทดลอง (post-test)

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ส่วนการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76 มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.50 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.50 ปี ($SD = 8.62$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.80 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.80 และมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 50.30 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 40-60 ปี และมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 59.70 ปี ($SD = 6.27$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีอาชีพเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 และมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 46.70

2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.931, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง (n = 30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ	5.97	3.16	10.54	3.37	7.013	< .001
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	2.63	1.52	4.97	.81	7.760	< .001
ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ	2.40	11.52	3.13	1.45	3.063	.005
ความรู้ความเข้าใจเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง	7.40	3.20	17.20	4.16	10.053	< .001
การปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินปัญหา	60.13	7.54	76.40	13.10	7.228	< .001
การตัดสินใจในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต	19.77	2.25	26.30	2.42	11.611	< .001
การปฏิบัติพฤติกรรม 3๐2๕	22.13	5.96	31.57	4.39	8.493	< .001
โดยรวม	112.07	14.06	156.43	17.18	11.931	< .001

3. การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (คะแนน หลัง-คะแนนก่อน) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.377, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	MD	SD	mean rank	sum of ranks	Mann-Whitney U test	
					Z	p
กลุ่มทดลอง (n = 30)	44.36	20.36	42.62	1,278.50	-5.377	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	12.60	12.36	18.38	551.50		

4. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่มีจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลัง การทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
กลุ่มทดลอง (n = 30)					
BP = 140/90 mmHg	7	23.33	18	60.00	.001
BP > 140/90 mmHg	23	76.67	12	40.00	
CVD risk score < 10%					
CVD risk score 10- < 20%	8	26.67	5	16.67	.250
กลุ่มควบคุม (n = 30)					
BP = 140/90 mmHg	13	43.33	9	30.00	.125
BP > 140/90 mmHg	17	56.67	21	70.00	
CVD risk score < 10%					
CVD risk score 10- < 20%	10	33.33	12	40.00	.687

5. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ก่อนการทดลอง					
BP = 140/90 mmHg	7	23.33	13	43.33	.101
BP > 140/90 mmHg	23	76.67	17	56.67	
หลังการทดลอง					
CVD risk score < 10%	22	73.33	20	66.67	.154
CVD risk score 10- < 20%	8	26.67	10	33.33	
BP = 140/90 mmHg	18	60.00	9	30.00	.472
BP > 140/90 mmHg	12	40.00	21	70.00	
CVD risk score < 10%	25	83.33	18	60.00	.696
CVD risk score 10- < 20%	5	16.67	12	40.00	

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพพร้อมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยโปรแกรมประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ระยะที่ 2 ประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การฝึกทักษะการจัดการตนเอง และระยะที่ 3 ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลายเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการนำมาใช้ในการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบกับได้รับการติดตามและเสริมแรงให้มีการปฏิบัติพฤติกรรม

การจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีส่วนทำให้ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้สูงขึ้น (วารรัตน์ ทัพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง, มนตรี รักภักดี, และ กัญญา มุสิกษะชนะ, 2566) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปรัชพร กลีบประทุม, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปุณิกา สุ่มทอง, และวาศินี อากภักดี (2561) ที่พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงภายหลังการทดลองและในระยะติดตามผลดีกว่าก่อนการทดลอง และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจกล่าวได้ว่า การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความรู้และความตระหนักในการดำรงชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

การที่คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในส่วน

ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลองมีความแตกต่างกันน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร จริยาจิรวัดนา และคณะ (2565) ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่อายุ 15-24 ปี 3.71 เท่า ผู้ที่ไม่ได้รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต/ไลน์/เฟซบุ๊ก มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ได้รับข้อมูล 4.21 เท่า ทั้งนี้ ผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ไม่เพียงพอ รวมทั้งการขาดทักษะการสื่อสารทางสุขภาพที่ดี อาจส่งผลให้มีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองผิดพลาดได้ง่าย (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (คะแนนหลัง-คะแนนก่อน) มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับประทานยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แต่ไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองจึงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง การที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ น้อยกว่าก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ทำให้ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการนำมาใช้ในการฝึกทักษะการจัดการตนเอง ประกอบกับได้รับการติดตามและเสริมแรงให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงทำให้กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติลดลง ส่วนการที่กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อธิบายได้ว่า การวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาการศึกษา 12 สัปดาห์ อาจยังไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของ CVD risk score ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของสำราญ กาศสุวรรณ, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, และรุ่งกิจ ปินใจ (2565) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม มีความดันโลหิต systolic และความดันโลหิต diastolic ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่มีค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน ซึ่งการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดใช้เวลาประมาณ 6 เดือน จึงกล่าวได้ว่า ระยะเวลาที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของกานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล (2559) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถ

ควบคุมความดันโลหิตได้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกลดลง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีค่าความดันโลหิตผิดปกติ และจำนวนผู้ที่มี CVD risk score ระดับปานกลาง ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระยะเวลาที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิก โดยปัจจัยที่ทำให้ค่าความดันโลหิตไม่ลดลง คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน (กรเกล้า รัตนชาญกร, ปาพินทร์ภู ณาพันธ์ริวกุล, และเกล้ากร รัตนชาญกร, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดชนิดเอชดีแอลและไตรกลีเซอไรด์หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (วริษา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอาภรณ์ ดินาน, 2564) เนื่องจากระดับไขมันในเลือดขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การรับประทานอาหาร กิจกรรมทางกาย การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งควรมีการติดตามผลต่อเนื่องจนถึง 6 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า การวัดผลลัพธ์ทาง

คลินิกในระยะเวลาที่สั้นเกินไปอาจทำให้ยังไม่เห็นผลการติดตามผลที่เวลา 6 เดือน จะให้ผลดีในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมัน อดน้ำหนัก และผู้ป่วยรักษาพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (รัชชัช สัตยสมบูรณ์ และยุวณูช สัตยสมบูรณ์, 2563)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำไปรณรงค์การจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพร่วมกับความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพ และสามารถจัดการตนเองด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิต และ CVD risk score ที่ดีขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

- กรเกล้า รัตนชาญกร, ปาพินทร์ภู ณาพันธ์ริวกุล, และเกล้ากร รัตนชาญกร. (2566). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 10(1), 85-97.
- กองวิศวกรรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2559). *คู่มือการทดสอบเครื่องมือวัดทางการแพทย์: เครื่องวัดความดันโลหิต*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิง.

- กานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล. (2559). ผลการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะค่า อำเภอนोनสูง จังหวัดนครราชสีมา. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 16(2), 230–243.
- ชนะนวนทอง ธนสุกาญจน์, และนริมาลัย นีละไพจิตร. (2558). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชชัช สัตยสมบุรณ์, และยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์. (2563). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 232–243.
- นรินทร์ดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, กฤษกร คนหาญ, และเนตรชนก ไชยพาน. (บ.ก.). (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. นนทบุรี: อาร์ เอ็น พี พี วอเตอร์.
- ปรีชพร กลีบประทุม, บุญเยี่ยม สุทธิพงษ์เกียรติ, ปุณิกา สุ่มทอง, และวาสิณี อจจกิติ. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง คลินิกอายุรกรรม โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(5), 60–66.
- ปวีตรา ทองมา. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 13(1), 50–62.
- พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์, และเชษฐา แก้วพรม. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 91–106.
- รัตนา พึ่งเสมา. (2565). โรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 15(1), 40–49.
- วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรพรหม พรหมทอง, มนตรี รักภักดี, และกัญญา มุสิกษะชนะ. (2566). การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จังหวัดตรัง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 237–254.
- วิริยา กันบัวลา, ณชนก เอียดสุข, และอาภรณ์ ดินาน. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับไขมันในเลือดของผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 1–14.
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เจริญทิพย์เสกุล. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 2(1), 1–19.

- ศิริพร จริยาจิรวัดนา, ภัทรพร บุตรดี, และพรวิมล นภาศัย. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 45(2), 25–38.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579)*. สืบค้นจาก https://www.govesite.com/uploads/20180523145338BfC0fPw/20210211155742_4_c2zYeNV.pdf
- สำราญ กาศสุวรรณ, ทศนี้อย นุญอริยเทพ, และรุ่งกนิ ปินใจ. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลร่องเข้ อำเภอร่องขวาง จังหวัดแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 30(2), 27–42.
- สุภาพ อารีเอื้อ, และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 26(2), 188–202.
- เสาวลักษณ์ บู่ทอง, และพัชรา พลเยี่ยม. (2566). สถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 6 ปี พ.ศ. 2562–2564. *วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี*, 1(2), 74–89.
- อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, อติญาณ์ ศรีเกษตริน, จินตนา ทองเพชร, วารุณี เกตุอินทร์, ณิชพร อุทัยธรรม, สุปราณี หมู่คู่ย์, และทิพวัลย์ มีทรัพย์. (2564). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงในบริบทคลินิกหมอครอบครัว: กรณีศึกษาในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 15(2), 155–173.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
- Cohen, J. (1988). *Power tables for effect sized*. Retrieved from http://psych.unl.edu/hoffman/Sheets/Workshops/Power_Tables.pdf
- Creer, L. T. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.). *Handbook of self-regulation* (pp. 601–629). San Diego, CA: Academic Press.

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย*

Factors Affecting Nutritional Care Behaviors in Preschool Children among Ethnic Parents, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province*

รุจีรัฐ ทะนาวา, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Rujeerat Thanawa, M.P.H. (Public Health)¹

พันธ์ทิพย์ หินหุ่มเพชร, Ph.D. (Environmental Toxicology)²

Pantip Hinhumpatch, Ph.D. (Environmental Toxicology)²

สุดาวดี ยะสะกะ, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)³

Sudawadee Yasaka, Dr.P.H. (Public Health)³

Received: July 4, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: November 29, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 188 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลของเด็กก่อนวัยเรียน และแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .71

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

³ Instructor, Faculty of Public Health, Naresuan University

ทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .72 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ มีค่าความเชื่อมั่น .72 และพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน มีค่าความเชื่อมั่น .70 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง ($M = 44.05, SD = 3.87$) กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 33.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .332, p < .001$) โดยทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .329, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนและความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนให้แก่ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โภชนาการ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองกลุ่มชาติพันธุ์

Abstract

This predictive correlational research aimed to study factors affecting nutritional care behaviors in preschool children among ethnic parents. The samples were composed of 188 ethnic parents of preschool children, Wiang Pa Pao District, Chiang Rai Province. The research instruments included a data record form for preschool children and a five-part questionnaire for ethnic parents: personal factors, knowledge of preschool children nutrition with a reliability of .71, attitude toward preschool children nutrition with a reliability of .72, perceived nutrition with a reliability of .72, and nutritional care behaviors in preschool children with a reliability of .70. Data were collected in February 2019. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the mean score of nutritional care behaviors in preschool children among ethnic parents was at a moderate level ($M = 44.05, SD = 3.87$). Lahu ethnic group, knowledge of preschool children nutrition, and attitude toward preschool children nutrition could statistically significantly jointly predict nutritional care behaviors in preschool children among ethnic parents at 33.20% ($\text{adj. } R^2 = .332, p < .001$).

The most predicting factor was attitude toward preschool children nutrition (Beta = .329, $p < .001$).

This research suggests that relevant agencies should promote attitude toward preschool children nutrition and knowledge of preschool children nutrition among ethnic parents. This will help parents enhance their nutritional care behaviors in preschool children.

Keywords: Nutrition, Preschool children, Ethnic parents

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประสบกับวิกฤตด้านโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่ม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีการเสียชีวิต 52 ล้านคน มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 155 ล้านคน และมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ 41 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2018) นอกจากนี้ การระบาดของ COVID-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ยังส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด คือ กลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากสถิติภาวะโภชนาการในเด็ก ขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2563 พบว่า เด็ก ในทวีปเอเชียมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 78 ล้านคน และมี น้ำหนักเกินเกณฑ์ 17 ล้านคน (WHO, 2020) สำหรับ ประเทศไทย พบปัญหาด้านโภชนาการมากถึงร้อยละ 18 (สถาบันอาหาร, 2559) จากการศึกษาสถานการณ์ เกี่ยวกับเด็กในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่า ความชุกของปัญหาด้านโภชนาการในเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.10 โดยปัญหาด้านโภชนาการ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ส่วนสูง ต่ำกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักเกินเกณฑ์ ซึ่งปัญหาด้าน โภชนาการเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม สำหรับวัยเด็ก (กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ, 2560) จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย ปี 2562 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีปัญหา ภาวะเตี้ยร้อยละ 13.70 ภาวะผอมร้อยละ 8 และภาวะ น้ำหนักเกินร้อยละ 9 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย,

2565) ส่วนสถิติภาวะโภชนาการในประเทศไทย ปี 2559 พบว่า เด็กที่มีปัญหาภาวะโภชนาการส่วนใหญ่เป็นเด็ก กลุ่มชาติพันธุ์ อายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมีภาวะโภชนาการ ต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีส่วนสูง ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 46.50 และมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 58.40 (สมควร ใจกระจ่าง, 2560) ทั้งนี้ กลุ่มชาติพันธุ์มีทั้งหมดประมาณ 6.10 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 9.68 ของประชากรในประเทศไทย โดยกระจาย อยู่ใน 20 จังหวัดของประเทศไทย (กองกิจการนิคม สร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2559) หากปัญหาภาวะโภชนาการในเด็ก กลุ่มชาติพันธุ์ไม่ได้รับการแก้ไข อาจส่งผลกระทบต่อ ความเหลื่อมล้ำทางเชื้อชาติ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุข และสังคมในอนาคต

เชียงรายเป็นจังหวัดที่มีชุมชนบนพื้นที่สูงจำนวนมาก และมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง 237,766 คน คิดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ โดยประชากร กลุ่มชาติพันธุ์มีการกระจายแหล่งที่อยู่อาศัยบนพื้นที่สูง ทั้งหมด 18 อำเภอ โดยมี 6 อำเภอ ที่มีประชากรกลุ่ม ชาติพันธุ์มากที่สุด ตามลำดับ ได้แก่ อำเภอแม่ฟ้าหลวง อำเภอแม่สรวย อำเภอเมือง อำเภอเวียงแก่น อำเภอแม่จัน และอำเภอเวียงป่าเป้า (กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2559) จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของกลุ่มชาติพันธุ์ ที่อำเภอเวียงป่าเป้า ประกอบกับอำเภอเวียงป่าเป้ามียลัทธิชนพื้นที่เป็นชนบทและมีประชากรอาศัยอยู่

หลายเชื้อชาติ เช่น ไทยพื้นราบ อาข่า ม้ง ปกาเกอญอ ลาหู่ จึงเกิดความหลากหลายทางชาติพันธุ์ โดยมีประชากรกลุ่มชาติพันธุ์อาศัยอยู่สูงถึงร้อยละ 20.83 (กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, 2559) และมีโรงเรียนที่มีกลุ่มชาติพันธุ์เข้าศึกษาทั้งหมดโดยไม่มีชาวไทยพื้นราบถึง 7 แห่ง ได้แก่ โรงเรียนบ้านห้วยโป่ง โรงเรียนบ้านห้วยม่วง โรงเรียนบ้านเมื่อน้อย (นิมมานเหมินทานุสรณ์) โรงเรียนดอยเวียงผาพิทยา โรงเรียนบ้านแม่ป่วนหลวง โรงเรียนบ้านแม่ตะละ และโรงเรียนบ้านโป่งนก ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2 โดยพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนมีปัญหาด้านโภชนาการดังนี้ 1) น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 30.49 2) ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 39.34 3) น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 21.97 และ 4) น้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 2.95 (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2, 2560) ซึ่งจะส่งผลต่อการเจริญเติบโต ด้านร่างกาย การพัฒนาของสมอง ด้านการเรียนรู้ และด้านสังคม ทำให้พัฒนาการของเด็กไม่เหมาะสมตามวัย เรียนรู้ช้า แม่เด็กจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแต่ไม่สามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้ หากยังไม่แก้ไขเรื่องภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน

จากปัญหาภาวะโภชนาการของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะในเด็กก่อนวัยเรียน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก ซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน เช่น การจัดหาวัตถุดิบที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ การปรุงอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การดูแลเด็กในการรับประทานอาหาร ดังการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการจัดหาอาหารของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กด้านโภชนาการของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนได้ (ชมกร เขียวภูริเดช, ดวงฤทัย แสนคุ้มหอม, และสุดารัตน์ วันงามวิเศษ, 2565) และการศึกษา

ที่พบว่า การเตรียมอาหารของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนได้ หากผู้ปกครองเตรียมอาหารประเภท ผักหรือทอด อาหารกึ่งสำเร็จรูป นมปรุงแต่งรส ให้เด็กรับประทานมาก จะทำให้พฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนเพิ่มมากขึ้น (เสาวณีย์ เทศนุ้ย, เพ็ญมาศ สุคนธจิตต์, และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2564) ดังนั้น ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน รวมทั้งทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ปกครอง น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ซึ่งการที่ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์จะมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้องเข้าถึงแหล่งความรู้และมีความเข้าใจภาษาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้นั้น เมื่อผู้ปกครองมีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนแล้ว ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีและมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการที่เหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอเวียงป่าเป้า ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการและเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปพัฒนาพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย

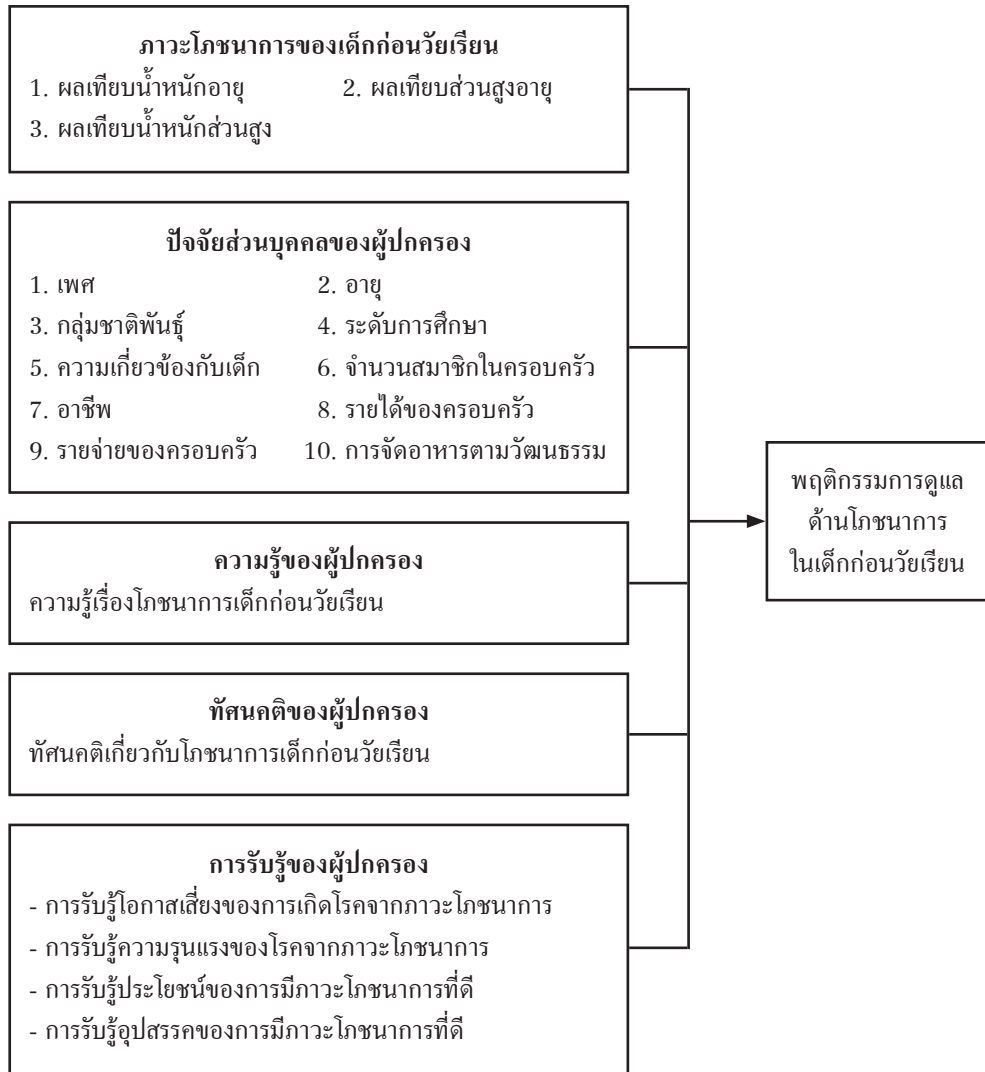
สมมติฐานการวิจัย

ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน (ผลเทียบน้ำหนักอายุ ผลเทียบส่วนสูงอายุ และผลเทียบน้ำหนักส่วนสูง) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง (เพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายของครอบครัว และการจัดอาหารตามวัฒนธรรม) ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ทักษะคิดเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ อ่าเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้ ทักษะคิด และการยอมรับปฏิบัติ (knowledge, attitude, and practice [KAP]) ของ Bloom (1956 อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2549) ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารจะก่อให้เกิดความรู้ ส่งผลต่อทัศนคติ และ

ก่อให้เกิดพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Maiman and Becker (1974) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบแรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่เป็นระดับความสนใจของผู้ป่วยที่มีต่อสุขภาพ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด KAP และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับนำตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วยผลเทียบน้ำหนักอายุ ผลเทียบส่วนสูงอายุ และผลเทียบน้ำหนักส่วนสูง 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วย เพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายของครอบครัว และการจัดอาหารตามวัฒนธรรม 3) ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน 4) ทักษะคิดเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และ 5) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ม้ง กระเหรี่ยง ลาหู่ ลีซู และลัวะ ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย จำนวน 307 คน (สำนักงาน

เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2, 2560) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ 1 ปีขึ้นไป 2) สื่อสารภาษาไทยได้ โดยสามารถอ่านและตอบแบบสอบถามได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 171 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที

แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (สำเร็จ จันทรสุวรรณ และสุวรรณ บัวทวน, 2547) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 188 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยการจับฉลากรายชื่อ นักเรียน ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละโรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านห้วยโป่ง จำนวน 8 คน โรงเรียนบ้านห้วยม่วง จำนวน 16 คน โรงเรียนบ้านเมืองน้อย (นิมมานเหมินทานุสรณ์) จำนวน 19 คน โรงเรียนดอยเวียงผาพิทยาศาสตร์ จำนวน 43 คน โรงเรียนบ้านแม่ปูลหวง จำนวน 47 คน โรงเรียนบ้านแม่ตะละ จำนวน 25 คน และโรงเรียนบ้านโป่งนก จำนวน 30 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลของเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ กลุ่มชาติพันธุ์ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก จำนวนสมาชิกในครอบครัว อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายจ่ายของครอบครัว และการจัดอาหารตามวัฒนธรรม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ วีรวัดย์ ศิรินาม (2561) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0-8.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (9.00-11.99 คะแนน) และในระดับดี (12.00-15.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ สิริกันย์ แก้วพรหม (2549) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับไม่ดี (15-34 คะแนน) ในระดับปานกลาง (35-55 คะแนน) และในระดับดี (56-75 คะแนน)

ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของณัฐณี แจ่มจำ (2549) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากภาวะโภชนาการ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากภาวะโภชนาการ การรับรู้ประโยชน์ของการมีภาวะโภชนาการที่ดี และการรับรู้อุปสรรคของการมีภาวะโภชนาการที่ดี จำนวนด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่ารับรู้หรือไม่รับรู้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามทางบวก หากตอบว่ารับรู้ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่รับรู้ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (0-6.99 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7.00-13.99 คะแนน) และในระดับดี (14.00-20.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบสอบถามของ

สุวรรณมา เชียงขุนทด และคณะ (2557) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรม การดูแลในระดับไม่ดี (20-33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (34-46 คะแนน) และในระดับดี (47-60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสำหรับผู้ปกครอง ส่วนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และส่วนพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแต่ละส่วนอยู่ในช่วง .67-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในกลุ่มชาติพันธุ์ โรงเรียนบ้านแม่ตำ ตำบลท่าก้อ อำเภอแม่สรวย จังหวัดเชียงราย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และส่วนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 และ .72 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และส่วนพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .72 และ .70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 038/2019 และ IRB

No. 1019/61 วันที่ 23 มกราคม 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงเรียนแต่ละแห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่โรงเรียนมีการประชุมผู้ปกครอง แนะนำตัวดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลาประมาณ 30 นาที ส่วนผู้วิจัยขอข้อมูลของเด็กก่อนวัยเรียนจากครูฝ่ายงานอนามัยโรงเรียนพร้อมบันทึกในแบบบันทึก ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลของเด็กก่อนวัยเรียน ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ข้อมูลความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ข้อมูลทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และข้อมูลพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า เด็กก่อนวัยเรียนเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.72 มีอายุ 6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.08 โดยมีอายุเฉลี่ย 5.60 ปี ($SD = .87$) ผลเทียบน้ำหนักอายุ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 70.74 ผลเทียบ

ส่วนสูงอายุ ส่วนใหญ่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 60.64 และผลเทียบน้ำหนักส่วนสูง ส่วนใหญ่สมส่วน คิดเป็นร้อยละ 80.85

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.02 มีอายุอยู่ในช่วง 31–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.74 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.51 ปี ($SD = 8.26$) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ คิดเป็นร้อยละ 71.28 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.04 ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเด็ก คือ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 62.23 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 5–7 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.40 โดยมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5.01 คน ($SD = 1.59$) ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 75 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 0–5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 86.70 โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 4,053.84 บาทต่อเดือน ($SD = 3,576.88$) มีรายจ่ายของครอบครัวอยู่ในช่วง 0–5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 97.87 โดยมีรายจ่ายของครอบครัวเฉลี่ย 2,149.79 บาทต่อเดือน ($SD = 1,601.48$) และมีการจัดอาหารตามวัฒนธรรม คิดเป็นร้อยละ 59.57

3. ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ผู้ปกครองฯ มีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลางมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.28 และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนในระดับน้อย ($M = 8.85, SD = 2.29$)

4. ทักษะเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ผู้ปกครองฯ ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน

ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 95.21 และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง ($M = 48.27, SD = 4.56$)

5. การรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ผู้ปกครองฯ มีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในระดับต่ำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.87 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลาง ($M = 12.35, SD = 4.38$)

6. พฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า ผู้ปกครองฯ มีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับไม่ดี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.87 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง ($M = 44.05, SD = 3.87$)

7. ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองฯ ได้ร้อยละ 33.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .332, p < .001$) โดยทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองฯ ได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .329, p < .001$) รองลงมา คือ กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ($\text{Beta} = .300, p < .001$) และความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน ($\text{Beta} = .184, p < .001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการ
ในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ (n = 188)

ปัจจัยทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน	.279	.053	.329	5.245	< .001
กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่	2.570	.550	.300	4.673	< .001
ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน	.309	.111	.184	2.783	< .001

Constant = 26.005, R = .585, R² = .342, adj. R² = .332, F = 31.930, p < .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนในระดับปานกลาง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในเรื่องภาวะโภชนาการของเด็ก คือ การดูแลเรื่องอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็ก แต่เนื่องจากบริบทพื้นที่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งภาษาที่ใช้ในการสื่อสารก็มีความแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการเพียงแค่ระดับปานกลาง นอกจากนี้ ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ (ร้อยละ 71.28) ซึ่งมีวิถีชีวิตที่พึ่งพาธรรมชาติเป็นหลัก ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ปลูกข้าว ข้าวโพด โดยมักปลูกเพื่อบริโภคในครัวเรือนมากกว่าขาย รองลงมา คือ อาชีพรับจ้าง กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ไม่ชอบความวุ่นวาย มักตั้งถิ่นฐานบนพื้นที่สูง (สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดเชียงราย, 2559) และมักอาศัยอยู่รวมกันเป็นแบบครอบครัวใหญ่ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อย่างไรก็ตาม ทางโรงเรียนมีระบบการจัดการเรื่องโภชนาการ มีการจัดสรรอาหารกลางวันให้แก่เด็กก่อนวัยเรียน และทางพื้นที่รับผิดชอบของเขตองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นได้มีการจัดสรร

นมโรงเรียนให้แก่โรงเรียน รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการประเมินภาวะโภชนาการให้แก่เด็กในโรงเรียน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิวัน ละมุนเทียร, วิภากร สอนสนาม, ชูดาภา เพิ่มวงศ์, และมยุรี กมลบุตร (2565) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมโภชนาการแก่เด็กก่อนวัยเรียนในระดับดีมาก

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน และทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้ร้อยละ 33.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนดี จะมีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ทัศนคติประกอบด้วยความคิดและความรู้เป็นหลัก เมื่อบุคคลมีความรู้จะส่งผลต่อทัศนคติ และก่อให้เกิดพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม (Bloom, 1956 อ้างถึงในสุรพงษ์ โสชนะเสถียร, 2549) ซึ่งครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลด้านโภชนาการแก่เด็ก โดยผู้ปกครองต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิธีการเลี้ยงดูให้เหมาะสม

(อุรุวรรณ เข้มบริสุทธี, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีการอยู่อาศัยบนพื้นที่สูง มีการจัดอาหารตามวัฒนธรรมของตนเอง โดยวัตถุดิบที่ใช้ประกอบอาหารเป็นพืชผักที่ปลูกเองมากกว่าการซื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตานัน เตชยานนท์ และ บังอร ศิริสัญลักษณ์ (2558) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีวัฒนธรรมเฉพาะกลุ่ม ทั้งด้านการอยู่อาศัยและการบริโภคอาหาร มีการหาวัตถุดิบจากแหล่งที่มาจากธรรมชาติหรือการเพาะปลูกมากกว่าการซื้อขาย ซึ่งความใกล้ชิดกับธรรมชาติดังกล่าวอาจส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ความรู้เกิดจากพฤติกรรมการเรียนรู้ รวมถึงการมองเห็น การได้ยิน และการจำได้ เมื่อบุคคลมีความรู้จะส่งผลต่อทัศนคติและก่อให้เกิดพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม (Bloom, 1956 อ้างถึงในสุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2549) ซึ่งความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่และวัฒนธรรม โดยผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์มีการอาศัยอยู่บนพื้นที่สูง ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารมีความแตกต่างกัน การเข้าถึงเทคโนโลยีเกี่ยวกับข้อมูลด้านโภชนาการอาจไม่เพียงพอเท่ากับผู้ปกครองไทยพื้นราบ ซึ่งผู้ปกครองไทยพื้นราบมีการอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการมากกว่าผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ จึงทำให้ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน

ในระดับน้อย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของชมกร เขียวภูริเดช, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และวนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ (2562) ที่พบว่า ผู้ปกครองที่เด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะผอม มีความรู้ทางโภชนาการน้อยกว่าผู้ปกครองที่เด็กก่อนวัยเรียนมีภาวะสมส่วน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนและความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียนให้แก่ผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ โดยใช้กลวิธีที่น่าสนใจและใช้สื่อที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลด้านโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางการจัดการปัญหาโภชนาการในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ โดยเน้นการเสริมสร้างทัศนคติและความรู้เรื่องโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน

เอกสารอ้างอิง

- กฤตานัน เตชยานนท์, และบังอร ศิริสัญลักษณ์. (2558). การดำรงความเป็นลาหู่ในโลกสมัยใหม่. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2558* (น. 1102-1108). สืบค้นจาก <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2015/G4-64.pdf>
- กองกิจการนิคมสร้างตนเองและพัฒนาชาวเขา กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ. (2559). *ทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง ครอบคลุมพื้นที่ 20 จังหวัดของประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2559*. สืบค้นจาก https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/pa2564-1-27/download?id=70081&mid=35117&mkey=m_document&lang=th&did=22762

- กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ. (2560). *เด็กทุกคน สำคัญเสมอ*. สืบค้นจาก https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Fact_Sheet_TH.pdf
- ณัฐณี แจ้งจำ. (2549). *การรับรู้โภชนาการชนมที่มีต่อเด็กปฐมวัยของผู้ค้าปลีกในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธมกร เขียวภูริเดช, ดวงฤทัย แสนคุ้มหอม, และสุภารัตน์ วันงามวิเศษ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(3), 149–157.
- ธมกร เขียวภูริเดช, พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และวนิดา เสนะสุทธิพันธุ์. (2562). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านผู้ปกครองในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะผอมและภาวะอ้วนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(3), 75–83.
- วิวัฒน์ ละมุนเทียร, วิภากร สอนสนาม, ชุตานา เพิ่มวงศ์, และมยุรี กมลบุตร. (2565). ความรู้ ทักษะการปฏิบัติกรรมการสร้างเสริมโภชนาการของผู้ดูแลและระดับภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารการพยาบาล*, 24(1), 67–74.
- วีรวัลย์ สิรินาม. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สถาบันอาหาร. (2559). *เด็กอาเชียนเผชิญภาวะวิกฤต 'โรคขาดสารอาหาร-อ้วน'*. สืบค้นจาก http://fic.nfi.or.th/foodindustry_ceo_view.php?smid=1276
- สมควร ใจกระจ่าง. (2560). *โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยเด็กและเยาวชน ในถิ่นทุรกันดาร (กพด.) อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่*. สืบค้นจาก <http://docanamai.homeip.net/index.php?r=str-project/view&id=1183#>
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาเชียงราย เขต 2. (2560). *ระบบจัดเก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคล*. สืบค้นจาก <https://portal.bopp-obec.info/obec60/publicstat/report?areaCode=57020000&schoolCode=>
- สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดเชียงราย. (2559). *เสน่ห์ เชียงราย หลากหลายชาติพันธุ์สารอาหาร*. สืบค้นจาก https://www.mculture.go.th/chiangrai/article_attach/article_fileattach_20161103104554.pdf
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2565). *รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ*. สืบค้นจาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/ebnutritionsurveillance/4261#wow-book/>
- สำเร็จ จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). *คู่มือการใช้สถิติสำหรับกรวิจัยทางสังคมศาสตร์. คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สิริกัญญ์ แก้วพรหม. (2549). *พฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอนำสาคร จังหวัดนครศรีธรรมราช* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2549). *การสื่อสารในองค์กร*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ประสิทธิ์ภัณฑ์แอนด์พริ้นติ้ง.

- สุวรรณมา เชียงขุนทด, ชนิดา มัททวางกูร, กุลธิดา จันท์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ, นารี รมย์นุกูล, จุติมา อุดมศรี, และสมหญิง เหง้ามูล. (2557). *ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร (รายงานผลการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม.
- เสาวณีย์ เทศนุ้ย, เพ็ญมาศ สุคนธ์จิตต์, และกิตติพร เนาวีสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอตะโหนด จังหวัดพัทลุง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 101–116.
- อุรวรรณ แยมบริสุทธิ์. (2563). เด็กอ้วน.....ปัญหาที่ท้าทายครอบครัวและสังคม. *วารสารโภชนาการ*, 55(1), 17–40.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610. Retrieved from <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–353. doi:10.1177/109019817400200404
- World Health Organization. (2018). *Malnutrition*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- World Health Organization. (2020). *Nutrition*. Retrieved from <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/infant-nutrition>

ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยา ต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป* Effects of Using a Video Media on Knowledge in Prevention of Multidrug-resistant Organisms among Patients in a General Hospital *

จutharat Sreevichai, M.N.S. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)² นงค์คราญ วิเศษกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)³
Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)² Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 5, 2023

Revised: December 5, 2023

Accepted: December 18, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย

* ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ A Part of 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 มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 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: j.sreevichai@gmail.com

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.504, p < .001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.823, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการแพทย์ควรส่งเสริมการนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์, ความรู้, เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน, ผู้ป่วย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of using a video media on knowledge in prevention of multidrug-resistant organisms (MDROs) among patients. The samples were 60 patients undergoing treatment in the medical units of a general hospital, and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the video media for MDROs infection prevention for patients, the demographic data questionnaire, and the knowledge in prevention of MDROs test with a reliability of .83. The implementation and data collection were conducted from December 2020 to February 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Fisher's exact test, paired *t*-test, independent *t*-test, and Chi-square test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean score of knowledge in prevention of MDROs than that of before the experiment ($t = 12.504, p < .001$) and that of the control group ($t = 7.823, p < .001$).

This research suggests that nurse executives should encourage application of this video media for MDROs infection prevention for patients in hospitals. This will help patients increase their knowledge in prevention of MDROs.

Keywords: Video media, Knowledge, Multidrug-resistant organisms, Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (multidrug-resistant organisms [MDROs]) เป็นภัยคุกคามที่สำคัญ เนื่องจากมีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ drug-resistant *Streptococcus pneumoniae* จำนวน 900,000 ครั้ง methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) จำนวน 323,700 ครั้ง และ extended spectrum beta-lactamases-producing *Enterobacteriaceae* จำนวน 197,400 ครั้ง จากผู้ป่วยที่เฝ้าระวังทั้งหมด (Centers for Disease Control and Prevention, 2019) และศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2562) ได้รายงานอัตราการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในช่วงปี พ.ศ. 2542-2562 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการดื้อยา กลุ่ม imipenem ของเชื้อ *Acinetobacter* spp. โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.40 ในปี พ.ศ. 2542 เป็นร้อยละ 68.40 ในปี พ.ศ. 2562

การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานก่อให้เกิดผลกระทบและความรุนแรงของการติดเชื้อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว โรงพยาบาล และสังคม (Bartsch et al., 2017) เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสามารถแพร่กระจายได้ง่ายและมีโอกาสปนเปื้อนในบุคลากรสิ่งแวดล้อมทั่วไป รวมทั้งตัวผู้ป่วยเอง (Sereia et al., 2018) ซึ่งสามารถติดต่อจากการสัมผัส (contact transmission) ได้แก่ 1) การสัมผัสทางตรง (direct contact) จากมือบุคลากรที่ปนเปื้อนเชื้อหลังการสัมผัสผู้ป่วย สารคัดหลั่ง อุปกรณ์การแพทย์ แล้วมาสัมผัสผู้ป่วยอีกรายหนึ่งโดยไม่ได้ทำความสะอาดมือ (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561; Blanco, O'Hara, & Harris, 2019) จากการศึกษาในประเทศบราซิลพบว่า มือบุคลากรมีการปนเปื้อนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานร้อยละ 32.60 (Sereia et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

หลายขนานปนเปื้อนในมือผู้ป่วยร้อยละ 10 (Mody et al., 2019) และ 2) การสัมผัสทางอ้อม (indirect contact) เกิดจากการสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วย หรือเครื่องมือแพทย์ที่มีการปนเปื้อนเชื้อ เนื่องจากการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อในอุปกรณ์การแพทย์ไม่ดีพอก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย (อะเคื่อ อุณหเลขกะ, 2561; Blanco et al., 2019) ดังการศึกษาที่พบว่า มีการทำความสะอาดหูฟัง (stethoscope) ก่อนและหลังการใช้กับผู้ป่วยในระดับต่ำ และมีการปนเปื้อนเชื้อ *Staphylococcus* ร้อยละ 6.80-14.00 (Knecht et al., 2019) ดังนั้น ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงมีโอกาสติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้ (Tran et al., 2019)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเกี่ยวข้องกับหลักการระบาดวิทยา คือ 1) ตัวผู้ป่วย จากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักเข้ารับการรักษาด้านโรงพยาบาลบ่อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น และมีประวัติได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ (Wang, Oppong, Liang, Duan, & Yang, 2020) รวมทั้งได้รับการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ จึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Kalluru et al., 2018) 2) เชื้อจุลชีพก่อโรค โดยเฉพาะเชื้อที่สามารถทำลายยาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาและถ่ายทอดยีนดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปสู่เชื้อตัวอื่นๆ ได้ง่าย และมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว (อนุชา อภิสารธนรักษ์, 2554) และ 3) สิ่งแวดล้อม เช่น เตียง ราวกันเตียง ลูกบิดประตู เก้าอี้ มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน (Pilmis et al., 2020)

นอกจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว ผู้ป่วยเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการช่วยลดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ดังนั้น การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่ได้ผลจะต้องมีการบูรณาการหลายวิธีร่วมกัน ซึ่งควรมุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หากบุคลากรสุขภาพมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมี

การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานได้ถูกต้อง และช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการติดเชื้อในโรงพยาบาล ร้อยละ 66.40 และการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากการสัมผัสผ่านมือ ร้อยละ 59.80 แต่เคยได้รับความรู้เรื่องการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 66.20 (สมรรถนทร ตะริโย, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และนงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การอธิบาย การบรรยาย การสาธิต การใช้สื่อการสอน ซึ่งการสอนหรือการอธิบายด้วยปากเปล่ามีข้อจำกัด คือ ผู้เรียนไม่สามารถกลับมาทบทวนเนื้อหาได้ ส่วนการสอนโดยมอบคู่มือแก่ผู้ป่วยเป็นการสื่อสารแบบทางเดียว สำหรับการสอนโดยใช้เฉพาะสื่อที่เป็นตัวหนังสือและรูปภาพ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ จะกระตุ้นความสนใจและการเรียนรู้ของผู้เรียนได้น้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการอ่านและการมองเห็นของผู้ป่วย (ณรงค์ กาญจนะ, 2560; นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562)

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมีหลากหลายวิธี โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ควรนำหลักการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ ซึ่งระบุไว้ว่า การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยผู้ใหญ่จะยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง และมุ่งนำความรู้ไปใช้ได้ทันที โดยผู้สอนจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในกิจกรรม โดยการนำสื่อวีดิทัศน์มาเป็นสิ่งเร้าเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์เป็นหนึ่งในสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสอนการเรียนรู้ เป็นการนำเสนอทั้งภาพและเสียง ช่วยดึงดูดความสนใจในกระบวนการเรียนรู้ (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) และยังมีส่วนสำคัญต่อปัจจัยในการสร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นสื่อการสอนที่ให้ผลลัพธ์

ที่ดีที่สุด (Ljubojevic, Vaskovic, Stankovic, & Vaskovic, 2014; Stone, Cooke, & Mitchell, 2020) ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามความสะดวก ซึ่งสื่อที่ใช้ในปัจจุบันมีการจัดทำเฉพาะเรื่อง การนำสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เป็นสื่อที่มีภาพและเสียง สามารถทบทวนเนื้อหาการสอนได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ขวัญตา งามพริ้ง (2562) ได้มีการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย แต่ยังไม่พบการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาลทั่วไปที่ครอบคลุมทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

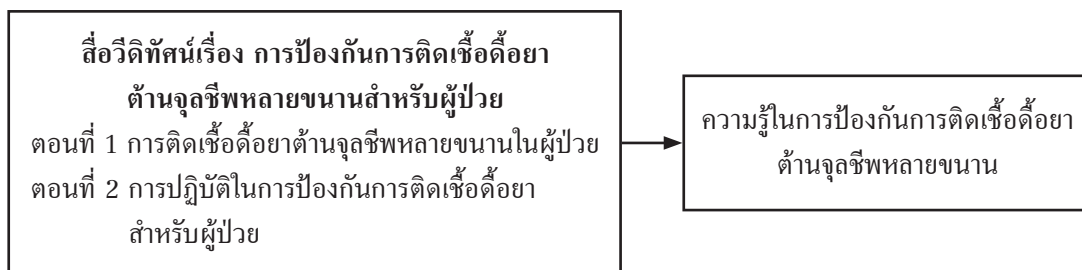
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

หลายขนานมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles, Holton, & Swanson, 2011) ซึ่งเชื่อว่า การเรียนรู้ของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน ผู้ใหญ่จะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ และมุ่งนำความรู้ไปใช้ได้ทันที โดยผู้สอนจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในกิจกรรมเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งผู้วิจัยนำทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่มาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเบื่อหน่ายหรือเมื่อยล้า และมีสมาธิในการเรียนรู้ ทั้งนี้ สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วย ประกอบด้วย

เนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย การปฏิบัติในการป้องกัน การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย อันประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การทำความสะอาดมือ และการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ครอบคลุมทุกกิจกรรม ตรงกับความต้องการและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย สามารถทบทวนเนื้อหาได้ สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหา และสามารถนำความรู้ที่ได้จากสื่อวีดิทัศน์ไปปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้อย่างถูกต้องต่อไป สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไป โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ

18-60 ปี 2) สื่อสารภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด และการมองเห็น และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 (คำนวณจากการศึกษาของขวัญตา จามพริ้ง

[2562]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Hungler, 1999) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วย จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามเพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) และระดับการศึกษา (ใกล้เคียงกัน) ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย ของขวัญดา งามพริ้ง (2562) ความยาวทั้งสิ้น 19 นาที 38 วินาที ประกอบด้วย 1) ส่วนนำ เป็นการแนะนำผู้จัดทำสื่อวีดิทัศน์ ความยาว 35 วินาที 2) ส่วนเนื้อหา ความยาว 18 นาที 5 วินาที แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วย (ความยาว 6 นาที 58 วินาที) มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ และวิถีทางการได้รับเชื้อ และตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาสำหรับผู้ป่วย (ความยาว 11 นาที 7 วินาที) มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การทำความสะอาดมือ และการป้องกันการติดเชื้อเมื่อกลับบ้าน และ 3) ส่วนท้าย เป็นการขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ความยาว 58 วินาที ทั้งนี้ ผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เท่ากับ 1.21

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย

ใช้แบบสอบถามของขวัญดา งามพริ้ง (2562) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวเรื้อรัง การได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ เหตุผลที่ได้รับยาต้านจุลชีพ และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผู้วิจัยใช้แบบวัดของขวัญดา งามพริ้ง (2562) ประกอบด้วยความหมายของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบจากการติดเชื้อ วิถีทางการได้รับเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติของผู้ป่วยในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน รวมจำนวน 25 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้เรื่องการป้องกันฯ น้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้เรื่องการป้องกันฯ มาก

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 116/2020 วันที่ 22 ตุลาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพะเยา (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No.134 วันที่ 8 ธันวาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนิน

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป เข้าพบรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยในวันแรกของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในห้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม เช่น การให้คำแนะนำ การแจกแผ่นพับให้ความรู้

3. ในวันที่ 3 ของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในห้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว ให้ตอบแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10–15 นาที จากนั้นมอบคู่มือพร้อม QR code ที่สามารถเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ได้ เพื่อให้ได้เรียนรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

4. ในวันแรกของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในห้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์

สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที

5. ในวันที่ 2 ของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองรอบละ 1–2 คน (จัดตามความสะดวกของกลุ่มทดลอง) ในห้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว นำสื่อวีดิทัศน์ให้ได้เรียนรู้ โดยใช้เวลารอบละ 19 นาที 38 วินาที พร้อมเปิดโอกาสให้ได้ทบทวนเนื้อหาจากสื่อวีดิทัศน์ได้ตามความต้องการ โดยผู้วิจัยบันทึกจำนวนครั้งของการชมสื่อวีดิทัศน์ของกลุ่มทดลองแต่ละคน

6. ในวันที่ 3 ของการพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในห้องที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว ให้ตอบแบบวัดความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10–15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.93 ปี ($SD = 10.81$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.34 มีโรคประจำตัวเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 56.67 โดยโรคประจำตัวเรื้อรังที่พบ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ คิดเป็นร้อยละ 40 โดยเหตุผลที่ได้รับยาต้านจุลชีพส่วนใหญ่คือ มีการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 91.67 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.53 ปี ($SD = 10.61$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.34 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 73.33

โดยโรคประจำตัวเรื้อรังที่พบ คือ โรคเบาหวาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.22 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านจุลชีพ คิดเป็นร้อยละ 46.67 โดยเหตุผลที่ได้รับยาต้านจุลชีพ ส่วนใหญ่คือ มีการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 64.29 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน คิดเป็นร้อยละ 36.67

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.504, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความรู้ในการป้องกัน การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)	19.77	2.58	24.20	1.06	12.504	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)	19.97	2.78	20.00	2.74	.087	.931

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.823, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	19.77	2.58	19.97	2.78	.288	.774
หลังการทดลอง	24.20	1.06	20.00	2.74	7.823	< .001

4. การเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานที่

ตอบถูกต้องรายข้อมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสทั้งการสัมผัสทางตรงและการสัมผัสทางอ้อม และการทำความสะอาดมือ (ข้อที่ 4, 5, 6, 8, 9, 16, 21 และ 22) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ยาต้านจุลชีพ คือ ยาที่ออกฤทธิ์ฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลชีพหรือที่เรียกว่า ยาปฏิชีวนะ ซึ่งไม่ใช่ยาแก้อักเสบ	29	96.67	24	80.00	.051 ^a
2. เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน หมายถึง เชื้อจุลชีพที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพหลายชนิดที่เคยใช้รักษาการติดเชื้อชนิดนั้นๆ ได้	29	96.67	26	86.67	.177 ^a
3. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคไต โรคกระเพาะ จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มมากขึ้น	29	96.67	28	93.33	.500 ^a
4. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน มีโอกาสติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีเชือบนเรือนอยู่ในสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	30	100.00	25	83.33	.026 ^a

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ความรู้ในการป้องกัน การติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
5. เชื้อแบคทีเรียบางชนิดที่มีอยู่ในร่างกายของคนปกติไม่สามารถก่อให้เกิดการติดเชื้อในภาวะที่ร่างกายอ่อนแอได้	28	93.33	12	40.00	< .001 ^b
6. เชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานสามารถอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยได้ เช่น รวากันเตียง โต๊ะข้างเตียง ลูกบิดประตู	30	100.00	22	73.33	.002 ^a
7. การติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นและมีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น	30	100.00	28	93.33	.246 ^a
8. เชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานสามารถแพร่กระจายจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งได้โดยการสัมผัสผิวหนัง ร่างกาย หรืออวัยวะต่างๆ	30	100.00	16	53.33	< .001 ^b
9. การสัมผัสเครื่องมือทางการแพทย์และของใช้ส่วนรวมในหอผู้ป่วย มีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อคือยาด้านจุลชีพหลายขนานได้	29	96.67	21	70.00	.006 ^b
10. แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนควรทำความสะอาดมือก่อนการสัมผัสตัวผู้ป่วย	30	100.00	29	96.67	.500 ^a
11. ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องทำความสะอาดมือ ก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และก่อนรับประทานยา	30	86.67	26	86.67	.056 ^a
12. ผู้ป่วยต้องทำความสะอาดมือ หลังสัมผัสแผล หลังการใช้ห้องน้ำ และหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เช่น รวากันเตียง ลูกบิดประตู	30	100.00	30	100.00	-
13. หากมือของผู้ป่วยเปื้อนเลือด น้ำมูกหรือน้ำลาย ผู้ป่วยควรทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ	30	100.00	30	100.00	-
14. การทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่ให้ครบทุกขั้นตอน ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 15-20 วินาที	30	100.00	28	93.33	.246 ^a

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม (ต่อ)

ความรู้ในการป้องกัน การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
15. หลังการทำความสะอาดมือด้วยน้ำและสบู่แล้ว ต้องล้างออกด้วยน้ำที่ไหลผ่าน และเช็ดมือให้แห้งด้วยกระดาษหรือผ้าที่สะอาดที่ใช้ครั้งเดียว	30	100.00	29	96.67	.500 ^a
16. การทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลให้ครบทุกขั้นตอน ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 10 วินาที	17	56.67	1	3.33	< .001 ^b
17. หลังการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ควรรอจนกว่าแอลกอฮอล์จะระเหยจนแห้ง จึงจะถือว่าเสร็จสิ้นการทำความสะอาดมือที่ถูกต้อง	30	100.00	27	90.00	.119 ^a
18. การทำความสะอาดมือสามารถลดจำนวนเชื้อจุลชีพที่ปนเปื้อนบนมือ และช่วยป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้	30	100.00	27	90.00	.119 ^a
19. ผู้ป่วยไม่ควรเข้าไปในบริเวณที่มีผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานนอนรับการรักษาอยู่	30	100.00	26	86.67	.056 ^a
20. ผู้ป่วยไม่ควรใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าห่ม ผ้าเช็ดตัว แก้วน้ำ จาน ชาม ช้อน กรรไกรตัดเล็บ มีดโกนหนวด	30	100.00	29	96.67	.500 ^a
21. เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยจะไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน	27	90.00	13	43.33	< .001 ^b
22. หากเกิดการเจ็บป่วยที่บ้าน สามารถไปซื้อยาต้านจุลชีพมากินเอง หรือกินยาต้านจุลชีพที่เหลือจากการรักษาครั้งก่อนได้	29	96.67	19	63.33	.001 ^b
23. เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยควรทำความสะอาดมือก่อนรับประทานอาหาร หลังสัมผัสเนื้อหมูสด หลังถ่ายอุจจาระ	30	100.00	28	93.33	.246 ^a

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกต้องหลังการทดลอง จำแนกตามความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นรายข้อ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ความรู้ในการป้องกัน การติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนาน	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
24. ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ที่ไม่ได้ปรุงให้สุก เช่น เนื้อสัตว์ที่ลวกไม่สุก ลาบหมูดิบ เนื่องจากอาจมีการปนเปื้อนของเชื้อคือยาจากดินหรือมูลสัตว์	29	96.67	26	86.67	.177 ^a
25. ผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน	30	100.00	30	100.00	-

หมายเหตุ a = Fisher's exact test, b = Chi-square test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ขอขยายได้ว่า การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Knowles et al., 2011) ซึ่งสื่อวีดิทัศน์เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ โดยสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้นั้นนำเสนอเนื้อหาที่มีความยาว 19 นาที 38 วินาที ซึ่งอยู่ในระยะเวลาไม่เกิน 20-30 นาทีนั้น นับเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในการรับรู้ที่ดี พร้อมทั้งให้ความสนใจและมีความทนต่อการดูเนื้อหา (Potter & Perry, 2007) การใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยเป็นการแสดงภาพเคลื่อนไหวสามารถทำให้ผู้ป่วยจดจำภาพที่ใกล้เคียงกับความจริงที่เป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้พร้อมทั้งเข้าใจเนื้อหาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อีกทั้งยังเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง

ดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเบื่อหน่าย เมื่อมีสมาธิในการเรียนรู้ โดยสื่อวีดิทัศน์เป็นหนึ่งในสื่อที่มีประสิทธิภาพในการสอนการเรียนรู้ (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) และยังมีส่วนสำคัญต่อปัจจัยในการสร้างแรงจูงใจและการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นสื่อการสอนที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด (Ljubojevic et al., 2014; Stone et al., 2020) ดังผลการศึกษารายการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดมือของผู้ป่วยโดยสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้และส่งเสริมการทำความสะอาดมือนั้น ทำให้เกิดการโน้มน้าวใจ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในเนื้อหาเพิ่มมากขึ้น (Lim, Kilpatrick, Storr, & Seale, 2018) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้สื่อวีดิทัศน์ได้ตามความต้องการ โดยผู้วิจัยอำนวยความสะดวกจัดห้องที่เงียบสงบให้เรียนรู้ ซึ่งสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนาน ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ ผลกระทบจากการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพหลายขนาน วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อคือยาต้านจุลชีพ

หลายขนานสำหรับผู้ป่วย อันประกอบด้วย การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัส การทำความสะอาดมือ และการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเมื่อกลับบ้าน ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ครอบคลุมทุกกิจกรรม ตรงกับความต้องการและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย สามารถทบทวนเนื้อหาได้ สร้างแรงจูงใจในการเรียนรู้ ก่อให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหา และสามารถนำความรู้ที่ได้จากสื่อวีดิทัศน์ไปปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานได้อย่างถูกต้องต่อไป อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีเพศ อายุ และระดับการศึกษา รวมทั้งคะแนนความรู้ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แม้กลุ่มควบคุมจะมีผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานมากกว่ากลุ่มทดลอง ดังนั้น หลังการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์กลุ่มทดลองจึงมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนที่ตอบถูกต้องของความรู้รายข้อหลังได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์พบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนที่ตอบถูกต้องของความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การป้องกันการติดเชื้อจากการสัมผัสทั้งการสัมผัสทางตรงและการสัมผัสทางอ้อม และการทำความสะอาดมือ โดยสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้มีความสะดวก สามารถนำมาดูซ้ำได้หลายครั้งเมื่อผู้เรียนเกิดความไม่เข้าใจ ช่วยให้เห็นเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างชัดเจน เพราะมีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน รวมทั้งเนื้อหาการสอนมีความคงที่เหมือนกันทุกครั้ง (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญตา งามพริ้ง (2562) ที่พบว่า หลังการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ของ Ha, Lee, Jeong, and Jang (2020) ที่พบว่า หลังการใช้สื่อวีดิทัศน์

ในการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรส่งเสริมการนำสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ได้ตามความสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วย โดยมีการวัดผลซ้ำในระยะยาวระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญตา งามพริ้ง. (2562). *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณรงค์ กาญจนะ. (2560). *วิธีสอน (Teaching methods)*. สืบค้นจาก <http://skruteachingmethods.blogspot.com/p/blog-page.html>
- นงศ์คราญ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชตนาพริ้นท์.
- ศูนย์เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแห่งชาติ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2562). *Antimicrobial resistance 2000-2019 (6M)*. สืบค้นจาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/>

- สมรรถเนตร ตะริโย, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และ
นงศ์คราญ วิเศษกุล. (2562). ความรู้ ทัศนคติ
และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของ
ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*,
46(3), 25–37.
- อนุชา อภิศารณรักษ์. (2554). *ตำราพยาบาลวิทยา
และมาตรการควบคุมของเชื้อจุลชีพดี้อย่าใน
โรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เวชสาร.
- อะเคื่อ อุณหเลขกะ. (2561). *แนวทางการป้องกันและ
ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์.
- Bartsch, S. M., McKinnell, J. A., Mueller, L. E.,
Miller, L. G., Gohil, S. K., Huang, S. S., &
Lee, B. Y. (2017). Potential economic burden
of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae*
(CRE) in the United States. *Clinical
Microbiology and Infection*, 23(1), 48.e9–
48.e16. doi:10.1016/j.cmi.2016.09.003
- Blanco, N., O'Hara, L. M., & Harris, A. D. (2019).
Transmission pathways of multidrug-
resistant organisms in the hospital setting:
A scoping review. *Infection Control and
Hospital Epidemiology*, 40(4), 447–456.
doi:10.1017/ice.2018.359
- Centers for Disease Control and Prevention.
(2019). *Antibiotic resistance threats in
the United States 2019*. Retrieved from
[https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/
threats-report/2019-ar-threats-report-
508.pdf](https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-report-508.pdf)
- Ha, B. Y., Lee, I. S., Jeong, S. G., & Jang, C. S.
(2020). Effect of web-based video self-
management education program for
infection prevention in patients with cancer
receiving chemotherapy: A preliminary
study. *Journal of Korean Academic Society
of Home Health Care Nursing*, 27(3),
294–305. doi:10.22705/jkashcn.2020.27.
3.294
- Kalluru, S., Eggers, S., Barker, A., Shirley, D.,
Sethi, A. K., Sengupta, S., ... Safdar, N.
(2018). Risk factors for infection with
multidrug-resistant organisms in Haryana,
India. *American Journal of Infection
Control*, 46(3), 341–345. doi:10.1016/j.
ajic.2017.08.021
- Knecht, V. R., McGinniss, J. E., Shankar, H. M.,
Clarke, E. L., Kelly, B. J., Imai, I., ...
Collman, R. G. (2019). Molecular analysis
of bacterial contamination on stethoscopes
in an intensive care unit. *Infection Control
& Hospital Epidemiology*, 40(2), 171–177.
doi:10.1017/ice.2018.319
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A.
(2011). *The adult learner: The definitive
classic in adult education and human
resource development* (7th ed.). New York:
Elsevier.
- Lim, K., Kilpatrick, C., Storr, J., & Seale, H.
(2018). Exploring the use of entertainment-
education YouTube videos focused on
infection prevention and control. *American
Journal of Infection Control*, 46(11), 1218–
1223. doi:10.1016/j.ajic.2018.05.002

- Ljubojevic, M., Vaskovic, V., Stankovic, S., & Vaskovic, J. (2014). Using supplementary video in multimedia instruction as a teaching tool to increase efficiency of learning and quality of experience. *The International Review of Research in Open and Distance Learning*, 15(3), 275–291. doi:10.19173/irrodl.v15i3.1825
- Mody, L., Washer, L. L., Kaye, K. S., Gibson, K., Saint, S., Reyes, K., ... Zervos, M. (2019). Multidrug-resistant organisms in hospitals: What is on patient hands and in their rooms?. *Clinical Infectious Diseases*, 69(11), 1837–1844. doi:10.1093/cid/ciz092
- Pilmis, B., Billard-Pomares, T., Martin, M., Clarempuy, C., Lemezo, C., Saint-Marc, C., ... Zahar, J. R. (2020). Can environmental contamination be explained by particular traits associated with patients?. *The Journal of Hospital Infection*, 104(3), 293–297. doi:10.1016/j.jhin.2019.12.011
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing: Essentials for practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Sereia, A. F. R., da Cunha, P. A., Tartari, D. C., Zamparette, C. P., Estigarribia, D. A., Klein, T. C. R., ... Sincero, T. C. M. (2018). Multidrug-resistant gram-negative bacteria from patients, hospital environment and healthcare workers: A six-month cross-sectional study. *BioRxiv*, 425330. doi:10.1101/425330
- Stone, R., Cooke, M., & Mitchell, M. (2020). Undergraduate nursing students' use of video technology in developing confidence in clinical skills for practice: A systematic integrative literature review. *Nurse Education Today*, 84, 104230. doi:10.1016/j.nedt.2019.104230
- Tran, D. M., Larsson, M., Olson, L., Hoang, N. T. B., Le, N. K., Khu, D. T. K., ... Hanberger, H. (2019). High prevalence of colonisation with carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* among patients admitted to Vietnamese hospitals: Risk factors and burden of disease. *The Journal of Infection*, 79(2), 115–122. doi:10.1016/j.jinf.2019.05.013
- Wang, Y., Oppong, T. B., Liang, X., Duan, G., & Yang, H. (2020). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and vancomycin-resistant *Enterococci* co-colonization in patients: A meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 48(8), 925–932. doi:10.1016/j.ajic.2019.11.010

5) แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .73 6) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .95 7) แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .96 และ 8) แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วย มีค่าความเชื่อมั่น .91 ดำเนินการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ระบบ และการประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน ในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชุมชนดำเนินการอยู่ ยังขาดการบริหารจัดการที่ดี ระบบที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินการที่สำคัญ 6 ด้าน ดังนี้ 1) การสร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) การจัดหางบประมาณจากภาครัฐ ภาคเอกชน และการรับบริจาคทั้งในและนอกชุมชน 3) การจัดหาและบริหารวัสดุอุปกรณ์การแพทย์สำหรับผู้ป่วย 4) การจัดตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน เพื่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 5) การพัฒนาศักยภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 6) การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน หลังจากใช้ระบบการดูแลกับผู้ป่วยติดเชื้อ 6 ราย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2 ราย เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อมีอาการดีขึ้น 2 ราย ส่วนที่เหลืออาการคงที่ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 2 ราย เสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน โดยภาพรวม กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($M = 46.32, SD = 3.87$ และ $M = 32.14, SD = 2.46$ ตามลำดับ) ส่วนประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความต้องการระบบในระดับมาก ($M = 43.22, SD = 5.88$ และ $M = 4.50, SD = .46$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ นำระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พัฒนาขึ้นนี้ ไปประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทของแต่ละชุมชน
คำสำคัญ: ผู้ป่วยติดเชื้อ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This participatory action research aimed to establish and assess the effectiveness of a community participatory care system for bedridden and end-of-life patients. The study, conducted in the community under the purview of Nong Phalan Sub-district Health Promoting Hospital's responsibility, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province, Thailand, engaged 55 key informants, including health providers, community leaders, municipality officers, patient's caregivers and relatives, village health volunteers, and Buddhist monks, along with 216 community members. The research instruments consisted

of 1) three discussion interview guides; 2) an evaluation form of medical device management; 3) an evaluation form of patients care; 4) a focus-group interview guide; 5) a questionnaire assessing knowledge with a reliability of .73; 6) a questionnaire assessing competency perception with a reliability of .95; 7) an evaluation form of the benefits perception with a reliability of .96; and 8) an evaluation form of satisfaction with a reliability of .91. The research unfolded across four phases from March to September 2023: analysis of the current situation, development of the care system, implementation, and system evaluation. The statistical analysis used in this study encompassed mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank test. Additionally, a content analysis was conducted to scrutinize and interpret the qualitative data.

The research results revealed that the existing care system for bedridden and end-of-life patients in community had inadequate management. The development of a community participatory care system centered around six critical aspects, consisting of 1) the establishment of a collaborative network; 2) securing financial support from governmental and private sectors; 3) preparing essential medical supplies; 4) creating a dedicated office for bedridden and palliative care; 5) enhancing caregiver competencies; and 6) implementing home visits by health providers, village health volunteers, and community leaders. Following a three-month implementation of the developed care system involving six bedridden patients and two end-of-life patients, noteworthy improvements in health conditions were observed for two bedridden patients, while the conditions of the remaining patients remained stable. Furthermore, two end-of-life patients experienced peaceful passings at home. Participants' perceptions of the system's benefits and satisfaction were very high ($M = 46.32$, $SD = 3.87$ and $M = 32.14$, $SD = 2.46$, respectively). Moreover, community members expressed a high perception of the system's benefits ($M = 43.22$, $SD = 5.88$) and a strong perceived need for its continuation ($M = 4.50$, $SD = .46$).

This research strongly recommends the adoption and adaptation of the developed community participatory care system in other communities and primary care units, emphasizing the importance of tailoring the care system to specific community contexts.

Keywords: Bedridden patients, End-of-life patients, Community participation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยติดเตียง (bedridden patients) คือ ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวอยู่บนเตียงตลอดเวลา ไม่สามารถลุกนั่งลุกเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ

โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพแตกต่างกัน (กองการพยาบาลสาธารณสุข, 2559) ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (end-of-life patients) คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วว่าเข้าสู่ระยะเรื้อรังที่ไม่มี

หนทางรักษาให้หายหรือฟื้นฟูสู่สภาพเดิมได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจนถึงที่สุดแต่อาการยังไม่ดีขึ้น และดำเนินเข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอาจเป็นระยะสั้น ๆ ตั้งแต่ไม่กี่วันจนถึงเป็นเดือนและเป็นปี (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2553) ผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักมีปัญหาสุขภาพแทรกซ้อนขึ้นนอกเหนือจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การสำลักอาหาร การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ วิตกกังวล เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (วิโรจน์ ไหววานิชกิจ, 2563) ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้นับเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีอาการเฉียบพลันเท่านั้น เมื่ออาการคงที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยเหตุผลด้านค่าใช้จ่ายจำนวนเตียงในโรงพยาบาลที่จำกัด การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และเพื่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีของผู้ป่วยเอง ในการได้อยู่กับครอบครัว อย่างไรก็ตาม ครอบครัวควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการรับผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดกับสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เช่น อาการเหนื่อยล้า นอนหลับไม่เพียงพอ เกิดภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ์, 2557)

การที่บุคคลกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงมาจากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัญหาการเจ็บป่วยรุนแรง และจากการสูงวัยตามธรรมชาติ ที่มาพร้อมกับความพร้อมสมรรถนะในการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรัง และภาวะความพิการ ขณะนี้ประชากรสูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) โดยสถิติผู้สูงอายุ ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนร้อยละ 19.40

(กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society) โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 (สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล, 2561) ในจังหวัดนครราชสีมา พบสถานการณ์การเพิ่มสัดส่วนประชากรสูงอายุเช่นเดียวกัน โดยพบสัดส่วนประชากรสูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2564–2566 ร้อยละ 18.76, 19.37 และ 19.78 ตามลำดับ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

การศึกษาแนวโน้มของผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยติดบ้าน 235,301 ราย ผู้ป่วยติดเตียง 136,677 ราย และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 526,228 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 311,256 ราย และในปี พ.ศ. 2590 ผู้ป่วยติดบ้านจะเพิ่มเป็น 727,103 ราย ผู้ป่วยติดเตียงเป็น 434,694 ราย (Thai PBS, 2563) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนว่าจะเกิดภาวะพึ่งพิงทางสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ส่งผลให้โอกาสที่ผู้สูงอายุไทยจะต้องอยู่ตามลำพังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขไทย การเตรียมความพร้อมเชิงรุกสำหรับสังคมไทยประการหนึ่ง คือ การยกระดับปัญหาการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นปัญหาระดับชุมชน และส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในชุมชน รวมถึงการจัดให้มีระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) ที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืน โดยให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วม

สถานการณ์ของชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หนองพะลาน อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรจำนวน 2,003 คน โดยมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 304 คน คิดเป็นร้อยละ 15.17 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรวัยผู้ใหญ่ที่เตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 45–59 ปี) พบว่ามีจำนวนสูงถึง 411 คน และเมื่อรวมกับวัยสูงอายุแล้ว ประชากรกลุ่มนี้จะมี

สัดส่วนมากกว่า 1 ใน 3 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สำหรับผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยติดเตียง 5 ราย 7 ราย และ 6 ราย ตามลำดับ และได้รับการส่งต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับสู่ชุมชน 1 ราย 7 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ รพ.สต.หนองพะลานได้เห็นความสำคัญของการเตรียมรับสถานการณ์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้เริ่มจัดหาวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ เช่น เตียง รถเข็น เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาวัสดุอุปกรณ์สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแล ช่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์อย่างถูกต้อง และครอบครัวผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการใช้งานวัสดุอุปกรณ์ที่ยืมมาใช้ที่บ้าน ซึ่งการดำเนินการข้างต้นเกิดจากการริเริ่มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ในชุมชน ขาดการดำเนินการที่เป็นระบบ และยังต้องการการพัฒนาทั้งด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ บุคลากรและผู้ดูแลในชุมชน ดังนั้นจึงต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในทุกกระบวนการ ตั้งแต่มีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ ระบุปัญหา ความต้องการ ดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผล

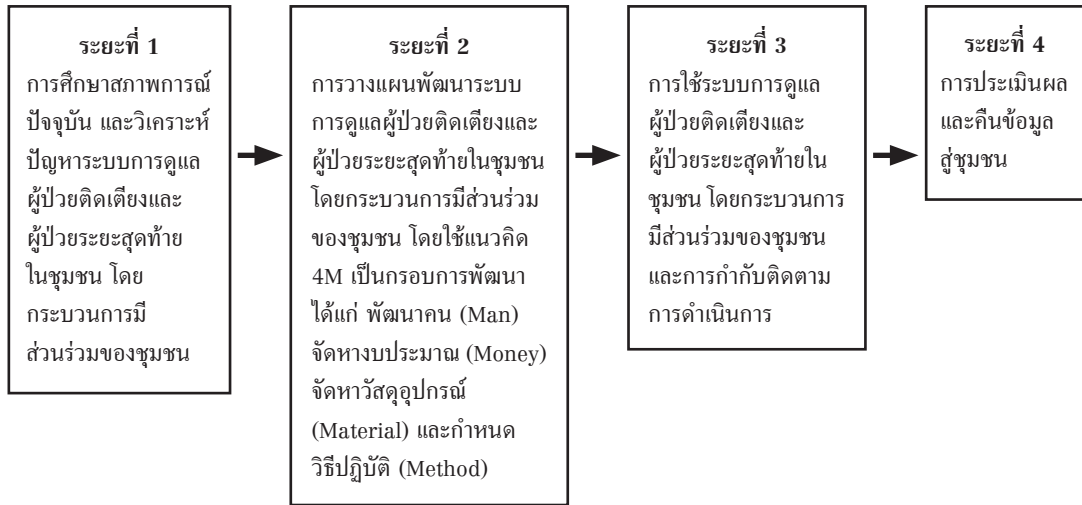
รวมถึงการปรับปรุงระบบให้สอดคล้องกับบริบทที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ที่แสวงหาองค์ความรู้ใหม่ตามกระบวนการวิจัย โดยผู้วิจัยจากภายนอกร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งเน้นให้ชุมชนเข้าร่วมในทุกกระบวนการวิจัย บนพื้นฐานของการปฏิบัติการจริงของประชาชนในชุมชน (ทวิศักดิ์ กสิผล และภัทรา เล็กวิจิตรธาดา, 2554) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้ กระบวนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน 2) การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การใช้ระบบ และ 4) การประเมินผลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) โดยมีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ พื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต.หนองพะลาน อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ผู้เข้าร่วมการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informant) คือ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (maximum variation sampling) ตามแนวทางของ Miles and Huberman (1994) ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. จำนวน 8 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 2 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติ จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน รวมจำนวน 50 คน และพระสงฆ์ที่วัดหนองพะลาน จำนวน 5 รูป

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 1,432 คน คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการสำรวจความคิดเห็น โดยใช้เกณฑ์ประมาณการจากกลุ่มประชากรที่ร้อยละ 15 (กัญญ์สิริ จันทรเจริญ, 2552) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 215 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เก็บรวบรวมข้อมูลได้ไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 225 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบสะดวก (รัตนศิริ ทาโต, 2566) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “สภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” (สำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. และพระสงฆ์)

ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ชุดที่ 2 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “สภาพการณ์ปัจจุบันและวิเคราะห์ปัญหาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” (สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ และ อสม.) ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ชุดที่ 3 แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม “การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน” ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบประเมินแนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่ทำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้สำหรับประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์^๑ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยหัวข้อประเมิน 5 หัวข้อ และข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

ชุดที่ 5 แบบประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ใช้สำหรับประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดย อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับการอบรมพัฒนาศมรณะ ประกอบด้วยรายการประเมินการดูแลผู้ป่วย 28 กิจกรรม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ชุดที่ 6 แนวคำถามกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ชุดย่อย ดังนี้

6.1 แนวคำถามสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

6.2 แนวคำถามสำหรับผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ อปท. และพระสงฆ์ ประกอบด้วยข้อคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

6.3 แนวคำถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

6.4 แนวคำถามสำหรับ อสม. ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูก ผิด และไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูกให้ 1 คะแนน และหากตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้สำหรับประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วย จำนวน 15 เรื่อง มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ทำไม่ได้แน่นอนจนทำไม่ได้ ไม่แน่ใจ ทำได้ และทำได้แน่นอน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-75 คะแนน

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-35 คะแนน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพทั้ง 6 ชุด และเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณทั้ง 4 ชุด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เวชกรรมสังคมที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองพยาบาลด้านเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ สำหรับเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ เมื่อนำไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยประเมินคุณภาพเครื่องมืออีกครั้ง ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งต่อไป ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ นำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน ผู้ดูแล จำนวน 8 คน อสม. จำนวน 15 คน และพระสงฆ์ จำนวน 3 รูป ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้เข้าร่วมการวิจัย หากค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .73 และหากค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .95, .96 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย มีดังนี้

- 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (เอกสารรับรองเลขที่ COA No.01/2566 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ
- 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนกันยายน 2566 โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบัน และวิเคราะห์ปัญหาาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน		
ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ และวิเคราะห์ปัญหาาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 13 คน - อสม. 13 คน - พระสงฆ์ 2 รูป	วิธี: การอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม
ระยะที่ 2 การวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน		

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้แนวคิด 4M เป็นกรอบการพัฒนา	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 13 คน - อสม. 13 คน - พระสงฆ์ 2 รูป	วิธี: การอภิปรายกลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามการอภิปราย กลุ่ม
ระยะที่ 3 การใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และการกำกับติดตามการดำเนินการ		
กิจกรรมที่ 1: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (วัสดุอุปกรณ์ที่ควรสนับสนุนโดยชุมชน) ในประเด็นการใช้งาน การเก็บรักษา การซ่อมบำรุง และการจัดหาทดแทน	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 8 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - อสม. 10 คน	วิธี: การตรวจสอบความเหมาะสม ของแนวปฏิบัติการบริหารจัดการ วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ: แบบประเมินแนวปฏิบัติการ การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์
กิจกรรมที่ 2: จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อ พัฒนาความรู้และสมรรถนะที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ถวายความรู้พระสงฆ์เกี่ยวกับบทบาท ของพระกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย - ประชุมวางแผนการดำเนินงานของ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.	- ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 20 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน	วิธี: การทดสอบก่อนและหลัง การอบรม เครื่องมือ: แบบทดสอบความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย และแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย
กิจกรรมที่ 3: ผู้รับการอบรมนำความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติ และการกำกับติดตามของ รพ.สต.	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 20 คน	วิธี: การประเมินความถูกต้องของ การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย เครื่องมือ: แบบประเมินความถูกต้อง ของการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย
ระยะที่ 4 การประเมินผล และคืนข้อมูลสู่ชุมชน		
กิจกรรมที่ 1: สนทนากลุ่มกลุ่มผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาปัจจัยความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางปรับปรุงพัฒนาระบบ	- เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 15 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 3 รูป	วิธี: การสนทนากลุ่ม เครื่องมือ: แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม

ตารางที่ 1 การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การดำเนินการวิจัย	ผู้เข้าร่วมการวิจัย	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/เครื่องมือ
กิจกรรมที่ 2: ประเมินผลลัพธ์ของระบบ โดยภาพรวม ในเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของระบบ และความพึงพอใจต่อระบบ	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - เจ้าหน้าที่ อปท. 2 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 12 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - ประชาชนในพื้นที่ 225 คน 	<p>วิธี: การสำรวจ (กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 44 คน)</p> <p>เครื่องมือ: แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยและแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วย</p> <p>วิธี: การสำรวจ (ประชาชน 225 คน)</p> <p>เครื่องมือ: แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วย และสอบถามเพิ่มเติมเรื่องความต้องการระบบ</p>
กิจกรรมที่ 3: จัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. 5 คน - ผู้นำชุมชน 5 คน - ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ 20 คน - อสม. 15 คน - พระสงฆ์ 5 รูป - ประชาชนในพื้นที่ 50 คน 	<p>วิธี: การบันทึกจำนวนผู้เข้าร่วมและการถ่ายภาพ</p> <p>เครื่องมือ: ใบลงชื่อผู้เข้าร่วมและกล้องถ่ายภาพ</p>

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ส่วนข้อมูลการรับรู้ประโยชน์ของระบบ ข้อมูลความพึงพอใจต่อระบบ และข้อมูลความต้องการระบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการ 4 ระยะ ผลการวิจัยในภาพรวมแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลสภาพการณ์ปัจจุบันของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ชุมชนในพื้นที่ของ รพ.สต.หนองพะลาน ได้เริ่มต้นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากมีสมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มาดูแลที่บ้าน ด้วยความที่สมาชิกในชุมชนมีความผูกพันกันสูง จึงรู้สึกว่าคนในชุมชนควรช่วยเหลือดูแลกันในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.หนองพะลาน ร่วมกับผู้นำชุมชน จึงได้ดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คือ การเยี่ยมผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ญาติเยี่ยมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนยังขาดการบริหารจัดการให้เป็นระบบที่ดี และยังไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตัวอย่างข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น

“เราเห็นว่ามีคนป่วยส่งกลับมาเสียชีวิตที่บ้าน
เราก็กังขาและเห็นใจครอบครัวเขา พวก อสม. ก็แวะ
ไปเยี่ยม เราไม่มีความรู้ไปดูแลได้ เราแค่ไปให้กำลังใจกัน”
(อสม.)

“ชุมชนมีผู้ป่วยติดเตียงมากขึ้น หมออนามัย
หนองพะลานเสนอว่า อยากให้มีอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ญาติ
ผู้ป่วยยืมใช้ เราเลยจัดวิ่งการกุศล ก็ได้เงินหลายบาทที่อยู่
ใช้ซื้อเตียง เครื่องให้ออกซิเจน รถเข็น และอุปกรณ์อื่น ๆ
แต่บางอย่าง เช่น พวกเครื่องดูดเสมหะ เราต้องหาเพิ่ม
นั่นเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ
นั่นเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ
นั่นเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ
นั่นเป็นจุดเริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ”
(ผู้นำชุมชน)

“องค์ความรู้ที่เราใช้ดูแลผู้ป่วยก็เป็นความรู้
พื้นฐานการพยาบาลชุมชนที่เราได้มา เรายังไม่ได้รับการอบรม
เฉพาะทางเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนการเก็บ
อุปกรณ์ที่ญาติเอามาคืนอนามัยหลังผู้ป่วยเสียชีวิต
เรายังไม่รู้วิธีบำรุงรักษาที่จะให้อุปกรณ์ใช้งานได้คงทน
เรายังขาดการบริหารจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์” (เจ้าหน้าที่
รพ.สต.)

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะ
สุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
การออกแบบระบบใช้แนวคิด 4M สรุปเป็น
กิจกรรมการดำเนินการ ได้ดังนี้

2.1 ด้านการพัฒนาคน (Man) ชุมชนระบุ
กลุ่มคนที่ต้องเข้าร่วมเป็นภาคีเครือข่ายในระบบการดูแล
ผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อปท.
ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลและญาติ แพทย์และพยาบาล
ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และพระสงฆ์ที่
วัดหนองพะลาน โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน
อสม. และผู้ดูแลและญาติ ได้รับการอบรมให้ความรู้
เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
จากแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลมหารา
ชนครราชสีมา นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน
และ อสม.บางส่วน ยังได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแล
รักษาอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านการจัดหางบประมาณ (Money)

ผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประสานงานกับ
กองทุนพัฒนาไฟฟ้าจังหวัดนครราชสีมา 36 เพื่อขอ
งบประมาณในการก่อตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง
ได้รับงบประมาณเป็นเงิน 450,400 บาท เมื่อเดือน
มีนาคม พ.ศ. 2566

2.3 ด้านการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ (Material)
ชุมชนจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากการขอรับ
บริจาคจากคนในชุมชนและผู้มีจิตศรัทธาอื่น ๆ โดย
ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้บริจาคชุดครุภัณฑ์สำนักงาน
จำนวน 20,000 บาท นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการ
สนับสนุนการจัดระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care)
ตำบลหนองระเวียง ยังได้พิจารณาสนับสนุนผ้าอ้อม
สำเร็จรูปและแผ่นรองขับ จำนวนมากกว่า 5,500 ชิ้น

2.4 ด้านการกำหนดวิธีปฏิบัติ (Method)
ชุมชนได้ร่วมกันก่อตั้งศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน ใน รพ.สต.
หนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง ซึ่งเป็นศูนย์ให้บริการ
ดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจัดเป็น
ที่เก็บอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์ ผู้อ้อมผู้ใหญ่ และ
สิ่งของบริจาคอื่น ๆ ที่คนในชุมชนจะมาติดต่อประสานงาน
ได้สะดวก โดยบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการ และ
กำหนดระเบียบการดำเนินงานของศูนย์ไว้เป็นรูปธรรม
เมื่อโรงพยาบาลประสานมายัง รพ.สต.หนองพะลาน
เพื่อขอส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับมาที่ชุมชน เจ้าหน้าที่
รพ.สต. เตรียมการรับผู้ป่วยกลับ โดยประสานผู้นำชุมชน
อสม. และเจ้าหน้าที่ อปท. ของหมู่บ้านที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่
เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินวัสดุอุปกรณ์ที่ผู้ป่วย
จำเป็นต้องใช้ เมื่อผู้ป่วยถูกส่งตัวมาที่บ้าน เจ้าหน้าที่
จะเข้ารับผู้ป่วยและประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ประเมิน
สิ่งแวดล้อม และประเมินศักยภาพการดูแลระยะสุดท้าย
ของญาติ ให้การพยาบาลเบื้องต้น และสอนญาติใน
การดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแนะนำญาติให้ยืม
อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นจากศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน
จากนั้นเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และ อสม.

กลับมาวางแผนการเยี่ยมผู้ป่วย และแบ่ง อสม. ออกเป็น 3 ทีม ให้หมุนเวียนไปเยี่ยมและให้การดูแลผู้ป่วยทุกวัน แล้วรายงานการเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือทางกลุ่มไลน์ ส่วนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ประเมินอาการผู้ป่วยทุกวันโดยการไปเยี่ยมและโทรศัพท์สอบถามญาติ รวมถึงให้ยา ปรึกษาปรึกษาตามแผนการดูแลของแพทย์ และเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย หากญาติต้องการให้นิมนต์ พระสงฆ์มาที่บ้าน อสม.หรือผู้นำชุมชนจะเป็นผู้นิมนต์ และรับพระจากวัดมาที่บ้านผู้ป่วย

สำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง กำหนดให้ อสม.หมุนเวียนไปเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ความรับผิดชอบ

อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยไปให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับญาติ รวมถึงให้กำลังใจญาติ แล้วรายงานการเยี่ยม ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลและญาติ สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้เมื่อต้องการ เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือสายยางให้อาหารหลุด เป็นต้น โดยโทรเข้าที่ศูนย์ สุขใจใกล้บ้าน หรือติดต่อ อสม.ทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

สรุปผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วย ระยะเวลาสุดท้ายในชุมชน ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือน กันยายน 2566 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2566

ประเภทผู้ป่วย	จำนวน (ราย)	จำนวนครั้งที่เยี่ยม	ผลการดูแล
ติดเตียง	6	34 ครั้ง	ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น 4 ราย มีอาการคงเดิม 2 ราย ผู้ดูแลและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทุกราย มีครอบครัวที่ขี้อุปกรณ์จากศูนย์ฯ จำนวน 5 ครอบครัว
ระยะสุดท้าย	2	15 ครั้ง	ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบทุกราย สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลด้านจิตใจ พระสงฆ์ร่วมดูแลผู้ป่วย 1 ราย

3. แนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่ จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในชุมชน

ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ อปท. และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติ

การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ฯ ที่มีอยู่ในศูนย์สุขใจ ใกล้บ้าน โดยการทาบัญชีวัสดุอุปกรณ์ วางแนวทางการจัดหา การยืม-คืน และการบำรุงรักษา ทั้งนี้ให้ญาติ ยืมวัสดุอุปกรณ์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คิด ค่าใช้จ่าย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แนวปฏิบัติการบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ของศูนย์สุขภาพใจใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง

รายการ	จำนวน (ชิ้น)	แนวทางการจัดหา วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณ	การ ยืม-คืน	แนวทางการบำรุงรักษา
เครื่องผลิตออกซิเจน	3	- ตั้งตู้รับบริจาค ณ วัด 3 แห่ง	ยืมคืน	1. ซ่อมโดยเจ้าหน้าที่ของ
ออกซิเจนแบบถัง	2	ในพื้นที่บริการของ รพ.สต.	ที่ศูนย์ฯ	ศูนย์ฯ กรณีที่ซ่อมเองได้
เตียงนอนที่สามารถปรับระดับได้	7	หนองพะลาน และที่ทำการศูนย์ฯ		2. ส่งซ่อมที่ร้านในชุมชน/
เครื่องดูดเสมหะชนิดเคลื่อนที่	1	- ขอสนับสนุนจากกองทุนไฟฟ้า		ศูนย์ซ่อมในจังหวัด
อุปกรณ์พุงเดิน (walker)	9	- ใช้งบประมาณจากกองทุน		3. หากวัสดุอุปกรณ์อยู่ใน
รถเข็นผู้ป่วย	4	สปสข. ตำบลหนองระเวียง		ระยะประกัน ให้ติดต่อ
ที่นอนลม หรือที่นอนนุ่ม ๆ	0	- จัดตั้งกองผ้าป่าในวันเปิด		บริษัทที่จัดจำหน่าย
ชุดล้างแผลชนิด disposable	0	ศูนย์ฯ และเทศบาลอื่น ๆ		4. ใช้งบประมาณจาก
		ตามความเหมาะสม		ครอบครัวผู้ป่วย และ
				เงินบริจาค

4. ความรู้และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย และญาติ

อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ จำนวน 40 คน ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฯ ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม พบว่า หลังการอบรม อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยฯ สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.197, p < .001$ และ $Z = -2.195, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ระหว่างก่อนกับหลังการอบรม (n = 40)

ตัวแปร		n	mean rank	sum of ranks	Z	p
ความรู้	negative ranks	4	6.50	26.00	-5.197	< .001
	positive ranks	36	22.06	794.00		
	tie	0				
total		40				
การรับรู้สมรรถนะ	negative ranks	9	21.50	193.50	-2.195	.028
	positive ranks	27	17.50	472.50		
	tie	4				
total		40				

5. การรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

เมื่อมีการดำเนินการตามระบบเป็นเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยได้สำรวจการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 44 คน พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของระบบในระดับมากที่สุด ($M = 46.32, SD = 3.87$) โดยมีการรับรู้ประโยชน์สูงสุดในเรื่องการให้ยืมอุปกรณ์ ($M = 4.80, SD = .41$) และมีการรับรู้ประโยชน์ต่ำสุดในเรื่องช่วยลดความเครียดให้ผู้ดูแล ($M = 4.50, SD = .67$) ส่วนความพึงพอใจต่อระบบ พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีคะแนนความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด ($M = 32.14, SD = 2.46$) โดยมีความพึงพอใจสูงสุดในเรื่องความสะดวกในการยืม-คืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ($M = 4.68, SD = .47$) และมีความพึงพอใจต่ำสุดในเรื่องการจัดหางบประมาณมาสนับสนุนระบบ ($M = 4.55, SD = .55$)

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้สำรวจการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความต้องการระบบของประชาชนในพื้นที่จำนวน 225 คน (มีผู้ตอบกลับ 216 คน คิดเป็นร้อยละ 96) พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของระบบในระดับมาก ($M = 43.22, SD = 5.88$) โดยมีการรับรู้ประโยชน์สูงสุดในเรื่องการให้ยืมอุปกรณ์ ($M = 4.51, SD = .76$) และมีการรับรู้ประโยชน์ต่ำสุดในเรื่องช่วยให้ผู้ป่วยได้มีชีวิตดีตามสภาวะโรค ($M = 4.21, SD = .73$) ส่วนความต้องการระบบ พบว่า ประชาชนในพื้นที่มีความต้องการระบบในระดับมาก ($M = 4.50, SD = .46$)

6. ปัจจัยความสำเร็จและจุดควรพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญของระบบ มีดังนี้

1. การสร้างการรับรู้ประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้เป็นที่ตระหนักของสมาชิกในชุมชน จนกระทั่งได้รับการสนับสนุนให้ระบบดำเนินการได้อย่างยั่งยืน

2. การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชน โดยได้รับการสนับสนุนทั้งจากภาครัฐ ภาคประชาชน และนักวิชาการ รวมถึงนโยบายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จุดควรพัฒนาที่สำคัญของระบบ มีดังนี้

1. การบริหารอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่ เพื่อให้สามารถไปประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว
2. การขยายพื้นที่บริการ โดยให้ญาติผู้ป่วยในพื้นที่ใกล้เคียงสามารถเยี่ยมวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ได้ใน
3. การวางแผนการซ่อมบำรุงวัสดุอุปกรณ์การแพทย์บางประเภท ที่เจ้าหน้าที่ซึ่งไม่สามารถซ่อมเองได้

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เกิดจากภาคีหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ และภาคเอกชนในพื้นที่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ประกอบการโรงงาน โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้เห็นจุดแข็งและจุดควรพัฒนา จากนั้นร่วมกันออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่เหมาะสมสำหรับชุมชนในความรับผิดชอบของรพสต.หนองพะลาน โดยทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมตัดสินใจอย่างเท่าเทียม สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ของ Arnstein (1969) ที่ได้แบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 8 ระดับ โดยการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ เรียกว่า “partnership” เป็นบันไดขั้นที่ 5 ซึ่งถือเป็นขั้นเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง การเปิดโอกาสให้เกิดการมีส่วนร่วมจะสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบ ทำให้ทุกคนเกิดจิตสำนึก

ที่ต้องช่วยกันทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่ผ่านมาที่ได้ใช้แนวคิดการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม และส่งผลให้การพัฒนาระบบความสำเร็จ เช่น การดูแลผู้ป่วยมาหาวัน (มานพ ผสม, 2566) การป้องกันโรค COVID-19 (กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ททรัพย์ศิริโสภา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, และวรรณิ์ ครองยุติ, 2564) การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วัชชวิณี, 2558)

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การพัฒนาศักยภาพคนที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วย 2) การจัดหางบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน 3) การจัดหาวัสดุอุปกรณ์และกำหนดระบบบริหารวัสดุอุปกรณ์อย่างเป็นรูปธรรม และการรับบริจาค และ 4) การกำหนดวิธีปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย โดยจัดตั้งศูนย์ให้บริการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน) แบ่งการอภิปรายระบบดังกล่าวออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านการพัฒนาคน พบว่า หลังการอบรม อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนความรู้และคะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผู้เข้าอบรมทุกคนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการอบรมเน้นการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีสาระเหมาะสมกับกลุ่มผู้เข้าอบรม และมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย รวมถึงผู้ให้ความรู้เป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเวลานาน ทำให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของบำรุง วงษ์นิ่ม (2565) และสมิตรา วิษา และคณะ (2561) ที่พบว่า หลังผ่านการพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพ และ

การพัฒนาศักยภาพ อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อสม.มีสมรรถนะการสื่อสารด้านสุขภาพทั้งด้านกระบวนการสื่อสารและการใช้ทักษะการสื่อสารสูงกว่าก่อนการพัฒนา และสามารถเข้าถึงชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวม ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้เข้าอบรมยังอยู่ในระดับปานกลาง แม้จะผ่านการอบรมแล้วก็ตาม ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นองค์ความรู้เฉพาะด้านที่ผู้เข้าอบรมไม่เคยได้รับรู้มาก่อน และการจัดอบรมเพียง 2 วัน อาจเพิ่มความรู้ได้ แต่เพิ่มเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ด้านการจัดหางบประมาณและวัสดุอุปกรณ์พบว่า ชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถแสวงหาการสนับสนุนจากองค์กรภายนอก เพื่อให้ได้ทุนในการจัดตั้งศูนย์สุขใจใกล้บ้าน และยังได้ประสานงานเพื่อรับการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้สำหรับผู้ป่วยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนถึงศักยภาพในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ทั้งในและนอกชุมชน โดยไม่ต้องรอนงบประมาณจากภาครัฐ ลักษณะเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าชุมชนมีความเข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ (พรฤดี นิธิรัตน และสายใจ จารุจิตร, 2559) นอกจากนี้คนในชุมชนและภาคเอกชนที่ดำเนินธุรกิจในตลาดหนองระเวียง ยังได้ร่วมบริจาคสิ่งของเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์สุขใจใกล้บ้าน สะท้อนถึงความรู้สึกร่วมของชุมชนในการเป็นเจ้าของระบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น (sense of community ownership) ซึ่งการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เกิดการพัฒนายั่งยืน

ด้านผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย พบว่า ทั้งผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีผู้ป่วยติดเตียงที่มีอาการดีขึ้น 2 ราย เนื่องจากระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแล มีเจ้าหน้าที่และ อสม.ไปเยี่ยมให้

การดูแลผู้ป่วยและสนับสนุนด้านจิตใจแก่ญาติ รวมถึงการให้ยืมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยอีก 4 ราย มีอาการคงเดิม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นรายที่ป่วยติดเตียงมาเป็นเวลานานและช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากจนถึงไม่ได้เลย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยประเภทนี้ทำได้ยากส่วนใหญ่ใช้การดูแลแบบประคับประคองไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงขึ้น (พรทวี ยอดมงคล, 2556) ส่วนผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนจนกระทั่งเสียชีวิตอย่างสงบทุกราย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีอุปกรณ์การแพทย์ที่ช่วยประคับประคองในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (2565) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลอย่างมีรูปแบบ มีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคลดลงในทุกอาการ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของระบบและความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนที่ร่วมกันพัฒนาขึ้น พบว่า ทั้งกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบและประชาชนในพื้นที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับมากขึ้นไป โดยทั้งสองกลุ่มเห็นตรงกันว่า ประโยชน์ที่ได้รับสูงสุด คือ การที่ครอบครัวได้ยืมอุปกรณ์การแพทย์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ชุมชนมีการณรงค์จัดหาอุปกรณ์การแพทย์อย่างต่อเนื่องทั้งการจัดกิจกรรมวิ่งการกุศล และการณรงค์ขอรับบริจาค ทำให้มีอุปกรณ์การแพทย์เก็บรักษาไว้ที่ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน และได้มีการยืมอุปกรณ์มาใช้งานจริงจึงเป็นประโยชน์ที่เห็นเป็นรูปธรรมได้ชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบมีความพึงพอใจต่อระบบในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะเรื่องความสะดวกในการยืม-คืนเครื่องมือ/อุปกรณ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของวรัญญา จิตบรรทัด และมิ่งขวัญ เกตุกำพล (2565) ที่พบว่า

ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงที่สุดต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนในพื้นที่มีความต้องการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับมาก แม้ประชาชนจะยังไม่เคยใช้บริการระบบที่พัฒนาขึ้นก็ตาม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ตลอดกระบวนการพัฒนาระบบ อยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน และมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลให้สมาชิกในชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้เห็นประโยชน์และต้องการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินำระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในงานวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละชุมชน โดยควรเพิ่มการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติ ให้มากกว่า 1 ครั้ง และควรหาภาคีในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์การแพทย์ที่มีความซับซ้อน

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประสานให้โรงพยาบาลระดับตติยภูมির่วมสนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยเป็นผู้สนับสนุนด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในชุมชนเดิมอย่างต่อเนื่อง โดยปรับปรุงระบบตามสถานการณ์ของชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป แล้วศึกษาผลลัพธ์ระยะยาว ด้วยรูปแบบ “การประเมินเชิงพัฒนา (developmental evaluation [DE])”

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ มิถุนายน 2566 by Looker Studio*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กองการพยาบาลสาธารณสุข. (2559). *มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน*. สืบค้นจาก <https://phn.bangkok.go.th/images/CareGiver/CG2565/51.pdf>
- กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ. (2552). การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง. ใน ประกาย จิโรจน์กุล (บ.ก.), *การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ* (น. 85–114). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรรศิรินทร์โสภณ, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, และวรรณิณี ครอบงูญติ. (2564). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 32(1), 189–204.
- ทวีศักดิ์ กสิผล, และภัทรา เล็กวิจิตรธาดา. (2554). หลักการพยาบาลอนามัยชุมชน. ใน จริยาวัตรคมพักษ์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (บ.ก.), *การพยาบาลอนามัยชุมชน แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติทางการพยาบาล* (น. 151–177). กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- บำรุง วงษ์นันทน์. (2565). การพัฒนาสมรรถนะด้านการสื่อสารสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าม่วง. *วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี*, 31(2), 54–67.
- พรทิวี ยอดมงคล. (2556). *คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care)*. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี.

- พรฤดี นิธิรัตน์, และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, และสร้อยญา วักขวิชี. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 22(2), 117–130.
- มานพ ผสม. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 20–30.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2565). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=40101>
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2566). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรัญญา จิตบรรทัด, และมิ่งขวัญ เกตุกำพล. (2565). ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน. *วารสารมหาคุพานาครุศาสตร์*, 9(12), 155–170.
- วิโรจน์ ไหววานิชกิจ. (บ.ก.). (2563). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 8 หลักการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยติดบ้านและผู้ป่วยติดเตียง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22–31.
- สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. (2561). *ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย*. สืบค้นจาก <https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc-2561-y60b04.pdf>
- สมิตรา วิษา, ณิชพันธ์ มานพ, สุภา ศรีรุ่งเรือง, เบญจพร เสาวภา, ศิริรัตน์ ศรีภัทรกร, ณิชกานต์ ตาบุตรวงศ์, ... ธนัชพร มณีวรรณ. (2561). *การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ช้องฟ้า อ.แม่ทะ จ.ลำปาง)*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4827>
- อัมพรพรรณ ธีรานูตร, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วาสนา รวยสูงเนิน, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2553). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านานาวิทยา.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. doi:10.1080/01944366908977225
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Thai PBS. (2563). *ประชากรที่ป่วยในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://twitter.com/ThaiPBS/status/1309697244023549953>

ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต 21st Century Learning Skills of Students in the Faculty of Nursing, Kasem Bandit University

พิมพ์พัฒน์ จันท์เทียน, ศศ.ด. (การอาชีวศึกษา) ¹

Pimpat Chantian, Ph.D. (Vocational Education) ¹

มาลินี ปันดี, กศ.ด. (การบริหารการพยาบาล) ²

Malinee Pandee, Ph.D. (Nursing Management) ²

ธนะวัฒน์ รวมสุก, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ³

Tanawat Ruamsook, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ³

Received: September 1, 2023

Revised: December 23, 2023

Accepted: December 24, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แต่ละชั้นปี และศึกษาการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จำนวน 221 คน และผู้ให้ข้อมูลเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและการเรียนการสอน จำนวน 5 คน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 มีความเชื่อมั่น .91 และแบบสัมภาษณ์การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน one-way ANOVA (ทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Dunnett T3 และ Bonferroni) และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

^{1,3} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

^{1,3} Instructor, Faculty of Nursing, Kasem Bandit University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: pimpat.cha@kbu.ac.th

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธาร์ธ

² Instructor, Faculty of Nursing, Metharath University

ผลการวิจัยพบว่า 1) นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะ 3Rs โดยรวม คะแนนเฉลี่ยทักษะ 8Cs โดยรวม และคะแนนเฉลี่ยทักษะ 2Ls โดยรวม ในระดับมาก ($M = 3.56, SD = .48$; $M = 3.97, SD = .40$ และ $M = 4.12, SD = .50$ ตามลำดับ) 2) นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการอ่าน และคะแนนเฉลี่ยทักษะการคำนวณ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.980, p < .001$ และ $F = 22.210, p < .001$ ตามลำดับ) 3) นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.040, p < .05$) 4) นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะภาวะผู้นำ ไม่แตกต่างกัน และ 5) ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สถาบันศึกษาควรกำหนดนโยบาย และพัฒนาทักษะการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสมรรถนะรายชั้นปี

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า สถาบันการศึกษาพยาบาลควรจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ตามสมรรถนะรายชั้นปี และจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนา
คำสำคัญ: ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This descriptive research aimed to compare the 21st century learning skills among students in the Faculty of Nursing and study the development of the 21st century learning skills. The participants were composed of 221, 1st–4th-year students in the Faculty of Nursing, Kasem Bandit University and five experts. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, a 21st century learning skills assessment form with a reliability of .91, and a development of the 21st century learning skills interview form. Data were collected in January 2023. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, one-way ANOVA (multiple comparisons by Dunnett T3 and Bonferroni method), and content analysis.

The research results revealed that 1) the students had the overall mean scores of 3Rs skill, 8Cs skill, and 2Ls skill at a high level ($M = 3.56, SD = .48$; $M = 3.97, SD = .40$; and $M = 4.12, SD = .50$, respectively); 2) the students had statistically significantly different mean scores of reading skill and arithmetic skill ($F = 18.980, p < .001$ and $F = 22.210, p < .001$, respectively); 3) the students had statistically significantly different mean score of critical thinking and problem solving skill ($F = 3.040, p < .05$); 4) the students had no different mean scores of learning skill and leadership skill; and 5) for the development of the 21st century learning skills, the educational institutions should formulate policies and develop the learning skills according to the grade level competencies.

This research suggests that the educational institutions should provide learning management for developing the 21st century learning skills according to the grade level competencies as well as create good environments.

Keywords: 21st Century learning skills, Nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมในศตวรรษที่ 21 มีความแตกต่างจากในอดีตมาก มีการเปิดกว้าง ยอมรับ และให้ความสำคัญกับข้อมูลความรู้และข่าวสารที่หลากหลาย มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้น การจัดการศึกษาและการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงไม่ใช่กระบวนการถ่ายทอดความรู้อย่างเดียว นักศึกษาจะต้องเรียนรู้ทักษะใหม่เพื่อความอยู่รอดในสังคม (Martin, 2012) และเป็น การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งทักษะ การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ถือเป็นทักษะที่เป็นคุณลักษณะ สำคัญของการประสบความสำเร็จ และมีความจำเป็น ต่อการทำงานและการแก้ปัญหาในสังคมปัจจุบัน (เอื้อจิต สุขพูล, ภาวิณี แพงสุข, และชลดดา กิ่งมาลา, 2564) ทั้งนี้ การจัดการศึกษาและการเรียนรู้มีเป้าหมาย สำคัญในการพัฒนาคนให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย และจิตใจ สติปัญญา ความรู้และคุณธรรม มีจริยธรรม และวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตอย่างสมดุล มีทักษะ จำเป็นและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข มีภาวะผู้นำ และมีการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต นักศึกษาจึงต้องมีความรู้ในเนื้อหาและ ทักษะที่จะประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนความรู้เหล่านั้น ให้เข้ากับเป้าหมายที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์ รวมถึงเพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามเนื้อหาและตาม สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป (Kay, 2010) และเน้น การเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมแรงบันดาลใจให้มีชีวิตอยู่อย่าง มีความหมาย การเรียนรู้เพื่อบ่มเพาะความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ การเรียนรู้ เพื่อปลูกฝังจิตสาธารณะ ยึดประโยชน์ส่วนรวม และ การเรียนรู้เพื่อการนำไปปฏิบัติ มุ่งสร้างการทำงานให้เกิด

ผลสัมฤทธิ์ เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ พึ่งพาตนเองได้ และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิด้าน การศึกษากล่าวว่า ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ประกอบด้วยทักษะพื้นฐานในการรู้หนังสือ ทักษะการคิด ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และทักษะการใช้ชีวิต ส่วนทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษ ที่ 21 ในบริบทห้องเรียนมาตรฐาน เกี่ยวข้องกับการจัด การเรียนการสอน การวัดและการประเมินผล หลักสูตร การเรียนรู้ การสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ และการพัฒนา ครูผู้สอน เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่จำเป็นและ การพัฒนาผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ พึ่งประสงค์ การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จึงให้ความสำคัญกับกิจกรรมเสริมหลักสูตรในระบบและ นอกกระบบ ซึ่งเป็นการช่วยเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ สำหรับผู้เรียนได้เป็นอย่างดี (สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล, 2561)

การจัดการศึกษาพยาบาลมุ่งเน้นให้นักศึกษา มีองค์ความรู้ทางการพยาบาล มีทักษะปฏิบัติ มี ความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้อย่าง รอบคอบ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การที่จะสร้างพยาบาล ให้มีคุณลักษณะดังกล่าว จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอน ที่สอดคล้องกับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 เช่น ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ เนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติโดยตรงกับมนุษย์ทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ ซึ่งต้องมั่นใจว่าการปฏิบัตินั้นถูกต้อง แม่นยำ เพราะมีความสำคัญต่อชีวิตและความปลอดภัย ของผู้รับบริการ (จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์ และคณะ, 2561) สถาบันการศึกษาพยาบาลจึงต้องตระหนักถึงความสำคัญ

ของทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 และหาแนวทางการพัฒนาให้นักศึกษาเกิดทักษะดังกล่าว

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างนักศึกษาแต่ละชั้นปี รวมทั้งศึกษาการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยสัมภาษณ์อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและการเรียนการสอน ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาการจัดกระบวนการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

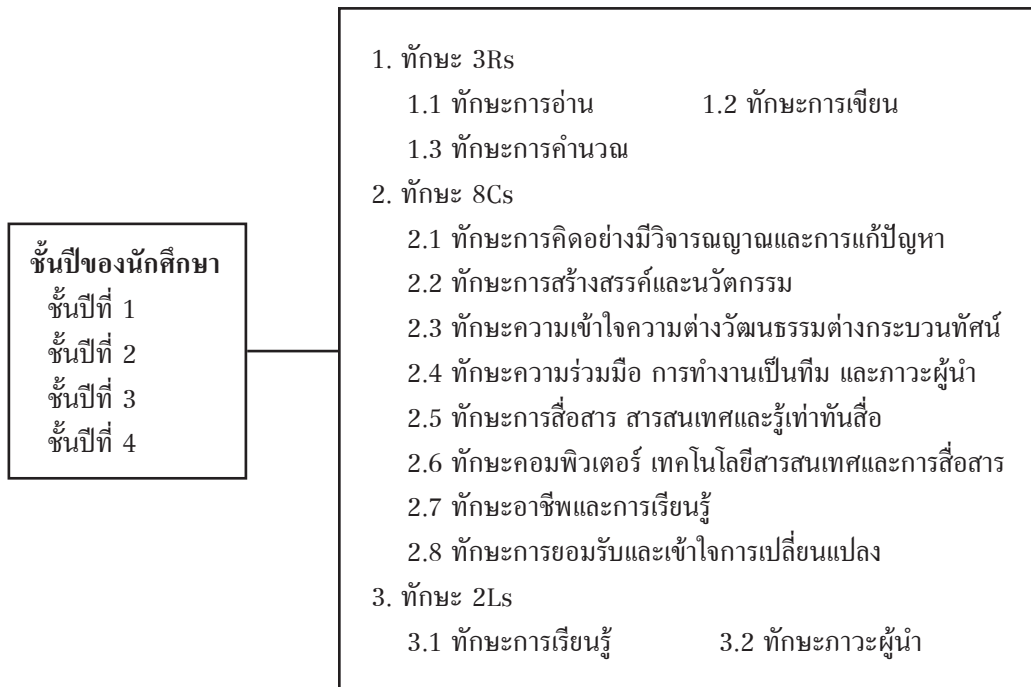
1. เพื่อศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต แต่ละชั้นปี

3. เพื่อศึกษาการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของวิจารณ์ พานิช (2555) ในการศึกษาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ซึ่งประกอบด้วย 1) ทักษะ 3Rs ได้แก่ ทักษะการอ่าน ทักษะการเขียน และทักษะการคำนวณ 2) ทักษะ 8Cs ได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะความเข้าใจ ความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการทัศน์ ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ และทักษะการยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลง และ 3) ทักษะ 2Ls ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้ และทักษะภาวะผู้นำ โดยผู้วิจัยคาดว่านักศึกษาแต่ละชั้นปีมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 แตกต่างกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประชากรเป็นนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2565 จำนวน 309 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2565 และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1967) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 221 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากร จากนั้นสุ่มแบบเป็นระบบตามลำดับเลขที่

กลุ่มที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลเป็นอาจารย์ผู้รับผิดชอบ

หลักสูตรและการเรียนการสอน จำนวน 5 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ และชั้นปีที่กำลังศึกษา จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของวิจารณ์ พานิช (2556) ประกอบด้วย 1) ทักษะ 3Rs ได้แก่ ทักษะการอ่าน ทักษะการเขียน และทักษะการคำนวณ 2) ทักษะ 8Cs ได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะ

การสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ และทักษะการยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลง และ 3) ทักษะ 2Ls ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้ และทักษะภาวะผู้นำ รวมจำนวน 67 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ในระดับน้อย (1.00-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) และในระดับมาก (3.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับสัมภาษณ์อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและการเรียนการสอน มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ข้อคำถามประกอบด้วย 1) กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอน 2) ปัจจัยสนับสนุน/นโยบายที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการเรียนการสอน 3) แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอน 4) แนวทางการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการแก้ปัญหา 5) แนวทางการพัฒนาทักษะการสร้างสรรค์ และนวัตกรรม 6) แนวทางการพัฒนาทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ 7) แนวทางการพัฒนาทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ 8) แนวทางการพัฒนาทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ 9) แนวทางการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เพื่อเตรียมความรู้ไปประกอบวิชาชีพ 10) แนวทางการพัฒนาด้าน soft skill/ การพัฒนาสมรรถนะ นักศึกษารายชั้นปี และ 11) ข้อคิดเห็นอื่นๆ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์มหาวิทยาลัยด้านการศึกษา และอาจารย์พยาบาล (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ

.92 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปีการศึกษา 2565 ที่ไม่ในกลุ่มตัวอย่าง รวมจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต (เอกสารรับรอง เลขที่ R010/65X วันที่ 27 ธันวาคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต พบนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์แต่ละชั้นปี ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นทำการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและการเรียนการสอน จำนวน 5 คน โดยใช้เวลาคนละประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Dunnett T3 และ Bonferroni ส่วนข้อมูลการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา พบว่า นักศึกษามีอายุอยู่ในช่วง 19–21 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 26.70 เท่ากัน รองลงมา คือชั้นปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 24 และชั้นปีที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 22.60 ตามลำดับ

2. ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา

2.1 ทักษะ 3Rs พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะ 3Rs โดยรวมในระดับมาก ($M = 3.56, SD = .48$) เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยในระดับมาก 2 ทักษะ คือ ทักษะการอ่าน ($M = 3.61, SD = .54$) และทักษะการเขียน ($M = 3.61, SD = .58$) และมีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง 1 ทักษะ คือ ทักษะการคำนวณ ($M = 3.44, SD = .69$)

2.2 ทักษะ 8Cs พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะ 8Cs โดยรวมในระดับมาก ($M = 3.97, SD = .40$) เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากทั้ง 8 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ($M = 3.83, SD = .58$) ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ($M = 3.89, SD = .61$) ทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ ($M = 4.01, SD = .66$) ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ($M = 4, SD = .58$) ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ($M = 3.94, SD = .59$) ทักษะคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ($M = 3.98, SD = .60$)

ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ ($M = 4.06, SD = .62$) และทักษะการยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลง ($M = 4.06, SD = .58$) ซึ่งพบว่า ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

2.3 ทักษะ 2Ls พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะ 2Ls โดยรวมในระดับมาก ($M = 4.12, SD = .50$) เมื่อจำแนกเป็นรายทักษะ พบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยในระดับมากทั้ง 2 ทักษะ คือ ทักษะการเรียนรู้ ($M = 4.18, SD = .57$) และทักษะภาวะผู้นำ ($M = 4.18, SD = .57$)

3. การเปรียบเทียบทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

3.1 ทักษะ 3Rs พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการอ่านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.980, p < .001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Dunnett T3 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการอ่านสูงกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคำนวณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 22.210, p < .001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Dunnett T3 พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคำนวณสูงกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคำนวณสูงกว่าชั้นปีที่ 2 และ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบทักษะ 3Rs ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

ทักษะ 3Rs	แหล่งความแปรปรวน	MS	F	p	ชั้นปี	M	คู่ที่แตกต่าง
ทักษะการอ่าน	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	4.44 .23	18.980	< .001	ปี 1	3.23	ปี 2 > ปี 1
					ปี 2	3.62	ปี 3 > ปี 1
					ปี 3	3.75	ปี 4 > ปี 1
					ปี 4	3.87	
ทักษะการเขียน	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	.75 .33	2.260	.080	ปี 1	3.52	
					ปี 2	3.51	
					ปี 3	3.73	
					ปี 4	3.70	
ทักษะการคำนวณ	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	8.12 .37	22.210	< .001	ปี 1	2.97	ปี 2 > ปี 1
					ปี 2	3.41	ปี 3 > ปี 1
					ปี 3	3.87	ปี 3 > ปี 2
					ปี 4	3.50	ปี 3 > ปี 4 ปี 4 > ปี 1

3.2 ทักษะ 8Cs พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.040, p < .05$) เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหาสูงกว่าชั้นปีที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์

ทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ทักษะคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ และทักษะการยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลง พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน

3.3 ทักษะ 2Ls พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะภาวะผู้นำ ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบทักษะ 2Ls ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี

ทักษะ 2Ls	แหล่งความแปรปรวน	MS	F	p	ชั้นปี	M	คู่ที่แตกต่าง
ทักษะการเรียนรู้	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	.19 .32	.590	.630	ปี 1	4.00	
					ปี 2	4.14	
					ปี 3	4.07	
					ปี 4	4.07	
ทักษะภาวะผู้นำ	ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	.40 .32	1.250	.290	ปี 1	4.29	
					ปี 2	4.17	
					ปี 3	4.13	
					ปี 4	4.11	

4. การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 จากการสัมภาษณ์อาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตรและการเรียนการสอน สรุปผลได้ดังนี้

4.1 กระบวนการเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนานักศึกษาในศตวรรษที่ 21 พบว่า อาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมการปฏิรูปการจัดการเรียนการสอนให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดและมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ดังนั้น การจัดการศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ให้มีประสิทธิภาพนั้น อาจารย์พยาบาลจำเป็นต้องมีสมรรถนะและมีบทบาทในด้านต่างๆ โดยใช้ทฤษฎีและหลักการเรียนรู้ทั้งด้านการพัฒนาหลักสูตรและนำไปใช้ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการวิจัยและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการสื่อสาร ความร่วมมือ และการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ด้านกฎหมาย/จริยธรรม และมีความเป็นมืออาชีพ ด้านการติดตามและประเมินผล รวมถึงด้านการจัดการ ภาวะผู้นำ และการเป็นผู้สนับสนุน โดยบริหารรายวิชาของหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ตามหลักสูตรที่ปรับปรุงใหม่ มีการสอนทั้ง online ร่วมกับ onsite และใช้กรณีศึกษาและสถานการณ์จำลองก่อนไปฝึก

ปฏิบัติจริง

4.2 ปัจจัยสนับสนุน/นโยบายที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 พบว่า ปัจจัยสนับสนุน/นโยบายที่คิดว่าจะช่วยส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 คือ ทุกภาคส่วน (หมายถึง ผู้บริหาร อาจารย์ผู้สอน และผู้มีส่วนร่วมในการจัดการเรียนการสอน จัดสิ่งแวดล้อมในการเรียน) ต้องมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนพัฒนา และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นไปตามตัวบ่งชี้ระดับหลักสูตร การจัดการฝึกปฏิบัติของนักศึกษามีการใช้ห้องปฏิบัติการ โดยให้นักศึกษาเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติ และมีการประเมินผลหลังการสอน/ปฏิบัติ

4.3 แนวทางการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 พบว่า ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาในศตวรรษที่ 21 ควรพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเป็นแบบ active learning โดยจัดกระบวนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีการเปลี่ยนแปลง โดยเน้น active learning และกำหนดสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลตามระดับชั้นปี

4.4 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา พบว่า

ในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ควรใช้กระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยบูรณาการร่วมกับการใช้เกมส์ ดังนี้ 1) ขั้นท้าทายความสามารถ (challenging) ใช้กระตุ้นให้นักศึกษาได้คิด โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่ม 2) ขั้นรวบรวมข้อมูล (collecting) ทำกิจกรรมเพื่อรวบรวมข้อมูลที่จะนำไปตอบคำถาม 3) ขั้นประมวลผลข้อมูล (processing) นำข้อมูลที่ได้นำมาทำการประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ 4) ขั้นนำเสนอข้อมูล (presenting) อภิปรายนำเสนอและสรุปผลข้อมูลอย่างเป็นเหตุผล โดยใช้เกมส์จิ๊กซอว์เป็นรางวัลเมื่อนักศึกษาสามารถระบุปัญหาของแต่ละกลุ่มได้ถูกต้อง 5) ขั้นประยุกต์ใช้ความรู้ (applying) นำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยให้แบ่งกลุ่มใหม่ให้แต่ละกลุ่มเสนอการพยาบาลตามกลุ่มโรค แล้วให้แผ่นจิ๊กซอว์เป็นรางวัล 6) ขั้นประเมินผล (assessing) ใช้ความคิดเพื่อประเมินความรู้ที่ได้ว่ามีประโยชน์และมีคุณค่ามากน้อยเพียงใด โดยนำแผ่นจิ๊กซอว์มาต่อรวม/สรุป 7) เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ encounter กับปัญหา เริ่มจากง่ายไปยาก ชับข้อ 8) แนะนำวิธีการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล เนื้อหา ทางออกในการแก้ปัญหา จากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ 9) ส่งเสริมให้นักศึกษามีอิสระในการคิด เลือก ตัดสินใจ หาทางเลือกที่ดีที่สุด และ 10) จัดประสบการณ์ทั้งรายวิชาในหลักสูตรและกิจกรรมเสริมหลักสูตร

4.5 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม พบว่า ในการพัฒนาทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ควรจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์และปัญหาเป็นหลัก และพัฒนาการคิดสร้างสรรค์ให้นักศึกษามีปัจจัยในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาล โดยเน้นให้นักศึกษามีความตระหนักในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ เพื่อให้นักศึกษามีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ โดยการสร้างสรรค์นวัตกรรมของนักศึกษาจะเป็นที่ต้องการของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะใช้บัณฑิต และเพื่อส่งเสริมให้บัณฑิต

เป็นบุคคลที่มีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 โดยครูเปลี่ยนบทบาทจากผู้สอนมาเป็นผู้ชี้แนะ ช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุน ส่วนนักศึกษาเปลี่ยนบทบาทจากที่นั่งเรียนและรอรับความรู้จากครูมาเป็นการเรียนรู้และศึกษาด้วยตนเองมากขึ้น ซึ่งการจัดการเรียนการสอนดังกล่าวจะเน้นให้นักศึกษาได้มีผลการเรียนรู้ตามมาตรฐานการเรียนรู้ในระดับปริญญาตรีสาขาวิชาชีพพยาบาลทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านคุณธรรมจริยธรรม ด้านความรู้ ด้านทักษะทางปัญญา ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ นอกจากนี้ยังจัดให้มีรายวิชาในหลักสูตรเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนหลักการของการคิด การออกแบบนวัตกรรม โดยจัดให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งภายในและภายนอกคณะ เพื่อต่อยอดหรือสนับสนุนให้นักศึกษาคิดหรืออยากทำ และจัดให้มีเวทีแสดงผลงานทั้งภายในและภายนอกคณะ รวมทั้งภายนอกมหาวิทยาลัย โดยทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 ในรูปแบบที่แตกต่างกัน

4.6 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการ พบว่า ในการพัฒนาทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนการ ควรจัดให้มีกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะภายในมหาวิทยาลัยและภายนอกมหาวิทยาลัย นอกจากนี้ ควรสอนให้นักศึกษามี self awareness และมี sensitivity คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล กระตุ้นให้ศึกษาเรียนรู้ culture ของคนในสังคมที่หลากหลาย ทั้งเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม และอื่นๆ พัฒนาให้นักศึกษามีทักษะในการประเมินวัฒนธรรม ความเชื่อของคนในสังคมที่หลากหลาย ทั้งเชื้อชาติ ภาษา วัฒนธรรม และอื่นๆ เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้พบปะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยที่หลากหลายวัฒนธรรมได้

4.7 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ พบว่า

ในการพัฒนาทักษะความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ควรมีการมอบหมายงานกลุ่มโดย แจกแจงบทบาทและหน้าที่ให้ชัดเจน มีการชื่นชมผู้ทำ หน้าที่ต่าง ๆ ในทีม และมีการสะท้อนคิดด้านการทำงาน เป็นทีม ความร่วมมือ และภาวะผู้นำ โดยนักศึกษาจะต้อง มีปัญญาเฉียบแหลม (Head) มีทักษะเห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart) และมีความพร้อมที่จะเป็นบุคลากรภาครัฐที่มี สมรรถนะสูง ดำรงตนและปฏิบัติงานได้เท่าทันการ เปลี่ยนแปลงของโลกในศตวรรษที่ 21 และทำงาน อย่างใดอย่างหนึ่งอย่างมีความปรองดองและราบรื่น ซึ่งนำมาสู่ความสำเร็จ นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ นักศึกษาได้ทำงานกับเพื่อนในชั้นปี รุ่นพี่รุ่นน้อง เพื่อน ต่างคณะและภายนอกมหาวิทยาลัย จัดให้นักศึกษาได้ แสดงบทบาททั้งผู้ร่วมทีมและหัวหน้าทีม และส่งเสริม ให้กำลังใจเมื่อทำได้ดี และให้คำแนะนำ สนับสนุน เมื่อ นักศึกษารู้สึกท้อแท้หรือพบปัญหา

4.8 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะ การสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ พบว่า ในการพัฒนา ทักษะการสื่อสาร สารสนเทศและรู้เท่าทันสื่อ ควรเน้น การพัฒนาให้นักศึกษาสามารถดำรงชีวิตและยืนหยัด ในโลกอนาคตได้อย่างมีความสุขทั้งด้านการดำเนิน ชีวิตและด้านหน้าที่การงาน สามารถปรับตัวให้รู้เท่าทัน การเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นในศตวรรษนี้ สามารถเอาตัว รอดได้ เป็นบัณฑิตที่มีคุณสมบัติพร้อมและประสบความสำเร็จ โดยเสริมสร้างให้นักศึกษามีคุณลักษณะ และทักษะแห่งอนาคตใหม่ พัฒนาจิตสำนึกต่อธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม จิตสำนึกต่อการเป็นพลเมืองและ จรรยาบรรณให้สังคมในอนาคตน้อยมากยิ่งขึ้น นั่นคือ จิต 5 ลักษณะสำหรับอนาคต ประกอบด้วย 1) จิตเชี่ยวชาญ 2) จิตรู้สังเคราะห์ 3) จิตสร้างสรรค์ 4) จิตเคารพ และ 5) จิตรู้จริยธรรม โดยควรมีการสอดแทรกในการจัด การเรียนการสอนทุกรายวิชาให้สอดคล้องกับลักษณะ วิชา มีการให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ โดยไม่ทำลาย ความมั่นใจของนักศึกษา จัดกิจกรรมภายในคณะหรือ

มหาวิทยาลัย เพื่อให้นักศึกษาได้แสดงความสามารถ สนับสนุนให้นักศึกษาออกไปประกวดผลงานหรือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายนอกมหาวิทยาลัย สอนให้ นักศึกษามีความรู้พื้นฐาน เช่น การมอบหมายงานที่ต้อง ใช้ IT ในการจัดทำรายงานและนำเสนอ การสืบค้นข้อมูล ทาง internet การรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ มีการนำเสนอ และแลกเปลี่ยนกัน จัดเวทีการแสดงออกผ่าน IT ทั้ง ภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย

4.9 แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีทักษะ การเรียนรู้เพื่อเตรียมความรู้ไปประกอบวิชาชีพ พบว่า ในการพัฒนาทักษะการเรียนรู้เพื่อเตรียมความรู้ไป ประกอบวิชาชีพ ควรเตรียมตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปี ที่ 4 อย่างเป็นระบบ และพัฒนาด้าน soft skill โดยมีการพัฒนาสมรรถนะนักศึกษารายชั้นปี พัฒนารายชั้นปีละ 1-2 skills ผ่านกิจกรรมเสริมหลักสูตร ทั้งนี้ การเตรียม ความพร้อมในการเรียนการสอนของนักศึกษาในศตวรรษ ที่ 21 ควรเริ่มตั้งแต่การออกแบบหลักสูตรและมีเป้าหมาย การเรียนรู้ที่ชัดเจน ที่สอดคล้องกับความต้องการของ ตลาดแรงงาน และจัดหาแหล่งฝึกภาคปฏิบัติที่มีคุณภาพ

4.10 แนวทางการพัฒนาด้าน soft skill/ การพัฒนาสมรรถนะนักศึกษารายชั้นปี พบว่า ในการพัฒนา ด้าน soft skill/ การพัฒนาสมรรถนะนักศึกษารายชั้นปี ควรมีการกำหนดทักษะและสมรรถนะรายชั้นปี ทบทวน รายวิชาและกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดทักษะ กำหนดกิจกรรม การประเมินผล และมีการติดตามเป็นระยะๆ ตาม สมรรถนะนักศึกษารายชั้นปี โดยดำเนินการดังนี้ 1) ประชุมชี้แจงสมรรถนะนักศึกษารายชั้นปีให้นักศึกษา ทราบ 2) ให้กลุ่มเสนอประเด็นที่สนใจ และหากกลุ่มที่สนใจ 3) ให้แต่ละกลุ่มกำหนดขอบเขตในการดำเนินการ 4) ให้ แต่ละกลุ่มนำเสนอสิ่งที่ร่วมกันดำเนินการ 5) อาจารย์ และเพื่อนนักศึกษาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะใน การปรับปรุงแก้ไข 6) มีการนำไปทดลองใช้ และปรับปรุง แก้ไข 7) ประเมิน soft skill และสมรรถนะรายชั้นปี ตามที่กำหนด 8) จัดกิจกรรมทั้งในหลักสูตรและเสริม หลักสูตร เพื่อให้นักศึกษาได้ประสบการณ์ และ 9) จัด

บรรยากาศในสถาบันและคณะให้มีบรรยากาศเป็นมิตร ไม่กดดันนักศึกษา

4.11 ข้อคิดเห็นอื่น ๆ ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ทักษะทุกด้านมีความสำคัญต่อการพัฒนา นักศึกษา โดยต้องวางแผนและจัดกิจกรรมให้สอดคล้อง มีการประสานงานกัน ไม่ต่างคนต่างทำกิจกรรม และกิจกรรมควรก่อให้เกิดการพัฒนาหลาย ๆ ทักษะในเวลาเดียวกัน กิจกรรมควรมีความหลากหลายและเหมาะสมกับความชอบของนักศึกษา ซึ่งนักศึกษาแต่ละคนชอบไม่เหมือนกัน ดังนั้น สมรรถนะผู้สอน แหล่งฝึกที่มีคุณภาพ และระบบการจัดการเรียนการสอน ต้องวางแผนล่วงหน้าตลอดหลักสูตร

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยทักษะ 8Cs โดยรวมในระดับมาก โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ และทักษะการยอมรับและเข้าใจการเปลี่ยนแปลง รองลงมา คือ ทักษะความเข้าใจความต่างวัฒนธรรมต่างกระบวนทัศน์ ส่วนทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณและการแก้ปัญหา รองลงมา คือ ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณเป็นทักษะการคิดขั้นสูง ที่ใช้ในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ โดยนักศึกษามักมีปัญหาในการแยกแยะข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาลไม่สอดคล้องกับปัญหา (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุดี ทองวิเชียร, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล มูลประเสริฐ และคณะ (2566) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 โดยรวมในระดับดีมาก โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะคอมพิวเตอร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รองลงมา คือ ทักษะอาชีพและการเรียนรู้ ส่วนทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด

คือ ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม รองลงมา คือ ทักษะการคิดอย่างมีวิจรรย์ญาณและการแก้ปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา จันทรา และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน (2560) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 โดยรวมในระดับสูง โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ รองลงมา คือ ทักษะด้านอาชีพ และทักษะการเรียนรู้ ส่วนทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะด้านการสร้างสรรค์และนวัตกรรม

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการอ่าน และคะแนนเฉลี่ยทักษะการคำนวณ สูงกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่เรียนในชั้นปีที่สูงขึ้นจะผ่านการเรียนการสอนภาคทฤษฎีที่เพิ่มมากขึ้น และภาคปฏิบัติในสถานการณจริงที่หลากหลาย ต้องมีการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ และมีการอ่านอย่างพิณีจนเพื่อนำข้อมูลมาประกอบการทำรายงาน การวิเคราะห์กรณีศึกษา เป็นต้น อีกทั้งยังต้องใช้การคำนวณเพิ่มมากขึ้นในสถานการณต่างๆ เช่น การคำนวณยาและสารน้ำ การคำนวณพลังงานจากอาหาร การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของคนในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ เทอร์เนอร์ และคณะ (2558) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการอ่าน และคะแนนเฉลี่ยทักษะคณิตศาสตร์ สูงกว่าชั้นปีที่ 1

ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมการปฏิรูปการจัดการเรียนการสอนให้ทันกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนดและมีทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งสอดคล้องกับที่ชนัดดา ภูหงษ์ทอง (2561) กล่าวว่า ผู้สอนสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดกับผู้เรียนทั้งด้านการเห็นคุณค่าและความหมายของความรู้ ด้านการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติและทักษะ

สำคัญต่าง ๆ และด้านคุณลักษณะทางจิตใจที่ส่งเสริม การนำความรู้และการปฏิบัติไปใช้ทั้งในชีวิตการเรียน และการทำงานในอนาคต นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัย สนับสนุน/นโยบายที่ช่วยส่งเสริมการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 คือ ทุกภาคส่วน ต้องมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายให้ชัดเจน มีการกำหนด นโยบาย จัดทำแผน ดำเนินการพัฒนา และติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ให้เป็นไปตามตัวบ่งชี้ระดับ หลักสูตร มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้นักศึกษา สามารถคิดอย่างมีวิจารณญาณ ทำงานเป็นทีม มีภาวะ ผู้นำ สามารถสร้างนวัตกรรม สื่อสารและใช้เทคโนโลยี ใหม่ ๆ และเตรียมความพร้อมในการประกอบวิชาชีพใน อนาคตได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อคิดเห็นของเบญจวรรณ ถนอมชัชวาล, ผ่องศรี วาณิชชุกวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ (2559) ที่ว่า การพัฒนานักศึกษา เพื่อให้ประสบความสำเร็จในศตวรรษที่ 21 ต้องอาศัย ปัจจัยที่สำคัญหลายประการ โดยสถาบันการศึกษาควร กำหนดนโยบายและประเด็นยุทธศาสตร์ในการพัฒนา นักศึกษาในศตวรรษที่ 21 มีการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ จัดทำแผน และพัฒนานักศึกษา เพื่อพัฒนานักศึกษาให้ มีความเข้มแข็ง เตรียมตนเองเพื่อการพัฒนาการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 โดยผู้บริหารต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อปรับกระบวนการพัฒนาการศึกษา สร้างสภาพ แวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนานักศึกษา พัฒนาอาจารย์ ให้มีคุณลักษณะและมีสมรรถนะในการพัฒนานักศึกษา ในศตวรรษที่ 21 มีความพร้อมทั้งแนวคิด ความรู้ ทักษะ เจตคติ มีคุณลักษณะ สมรรถนะในการสอนและการพัฒนา นักศึกษาในศตวรรษที่ 21 รวมทั้งสร้างเครือข่ายความ ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และ พัฒนาศักยภาพ รวมทั้งสามารถใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

มีเพียงพอ และเอื้อต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ สถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ควรจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการเรียนรู้ ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาตามสมรรถนะรายชั้นปี และควรกำหนดนโยบายการพัฒนาอาจารย์และนักศึกษา ในศตวรรษที่ 21 ที่ชัดเจน
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอน นักศึกษาตามสมรรถนะที่กำหนดในศตวรรษที่ 21 และ ศึกษาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสถาบันการศึกษาในการ พัฒนาอาจารย์และนักศึกษาในศตวรรษที่ 21

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราวุธ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ์, บุญเดือน วัฒนกุล, และทศศิริรัตน์ รื่นเรือง. (2558). ทักษะ แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ใน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. *วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 178–193.
- จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, จารุวรรณ ท่าม่วง, กฤษณี สุวรรณรัตน์, ชญาดา เนตร์กระจ่าง, และวรัญญา ชลธารกัมปนาท. (2561). ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทักษะการเรียนรู้ใน ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. *วารสารวิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 29(2), 36–46.
- ชนิดดา ภูหงษ์ทอง. (2561). การเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลง: ความท้าทายของผู้สอนในระดับอุดมศึกษา. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 24(1), 163–182.

- นฤมล มูลประเสริฐ, ฐิติพร สอนจ้อย, พิชะดา อุดเสน, พัชริดา จันทร์ฉาย, พิมพ์พรรณ พรหมเทศ, และ อังศวีร์ จันทะโคตร. (2566). ทักษะการเรียนรู้แห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. *วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 58–72.
- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, ผ่องศรี วาณิชย์สุภวงศ์, วุฒิชัย เนียมเทศ, และณัฐวิทย์ พจนตันติ. (2559). ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพัฒนานักศึกษา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 208–222.
- รุ่งนภา จันทรา, และอดิญาณ์ ศรีเกษตริน. (2560). ทักษะการเรียนรู้ศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 180–190.
- วิจารณ์ พานิช. (2555). *วิถีสร้างการเรียนรู้เพื่อศิษย์ในศตวรรษที่ 21*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- วิจารณ์ พานิช. (2556). *การสร้างการเรียนรู้สู่ศตวรรษที่ 21*. สืบค้นจาก <https://www.scbfoundation.com/stocks/5a/file/1381311572hbs6y5apdf>
- วิจิตรา กุสุมภ์, และสุลี ทองวิเชียร. (2560). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 1–8.
- สุวิธิดา จรุงเกียรติกุล. (2561). *ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21*. สืบค้นจาก <https://www.trueplookpanya.com/education/content/66054/>
- เอื้อจิต สุขพูล, ภาวิณี แพงสุข, และชลดา กิ่งมาลา. (2564). ผลของการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารแพทยธานี*, 48(2), 379–392.
- Kay, K. (2010). *Enriching minds for the 21st century. 21st century skills: Why they matter, what they are, and how we get there*. Retrieved from <https://www.innovationlabs.com/plsd/resources/kenkay.pdf>
- Martin, J. (2012). *The meaning of the 21st century: A vital blueprint for ensuring our future*. London: Transworld Digital.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Pain Catastrophizing and Pain in Hemodialysis Patients

สรชา วาณิชมนตรี, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Soracha Wanichmontri, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

ยศพล เหลืองโสมนภา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ²

Yosapon Leungsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ²

อรพรรณ บุญลือ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ³

Orapan Boonlue, M.N.S. (Adult Nursing) ³

Received: October 19, 2023

Revised: December 11, 2023

Accepted: December 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .87 และแบบประเมินความปวด มีค่าความเชื่อมั่น .78 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอร์ไทล์ และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer คิดเป็นร้อยละ 97.60 และทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100 และ 2) ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .920, p < .001$ และ $r_s = .930, p < .001$ ตามลำดับ)

¹⁻³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹⁻³ Instructor, Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: orapan@pnc.ac.th

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำสำคัญ: ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ความปวด การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study pain catastrophizing and pain in hemodialysis patients. The samples consisted of 85 chronic renal patients with hemodialysis in Chanthaburi Province. The research instruments were composed of the personal data questionnaire, the Pain Catastrophizing Scale with a reliability of .87, and the Thai version short-form McGill Pain Questionnaire with a reliability of .78. Data were collected from October to November 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that 1) both before and after hemodialysis, most hemodialysis patients were non extreme catastrophizer group (97.60%), while all of them had pain score at a mild level (100%); and 2) both before and after hemodialysis, pain catastrophizing was positively statistically significantly related to pain in hemodialysis patients ($r_s = .920, p < .001$ and $r_s = .930, p < .001$, respectively).

This research suggests that medical personnel who care for hemodialysis patients should assess pain catastrophizing and pain in hemodialysis patients periodically in order to provide information on caring for hemodialysis patients.

Keywords: Pain catastrophizing, Pain, Hemodialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งพบความชุกเพิ่มขึ้น จาก 84,910 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 129,724 คน ในปี พ.ศ. 2563 (คณะกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่อง

ไตเทียมต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เริ่มต้นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดทำเส้นสำหรับการฟอกเลือด คือ primary arteriovenous fistula (AVF) เพื่อเป็นช่องทางนำเลือดเข้าและออกจากร่างกาย การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่าน AVF นั้น

ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความปวดซ้ำๆ จากการถูกแทงด้วยเข็มขนาดใหญ่ คือ เบอร์ 14–16 จำนวน 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือ 104–156 ครั้งต่อปี (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความปวดที่เกิดขึ้นในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อีกด้วย

ความหมายของความปวดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คือ “การทนฝืนต่อความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากการผ่าตัดต่อเส้นเลือด และการโดนแทงเข็มฟอกเลือดวันเว้นวัน” (จันทร์ธา เริ่มเสริมสุข, 2563) ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบความปวดได้ถึงร้อยละ 89.23 โดยระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมพบความปวดระดับรุนแรงร้อยละ 21.50 ระดับปานกลางร้อยละ 13.80 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 6.20 ตำแหน่งที่พบความปวด คือ uryang ส่วนบนและส่วนล่าง ลำตัว และศีรษะ (Dos Santos et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และการอักเสบของข้อต่างๆ (Gerogianni, 2023) โดยผู้ป่วยมีความปวดทั้งขณะฟอกเลือดและหลังฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หรือบางรายมีความปวดจนถึงรอบการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมครั้งต่อไป (Fleishman, Dreisher, & Shvartzman, 2018) ผลกระทบที่เกิดจากความปวดนั้นส่งผลให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิตด้านกายภาพและด้านจิตใจลดลงในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Sousa et al., 2020) และหากผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด (pain catastrophizing) เกิดขึ้นร่วมด้วยจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปวดที่รุนแรงมากขึ้นได้ (ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วารุณี สุวรรณกุล, และปัญญา สันันทานิชกุล, 2558)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดนั้นได้มีการนิยามไว้ว่า เป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมาก

ซึ่งนำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง ประกอบด้วย มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) (Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995) ซึ่งส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ต่อความปวด และอาจส่งผลส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยรุนแรงมากขึ้น ดังการศึกษาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในผู้ป่วยที่มีโรคไมเกรน อาการปวดหลัง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า พบว่า ผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด จึงส่งผลให้มีความปวดเพิ่มมากขึ้น (Ibrahim, Akindele, Kaka, & Mukhtar, 2021; Kurien et al., 2022; Yousefi Afrashteh, Abbasi, & Abbasi, 2023) อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาแนวทางหรือวิธีการลดความปวดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด และความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในมิติของความคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความปวด โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ของ Sullivan et al. (1995) ที่กล่าวว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไปจริง (an exaggerate negative mental set brought to bear during actual or participated painful experience) ประกอบด้วย มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) มิติการขยายภาพความปวด

มากขึ้น (magnification) และมีวิธีการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) ดังนั้น ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมซึ่งต้องเผชิญกับความปวดซ้ำ ๆ จากการถูกแทงด้วยเข็มขนาดใหญ่ อีกทั้งอาจต้องเผชิญกับความปวดหลังจากการฟอกเลือด จนมีการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมีการครุ่นคิดอย่างต่อเนื่องว่าตนเองไม่สามารถจัดการกับความปวดได้ และความปวดนั้นเป็นสิ่งคุกคามตนอย่างมาก ทำให้เกิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด เมื่อนุคคลมีความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดจะทำให้มีความรุนแรงหรือระดับความปวดที่เพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่โรงพยาบาลรัฐและคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เอกชน) ในจังหวัดจันทบุรี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างน้อย 3 เดือน 3) ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่าน AVF หรือ AVG (arteriovenous graft) 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน และ 6) ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างตามการประมาณความปวดที่จะพบได้ในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามสูตรของ Miot (2011) ดังนี้

$$n = \left(\frac{Z\alpha/2 \cdot \sqrt{p \cdot q}}{E} \right)^2$$

โดยกำหนด $E = .05$, $Z = 1.96$ กำหนด $p = .10$ (จากการศึกษาของ Sadigova, Ozkurt, and Yalcin [2020] ได้ค่าประสิทธิผลความปวด = .74) และกำหนด $q = .26$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 74 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่เป็นแบบสอบถาม แบบวัดหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 85 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว โรคร่วม ระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และจำนวนครั้งของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด พัฒนาโดย Sullivan et al. (1995) แปลและตรวจสอบโมเดลการวัดโดยยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรา ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ลลิตา เดชาวุธ, และพิมพ์รัตน์ โทกุล (2563) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเมื่อมีประสบการณ์ความปวด แบ่งออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติการครุ่นคิดแต่เรื่องความปวด (rumination) จำนวน 3 ข้อ มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น (magnification) จำนวน 4 ข้อ และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ (helplessness) จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่มีความคิดหรือความรู้สึกเลย มีความคิดหรือความรู้สึกเล็กน้อย มีความคิดหรือความรู้สึกปานกลาง มีความคิดหรือความรู้สึกมาก และมีความคิดหรือความรู้สึกตลอดเวลา คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-52 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ non extreme catastrophizer (น้อยกว่า 30 คะแนน) และ extreme catastrophizer (มากกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น .87

ชุดที่ 3 แบบประเมินความปวด (the short-form McGill Pain Questionnaire [SF-MPQ]) พัฒนาโดย Melzack, Wall, and Ty (1982) ดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดยวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิขนา โฆวินทะ (2547) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ลักษณะความปวด/อาการปวด

(pain descriptors) แบ่งออกเป็นด้านความรู้สึก (sensory score) จำนวน 11 ข้อ และด้านอารมณ์ (affective score) จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปวด/รู้สึก ปวด/รู้สึกน้อย ไม่รบกวนชีวิตประจำวัน ปวด/รู้สึกปานกลาง รบกวนชีวิตประจำวัน และปวด/รู้สึกมากจนทนไม่ได้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-45 คะแนน ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวด ในขณะที่ถูกประเมิน (present pain intensity) จำนวน 1 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 6 ระดับ จากคะแนน 0-5 ได้แก่ ไม่ปวด ปวดเล็กน้อย ปวดพอรำคาญ ปวดจนรู้สึกรบกวนการดำเนินชีวิต ปวดจนทุกข์ทรมาน และปวดมากจนทนไม่ได้ และส่วนที่ 3 visual analog scale (VAS) เป็นมาตรวัดเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร โดยปลายเส้นตรงด้านซ้ายสุด หมายถึง ไม่ปวดเลย และด้านขวาสุด หมายถึง ปวดมากที่สุด ประเมินโดยใช้ไม้บรรทัดวัดความยาว หน่วยเป็นมิลลิเมตร คะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน ทั้งนี้ คะแนนรวมของแบบประเมิน คือ คะแนนของส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 คะแนนอยู่ในช่วง 0-50 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความปวดในระดับเล็กน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17-31 คะแนน) และในระดับมาก (มากกว่าหรือเท่ากับ 32 คะแนน) มีค่าความเชื่อมั่น .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดจันทบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 090/64 วันที่ 8 ตุลาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐ และแพทย์เจ้าของคลินิกฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (เอกชน) เข้าพบหัวหน้าหน่วยไตเทียม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หน่วยไตเทียม ในช่วงก่อนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อ่านข้อคำถามในแบบสอบถาม แบบวัด และแบบประเมิน ทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลา 20–30 นาที และพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งที่หน่วยไตเทียม ในช่วงหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อ่านข้อคำถามในแบบวัดและแบบประเมินทีละข้อแล้วให้ตอบ โดยใช้เวลา 15–25 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยควอร์ไทล์ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ผู้ป่วยฯ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.60 มีอายุต่ำสุด–สูงสุด คือ 18–83 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 56.41 ปี ($SD = 14.22$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 64.70 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.90 มีรายได้ต่ำสุด–สูงสุด คือ 0–70,000 บาทต่อเดือน โดยมีรายได้เฉลี่ย 14,327.06 บาทต่อเดือน ($SD = 17,999.26$) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.80 มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.70 มีระยะเวลาการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่ำสุด–สูงสุด คือ 8–264 เดือน โดยมีระยะเวลาการฟอกเลือดฯ เฉลี่ย 51.04 เดือน ($SD = 40.87$) และส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3 ครั้งต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 69.40

2. ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยฯ ส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer คิดเป็นร้อยละ 97.60 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำแนกตามคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ($n = 85$)

คะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
non extreme catastrophizer	83	97.60	83	97.60
extreme catastrophizer	2	2.40	2	2.40
	Med = 0, IQR = 0		Med = 0, IQR = 0	

3. ความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้ป่วยฯ ทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำแนกตามคะแนนความปวด ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 85)

คะแนนความปวด	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	85	100	85	100
ระดับปานกลาง	0	0	0	0
ระดับมาก	0	0	0	0
คะแนนรวม	min-max = 0-8, M = .82, SD = 1.60		min-max = 0-8, M = 1.19, SD = 1.83	
VAS (0-100)	min-max = 0-90, M = 9.17, SD = 17.40		min-max = 0-90, M = 13.88, SD = 19.03	

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับ

ความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .920, p < .001$ และ $r_s = .930, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (n = 85)

ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด	ความปวด			
	ก่อนการฟอกเลือด		หลังการฟอกเลือด	
	r_s	p	r_s	p
ก่อนการฟอกเลือด	.920	< .001	-	-
หลังการฟอกเลือด	-	-	.930	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer (ร้อยละ 97.60) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งมีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุด มีความคิดเป็นระบบและมีเหตุผล (เกษรเกษมสุข และบังอร ฤทธิ์อุดม, 2566) ผู้ป่วยจึงยอมรับความปวดจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งส่วนใหญ่มารับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลาเฉลี่ยถึง 51.04 เดือน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีความปวดเรื้อรังสามารถยอมรับความปวดที่เกิดขึ้นได้ (Murray, Patel, Twiddy, Surgeon, & Palermo, 2021) จึงทำให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในมิติการรบกวนคิดแต่เรื่องความปวด มิติการขยายภาพความปวดมากขึ้น และมิติการคิดว่าตนเองหมดความสามารถในการจัดการกับความปวดได้ รวมกันน้อยกว่า 30 คะแนน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศไทยมีสุขภาพทางจิตใจในระดับมาก แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย และดูแลตนเองอย่างดีเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี อีกทั้งผู้ป่วยยังมีเจตคติต่อตนเองด้านบวก ซึ่งยอมรับด้านดีและด้านไม่ดีของตนเองได้ (วารภรณ์ ภูคา, นพพร ว่องสิริมาศ, และวาริรัตน์ ถาน้อย, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งหมดมีคะแนนความปวดในระดับน้อย (ร้อยละ 100) ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลมีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการแทงเส้น เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และผู้ป่วยมี

ความคิดว่า การแทงเส้นนั้นเป็นการช่วยรักษาชีวิต ทำให้เกิดความเคยชินต่อการเจ็บปวด จึงไม่ได้เป็นปัญหาหรืออุปสรรคต่อการดำรงชีวิตต่อไป (กันตพร ยอดไชย, 2562) ผู้ป่วยยังได้รับการตรวจและประเมินอาการจากแพทย์และพยาบาลระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างต่อเนื่อง และหากผู้ป่วยมีอาการปวดสามารถแจ้งแพทย์หรือพยาบาลเพื่อขอรับยาลดปวดได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ และมีสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ ร่วมกับการที่ต้องมารับการฟอกเลือด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จึงทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบเพื่อนผู้ป่วยที่มาฟอกเลือดด้วยกัน จึงมีปฏิสัมพันธ์กัน พุดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเป้าหมายในการรักษา ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดี จึงส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความปวดได้น้อยลง (Latifi & Kiani, 2021) สอดคล้องกับการศึกษามุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง ที่พบว่า การยอมรับความปวดเกิดจากการได้รับการผลักดันของวัฒนธรรมไทยที่ฝังแน่นอยู่ ซึ่งเชื่อว่า การอดทนเป็นสิ่งที่ดี ประกอบกับตลอดเวลาที่รับการรักษา ญาติพี่น้องและเพื่อนมีผลต่อการขยายแนวคิดดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับความปวดได้ (ทิพวัลย์ เรืองฤทธิ์ และวัชริน ลินชวานนท์, 2561) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมยังมีความเครียดในระดับปานกลาง (วารภรณ์ ภูคา และคณะ, 2563) ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตาม ความเครียดในระดับนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Dos Santos et al. (2021) ที่พบว่า ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยมีความปวดระดับรุนแรงร้อยละ 21.50 ระดับปานกลางร้อยละ 13.80 และระดับเล็กน้อยร้อยละ 6.20 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Fleishman et al. (2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสบการณ์ความปวดร้อยละ 82 และมี

คะแนนความปวด VAS มากกว่า 8/10 คะแนน ถึง ร้อยละ 41.60 อีกทั้งผู้ป่วยยังมีความปวดที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 61.50

ผลการวิจัยพบว่า ทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวด ของ Sullivan et al. (1995) ที่กล่าวว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดเป็นชุดความคิดด้านลบอย่างมากที่นำไปสู่การตีความหรือคาดการณ์ประสบการณ์ความปวดที่มากเกินไป โดยทั้งก่อนและหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดในกลุ่ม non extreme catastrophizer แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยไม่มีชุดความคิดด้านลบเกี่ยวกับความปวด จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคะแนนความปวดในระดับน้อย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hirata, Tomiyama, Koike, Yoshimura, and Inoue (2021) ที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปวดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Raisi, Raisi, and Kolivand (2022) ที่พบว่า ความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการปวดจากความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ควรมีการประเมินความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการหาแนวทางในการลดความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและอาจสร้างแบบประเมินหรือตัวชี้วัดในการประเมินความปวดให้เป็นระบบ เช่นเดียวกับการประเมิน

ความปวดในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความคิดที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดและความปวดของผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและในหลายพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และเป็นข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในภาพรวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สำหรับการส่งเสริมและสนับสนุนทุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กันตพร ยอดไชย. (2562). *ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง: การพยาบาล และการจัดการอาการ*. สงขลา: พี ซี โปรสเปค. เกษร เกษมสุข, และบังอร ฤทธิอุดม. (2566). การส่งเสริมพัฒนาการผู้ใหญ่วัยกลางคน: บทบาทของพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 368-380.

คณะอนุกรรมการลงทะเบียนการบำบัดทดแทนไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *Thailand renal replacement therapy: Year 2020*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf>

คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). *คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561*. สืบค้นจาก <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต-2561.pdf>

- จันทร์ เริ่มเสริมสุข. (2563). ประสิทธิภาพของการประคบ ความเย็นต่อความปวดจากการแทงเข็ม AVF ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษา โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาล ดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. *วารสารหัวหิน สุขใจไกลกังวล*, 5(2), 28–38.
- ทิพวัลย์ เรื่องฤทธิ์, และวัชริน ลินชวานนท์. (2561). มุมมองต่อความปวดของผู้ป่วยไทยที่ปวดเรื้อรัง. *วิสัญญีสาร*, 44(3), 127–135.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรุ ประเสริฐศรี, ชวนชม พิษพันธ์ไพศาล, ถลิตา เดชาวูช, และพิมพ์รัตน์ โทกุล. (2563). โมเดลการวัดของแบบวัดความคิด ที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับความปวดฉบับภาษาไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 33–42.
- ยศพล เหลืองโสมนภา, นุสรุ ประเสริฐศรี, พัชรภักดิ์ ไชยสังข์, วารุณี สุวรรณกุล, และปัญญา สนั่นพานิชกุล. (2558). ความคิดที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวกับความปวด : แนวคิดและการนำไปใช้ ในการวิจัยความปวดในประเทศไทย. *วารสาร ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาล พระปกเกล้า*, 32(3), 256–269.
- วารภรณ์ ภูคา, นพพร ว่องสิริมาศ, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทาง จิตใจในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(1), 73–85.
- วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, จักรกริช กล้าผจญ, และอภิชนา ไชวินทะ. (2547). แบบประเมินความเจ็บปวด Short-form McGill Pain Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 14(3), 83–92.
- Dos Santos, P. R., Mendonça, C. R., Noll, M., Borges, C. C., Alves, P. M., Dias, N. T., ... Porto, C. C. (2021). Pain in hemodialysis patients: Prevalence, intensity, location, and functional interference in daily activities. *Healthcare*, 9(10), 1375. doi: 10.3390/healthcare9101375
- Fleishman, T. T., Dreiherr, J., & Shvartzman, P. (2018). Pain in maintenance hemodialysis patients: A multicenter study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(2), 178–184. doi:10.1016/j.jpainsymman. 2018.05.008
- Gerogianni, G. (2023). Factors affecting pain in hemodialysis and non-pharmacological management. *Cureus*, 15(2), e35448. doi:10.7759/cureus.35448
- Hirata, J., Tomiyama, M., Koike, Y., Yoshimura, M., & Inoue, K. (2021). Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: A cross-sectional study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(1), 542. doi:10.1186/s13018-021- 02693-y
- Ibrahim, A. A., Akindele, M. O., Kaka, B., & Mukhtar, N. B. (2021). Development of the Hausa version of the Pain Catastrophizing Scale: Translation, cross-cultural adaptation and psychometric evaluation in mixed urban and rural patients with chronic low back pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 44. doi:10.1186/s12955- 020-01644-1

- Kurien, T., Kerslake, R. W., Graven-Nielsen, T., Arendt-Nielsen, L., Auer, D. P., Edwards, K., ... Petersen, K. K. (2022). Chronic postoperative pain after total knee arthroplasty: The potential contributions of synovitis, pain sensitization and pain catastrophizing—An explorative study. *European Journal of Pain, 26*(9), 1979–1989. doi:10.1002/ejp.2018
- Latifi, Z., & Kiani, M. (2021). The multiple relationships between anxiety sensitivity, social support, perception of pain and life expectancy variables. *Journal of Research & Health, 11*(2), 87–94. doi: 10.32598/JRH.11.2.1598.3
- Melzack, R., Wall, P. D., & Ty, T. C. (1982). Acute pain in an emergency clinic: Latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. *Pain, 14*(1), 33–43. doi:10.1016/0304-3959(82)90078-1
- Miot, H. A. (2011). Sample size in clinical and experimental trials. *Jornal Vascular Brasileiro, 10*(4), 275–278. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dxg84WBMPnNrVcpKMXyVfHd/?format=pdf&lang=en>
- Murray, C. B., Patel, K. V., Twiddy, H., Sturgeon, J. A., & Palermo, T. M. (2021). Age differences in cognitive–affective processes in adults with chronic pain. *European Journal of Pain, 25*(5), 1041–1052. doi: 10.1002/ejp.1725
- Raiisi, F., Raisi, H., & Kolivand, M. (2022). Predicting pain catastrophizing based on pain anxiety symptoms and cognitive flexibility in cancer patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention, 7*(3), 772–777. doi:10.52547/ijmpp.7.3.772
- Sadigova, E., Ozkurt, S., & Yalcin, A. U. (2020). Pain assessment in hemodialysis patients. *Cureus, 12*(2), e6903. doi:10.7759/cureus.6903
- Sousa, L. M. M., Valentim, O. S., Marques-Vieira, C., Antunes, V., Severino, S., & Helena, J. M. G. (2020). Association between stress/anxiety, depression, pain and quality of life in people with chronic kidney disease. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 23*(23), 47–53. doi:10.19131/rpesm.0272
- 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
- Yousefi Afrashteh, M., Abbasi, M., & Abbasi, M. (2023). The relationship between meaning of life, perceived social support, spiritual well-being and pain catastrophizing with quality of life in migraine patients: The mediating role of pain self-efficacy. *BMC Psychology, 11*(1), 17. doi:10.1186/s40359-023-01053-1

ความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด Stress, Risk of Depression, and Depression among Postpartum Mothers

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)¹

Soiy Anusorntheerakul, Ph.D. (Development Science)¹

สุภาพพัทธ์ หาญกล้า, ศษ.ม. (บริหารการศึกษา)²

Suphaphak Harnklar, M.Ed. (Education Administration)²

อัญชลี อ้วนแก้ว, พย.ม. (บริหารการพยาบาล)³

Anchalee Ounkaew, M.N.S. (Nursing Administration)³

ณัฐรากุล บึงม่อม, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)⁴

Natthakul Buengmoom, M.N.S. (Community Nursing)⁴

Received: April 16, 2022 Revised: December 12, 2023 Accepted: December 18, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร จำนวน 76 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) มีค่าความเชื่อมั่น .73 แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) มีค่าความเชื่อมั่น .75 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีค่าความเชื่อมั่น .82 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และ weighted kappa

¹ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

¹ Associate Professor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: soianu@kku.ac.th

²⁻⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

²⁻⁴ Instructor, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

ผลการวิจัยพบว่า 1) มารดาหลังคลอดมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.84 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.84 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.53 และ 2) ผลการประเมินความเครียดไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (weighted kappa = -.063, 95% CI = -.154-.028 และ weighted kappa = .131, 95% CI = -.143-.405 ตามลำดับ) และผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (weighted kappa = -.002, 95% CI = -.059-.055)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดควรประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ด้วยแบบประเมิน 3 ชุดพร้อมกัน หากพบความผิดปกติ มารดาควรได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมทันที
คำสำคัญ: ความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า มารดาหลังคลอด

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the prevalence and accordance of stress, risk of depression, and depression among postpartum mothers. The samples consisted of 76 mothers within 48–72 hours postpartum in Phang Khon Hospital, Sakon Nakhon Province. The research instruments were composed of a general data questionnaire, a 5-question stress assessment form (ST-5) with a reliability of .73, a 2-question depression risk assessment form (2Q) with a reliability of .75, and a 9-question depression assessment form (9Q) with a reliability of .82. Data were collected from May to November 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, and weighted kappa.

The research results revealed that 1) 11.84% of postpartum mothers had moderate to high level of stress and had risk of depression, and 10.53% of them had mild to moderate level of depression; and 2) according to the assessment, the stress score was not accordant with the risk of depression score and the depression score (weighted kappa = -.063, 95% CI = -.154-.028 and weighted kappa = .131, 95% CI = -.143-.405, respectively) as well as the risk of depression score was not accordant with the depression score (weighted kappa = -.002, 95% CI = -.059-.055).

This research suggests that nurses in postpartum ward should assess stress, risk of depression, and depression among postpartum mothers before discharging by three assessment forms simultaneously. If any abnormal condition is found, the mothers should receive an appropriate care promptly.

Keywords: Stress, Risk of depression, Depression, Postpartum mother

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มารดาหลังคลอดมักมีอาการแปรปรวนไวต่อความรู้สึก โกรธง่าย อากาเรเหล่านี้เป็นภาวะปกติที่อาจยาวนานถึง 6-12 สัปดาห์ (Marshall & Raynor, 2020) ความเหนื่อยล้าจากการคลอด ความกังวลที่ต้องปรับบทบาท ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ตลอดจนความคาดหวังของสังคมในระยะหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด (Giallo et al., 2015) การเผชิญความเครียดในระยะหลังคลอดเป็นสัญญาณสำคัญที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Kiruthiga, 2017; Shahhosseini, Pourasghar, Khalilian, & Salehi, 2015) ดังการศึกษาที่พบว่า ความเครียดที่ผิดปกติและรุนแรงจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Drake & White, 2019) และความเครียดในระยะหลังคลอดมีผลทำให้การหลั่งน้ำนมลดลง การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาล่าช้า (ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์ และชุตติกาญจน์ แซ่ตัน, 2560) ส่วนภาวะซึมเศร้าหลังคลอดส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ปรับบทบาทและปรับตัวไม่ได้ ไม่สามารถดูแลตนเองและทารก สูญเสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ (พรรณพิไล ศรีอารกณ์ และคณะ, 2558; Tahirkheli, Cherry, Tackett, McCaffree, & Gillaspay, 2014) ซึ่งมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ เป็นมลทินทางสังคม จึงปกปิดอาการ (Bina, 2020) ทำให้มีผลต่อการแสวงหาการรักษาและความช่วยเหลือ มีผลต่อสุขภาพมารดาสัมพันธ์ภาพระหว่างมารดากับทารก และการเลี้ยงดูทารก (Agrawal, Mehendale, & Malhotra, 2022) ความสุขของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558 พบร้อยละ 9.80 (ทรพพนันท์ จุลพูล และชื่นฤทัย ยี่เขียน, 2558) ในปี พ.ศ. 2559 พบร้อยละ 18.40 (นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรื่องพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอารกณ์, วีรพันธ์

ศิริฤทธิ, และพรรณมา วัชรประภาพงศ์, 2559) และในปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 18.80 (วรรณิ นวลฉวี, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกนกพร นทีชนสมบัติ, 2561) ทั้งนี้ ความสุขของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและเกณฑ์การประเมินสถานที่ศึกษา และสถานการณ์ในขณะที่ทำการศึกษา จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และเมื่อผลการประเมินผิดปกติ จึงประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ตามข้อเสนอแนะของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในมารดาในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด พบภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับมาก ร้อยละ 5.20 (สุภัทสรา ภูเมฆ, เอกชัย โควาวิสารัช, มาลี เกื้อนพกุล, และวรัญญา แสงพิทักษ์, 2562) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบรายงานการประเมินความเครียดหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) และการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedya, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, & Mirghafourvand, 2020) ทั้งนี้ จากการศึกษาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ด้วยแบบประเมิน ST-5 แบบประเมิน 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มีความเครียดและไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า พบว่ามีภาวะซึมเศร้า และหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ก็ไม่มีความเครียดซึ่งพบว่า แบบประเมินทั้ง 3 ชุด ไม่มีความสอดคล้องกัน (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิ่งแก้ว สิทธิ, อัญชลี อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า, และกัสพร โฆมะรัตน์, 2565) จากนโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) กำหนดให้มารดาหลังคลอดทุกคนควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตก่อนจำหน่ายกลับบ้านด้วยแบบประเมิน ST-5 และแบบประเมิน 2Q ในสมุดบันทึก

สุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หากพบว่า ผลการประเมินใด ผิดปกติ ให้ทำการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ต่อไป ผู้วิจัยเห็นว่า การศึกษาที่ผ่านมานี้น่าสนใจ ตั้งครุฑ แบบประเมิน ST-5 แบบประเมิน 2Q และแบบประเมิน 9Q ไม่มีความสอดคล้องกัน (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ, 2565) การประเมินสุขภาพจิต ด้วยแบบประเมินทั้ง 3 ชุด จึงควรประเมินพร้อมกัน ทั้งนี้ โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร มีความต้องการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และมีความต้องการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาหลังคลอดให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสุ่มสุ่มฉบับที่ก สุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) ของมารดาหลังคลอด ที่เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน จำนวน 10 คน พบว่า มารดาทั้งหมดไม่ได้รับการประเมินสุขภาพจิต และจากการสัมภาษณ์หัวหน้าแผนกสูติกรรมพบว่า ไม่ได้มอบหมายให้พยาบาลประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จึงไม่มีสถิติมารดาหลังคลอดที่มีความเครียดและภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาหลังคลอดร่วมกัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาจะได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การผันแปรของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาของร่างกาย และแรงกดดันทางสังคมตั้งแต่ตั้งครุฑจนกระทั่งคลอด (เอกชัย เพ็ชรพรประภาส, 2563) โดยทำการประเมินสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอดด้วยแบบประเมินทั้ง 3 ชุดดังกล่าวพร้อมกัน และทำการศึกษาความสอดคล้องของแบบประเมิน ซึ่งจะช่วยให้มารดาหลังคลอดได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม และทำให้มารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการรักษาที่รวดเร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียด ความเสี่ยง

เป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการประเมินสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอด ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) โดยทำการประเมินสุขภาพจิตในมารดาหลังคลอดด้วยแบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ซึ่งการประเมินความเครียดและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เป็นวิธีการประเมินปัญหาสุขภาพจิต และเชื่อมโยงสู่การรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความเสี่ยงของโรคซึมเศร้าได้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ทำให้มารดาหลังคลอดกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและดูแลช่วยเหลือเบื้องต้น อันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลมารดาหลังคลอดในสถานบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาหลังคลอดที่มาคลอดที่โรงพยาบาลพังโคน จังหวัดสกลนคร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นมารดาในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด 2) คลอดในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 3) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 4) ไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเวช 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด 6) ทารกแรกเกิดไม่มีความผิดปกติและไม่มีความผิดปกติ และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ขอลอนตัวจากการวิจัยภายหลัง

การตอบแบบประเมินแล้ว คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran (1977) และใช้สัดส่วนของมารดาหลังคลอดที่มีภาวะซึมเศร้า ประเมินภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังคลอด ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เท่ากับร้อยละ 5.20 (สุกัศรา ภูเมฆ และคณะ, 2562) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 76 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การตั้งครรภ์ (ครรภ์แรก/ครรภ์หลัง) การฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน ความตั้งใจและความพร้อมในการตั้งครรภ์ และความพึงพอใจในการคลอดครั้งนี้ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) พัฒนาโดยอรรวรรณ ศิลปกิจ (2551) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ แทบไม่มีอาการหรือเกิดอาการเพียง 1 ครั้ง เป็นบางครั้งหรือมีอาการมากกว่า 1 ครั้ง แต่ไม่บ่อยบ่อยครั้งหรือมีอาการเกิดขึ้นเกือบทุกวัน และเป็นประจำมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับน้อย (0-4 คะแนน) ในระดับปานกลาง (5-7 คะแนน) ในระดับมาก (8-9 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (10-15 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) พัฒนาโดยสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2550) มีค่าความจำเพาะเท่ากับ 85.12% และค่าความไวเท่ากับ 96.57% มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่ามีหรือไม่มี ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน หากตอบว่าไม่มีทั้ง 2 ข้อ แสดงว่าไม่มีความเสี่ยง

เป็นโรคซึมเศร้า และหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า

ชุดที่ 4 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) พัฒนาโดยชรินทร์ กองสุข และคณะ (2561) มีค่าความจำเพาะเท่ากับ 93.37% และค่าความไวเท่ากับ 75.68% มีความแม่นยำตรงในการวัดก่อนข้างสูง ใช้เวลาน้อย เหมาะสำหรับการประเมินอาการของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยประเมินอาการในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีอาการเลย มีอาการเกิดขึ้น 1-7 ครั้ง มีอาการเกิดขึ้นมากกว่า 7 ครั้ง และมีอาการเกิดขึ้นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีในระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) ในระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และในระดับมากหรือรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียด 5 คำถาม แบบประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม ไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพังโคน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ .73, .75 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร (เอกสารรับรอง เลขที่ SKN REC 2021-008 วันที่ 26 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ

ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอด จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหลังคลอด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบประเมิน โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป ความชุกของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ส่วนการทดสอบความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ด้วยสถิติ weighted kappa

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมีอายุอยู่ในช่วง 25-29 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.84 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช./ปวส. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.16 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่และอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 91.47 มีอาชีพงานบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.95 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.84 ความสัมพันธ์ในครอบครัว คือ รักใคร่กันดี คิดเป็นร้อยละ 94.66 เป็นครรภ์แรกและครรภ์หลัง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 72.45 มีความตั้งใจและความพร้อมในการตั้งครรรภ์ คิดเป็นร้อยละ 77.51 และมีความพึงพอใจในการคลอดครั้งนี้ คิดเป็นร้อยละ 92.23

2. ความชุกของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.84 มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.84 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.53 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความชุกของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด
(n = 76)

การประเมินสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเครียด		
ระดับน้อย	67	88.16
ระดับปานกลางถึงระดับมาก	9	11.84
ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า		
ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	67	88.16
มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	9	11.84
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีในระดับน้อยมาก	68	89.47
มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง	8	10.53

3. ความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก จำนวน 9 คน และมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 9 คน เท่ากัน และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน แต่เป็นมารดาหลังคลอดที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมากร่วมกับมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าเพียง 3 คน มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมากร่วมกับมีภาวะซึมเศร้า

เพียง 2 คน ส่วนมารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 9 คน มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คน แต่เป็นมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าร่วมกับมีภาวะซึมเศร้าเพียง 1 คน ในขณะที่มารดาหลังคลอดที่มีความเครียดในระดับน้อย มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน เท่ากัน และมารดาหลังคลอดที่ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าถึง 7 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้า
ในมารดาหลังคลอด (n = 76)

การประเมินสุขภาพจิต	การประเมินความเสี่ยง เป็นโรคซึมเศร้าด้วย 2Q		รวม	การประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วย 9Q		รวม
	ไม่มีความเสี่ยง เป็นโรคซึมเศร้า	มีความเสี่ยง เป็นโรคซึมเศร้า		ไม่มีความ ซึมเศร้า	มีความ ซึมเศร้า	
การประเมินความเครียดด้วย ST-5						
ระดับน้อย	61	6	67	61	6	67
ระดับปานกลางถึงระดับมาก	6	3	9	7	2	9
รวม	67	9	76	68	8	76
การประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วย 2Q						
ไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	-	-	-	60	7	67
มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า	-	-	-	8	1	9
รวม	-	-	-	68	8	76

4. การทดสอบความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด พบว่า ผลการประเมินความเครียดด้วย ST-5 ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วย 2Q และผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q (weighted

kappa = -.063, 95% CI = -.154-.028 และ weighted kappa = .131, 95% CI = -.143-.405 ตามลำดับ) และผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 9Q (weighted kappa = -.002, 95% CI = -.059-.055) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การทดสอบความสอดคล้องของผลการประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด (n = 76)

การทดสอบความสอดคล้อง	weighted kappa	asymptotic			95% confidence interval	
		SE	Z	p	lower bound	upper bound
ผลการประเมินด้วย ST-5 – ผลการประเมินด้วย 2Q	-.063	.046	-2.215	.134	-.154	.028
ผลการประเมินด้วย ST-5 – ผลการประเมินด้วย 9Q	.131	.140	1.218	.223	-.143	.405
ผลการประเมินด้วย 2Q – ผลการประเมินด้วย 9Q	-.002	.029	-.061	.951	-.059	.055

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ มีความเครียดในระดับน้อย (ร้อยละ 88.16) ซึ่งเป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับมารดาหลังคลอด ยังสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และสามารถปรับตัว ปรับบทบาทหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังคลอด และทารกแรกเกิดไม่มีความผิดปกติและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบกับมารดามีความตั้งใจและความพร้อมในการตั้งครรถ์ถึงร้อยละ 77.51 และมีความพึงพอใจในการคลอดครั้งนี้ถึงร้อยละ 92.23 และพบว่า มารดาหลังคลอดมีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 11.84 ซึ่งเป็นระดับที่สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด มีความไม่สบายใจ ซึ่งต้องใช้เวลาในการปรับตัวหรือแก้ปัญหา โดยมารดาที่มีความเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป ต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน 2Q ต่อไป ตามข้อเสนอแนะของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2558) จากการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมินพร้อมกันทั้ง 3 ชุด พบว่า มารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 11.84 และมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยถึงระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 10.53 โดยไม่รอผลการประเมินด้วยแบบประเมิน ST-5 และแบบประเมิน 2Q ผิดปกติ ก่อนการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q โดยภาวะซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้พบร้อยละ 10.53 ซึ่งมีความชุกมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2562 ด้วยแบบประเมินเดียวกัน หลังการประเมินด้วยแบบประเมิน 2Q ผิดปกติ แล้วจึงประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q ที่พบเพียงร้อยละ 5.20 (สุภัทสรุ ภูเมฆ และคณะ, 2562) เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทุกคน พร้อมกับการประเมิน

ด้วยแบบประเมิน 2Q และแบบประเมิน ST-5 จึงพบความชุกของภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลดีกับมารดาหลังคลอดที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าที่รวดเร็วขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า ผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q แสดงให้เห็นว่า แม้มารดาหลังคลอดจะมีความเครียดในระดับน้อยก็มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้ากลับมีความเครียดในระดับน้อยเท่านั้น ซึ่งเป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับมารดาหลังคลอด ยังสามารถจัดการกับชีวิตประจำวันได้ สามารถปรับตัวและปรับบทบาทหลังคลอดได้อย่างเหมาะสม จึงควรประเมินความเครียดพร้อมกับประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดทุกคน นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ผลการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 และผลการประเมินความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q ไม่มีความสอดคล้องกับผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q แม้จะพบความชุกที่ใกล้เคียงกันก็ตาม แสดงให้เห็นว่า แม้มารดาหลังคลอดจะมีความเครียดในระดับน้อยก็มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้ และแม้มารดาหลังคลอดจะไม่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าก็มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าได้เช่นกัน ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้แบบประเมิน ST-5 แบบประเมิน 2Q และแบบประเมิน 9Q พบว่า แบบประเมินทั้ง 3 ชุด ไม่มีความสอดคล้องกัน (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ, 2565) ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบประเมินแต่ละชุดมีวัตถุประสงค์ในการประเมินแตกต่างกัน และมีลักษณะคำถาม จำนวนข้อ และเกณฑ์การประเมินแตกต่างกัน ดังนั้น ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มารดาหลังคลอดทุกคน จึงควรได้รับการประเมินทั้งความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าพร้อมกัน ไม่ควร

เลือกใช้แบบประเมินชุดใดชุดหนึ่งก่อน เพื่อให้มารดาได้รับการประเมินสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและรวดเร็ว หากผลการประเมินจากแบบประเมินใดผิดปกติหรือมีความเสี่ยง จะทำให้คำปรึกษา และส่งต่อเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือได้รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหลังคลอดควรประเมินความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ด้วยแบบประเมิน 3 ชุดพร้อมกัน และให้การดูแลช่วยเหลือทันทีที่พบผลการประเมินจากแบบประเมินใดก็ตามผิดปกติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอด เฉพาะกลุ่ม เช่น มารดาครรภ์แรก มารดาผ่าตัดคลอด รวมทั้งทดสอบความสอดคล้องของแบบประเมินทั้ง 3 ชุดซ้ำ ในกลุ่มที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

ทรพพันธ์ จุลพล, และชื่นฤทัย ยี่เขียน. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(1), 64-74.

ทิพย์วรรณ บุญยากรณ์, และชุตিকাญจน์ แซ่ตัน. (2560).

บทบาทพยาบาล: การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(3), 271-281.

ชรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤษกษานนท์, สุพัตรา สุขาวห, และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561).

ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(4), 321-334.

นภัสนันท์ สุขเกษม, รัชณี เรืองพรวิสุทธิ, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, วีรพันธ์ ศิริฤทธิ, และพรรณาวชิรประภาพงศ์. (2559). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 47-55.

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, นุชนาต สุนทรลัมศิริ, กนกพร จันทร์าทิตย์, จิรารวรรณ ดีเหลือ, จิราภรณ์ นันทชัย, และพฤษลดา เขียวคำ. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาและบิดาที่มีบุตรคนแรก. *พยาบาลสาร*, 42(3), 37-50.

วรรณีนวลฉวี, ทวีศักดิ์ กสิผล, และกนกพร นทีชนสมบัติ. (2561). ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาหลังคลอด. *วารสาร มจร.วิชาการ*, 21(42), 65-78.

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, กิ่งแก้ว สิทธิ, อัญชติ อ้วนแก้ว, สุภาพักตร์ หาญกล้า, และภัสพร โมฆะรัตน์. (2565). ความชุกและความสอดคล้องของความเครียด ความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า และภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 45(3), 37-47.

- สุภัทสร่า ภูเมฆ, เอกชัย โควาวิสารัช, มาลี เกื้อนพกุล, และวรัญญา แสงพิทักษ์. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 158–170.
- สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล, ธรฉัตร กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตรวรรณเสวก, จินตนา ลี้จิ่งเพิ่มพูน, ... สิรีธรรบุตรวงศ์. (2550). การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม ในชุมชนไทยอีสาน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(2), 138–148.
- อรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีรัษฎา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 16(3), 177–185.
- เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. (2563). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. *จิตเวชวิทยาสาร*, 36(2), 172–185.
- Agrawal, I., Mehendale, A. M., & Malhotra, R. (2022). Risk factors of postpartum depression. *Cureus*, 14(10), e30898. doi:10.7759/cureus.30898
- Bina, R. (2020). Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. *Women and Birth*, 33(1), 24–32. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.006
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Drake, E., & White, M. S. (2019). Postpartum adaptations and nursing care. In S. S. Murray, E. S. McKinney, K. S. Holub, & R. Jones (Eds.), *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing* (pp. 458–464). St. Louis, MO: Elsevier.
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(5), 528–544. doi:10.1080/02646838.2015.1021769
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Women's Health*, 20(1), 180. doi:10.1186/s12905-020-01048-9
- Kiruthiga, V. (2017). Emotive whims distressing pregnant women. *International Research Journal of Engineering and Technology*, 4(8), 2194–2196. Retrieved from <https://www.irjet.net/archives/V4/i8/IRJET-V4I8395.pdf>
- Marshall, J. E., & Raynor, M. D. (Eds.). (2020). *Myles textbook for midwives* (17th ed.). Warsaw, Poland: Elsevier.

Shahhosseini, Z., Poursaghar, M., Khalilian, A., & Salehi, F. (2015). A review of the effects of anxiety during pregnancy on children's health. *Materia Socio-Medica*, 27(3), 200–202. doi:10.5455/msm.2015.27.200-202

Tahirkheli, N. N., Cherry, A. S., Tackett, A. P., McCaffree, M. A., & Gillaspay, S. R. (2014). Postpartum depression on the neonatal intensive care unit: Current perspectives. *International Journal of Women's Health*, 6, 975–987. doi:10.2147/IJWH.S54666

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการู ของมารดาต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา ของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก* Effect of the Maternal Kangaroo Care Empowerment Program on Physiological Functions of Preterm Infants with Respiratory Distress Syndrome*

เยาวรัตน์ สุภาณี, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Yaowarat Supasri, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

จตุมาศ โชติบาง, ประ.ด. (การพยาบาล)²

พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, ประ.ด. (การพยาบาล)³

Jutamas Chotibang, Ph.D. (Nursing)²

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 4, 2023

Revised: December 3, 2023

Accepted: December 10, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดาต่อการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก และรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คู่ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คู่ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการู

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

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

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ของมารดา รูปทารกเกิดก่อนกำหนด วิดีโอเรื่อง การดูแลทารกแบบแกงการู แผ่นพับเรื่อง การดูแลทารกแบบแกงการู อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทารกแบบแกงการู แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด และ pulse oximeter ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, repeated measure ANOVA และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อน ขณะ และ หลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.850, p < .001$) 2) ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.050, p < .05$) 3) ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อน ขณะ และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน และ 4) ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดานี้ ไปใช้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีการทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทารกเกิดก่อนกำหนด การดูแลแบบแกงการู การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยา กลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the maternal kangaroo care empowerment program on physiological functions of preterm infants with respiratory distress syndrome. The samples consisted of 30 pairs of mothers and preterm infants with respiratory distress syndrome undergoing treatment in the neonatal intensive care unit of Nakhonping Hospital, Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$). The research instruments included the maternal kangaroo care empowerment program, the picture of preterm infant, the video of infant kangaroo care, the pamphlet of infant kangaroo care, the equipment for infant kangaroo care, the demographic data record form, the preterm infant physiological change record form, and the pulse oximeter. The implementation and data collection were conducted from February to October 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, repeated measure ANOVA, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) infants in the experimental group had statistically significantly different mean oxygen saturation before, during, and after the experiment ($F = 18.850, p < .001$); 2) infants in the experimental group had statistically significantly higher mean oxygen saturation than that of the control group ($t = 2.050, p < .05$); 3) infants in the experimental group had no difference in mean heart rate before, during, and after the experiment; and 4) there was no difference in mean heart rate of infants between the experimental and the control group.

This research suggests that nurses should apply this maternal kangaroo care empowerment program to care for preterm infants with respiratory distress syndrome. This will help preterm infants achieve better physiological functions.

Keywords: Empowerment program, Preterm infants, Kangaroo care, Physiological functions, Respiratory distress syndrome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนด คือ ทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ หรือ 256 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา มักมีการเจริญของอวัยวะและการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ยังพัฒนาและทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการพัฒนาระบบทางเดินหายใจไม่สมบูรณ์ สารลดแรงตึงผิวในปอดน้อย ส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบากทันทีหลังเกิด หรือภายใน 6 ชั่วโมงหลังเกิด (สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ และคณะ, 2560) โดยร้อยละ 1 เสียชีวิตจากความไม่สมบูรณ์ของปอด (Schraufanagel, 2010) ซึ่งปัญหาทารกเกิดก่อนกำหนดถือเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ แม้จะมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและการดูแลรักษาทารกเกิดก่อนกำหนดก็ตาม ทั้งนี้ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) มีการตั้งเป้าหมายในการลดอัตราทารกแรกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย ไม่เกินร้อยละ 7 แต่พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2562 พบทารกเกิดก่อนกำหนดที่มี

น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 11, 11.20 และ 10.40 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) สำหรับภาคเหนือ ในช่วงปี พ.ศ. 2560–2563 พบทารกเกิดก่อนกำหนดร้อยละ 9.20, 8.80, 9.22 และ 9.06 ของเด็กเกิดมีชีวิต ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2564) ซึ่งมีจำนวนสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดทุกปี

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก จำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ส่งผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารก ทำให้ทารกถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด และด้วยลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาขาดโอกาสในการเรียนรู้พฤติกรรมของบุตร ทารกขาดการโอบอุ้มและการสัมผัสจากมารดา ส่งผลให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความเครียดมากขึ้น (Glass et al., 2015) ส่วนทารกต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากสภาพแวดล้อมในครรภ์มารดาที่มีดีและเงียบสงบ ทารกจะถูกรบกวนจากแสง เสียง การสัมผัส จับต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ (พัฒนจิตตา ดวงคิด, จุฑามาศ โชติบาง, และมาลี เอื้ออำนวย, 2562) ซึ่ง

ส่งผลเสียต่อทารก ทำให้ทารกมีภาวะเครียดโดยสื่อผ่านระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นหรือหยุดหายใจ (สลิยาโกดยี, มาลี เอื้ออำนวย, และพิมพากรณ์ กลั่นกลิ่น, 2560) ประกอบกับปัจจัยที่ช่วยควบคุมการหายใจของทารกยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดความไม่คงที่ทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะหยุดหายใจร่วมกับหัวใจเต้นช้าลง และมีภาวะความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำได้ (Bloch-Salisbury, Zuzarte, Indic, Bednarek, & Paydarfar, 2014) ส่งผลให้ทารกมีการไหลเวียนเลือดในสมองผิดปกติ สมองจะขาดออกซิเจน และเกิดพยาธิสภาพในที่สุด

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด จึงมีแนวทางดำเนินงานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และส่งเสริมให้มารดาได้มีการดูแลแบบแกงการู (kangaroo care) โดยการดูแลแบบแกงการูเป็นวิธีการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกที่ประเทศโคลัมเบียได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1970 โดยจัดให้ทารกอยู่ในลักษณะนอนคว่ำศีรษะสูงแบบเนื้อแนบเนื้อหรือผิวหนังของทารกกับมารดา โดยให้แขนและขาของเข้าหาลำตัวและสัมผัสผิวหนังบริเวณอกของมารดา วางมือทารกไว้ใกล้ปาก ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง คลุมหลังทารกด้วยผ้าอ้อมหรือผ้าห่อ (World Health Organization, 2003) ซึ่งพบว่าทารกที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมีค่าออกซิเจนในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ เนื่องจากการจัดให้ทารกอยู่ในท่าศีรษะสูงทำให้อวัยวะในช่องท้องและกะบังลมลดต่ำลง เพิ่มแรงดันลบในช่องอก ส่งผลให้มีอากาศไหลเข้าปอดเพิ่มมากขึ้น (Giuliodori, Lujan, Janbah, & DiCarlo, 2010) และทารกอยู่ในภาวะสงบ ลดภาวะเครียด เนื่องจากได้รับการป้องกันจากการถูกรบกวนจากสิ่งเร้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Jesintha Josphin (2020) ที่พบว่า ทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบแกงการู มีอัตราการหายใจ อัตราการเต้น

ของหัวใจ และออกซิเจนในเลือด ตีกว่ากลุ่มที่ได้รับ การดูแลแบบปกติ นอกจากนี้ การดูแลแบบแกงการู ยังเป็นการส่งเสริมสายใยความรักความผูกพันระหว่างมารดากับทารก ช่วยเพิ่มความมั่นใจให้แก่มารดาในการดูแลทารกมากยิ่งขึ้น (Gao et al., 2015)

แม้ว่าในต่างประเทศจะพบการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบแกงการูในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย แต่ในประเทศไทยยังมีการปฏิบัติไม่มากเท่าที่ควร อาจเนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติ ประกอบกับทารกมีขนาดตัวเล็ก มีภาวะหายใจลำบาก และกระบวนการในการให้การดูแลที่ต้องเปิดเผยร่างกาย ส่วนบนของมารดา ในมารดาที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลแบบแกงการูจึงมีความรู้สึกเขินอาย ร่วมกับประเทศไทยมีภูมิอากาศที่ร้อน การนำทารกมานอนบนอกมารดา อาจทำให้มารดา รู้สึกไม่สุขสบายได้ (Eksirinimit, Punthmatharith, Bansopit, & Kusol, 2023) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มารดาที่ได้รับกลยุทธ์ส่งเสริม ความพร้อมและความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อน กำหนด สามารถประสบความสำเร็จในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้ ดังการศึกษาของอดิพร ศิริชัย (2559) ที่พบว่า มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดที่ ได้รับโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สูงกว่ามารดา ที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานปกติ ดังนั้น ผู้วิจัย จึงคาดหวังว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลของมารดา และสามารถช่วยให้ เกิดการปฏิบัติดูแลแบบแกงการูในทารกเกิดก่อน กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเชื่อว่าจะสามารถ ทำให้เกิดความคงที่ทางสรีรวิทยา ได้แก่ ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจของทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากได้

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจปัญหา มองเห็นสภาพการณ์จริง ผ่านกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ส่งเสริมให้บุคคล

เกิดการเรียนรู้ ตระหนักในคุณค่าและความสามารถของตนเองในการจัดการกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และประสบผลสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผ่านกระบวนการทั้งสิ้น 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมและลงมือปฏิบัติ (taking change) และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (holding on) (Gibson, 1995) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีส่วนช่วยให้มารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดสามารถเกิดความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาภาวะหายใจลำบากในทารกเกิดก่อนกำหนด และเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลแบบแคงการูได้อย่างเหมาะสม

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแคงการูของมารดาต่อความคงที่ทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด ตามแนวคิดของ Gibson (1995) โดยศึกษาจากความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจของทารกที่ได้รับการดูแลแบบแคงการูจากมารดา เพื่อนำผลของโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก นำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

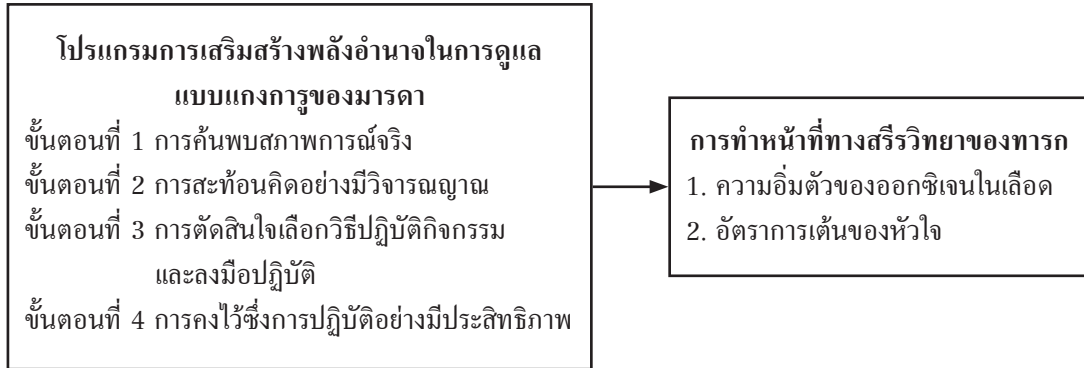
1. เพื่อเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ ของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน ขณะ และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างทารกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจก่อน ขณะ และหลังการทดลอง แตกต่างกัน
2. ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุม
3. ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่มารดาในการดูแลแบบแคงการูกับทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยการสร้างสัมพันธภาพกับมารดา เพื่อศึกษาสภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรมของมารดา ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของทารก 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการส่งเสริมให้มารดาเข้าใจปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมารดาจะมีการแสวงหาทางแก้ไขปัญหา ศึกษาและฝึกปฏิบัติวิธีการดูแล เพื่อให้ทารกมีอาการที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมและลงมือปฏิบัติ มารดาจะเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับทารกมากที่สุด และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อมารดาผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน คาดหวังว่าจะทำให้มารดาที่มีการดูแลแบบแคงการูด้วยความมั่นใจ ช่วยลดปัญหาในระบบทางเดินหายใจ ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนดดีขึ้น กล่าวคือ มีความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเต้นของหัวใจในระดับคงที่ตามเกณฑ์สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนขณะ และหลังการทดลอง (two-group time series design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่ามีภาวะหายใจลำบาก และรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มารดาอายุมากกว่า 18 ปี 2) มารดาสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 3) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด และมีคะแนนความปวดน้อยกว่า 4 4) ทารกมีอายุหลังการปฏิสนธิ 34 สัปดาห์-36 สัปดาห์ 6 วัน (กุมารแพทย์ประเมินโดยใช้วิธีของ Ballard et al. [1991]) 5) ทารกมีภาวะหายใจลำบากระดับรุนแรงน้อย และได้รับออกซิเจนทางสายยางคู่เข้าจมูกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ลิตรต่อนาที 6) ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิด และไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง 7) ทารกมีความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 90% และมีอัตราการเต้นของหัวใจ 100-180 ครั้งต่อนาที ภายใน 24 ชั่วโมงก่อนการดูแลแบบแกงการู 8) ทารกไม่มีการใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่เสี่ยงต่อการเลื่อนหลุด เช่น

ท่อระบายทรวงอก 9) ทารกไม่ได้รับยาในกลุ่ม inotropic และกลุ่ม methylxanthine และ 10) มารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ทารกมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ/ระบบประสาทรุนแรงมากขึ้น หรือมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 2) มารดาเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 3) มารดาขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ยอมรับได้ทางการพยาบาล คือ ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ที่ .40-60 (Burns & Grove, 2009) จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คู่ (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 30 คู่ ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดา ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของ Gibson (1995) ร่วมกับ

การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์
จริง ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้าง
สัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับมารดา ใช้เวลาประมาณ
30 นาที และกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ
ทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาค้นพบสถานการณ์
จริง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่าง
มีวิจารณญาณ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรม
ที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการ เพื่อให้
มารดาสามารถสะท้อนคิดถึงความสำคัญของการปฏิบัติ
การดูแลแบบแกงการในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะ
หายใจลำบาก ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธี
ปฏิบัติกิจกรรมและลงมือปฏิบัติ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม
คือ กิจกรรมที่ 4 การให้ทักษะการปฏิบัติการดูแลแบบ
แกงการ ใช้เวลาประมาณ 40 นาที

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ
อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ
กิจกรรมที่ 5 การกำกับ ติดตามและประเมินผล ใช้เวลา
ประมาณ 45 นาที

1.2 รูปทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วย ลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนด และ
ปัญหาสุขภาพของทารกเกิดก่อนกำหนด

1.3 วิดีโอเรื่อง การดูแลทารกแบบแกงการ
ผู้วิจัยสร้างขึ้น ความยาว 10 นาที เนื้อหาประกอบด้วย
กระบวนการปฏิบัติการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด
แบบแกงการ

1.4 แผ่นพับเรื่อง การดูแลทารกแบบแกงการ
ผู้วิจัยสร้างขึ้น เนื้อหาประกอบด้วย หลักการดูแลทารก
เกิดก่อนกำหนดแบบแกงการ การสังเกตอาการผิดปกติ
ของทารกเกิดก่อนกำหนดขณะให้การดูแลแบบแกงการ
และประโยชน์ของการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบ
แกงการ

1.5 อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทารกแบบ

แกงการ ได้แก่ ฉากกั้นพื้นที่เพื่อความเป็นส่วนตัว
เก้าอี้ที่มีพนักพิง ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หมวก ถุงมือ ถุงเท้า
ผ้าสำหรับผูกยึดมารดากับทารก เสื้อสำหรับคลุมตัว
มารดาและทารก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย
สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล
ของมารดา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับ
การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว
และประสบการณ์การเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด จำนวน
6 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุหลังปฏิสนธิ น้ำหนัก
ปัจจุบัน และระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
ทารกแรกเกิด จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะ
คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

2.2 แบบบันทึกการเปลี่ยนแปลงทาง
สรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยสร้างขึ้น
ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับความอิ่มตัวของออกซิเจน
ในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยบันทึกข้อมูล
ที่ได้จาก pulse oximeter จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1
ก่อนให้การดูแลแบบแกงการ ครั้งที่ 2 ขณะให้การดูแล
แบบแกงการ และครั้งที่ 3 หลังให้การดูแลแบบแกงการ

2.3 pulse oximeter ผู้วิจัยใช้เครื่องมือ
ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจากองค์การกำหนดมาตรฐาน
เกี่ยวกับไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างประเทศ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น
ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล
แบบแกงการของมารดา รูปทารกเกิดก่อนกำหนด วิดีโอ
แผ่นพับ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึก
การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของทารกเกิดก่อนกำหนด
ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรง
ตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์ที่
เชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญ
ด้านพัฒนาการทารกแรกเกิด (2 คน) พยาบาลที่เชี่ยวชาญ

ด้านทารกแรกเกิด (2 คน) และผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำจากนั้นนำไปโปรแกรมไปทดลองใช้กับมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน ส่วน pulse oximeter ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความไว (sensitivity) โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยตรวจสอบมาตรฐานการใช้งาน (calibration) จากช่างเครื่องมือแพทย์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 153/2019 วันที่ 25 ธันวาคม 2562) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 094/63 วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ ประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยในวันที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด แนะนำตัว ดำเนินการ

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของทารกเกิดก่อนกำหนดจากเวชระเบียน ร่วมกับการสัมภาษณ์แล้วบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3. ในวันที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลทั่วไปในหอผู้ป่วยรวมถึงการดูแลแบบแกงการู โดยให้การดูแลแบบแกงการู 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงเช้า และช่วงบ่าย ผู้วิจัยเข้าไปสังเกต พร้อมทั้งบันทึกความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนให้การดูแลแบบแกงการู 15 นาที ครั้งที่ 2 ขณะให้การดูแลแบบแกงการู (หลังเริ่มให้การดูแล 15 นาที) และครั้งที่ 3 หลังให้การดูแลแบบแกงการู (หลังสิ้นสุดการดูแล 15 นาที)

4. ในวันที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เช่นเดียวกับในวันที่ 5 และผู้วิจัยเข้าไปสังเกต พร้อมทั้งบันทึกความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง เช่นเดียวกับในวันที่ 5

5. ในวันที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของทารกเกิดก่อนกำหนดจากเวชระเบียน ร่วมกับการสัมภาษณ์ แล้วบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดา เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับมารดา

6. ในวันที่ 2 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดา ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับทารกเกิดก่อนกำหนด เพื่อให้มารดาค้นพบสถานการณ์จริง โดยผู้วิจัยบรรยายพร้อม

แสดงรูปทารกเกิดก่อนกำหนด

7. ในวันที่ 3 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการของมารดา ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการ เพื่อให้มารดาสามารถสะท้อนคิดถึงความสำคัญของการปฏิบัติดูแลแบบแกงการในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก โดยผู้วิจัยบรรยายร่วมกับให้ชมวิดีโอเรื่องการดูแลทารกแบบแกงการ

8. ในวันที่ 4 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการของมารดา ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมและลงมือปฏิบัติ กิจกรรมที่ 4 การให้ทักษะการปฏิบัติดูแลแบบแกงการ โดยผู้วิจัยสาธิตการปฏิบัติดูแลแบบแกงการกับหุ่นจำลอง ให้สาธิตย้อนกลับ จากนั้นให้ทดลองปฏิบัติกับบุตร และมอบแผ่นพับเรื่อง การดูแลทารกแบบแกงการ เพื่อให้ นำกลับไปทบทวนวิธีปฏิบัติ

9. ในวันที่ 5 ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการของมารดา ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมที่ 5 การกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยให้กลุ่มทดลองปฏิบัติดูแลแบบแกงการ 2 ช่วงเวลา คือ ช่วงเช้า และช่วงบ่าย ผู้วิจัยเข้าไปสังเกต พร้อมทั้งบันทึกความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนให้การดูแลแบบแกงการ 15 นาที ครั้งที่ 2 ขณะให้การดูแลแบบแกงการ (หลังเริ่มให้การดูแล 15 นาที) และครั้งที่ 3 หลังให้การดูแลแบบแกงการ (หลังสิ้นสุดการดูแล 15 นาที)

10. ในวันที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองปฏิบัติดูแลแบบแกงการ เช่นเดียวกับในวันที่ 5 และผู้วิจัยเข้าไปสังเกต พร้อมทั้งบันทึกความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ จำนวน 3 ครั้ง เช่นเดียวกับในวันที่ 5

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนตุลาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดและอัตราการเต้นของหัวใจ ของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน ขณะ และหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างทารกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 25-30 ปี และมากกว่า 30-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 30.13 ปี ($SD = 5.56$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวชาย คิดเป็นร้อยละ 53.33 และทั้งหมดไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 25.26 ปี ($SD = 5.31$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.33

และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การเลี้ยงทารกเกิดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 86.67

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างมารดาในกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทารกกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุหลังปฏิสนธิ 34 สัปดาห์-34 สัปดาห์ 6 วัน คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุหลังปฏิสนธิเฉลี่ย 34.70 สัปดาห์ ($SD = .84$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักปัจจุบันน้อยกว่า 2,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 1,649.67 กรัม ($SD = 340.20$) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดยมีระยะเวลาที่รับการรักษาเฉลี่ย 23.80 วัน ($SD = 16.41$) ส่วนทารกกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุหลังปฏิสนธิ 34 สัปดาห์-34 สัปดาห์ 6 วัน และ 35 สัปดาห์-35 สัปดาห์ 6 วัน คิดเป็นร้อยละ 46.67 เท่ากัน โดยมีอายุหลังปฏิสนธิเฉลี่ย 34.93 สัปดาห์ ($SD = .78$) ส่วนใหญ่มีน้ำหนักปัจจุบันน้อยกว่า 2,000 กรัม คิดเป็นร้อยละ 73.33 โดย

มีน้ำหนักปัจจุบันเฉลี่ย 1,697.67 กรัม ($SD = 441.55$) และส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 14 วัน คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีระยะเวลาที่รับการรักษาเฉลี่ย 25.60 วัน ($SD = 23.26$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างทารกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

3. การเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ ของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน ขณะ และหลังการทดลอง พบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อน ขณะ และหลังการทดลองแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 18.850, p < .001$) แต่มีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อน ขณะ และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อน ขณะ และหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ของทารกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อน ขณะ และหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		ขณะทำการทดลอง		หลังการทดลอง		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 15)								
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด	96.78	1.49	97.48	1.54	98.66	1.47	18.850	< .001
อัตราการเต้นของหัวใจ	151.62	7.88	151.37	8.80	150.07	8.73	.620	.540
กลุ่มควบคุม (n = 15)								
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด	96.68	1.37	96.23	1.91	97.28	1.21	.320	.720
อัตราการเต้นของหัวใจ	148.84	7.61	152.97	7.88	150.43	6.89	1.030	.370

4. การเปรียบเทียบความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างทารกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.050$, $p < .05$) แต่มีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ระหว่างทารกกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 15)		กลุ่มควบคุม (n = 15)		t	p
	M	SD	M	SD		
ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด	97.64	1.06	96.73	1.34	2.050	.040
อัตราการเต้นของหัวใจ	151.02	8.22	150.76	6.42	.970	.136

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทารกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ก่อน ขณะ และหลังการทดลอง แตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการู ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถช่วยดึงศักยภาพในตัวมารดา ทำให้มารดาตระหนักถึงสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตร ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบแกงการู ได้สะท้อนคิดถึงความสำคัญของการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการูในทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบาก ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู และได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการดูแลแบบแกงการู ทำให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารก

เกิดก่อนกำหนดแบบแกงการู ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลบุตร ทำให้มารดาสามารถดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากระดับรุนแรงน้อยได้รับการส่งผ่านความร้อนจากผิวหนังมารดาสู่ทารก ทำให้มีอุณหภูมิกายเพิ่มขึ้นในเกณฑ์ปกติ ร่างกายไม่ต้องใช้พลังงานในการสร้างความร้อน ส่งผลให้ความต้องการใช้ออกซิเจนอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดสูงเป็นปกติ (ปิยภรณ์ ปัญญาวิชร และยิ่งขวัญ อนุรักษ์, 2559) นอกจากนี้ การจัดทำของทารกที่ถูกต้อง กล่าวคือ ทารกอยู่ในท่าตั้งตรงศีรษะสูงบนอกของมารดา ทำให้อวัยวะในช่องท้องและกะบังลมของทารกลดต่ำลง ทำให้มีการเพิ่มแรงดันลบในช่องอก ส่งผลให้มีอากาศไหลเข้าปอดเพิ่มมากขึ้น (Giuliodori et al., 2010) ทำให้อากาศมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ PO_2 เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรอากาศที่ไหลเข้าและออกจากปอดต่อการหายใจ 1 ครั้ง (tidal volume) ซึ่งโครงมีการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น และช่วยให้ปริมาตรอากาศที่เหลือค้างในปอดหลังจากหายใจออกตามปกติ (functional

residual capacity [FRC]) เพิ่มขึ้น ดังนั้น เมื่อทารกอยู่ในท่าตั้งศีรษะสูง จึงทำให้อัตราการหายใจลดลง มี PO₂ เพิ่มขึ้น และมี PCO₂ ลดลง (Föhe, Kropf, & Avenarius, 2000) เมื่อใช้ pulse oximeter ประเมินจากเท้าของทารก จึงพบว่า ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของทารกกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gebuza, Kazmierczak, and Lenska (2022) ที่พบว่า ขณะทารกได้รับการดูแลแบบแกงการูไปแล้ว 15 นาที มีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในระดับดีและคงที่

ผลการวิจัยพบว่า ทารกกกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจ ก่อน ขณะ และหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน และทารกแรกเกิดทั้งสองกลุ่มถูกจัดให้อยู่ในสภาพแวดล้อมเดียวกัน ได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน มีการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกำหนดอุณหภูมิภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เหมาะสม คือ 27–28 องศาเซลเซียส (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2559) มีการนำม่านมามากั้น และจัดให้มารดาและทารกอยู่ในตำแหน่งที่ไม่มีกระแสลมจากเครื่องปรับอากาศพัดผ่าน มีการประเมินอุณหภูมิทารกทุก 15 นาที ขณะนำทารกออกมาให้การดูแล โดยอุณหภูมิกายทารกต้องอยู่ระหว่าง 36.5–37.5 องศาเซลเซียส (ประชา นันทน์นฤมิตร, 2558) ดังนั้น เมื่อทารกได้รับการควบคุมอุณหภูมิกายอย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้ทารกมีอัตราการเต้นของหัวใจในระดับคงที่ตามเกณฑ์ นอกจากนี้ การที่ทารกไม่ได้รับยากลุ่มเพิ่มความดันในหลอดเลือดหรือกลุ่มกระตุ้นการหายใจ ทำให้ทารกมีการเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจในระดับคงที่ตามเกณฑ์ (ยุพาพร ปรีชากุล และธีราพร สุภาพันธุ์, 2542) อีกทั้งความรู้สึกอบอุ่นมั่นคงจาก

การดูแลแบบแกงการู โดยการโอบกอดจากอ้อมแขนของมารดา ทำให้ทารกอยู่ในภาวะสงบ ลดภาวะเครียด อยู่ในภาวะสมดุล มีระยะพักที่ยาวนาน หลังสนิท เนื่องจากถูกป้องกันการรบกวนจากสิ่งเร้า (Gao et al., 2015) ทำให้ไม่มีการกระตุ้น corticotropin-releasing hormone ในการสั่งการให้ adrenocorticotrophic hormone ที่ต่อมใต้สมองส่วนหน้าไปกระตุ้น adrenal hormone ของ adrenal cortex ในการหลั่ง cortisol อีกทั้งต่อมใต้สมองส่วนไฮโปธาลามัสจะไม่กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติชนิดซิมพาเทติก ที่ทำให้ SA node ส่งสัญญาณถี่ขึ้น อันจะส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (ยิ่งรัก บุญดำ, 2563; ราตรี สุดทรวง และวีระชัย สิงหนิยม, 2550) ดังนั้น เมื่อทารกได้รับการดูแลแบบแกงการูอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจในระดับคงที่ตามเกณฑ์ ทั้งก่อน ขณะ และหลังการทดลอง และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Feldman and Eidelman (2003) ที่พบว่า ทารกที่ได้รับการดูแลแบบแกงการูมีอัตราการเต้นของหัวใจในช่วงการเปลี่ยนแปลงที่ปกติ และมีความใกล้เคียงกันทั้งก่อน ขณะ และหลังการทดลอง จึงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
พยาบาลควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแกงการูของมารดานี้ ไปใช้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะหายใจลำบากอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเพิ่มขึ้น และมีอัตราการเต้นของหัวใจในระดับคงที่ตามเกณฑ์
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรมีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคหัวใจแต่กำเนิด
 - 2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบแก๊งการของมารดาในประเด็นอื่น ๆ เช่น การลดภาวะเครียดหรือความเจ็บปวดในทารกเกิดก่อนกำหนด การเพิ่มน้ำหนักตัวในทารกเกิดก่อนกำหนด

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf>

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2559). *การดูแลทารกแรกเกิดตามเกณฑ์กรมอนามัย*. สืบค้นจาก http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=963

ประชา นันทน์ถนอมิต. (บ.ก.). (2558). *การประยุกต์ความรู้ทางสูติวิทยาในการดูแลทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

ปิยภรณ์ ปัญญาวิชรี, และยิ่งขวัญ อนุรักษ์รัตน์. (2559). ผลของการให้แม่ไอบกดอดลูกแบบเนื้อแนบเนื้อต่ออุณหภูมิร่างกายและความอึดตัวของทารกแรกเกิดครบกำหนดในห้องคลอดโรงพยาบาลรามาริบัติ. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(1), 82–94.

พัฒนจิตตา ดวงคิด, จุฑามาศ โชติบาง, และมาลี เอื้ออำนวย. (2562). ผลของการห่อตัวต่อระยะการนอนหลับของทารกเกิดก่อนกำหนด. *พยาบาลสาร*, 46(3), 181–194.

ยี่งรัก บุญดำ. (2563). *การตอบสนองของสมองต่อความเครียด*. สืบค้นจาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=979

ยุพาพร ปรีชากุล, และธีราพร สุภาพันธุ์. (2542). การใช้ยา theophylline ในเด็กทารก. *ศรีนครินทร์วารสาร*, 14(2), 118–131.

ราตรี สุดทรวง, และวีระชัย สิงหนิยม. (2550). *ประสาทสูติวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศลิษา โกดีย์, มาลี เอื้ออำนวย, และพิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2560). ผลของการสวมหมวกลดระดับเสียงต่อระยะหลับตื่นของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 44(2), 57–67.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2564). *ผลิตภัณฑ์การให้บริการ Service plan* ราชอาณาจักร. สืบค้นจาก <http://healthregion1.chiangmaihealth.go.th/frontend/web/cmi>

สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, युวาลักษณ์ ธรรมเกษร, ศรียา ประจักษ์ธรรม, พรทิพา อิงคกุล, พรรณพัชร พิริยะนนท์, และประภาศรี กุลาเลิศ. (บ.ก.). (2560). *ตำรากุมารเวชศาสตร์สำหรับนักศึกษาแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติ เล่ม 1* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อดิพร ศิวิชัย. (2559). ผลของโปรแกรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(6), 939–949.

Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eilers-Walsman, B. L., & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *The Journal of Pediatrics*, 119(3), 417–423. doi:10.1016/s0022-3476(05)82056-6

- Bloch-Salisbury, E., Zuzarte, I., Indic, P., Bednarek, F., & Paydarfar, D. (2014). Kangaroo care: Cardio-respiratory relationships between the infant and caregiver. *Early Human Development, 90*(12), 843–850. doi:10.1016/j.earlhumdev.2014.08.015
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Eksirinimit, T., Punthmatharith, B., Bansopit, N., & Kusol, K. (2023). Effects of kangaroo care on body temperature of premature infants and maternal satisfaction at Maharaj Nakhon Si Thammarat hospital, Thailand. *Journal of Neonatal Nursing, 29*(2), 302–306. doi:10.1016/j.jnn.2022.07.005
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2003). Skin-to-skin contact (kangaroo care) accelerates autonomic and neurobehavioural maturation in preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology, 45*(4), 274–281. doi:10.1017/s0012162203000525
- Föhe, K., Kropf, S., & Avenarius, S. (2000). Skin-to-skin contact improves gas exchange in premature infants. *Journal of Perinatology, 20*(5), 311–315. doi:10.1038/sj.jp.7200378
- Gao, H., Xu, G., Gao, H., Dong, R., Fu, H., Wang, D., ... Zhang, H. (2015). Effect of repeated kangaroo mother care on repeated procedural pain in preterm infants: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 52*(7), 1157–1165. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.006
- Gebuza, G., Kazmierczak, M., & Lenska, K. (2022). The effects of kangaroo mother care and music listening on physiological parameters, oxygen saturation, crying, awake state and sleep in infants in NICU. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 35*(19), 3659–3669. doi:10.1080/14767058.2020.1836619
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6), 1201–1210. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x
- Giuliodori, M. J., Lujan, H. L., Janbaih, H., & DiCarlo, S. E. (2010). How does a hopping kangaroo breathe?. *Advances in Physiology Education, 34*(4), 228–232. doi:10.1152/advan.00050.2010
- Glass, H. C., Costarino, A. T., Stayer, S. A., Brett, C. M., Cladis, F., & Davis, P. J. (2015). Outcomes for extremely premature infants. *Anesthesia and Analgesia, 120*(6), 1337–1351. doi:10.1213/ANE.0000000000000705
- Jesintha Josphin, W. (2020). *A study to evaluate the effectiveness of kangaroo mother care on physiological parameters among preterm infants in selected hospital at Madurai* (Doctoral dissertation). Madurai: Tamil Nadu Dr MGR Medical University.
- Schraufanigel, E. D. (2010). *Respiratory distress syndrome*. Retrieved from <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf>

World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care: A practical guide*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/42587>

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

The Development of Buddhist Awareness Enhancement Program for Preventing Depression among Caregivers of the Elderly

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ¹

Thitavan Hongitiyanon, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ¹

บุญเลี้ยง ทุมทอง, ศษ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ²

Boonleng Tumtong, Ed.D. (Curriculum and Instruction) ²

อภิญา อิงอาจ, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ³

Apinya Ingard, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ³

Received: August 7, 2023

Revised: December 24, 2023

Accepted: December 25, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จังหวัดจันทบุรี

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University, Chanthaburi Province

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: thitavan.h@rbru.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

² Associate Professor, Faculty of Education, Surin Rajabhat University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตเมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี

³ Assistant Professor, Faculty of Information and Communication Technology, Silpakorn University, City Campus (Muang Thong Thani), Nonthaburi Province

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม มีค่าความเชื่อมั่น .78 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบสอบถามความสุขใจวิถีพุทธ มีค่าความเชื่อมั่น .88 และแบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ มีค่าความเชื่อมั่น .85 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนเมษายน 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test, independent *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) การมีความคิดทางบวก การมีเป้าหมายในชีวิต ช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับมาก ($M = 48.51, SD = 4.41$) 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.530, p < .001$) และ 4) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.865, p < .001$ และ $t = 21.586, p < .001$ ตามลำดับ) และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.548, p < .01$ และ $t = 2.048, p < .05$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุควรนำโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: จิตสำนึกวิถีพุทธ ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development aimed to develop the Buddhist awareness enhancement program for preventing depression among caregivers of the elderly and examine the effectiveness of the program. The three phases of this research included: 1) phase 1 situation analysis, the samples consisted of 15 caregivers of the elderly; 2) phase 2 program development and feasibility study, the samples consisted of 15 caregivers of the elderly; and 3) phase 3 program evaluation, the samples consisted of caregivers of the elderly who were divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the semi-structured interview form, the Buddhist awareness enhancement program for preventing depression among caregivers of the elderly, the feasibility of program implementation questionnaire with a reliability of .78, the demographic questionnaire, the 9-question depression assessment form (9Q), the Buddhist happiness measure with a reliability of .88, and the perceived Buddhist awareness enhancement questionnaire with a reliability of .85. The implementation and data collection

were conducted from April 2018 to January 2019. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, independent *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) having positive thinking and purpose in life can prevent depression among caregivers of the elderly; 2) caregivers of the elderly indicated that the level of feasibility was high ($M = 48.51, SD = 4.41$); 3) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of depression than that of before the experiment ($t = 6.530, p < .001$); and 4) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of happiness and perceived Buddhist awareness enhancement than those of before the experiment ($t = 11.865, p < .001$ and $t = 21.586, p < .001$, respectively) and those of the control group ($t = 3.548, p < .01$ and $t = 2.048, p < .05$, respectively).

This research suggests that health care providers who care for the elderly should apply this Buddhist awareness enhancement program for preventing depression among caregivers of the elderly to care for caregivers of the elderly. This will help reduce depression among caregivers of the elderly.

Keywords: Buddhist awareness, Depression, Caregivers of the elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี และประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามไปด้วย (สิวพร ชุ่มเย็น และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2566) เนื่องจากผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีภาวะโรคเรื้อรัง หรือมีภาวะติดเตียง โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ครอบครัว และเศรษฐกิจ รวมทั้งขาดการใช้สติอย่างเหมาะสม และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง (วิศิตดา พุกแก้ว, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, และขันทอง วัฒนประดิษฐ์, 2563) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ มีความเครียด วิตกกังวล

และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับที่สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ (2557) กล่าวว่า ผู้ดูแลและผู้ป่วยเรื้อรังได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม ส่งผลให้มีความเครียดเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.10 โดยปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล คือ ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลจากภาระด้านเศรษฐกิจ และความพร้อมของผู้ดูแล (มณีรัตน์ ซาवल, วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, 2565) ทั้งนี้ การดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแล อาจมีความรู้สึกท้อถอย มีความทุกข์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีความเสี่ยงที่จะเกิดการทำร้ายผู้สูงอายุได้ ดังนั้น การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ เป็นการสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง ให้มีสติและสมาธิอยู่กับปัจจุบัน การที่บุคคลมีความรู้สึกทางลบ มีความทุกข์ เกิดจากความคิดของตนเอง หากได้ฝึกสติจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน ปลดปล่อยวางความรู้สึกทางลบ รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีส่วนในการช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ (มาริสสา อุทยาพงษ์, 2560) ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ น่าจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าได้เช่นกัน ดังการศึกษาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้และโปรแกรมมีผลทำให้อาการโรคซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามลดลง (ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษรภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวห, จินตนา ลี้จิงเพิ่มพูน, และหทัยรัตน์ สายมาอินทร์, 2565) และการศึกษาของสมจิตร เสริมทองทิพย์ (2560) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติสามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวานได้

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาการดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ดูแล ที่อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดวิถีพุทธเป็นฐาน ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แห่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ (ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักขณา ยอดกลกิจ, และสายสมร เฉลยกิตติ, 2562) โดยโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธนี้ ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกสติตามแนววิถีพุทธ การให้ความรู้ใน

การดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำถูกประคบ โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตบางแค เขตบางเขน และเขตจตุจักร ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุมาก 3 อันดับแรก (กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร, 2561) โดยมุ่งหวังว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลง มีคะแนนความพึงพอใจและคะแนนการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพิ่มขึ้น อันจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

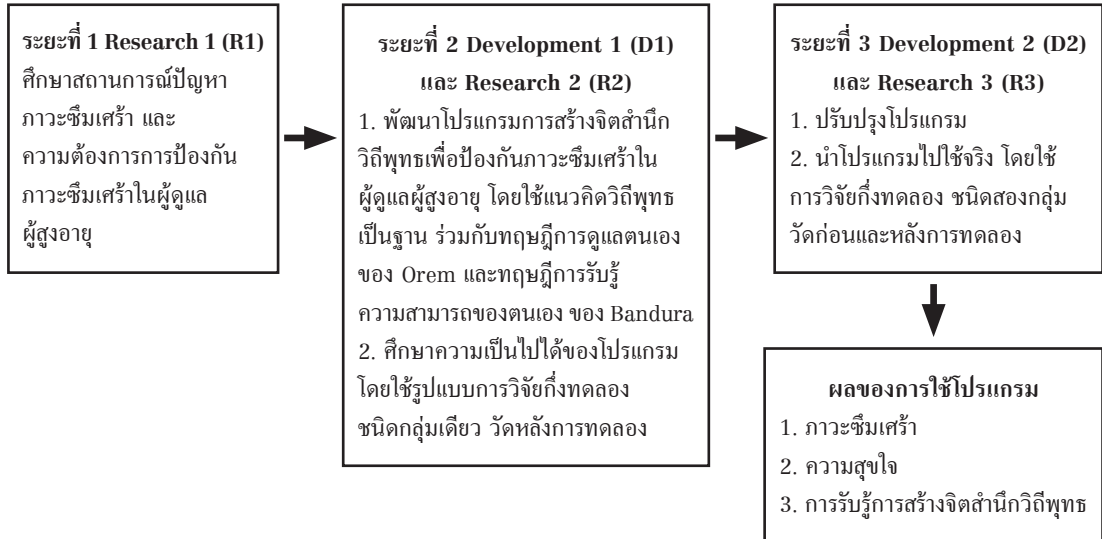
1. เพื่อศึกษาศาถนการณัปัญหาภาวะซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดวิถีพุทธเป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ในปัจจุบัน อยู่ทีลมหายใจเข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติตามการใช้งาน รู้ว่ากำลังทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวางความคิด ส่วนที่ 2 การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง และส่วนที่ 3 การวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำถูกประคบ

โดยมุ่งหวังว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมีคะแนนภาวะซึมเศร้า ลดลง มีคะแนนความสุขใจและคะแนนการรับรู้การสร้าง

จิตสำนึกวิถีพุทธเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development [R&D]) ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของโปรแกรม และระยะที่ 3 ปรับปรุงโปรแกรม และนำโปรแกรมไปใช้จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตบางแค เขตบางเขน และเขตจตุจักร ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป 3) ให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป 4) ฟัง พูด อ่าน

และเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตบางแค เขตบางเขน และเขตจตุจักร ปี พ.ศ. 2561 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1) จำนวน 15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตบางแค เขตบางเขน และเขตจตุจักร ปี พ.ศ. 2561 (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 และระยะที่ 2) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเช่นเดียวกับในระยะที่ 1 ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามเวลาที่กำหนด และขอลอนตัวจากการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบด้วยโปรแกรม power analysis of sample size (รัตนศิริ ทาโต, 2561) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .63 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

เท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .90 ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ แล้วจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยแนวคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้า 2) แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ต้องการ 3) ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า และความต้องการการฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 4) สิ่งที่ต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ และ 5) ข้อจำกัดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดวิถีพุทธ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ของ Orem (2001) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ตรงที่ประสบความสำเร็จ การสังเกตตัวแบบทั้งตัวแบบที่เป็นบุคคลและตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ การพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ในปัจจุบัน อยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติตามการใช้งาน รู้ว่ากำลังทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวางความคิด ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ใช้เวลารวม 12 ชั่วโมง และส่วนที่ 3 การวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำลูกประคบ ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง รวมเวลา

ทั้งสิ้น 18 ชั่วโมง

2. แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) มีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับน้อย (12-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-40 คะแนน) และในระดับมาก (41-60 คะแนน)

ระยะที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการศึกษาระยะที่ 2 และปรับปรุงในการศึกษาระยะที่ 3 มีส่วนประกอบเช่นเดียวกับในระยะที่ 2

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ที่พักอาศัย ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ และลักษณะของผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

3. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2553) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย และเป็นทุกวัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 7 คะแนน) 2) มีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย (7-12 คะแนน) 3) ในระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) และในระดับรุนแรง (มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจวิถีพุทธ ผู้วิจัยปรับจากดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2545) จำนวน 15 ข้อ ประกอบ

ด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 15-60 คะแนน สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความสุขน้อยกว่าคนปกติ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 43 คะแนน) มีความสุขเท่ากับคนปกติ (44-50 คะแนน) และมีความสุขมากกว่าคนปกติ (51-60 คะแนน)

5. แบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดวิถีพุทธ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธในระดับน้อย (16-30 คะแนน) ในระดับปานกลาง (31-60 คะแนน) และในระดับมาก (61-80 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามความสุขใจวิถีพุทธ และแบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ด้านการวัดและประเมินผล อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช และพยาบาลจิตเวช ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .91, .91, .89, .85 และ .89 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุออร์ธังโฮม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และนำแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมฯ แบบสอบถามความสุขใจวิถีพุทธ และแบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78, .88 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (เอกสารรับรอง เลขที่ SSRU-IRB COA 1-024/2018 วันที่ 20 เมษายน 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2561 โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำไปทดลองให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของโปรแกรม จากนั้นศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรม โดยผู้วิจัยพบผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ จำนวน 15 คน ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นจัดให้ได้รับโปรแกรม แล้วให้ตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เวลา 10-15 นาที

ระยะที่ 3 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 ถึงเดือนมกราคม 2562 โดยผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม และนำโปรแกรมไปใช้จริงตามขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบสอบถามความสุขใจวิถีพุทธ และแบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 25-30 นาที

3.2 ผู้วิจัยจัดให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยให้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ในปัจจุบัน อยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติตามการใช้งาน รู้ว่ากำลังทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวางความคิด ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง ส่วนที่ 2 การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการสร้างแรงจูงใจ การใช้ประสบการณ์ตรง การใช้ตัวแบบการกระตุ้นเตือน การสื่อสารทางบวก ใช้เวลารวม 12 ชั่วโมง และส่วนที่ 3 การวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำลูกประคบ ใช้เวลารวม 3 ชั่วโมง รวมเวลาทั้งสิ้น 18 ชั่วโมง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการดูแลตามปกติ ประกอบด้วย การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

การดำเนินชีวิต การดูแลตนเอง และการร้องเพลง รวมเวลา 18 ชั่วโมง

3.3 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้ตอบแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบสอบถามความสุขใจวิถีพุทธ และแบบสอบถามการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 20-25 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความสุขใจ และการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความสุขใจ และการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($n = 15$) พบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุทั้งจากปัจจัยภายใน คือ การมีความคิดทางลบ ความรู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน ไม่มี ความเชื่อในวิถีพุทธ (ไม่ได้ฝึกสติ และไม่ได้ไปวัด) และปัจจัยภายนอก คือ ขาดสิ่งสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน สังคม และชุมชน แนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าที่ต้องการ คือ การฝึกสติตามแนววิถีพุทธ การมีผู้แนะนำช่วยเหลือ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้า คือ การมีความคิดทางบวก

การมีเป้าหมายในชีวิต การฝึกสติจะทำให้ปล่อยวาง ความรู้สึกทางลบได้ และหากมีกิจกรรมที่ช่วยฝึกสมาธิ และเพิ่มรายได้ จะทำให้มีความสุขใจ ป้องกันการเกิด ภาวะซึมเศร้าได้ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความต้องการ ฝึกสติตามแนววิถีพุทธ สิ่งที่ต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ คือ ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ บริการสุขภาพที่มีใน ชุมชน และข้อจำกัดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ การไม่มี สมาธิ หลงลืม เบื่อหน่าย มีความคิดทางลบ ไม่มีเวลา เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ขาดสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2. โปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกัน ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้า และความต้องการ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ การฝึกสติ การมีความคิดทางบวก โดยการฝึกสติตาม แนววิถีพุทธมี 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ ในปัจจุบัน อยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติ ตามการใช้งาน รู้ว่ากำลังทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวางความคิด นอกจากนี้ โปรแกรมยังประกอบด้วย การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง และการวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำลูกประคบ เพื่อเป็นการฝึกสมาธิและเพิ่มรายได้

3. ความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมการสร้าง จิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($n = 15$) มีความคิดเห็น ว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้โปรแกรมในระดับมาก ($M = 48.51, SD = 4.41$) จากนั้นผู้วิจัยมีการปรับปรุง โปรแกรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ดูแลผู้สูงอายุตามปัญหาสุขภาพที่พบ

4. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี

มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีรายได้อยู่ในช่วง 10,000-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็น บ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีความสัมพันธ์กับ ผู้สูงอายุ คือ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 70 และลักษณะ ของผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้สูงอายุติดเตียง คิดเป็นร้อยละ 56.67 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีรายได้ในช่วง 10,000-15,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 43.33 ส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยเป็นบ้านตนเอง คิดเป็นร้อยละ 93.33 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ คือ เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 66.67 และลักษณะของผู้สูงอายุ คือ เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน และผู้สูงอายุติดเตียง คิดเป็น ร้อยละ 50 เท่ากัน

5. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความสุขใจ และการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.530, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ มากกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.865, p < .001$ และ $t = 21.586, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 5.809, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.880, p < .001$ และ $t = 14.426, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ภาวะซึมเศร้า	6.23	2.22	4.77	3.10	6.530	< .001
ความสุขใจ	36.87	4.08	45.67	5.60	11.865	< .001
การรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ	48.33	4.53	80.00	7.93	21.586	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ภาวะซึมเศร้า	6.43	2.08	5.60	2.53	5.809	< .001
ความสุขใจ	38.03	3.32	41.37	3.58	5.880	< .001
การรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ	49.33	3.98	76.13	7.96	14.426	< .001

6. การเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ความสุขใจ และการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ย ความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึก วิถีพุทธ มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.548, p < .01$ และ $t = 2.048, p < .05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยความสุขใจ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ภาวะซึมเศร้า	6.23	2.22	6.43	2.08	.360	.720
ความสุขใจ	36.87	4.08	38.03	3.32	1.215	.229
การรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ	48.33	4.53	49.33	3.98	.909	.367
หลังการทดลอง						
ภาวะซึมเศร้า	4.77	3.10	5.60	2.53	1.140	.259
ความสุขใจ	45.67	5.60	41.37	3.58	3.548	.001
การรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธ	80.00	7.93	76.13	7.96	2.048	.045

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญมาจากการมีความคิดทางลบ ความเบื่อหน่ายที่ต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลานาน ซึ่งญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ เนื่องจากได้รับผลกระทบทางลบ ทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้มีความเครียดเรื้อรัง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพโรสนธิ, 2557) ส่วนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ การมีความคิดทางบวก การมีเป้าหมายในชีวิต โดยการฝึกสติจะทำให้ปล่อยวางความคิดทางลบได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า การฝึกสติทำให้นักวิจัยเข้าใจความเป็นจริง ของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน ปล่อยวางความรู้สึกทางลบ รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งมีส่วนในการช่วย ป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ (มาริสสา อุทยาพงษ์, 2560)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแล ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อ ป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย กิจกรรม 1) การฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ในปัจจุบัน อยู่ที่ลมหายใจ เข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติตามการใช้งาน รู้ว่ากำลัง ทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวาง ความคิด 2) การให้ความรู้ในการดูแลตนเอง การป้องกัน ภาวะซึมเศร้า และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง และ 3) การวางเป้าหมายในชีวิต การเสริมแรง การให้กำลังใจ การทำกิจกรรมฝึกสติ และการทำ ลุกประกอบ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุรู้จักการปล่อยวาง ความคิดทางลบ เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจ เหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน รู้เท่าทันความคิด ของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จึงทำให้มี คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง ทั้งนี้ การฝึกสติใน การวิจัยครั้งนี้มีลักษณะบางส่วนคล้ายคลึงกับการใช้

สมาธิบำบัด SKT ซึ่งสมาธิบำบัด SKT ช่วยในเรื่องสารสื่อประสาท โดยการควบคุมและฝึกระบบประสาทสัมผัสสัมผัสผลต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆ ในร่างกาย สามารถช่วยรักษาโรคต่างๆ รวมทั้งช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความเครียดได้ (สมพร กัณฑ์คุณ-เตรียมชัยศรี, 2554) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ ชมภูบุตร และคณะ (2565) ที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สามารถช่วยป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้และโปรแกรมมีผลทำให้อาการโรคซึมเศร้าและความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขใจมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้รับความรู้ในการดูแลตนเองและการป้องกันภาวะซึมเศร้า ได้รับการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการวางแผนเป้าหมายในชีวิต ได้รับการเสริมแรงได้รับกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการปล่อยวางความคิดทางลบ เข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน รู้เท่าทันความคิดของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต โดยการปฏิบัติธรรมช่วยให้จิตใจของผู้ปฏิบัติมีความอ่อนโยน มีเมตตาให้อภัยผู้อื่นง่ายขึ้น และเกิดความสุขภายในจิตใจ (กนกพร แสงศรีจันทร์, ม.ป.ป.) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของไกรฤกษ์ ศิลาคม และหัสติน แก้ววิชิต (2560) ที่พบว่า นักศึกษาที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมีดัชนีความสุขเพิ่มขึ้นหลังได้รับการฝึกเจริญสติแบบเคลื่อนไหว

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีการฝึกสติตามแนววิถีพุทธ 3 ชั้น ได้แก่ ชั้นที่หนึ่ง คือ ฝึกการรับรู้ในปัจจุบัน อยู่ที่ลมหายใจเข้าออก ชั้นที่สอง คือ ฝึกสติตามการใช้งาน รู้ว่ากำลังทำอะไร และชั้นที่สาม คือ ฝึกสติปล่อยวาง โดยปล่อยวางความคิด ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต เข้าใจเหตุแห่งทุกข์ เข้าใจปัญหาของตน และรับรู้ถึงประโยชน์ของการฝึกสติตามแนววิถีพุทธ ซึ่งการปฏิบัติธรรมจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีสติ สมาธิ และปัญญาในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่อยากเบียดเบียนหรือสร้างความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น จิตใจมีความอ่อนโยน มีเมตตา (กนกพร แสงศรีจันทร์, ม.ป.ป.) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุควรนำโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไปใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการฝึกสติด้วยวิธีการที่เหมาะสม การให้ความรู้ด้วยวิธีการที่เข้าใจง่าย และการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างจิตสำนึกวิถีพุทธเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและการใช้กลยุทธ์ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่นั้นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่มอบทุนวิจัย งบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. 2561 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา และขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

ที่สนับสนุนงบประมาณในการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กนกพร แสงศรีจันทร์. (ม.ป.ป.). *ปัจจัยด้านความเชื่อมั่นและความไว้วางใจ ด้านการรับรู้คุณค่า และด้านการยอมรับเทคโนโลยี ส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติธรรมผ่านคอร์สออนไลน์ ของธรรมสถานมูลนิธิพุทธะมหาเมตตา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. สืบค้นจาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/sat18/6314060002.pdf>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/thi15.pdf>

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ*. สืบค้นจาก <https://www.thaidepression.com/www/news54/CPG-MDD-GP.pdf>

กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม กรุงเทพมหานคร. (2561). *รายงานข้อมูลผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร จากฐานประชากรในระบบทะเบียนราษฎร ณ เดือนธันวาคม 2561 และเปรียบเทียบกับข้อมูล ณ เดือนธันวาคม 2560*. สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000132/download/22_02_62fullpaper.pdf

ไกรฤกษ์ ศีลาคม, และหัสติน แก้ววิชิต. (2560). ผลของการเจริญสติแบบเคลื่อนไหวต่อสุขภาพจิตและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(1), 16–24.

จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักษณะ ยอดดลกิจ, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2562). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดของเยาวชน. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 72(1), 33–40.

ไพรัตน์ ชมภูบุตร, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ถ้างเพิ่มพูน, และททัยรัตน์ สายมาอินทร์. (2565). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 117–140.

มณีรัตน์ ชาวบล, วิราพรธม วิโรจน์รัตน์, และดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ. (2565). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 40(3), 90–104.

มาริสา อูทยาพงษ์. (2560). การประยุกต์ใช้การเจริญสติเพื่อป้องกันผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 13(พิเศษ 2), 109–122.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิริศดา พุกแก้ว, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส, และจันทร์ทอง วัฒนะประดิษฐ์. (2563). รูปแบบการพัฒนาสติเพื่อเสริมสร้างสันติสุขภาวะสำหรับผู้สูงวัยที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 8(เพิ่มเติม), 108–120.

ศิวพร ชุ่มเย็น, และศิริวิไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 158–171.

สมจิตร์ เสริมทองทิพย์. (2560). *ผลของโปรแกรมการบำบัดทางปัญญานบนพื้นฐานของสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้เป็นเบาหวาน* (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมพร กันทรคุณฤ-เตรียมชัยศรี. (2554). *สมาธิบำบัดแบบ SKT รักษาสารพัดโรคได้ด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพโรจน์. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed.). St Louis: Mosby.

แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย Guidelines for Using Music Activities for Senior Citizen Students in the Elderly Schools in Thailand

ยลพรรณ พันธะศรี, ศป.ม. (มานุษยดุริยางควิทยา) ¹

Yotsapan Pantasri, M.A. (Ethnomusicology) ¹

พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, ปร.ด. (ดนตรีบำบัด) ²

ภัทรวดี วัฒนศัพท์, พ.บ. ³

Pornpan Kaenampornpan, Ph.D. (Music Therapy) ²

Patravoot Vatanasapt, M.D. ³

Received: September 7, 2022

Revised: October 28, 2023

Accepted: December 19, 2023

บทคัดย่อ

กิจกรรมดนตรีเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทยควรมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุที่มุ่งหวังการแสวงหาความสุขจากการเล่นดนตรี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักรู้ในคุณค่าและศักยภาพของตนเอง อีกทั้งผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทำประโยชน์แก่สังคมและส่งเสริมการเรียนรู้โดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น ทั้งกิจกรรมการฟังเพลง กิจกรรมการร้องเพลง กิจกรรมการบรรเลงเครื่องดนตรี และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามเพลง โดยกิจกรรมดนตรีเป็นกิจกรรมที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือกลุ่มติดเตียงและสามารถพึ่งตนเองได้ เมื่อผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้จะสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ทั้งนี้ โครงสร้าง

¹ นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาดุริยางคศิลป์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Doctoral Collegian, Doctor of Philosophy Program in Music, Faculty of Fine and Applied Arts, Khon Kaen University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: yotsapanpa@kkumail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² Assistant Professor, Faculty of Fine and Applied Arts, Khon Kaen University

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ Assistant Professor, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการกำหนดเนื้อหาของหลักสูตรแต่ละแห่ง รายวิชาของหลักสูตรสามารถยืดหยุ่นตามอาจารย์ผู้สอนหรือวิทยากรบรรยาย และปรับใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ในประเทศไทย

คำสำคัญ: แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรี นักเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย

Abstract

Music activities are activities that promote senior citizen students to have complete physical well-being, mental well-being, social well-being, and spiritual well-being. Guidelines for using music activities for senior citizen students in the elderly schools in Thailand should be consistent with the goals of the elderly school curriculum, which aims to seek happiness from playing music. This will help the elderly realize their own value and potential. In addition, the elderly should be encouraged to participate in social contributions and promoted learning by connecting with the experiences of the elderly, in order to achieve goals that are real, practical, and transcribed regarding music listening activities, singing activities, musical instrument activities, and body movement activities. Music activities are activities that protect the social bound elderly not to turn into the home bound or bed bound elderly and can be self-reliant. When the elderly can rely on themselves, they will also help others. The structure of the elderly school curriculum is diverse, which depends on the content of each course. The course syllabus can be flexible according to the instructor or lecturer. This will be adapted according to the suitability of each area in Thailand.

Keywords: Guidelines for using music activities, Senior citizen students, Elderly schools in Thailand

บทนำ

อัตราการเกิดที่ลดลงและอายุเฉลี่ยของประชากรในประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลต่อโครงสร้างประชากรที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศจึงต้องมีแผนรองรับทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ด้วยการเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในช่วงวัยสูงอายุให้เป็นพลัง

ขับเคลื่อนประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) ซึ่งต้องออกแบบให้เหมาะสมตามสมรรถนะในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (long term care) คัดกรองแล้วจำแนกผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ตามแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living [ADL]) ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่

เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อาจพิการหรือทุพพลภาพ 2) กลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจัดเป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี และผ่านการคัดกรองปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ทั้งนี้ การพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม รวมถึงการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อม ให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ซึ่งต้องเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว มีสภาวะจิตใจที่สุขสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งหากมีกิจกรรมดนตรีที่ส่งเสริมการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุเชื่อมโยงประสบการณ์ของตนเองเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จักจริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น ทั้งกิจกรรมการฟังเพลง กิจกรรมการร้องเพลง กิจกรรมการบรรเลงเครื่องดนตรี และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามเพลง จะเป็นส่วนช่วยในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับแนวคิดในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย สาระวิชาดนตรีและกิจกรรมดนตรีสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ และแนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับผู้เกี่ยวข้องในการออกแบบกิจกรรมดนตรีให้เหมาะสมตามสมรรถนะในการดำเนินชีวิตของนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่พึ่งตนเองได้และมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี

แนวคิดในการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย

การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวคิดสำคัญ คือ การทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้

และประสบการณ์ไปใช้ได้จริงในชีวิตปัจจุบัน เพิ่มโอกาสในการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ครบทุกด้าน โดยเน้นการเรียนรู้อย่างสนุกสนาน อันเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ทั้งนี้ หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมีการกำหนดเป้าหมายและนโยบายการจัดการศึกษาที่ชัดเจน เป็นไปตามความต้องการของประชาชนของตำบลนั้น ๆ มีกรอบความคิดในการออกแบบหลักสูตร ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) หลักสูตรขั้นต้น มุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จักจริง 2) หลักสูตรชั้นกลาง มุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จักจริง ปฏิบัติได้ และ 3) หลักสูตรชั้นสูง มุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จักจริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น โดยการกำหนดรูปแบบและโครงสร้างหลักสูตรขึ้นอยู่กับ การกำหนดเนื้อหาของหลักสูตรแต่ละแห่ง ส่วนจุดประสงค์ของรายวิชาของหลักสูตรนั้นสามารถยึดหยุ่นตามอาจารย์ผู้สอนหรือวิทยากรบรรยาย และการประเมินผลของหลักสูตรใช้การสังเกตจากสิ่งที่เกิดขึ้นจริงและวัสดุหลักสูตรและสื่อการสอนที่ได้รับการสนับสนุนจากวัดหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่น ๆ (มงคลกิตติ์ โวหารเสาวภาคย์, จิราภรณ์ คล้อยปาน, และศิวพร จติกุล, 2563) โดยเป้าหมายของการจัดกิจกรรม คือ เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของผู้สูงอายุ ทั้งการออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก เต้นรำ และการพัฒนา ด้านต่าง ๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในสังคมไทย ที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรี มีศักยภาพพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (ณภัตสรส์ เหมาะประสิทธิ์ และพระอธิการสุชาติ จนฺทสโร, 2563)

จากผลการสำรวจของกรมกิจการผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ประเทศไทยมีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุทั้ง 77 จังหวัด แยกเป็นรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 706 แห่ง มีนักเรียนผู้สูงอายุ 51,558 คน ภาคกลาง มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 367 แห่ง มีนักเรียนผู้สูงอายุ 19,349 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 671 แห่ง มีนักเรียนผู้สูงอายุ 44,197 คน ภาคใต้ มีโรงเรียน

ผู้สูงอายุ 227 แห่ง มีนักเรียนผู้สูงอายุ 10,386 คน และกรุงเทพฯ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 78 แห่ง มีนักเรียนผู้สูงอายุ 712 คน รวมจำนวนโรงเรียนผู้สูงอายุ 2,049 แห่ง และนักเรียนผู้สูงอายุ 126,202 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) อ้างถึงในยสพรรณ พันธะศรี, 2566) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยมีการดำเนินการเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นพลังของประเทศสืบไป

สาระวิชาดนตรีและกิจกรรมดนตรีสำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุ

กรอบหลักสูตรการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา ดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

1. วิชาชีวิต (50%) หมายถึง วิชาที่ส่งเสริมความรู้ทักษะที่เป็นประโยชน์ต่อนักเรียนผู้สูงอายุในการนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ซึ่งวิชาชีวิตที่เกี่ยวกับสาระวิชาดนตรีและกิจกรรมดนตรีในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมเข้าจังหวะ ลีลาศ รำไทย บาสโลบ ดนตรี ร้องเพลง พัฒนาทักษะในการร้องและการเล่นดนตรี (พระครูพิสุทธิปัญญาภิวัฒน์, พระครูศวินวรกิจ, พระครูพิจิตตวรเวท, วิจิต ไชยชนะ, และนพวรรณ ไชยชนะ, 2565)

2. วิชาชีพ (30%) หมายถึง วิชาที่ดำเนินการให้มีแนวทางการส่งเสริมความรู้ทักษะด้านอาชีพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

3. วิชาการ (20%) หมายถึง วิชาที่มีการสร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ

กรอบหลักสูตรในโรงเรียนผู้สูงอายุประกอบด้วยจำนวนชั่วโมงที่เรียนตลอดหลักสูตร ระยะเวลาเรียน 3 เดือน เรียนสัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 4 ชั่วโมง เรียนไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง แบ่งออกเป็นภาคทฤษฎีและ

ภาคปฏิบัติ ซึ่งจำนวนผู้เรียนไม่ควรเกินห้องละ 25 คน สำหรับการประเมินผลการเรียนรู้ของนักเรียนผู้สูงอายุ ใช้แบบทดสอบ การดูผลงาน การวัดความพึงพอใจของผู้เรียน ซึ่งต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 (50%) ผลที่คาดหวัง คือ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี มีศักยภาพ พึ่งตนเองได้นานที่สุด ทั้งนี้ แต่ละพื้นที่สามารถนำหลักสูตรไปปรับใช้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ได้ (ดาวรุ่ง คำวงศ์ และสุวิชัย รุ่งสว่าง, 2563)

สาระวิชาดนตรีที่นักเรียนผู้สูงอายุจะได้ร่วมทำกิจกรรมดนตรีนั้นอยู่ในกลุ่มวิชาชีวิต ซึ่งอยู่ในหมวดวิชานันทนาการ (เลือกเสรี) มีหัวข้อวิชาดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

1. รายวิชากิจกรรมเข้าจังหวะ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายเหงา มีเนื้อหาสาระวิชา คือ ลีลาศ รำไทย บาสโลบ และอื่นๆ ระยะเวลาเรียน 3 ชั่วโมง

2. รายวิชาดนตรีและร้องเพลง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุคลายเหงา มีเนื้อหาสาระวิชา คือ 1) สอนให้เรียนรู้ถึงประโยชน์ของดนตรี การเล่นดนตรี การร้องเพลง 2) สอนให้เรียนรู้ถึงรูปแบบการใช้ดนตรีเพื่อการบำบัดกายและใจ และ 3) สอนให้เรียนรู้ที่จะพัฒนาทักษะในการร้อง การเล่นดนตรี ระยะเวลาเรียน 3 ชั่วโมง

แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย

การใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับผู้สูงอายุตามกรอบการพัฒนาสุขภาพที่สมบูรณ์ของมิติสุขภาพ 4 ด้านตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998 อ้างถึงในยสพรรณ พันธะศรี, 2566) ที่มีความสำคัญและเชื่อมโยงกันต่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) สุขภาพทางร่างกาย (physical well-being) หมายถึง ร่างกายที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว 2) สุขภาพทางจิตใจ (mental well-being) หมายถึง การปรับตัวให้อยู่ในสังคมและวัฒนธรรม ปฏิบัติหน้าที่อย่างเต็ม

ความสามารถ ทั้งด้านร่างกาย เซาว์นปัญญา และอารมณ์ โดยไม่มีความผิดปกติทางจิตใจ 3) สุขภาวะทางสังคม (social well-being) หมายถึง การอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ดี มีครอบครัวที่อบอุ่นสมบูรณ์ และชุมชนเข้มแข็ง 4) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หมายถึง การมีสภาวะจิตใจที่สุขสงบ ผ่อนคลาย เป็นอิสระ เนื่องจากตระหนักรู้ในความหมายและเป้าหมาย ในการดำเนินชีวิต ซึ่งแนวทางการใช้กิจกรรมดนตรี สำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทยทั้ง 4 ด้าน มีดังนี้

1. การใช้กิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางร่างกาย

ในเบื้องต้นผู้สูงอายุต้องยอมรับสภาพความเสื่อมถอยของร่างกาย ปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาวะที่เป็นอยู่ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่หนักกำล้งและหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนที่ทำให้เกิดความเครียด อีกทั้งผู้สูงอายุยังต้องระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม ดังนั้น การรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สุขภาวะทางร่างกาย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพัฒนา โดยผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างเหมาะสม 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อเป็นการกระตุ้นการเต้นของหัวใจ อีกทั้งเป็นการฝึกกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นของร่างกายด้วย (วัชรินทร์ วงษาหล้า และมนโไท วงษาหล้า, 2563) โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเกิดขึ้นจากการฝึกการหดตัวของกล้ามเนื้อ ซึ่งควรทำในท่าที่เท้าสัมผัสพื้น เพื่อให้กล้ามเนื้อทุกมัดเรียนรู้บทบาทการทำงานที่ประสานกันในการหดตัว เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวทั้งในการเล่นกีฬาและการดำรงชีวิตประจำวัน (ไวพจน์ จันทรเสณ, 2558) อ้างถึงในประพันธ์ศักดิ์ พุ่มอินทร์, 2561) ทั้งนี้ ดนตรีมีบทบาทในด้านการศึกษาและการออกกำลังกาย ในเรื่องจังหวะของเพลงอาจมีผลต่อการเคลื่อนไหว บทเพลงที่มีจังหวะเร็วมีแนวโน้มที่จะเพิ่มการเคลื่อนไหวให้เร็วขึ้น ซึ่งอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น ส่วนบทเพลงที่มีจังหวะช้ามีแนวโน้มที่จะลดประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวให้ช้าลง ใช้ประกอบ

ท่วงท่าที่สง่างามได้ เช่น สเก็ตลีลา (ประพันธ์ศักดิ์ พุ่มอินทร์, 2561) สำหรับการเคลื่อนไหวโดยการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้น เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่นิยมกันมาก เพราะช่วยให้ร่างกายมีความแข็งแรง บทเพลงช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและให้ความเพลิดเพลินจากจังหวะดนตรีอีกด้วย สำหรับการเดินนั้นจะทำให้กล้ามเนื้อบริเวณขาลงไปถึงข้อเท้ามีความแข็งแรง ทรงตัวได้ดีขึ้น ผู้สูงอายุควรเริ่มต้นออกกำลังกาย 9-10 นาทีต่อสัปดาห์ ทำต่อเนื่องไปจนร่างกายปรับสภาพได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีสามารถเพิ่มระยะเวลาได้ถึง 300 นาทีต่อสัปดาห์ (นิพพัทธ์ สันทรัพย์, จิณวัตร จันครา, และบุปผา ใจมั่น, 2562) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสุขภาพทางร่างกายโดยเลือกบทเพลงที่เหมาะสมใช้ในกิจกรรมที่เคลื่อนไหวด้วยดนตรี เนื่องจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรง ช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น และมีความเพลิดเพลิน ผ่อนคลายกับเสียงดนตรี ทั้งนี้ หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุมีกิจกรรมดนตรีหลากหลายให้เลือกดำเนินกิจกรรมสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุ เช่น รายวิชากิจกรรมเข้าจังหวะในหมวดกิจกรรมนันทนาการ (เลือกเสรี) โดยมีเนื้อหาสาระวิชาว่าด้วยการลีลาศ รำไทย บาสโลบ และอื่นๆ โดยแต่ละโรงเรียนสามารถประยุกต์ใช้ได้ตามความพร้อมของท้องถิ่นหรือวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559)

2. กิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ

การใช้กิจกรรมดนตรีถือเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน สรรค์สร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิสัย ประสพการณ์ การศึกษา และสภาพแวดล้อมของตัวผู้สูงอายุเป็นสำคัญ กิจกรรมดนตรีที่เป็นพื้นฐานและเป็นกิจกรรมเริ่มต้นที่ดีของนักเรียนผู้สูงอายุ ได้แก่ การฟังเพลง เนื่องจากการฟังเพลงช่วยลดความกระสับกระส่าย คลายความกังวล คลายความเจ็บปวดได้ (ภูซงค์ ฉิมพิบูลย์ และพรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, 2560) อีกทั้งยังทำให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลง

ดั่งการศึกษาที่พบว่า หลังจากผู้สูงอายุฟังเพลงไทยลูกทุ่ง และฟังเพลงไทยบรรเลงที่มีเนื้อร้องที่ฟังพอใจ จะทำให้ฮอร์โมน cortisol ที่ร่างกายหลั่งออกมาในภาวะเครียด มีปริมาณลดลง (คมพล พันธุ์ยาง, สุชาติดา กรเพชรปानी, และยุทธนา จันทะจิน, 2562) ซึ่งมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของสมองหลายด้าน ทั้งการแก้ปัญหา การให้เหตุผล การเข้าใจภาษา รวมทั้งการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (สำราญ เจือจันทร์, รัชนิ นามจันทรา, และอำภาพร นามวงศ์พรหม, 2564) นอกจากนี้ การฝึกร้องเพลงที่มีความเหมาะสมในการเสริมสร้างสุนทรียภาพทางดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะทางอารมณ์ดีขึ้น ผ่อนคลาย สนุกสนาน (ทยากร สุวรรณภูมิ, พรสวรรค์ มณีทอง, และพงษ์วิกรานต์ มหิตพิงศ์, 2566)

สำหรับแนวทางการเลือกเพลงเพื่อให้ผู้สูงอายุ ฟังแล้วรู้สึกผ่อนคลายและลดความวิตกกังวลนั้น ควรเป็นเพลงที่มีท่วงทำนอง (melody) ที่ช้าและมี หลากหลายทำนอง เสียงเพลงไม่ดังเกินไป หรือเป็น การฟังดนตรีที่มีเสียง (tone) อยู่ในช่วง 60–80 เดซิเบล มีระดับเสียงที่ต่ำ มีจังหวะดนตรี (rhythm) อยู่ในช่วง ซีพจร 60–80 ครั้งต่อนาที จะทำให้ผ่อนคลายอารมณ์ สงบ ลดความวิตกกังวล (Ehlan, 2000 อ้างถึงใน ยสพรรณ พันธะศรี, 2566) มีเสียงประสาน (harmony) ที่ประสานกันอย่างกลมกลืน จะทำให้รู้สึกสบาย อิศระ ปลอดภัย สงบ สบายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพลงที่ ค่อนข้าง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายและมีความสุข มากขึ้น (Lane, 1992 อ้างถึงใน ยสพรรณ พันธะศรี, 2566) นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดกิจกรรมขับร้อง การโอเคจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข มีส่วนร่วม ในกิจกรรมอย่างทั่วถึง ควบคู่กับการพัฒนาทักษะ การร้องเพลงตามศักยภาพของผู้สูงอายุ (วรัท โชควิทยา และณรุทธ์ สุทธจิตต์, 2561)

ในส่วนการบรรเลงเครื่องดนตรีสำหรับผู้ สูงอายุนั้น พบว่ามีโครงการของสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปช.) เคยนำอังกะลุงเข้าไปให้นักเรียน

ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบและ ทำการถ่ายทอดวัฒนธรรมดนตรีไทย พบว่า การเล่น เครื่องดนตรีชนิดนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข รู้สึก ผ่อนคลาย เนื่องจากเป็นเครื่องดนตรีที่ไม่สามารถ บรรเลงคนเดียวได้ อีกทั้งยังมีลักษณะของการทำ กิจกรรมกลุ่มที่มีความเป็นกันเอง ซึ่งการที่ผู้เรียนเกิด ความสุขจากการเล่นดนตรีไทยถือเป็นเป้าหมายสำคัญ ในการเรียนดนตรีไทยของผู้สูงอายุ (ธมนวรรณ อยู่ดี และยุทธนา ฉัพพรรณรัตน์, 2562) และเมื่อผู้สูงอายุได้ เล่นอังกะลุงร่วมกัน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีในกลุ่ม มีความรู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขในการเล่นดนตรี ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสภาวะทางจิตใจด้วยกิจกรรม การฟังเพลง การร้องเพลง และการเล่นเครื่องดนตรี ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตใจ

3. กิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสภาวะทางสังคม

กิจกรรมดนตรีที่ส่งเสริมสภาวะทางสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน เช่น ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด และพบปะเพื่อนฝูง (ชนิสรา แสนบุตร และพัชรี แวงวรรณ, 2561) ได้แก่ กิจกรรมการเล่นดนตรีเป็นวง เช่น วงอังกะลุง วงดนตรี ไทย วงดนตรีล้านนา จากการศึกษาพบว่า เครื่องดนตรี จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น ลด ความรู้สึกโดดเดี่ยว ว่าเหว ลดความเครียด ทักษะใน การเล่นดนตรีทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภูมิใจในสัมพันธภาพ ของตนเองและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (วิษณุ บุญรอด, 2563) อีกทั้งยังเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ ได้คลายเครียด เพลิดเพลิน สร้างปฏิสัมพันธ์ทางครอบครัว และสังคมที่ดี อันเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งในชุมชน ให้ดียิ่งขึ้น (วิษณุ บุญรอด, พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, และภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์, 2561) ด้วยเหตุผลข้างต้น จึงควรส่งเสริมสภาวะทางสังคมด้วยกิจกรรมการฟังเพลง การร้องเพลง และการเล่นเครื่องดนตรี ที่เป็นกิจกรรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์กัน ซึ่งจะทำให้ ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกัน สร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งผู้สูงอายุจะได้รับการส่งเสริมสุขภาพทางสังคม จากโรงเรียนผู้สูงอายุโดยการร่วมทำกิจกรรมดนตรีในกลุ่มวิชาชีพชีวิตที่อยู่ในหมวดวิชานันทนาการ (เล็กลี) (เล็กลี)

4. กิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ

กิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้สูงอายุมีจิตใจที่ดีหรือผู้สูงอายุทำคุณงามความดี เช่น กิจกรรมที่ส่งเสริมความเมตตา กรุณา การเสียสละ (เพ็ญ สุขุมภักดิ์, ม.ป.ป.) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางจิตวิญญาณ มีความผาสุก จะช่วยให้สามารถเผชิญต่อเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตได้ดี แม้มีความบกพร่องด้านอื่นๆ ก็ตาม เนื่องจากมีสุขภาพจิตใจที่สุขสงบ ผ่อนคลาย เป็นอิสระ ตระหนักรู้ในความหมายและเป้าหมายในการดำเนินชีวิต (พัชนี สมกำลัง และยุทธชัย ไชยสิทธิ์, 2555) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลการฟังดนตรีทุกวันของผู้สูงอายุ พบว่าทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้ตนเองทางบวก และมีอารมณ์ที่ดีขึ้นจากการฟังเพลง อีกทั้งการเล่นดนตรีของผู้สูงอายุยังส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการเห็นคุณค่าในตนเอง ในขณะเดียวกัน กิจกรรมดนตรีก่อให้เกิดความสมานฉันท์ ความเท่าเทียมกัน การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางดนตรีจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางจิตวิญญาณเพิ่มขึ้น (ปณิชา พรประเสริฐ, จุฑาทิพย์ วิวัฒนาพันธุ์วงศ์, และอริยญา ตูย์คำภีร์, 2564) ซึ่งจิตวิญญาณเป็นโครงสร้างของมนุษย์โดยกำเนิด มีความสอดคล้องกับดนตรีอย่างเป็นธรรมชาติ โดยคล้ายคลึงกับการแสดงออกและประสบการณ์ของมนุษย์ คนตรีสามารถเพิ่มพูนประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ ซึ่งกิจกรรมดนตรีที่ส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุนั้นเป็นการใช้ดนตรีเพื่อเกื้อหนุนหรือกระตุ้นการรับรู้ตนเอง ที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้เองตามความพึงพอใจ ตามความสมัครใจ และตามประสบการณ์ของตนเอง ดังเช่นผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลยุโป อำเภอเมืองยะลา มีความต้องการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอารมณ์ โดยการร้องเพลงคาราโอเกะ

การรำมโนราห์ การเล่นดนตรีพื้นบ้าน เป็นต้น (นวรรตน์ ไวยมภู, สุนีย์ เกรานวล, รัตติภรณ์ บุญทัศน์, และเด็ยร์นา แม็ง, 2563) ทั้งนี้ กิจกรรมดนตรีต้องเน้นการเข้าถึงความหมายของบทเพลง เช่น การที่ผู้สูงอายุได้เลือกบทเพลงที่มีการสร้างแรงบันดาลใจ แรงคลใจผ่านกระบวนการสุนทรียศาสตร์ โรงเรียนผู้สูงอายุจึงมีรายวิชากิจกรรมเข้าจังหวะ และรายวิชาดนตรีและร้องเพลง เป็นรายวิชาที่บรรจุอยู่ในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณ ทำให้กระตุ้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy)

สรุป

แนวทางการใช้กิจกรรมดนตรีสำหรับนักเรียนผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุของประเทศไทย จำเป็นต้องออกแบบให้เหมาะสมตามสมรรถนะในการดำเนินชีวิตของนักเรียนผู้สูงอายุ โดยสอดคล้องกับสาระวิชาดนตรีและวิชากิจกรรมเข้าจังหวะที่จัดอยู่ในหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุในหมวดวิชาชีพชีวิต อันเป็นวิชาที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเข้าจังหวะ ลีลาศ รำไทย บาสโลบ ดนตรี ร้องเพลง และพัฒนาทักษะในการร้องเพลง การเล่นดนตรี ซึ่งเป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุโดยเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุเอง เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่รู้จริง ปฏิบัติได้ ถ่ายทอดเป็น ทั้งนี้ กิจกรรมการฟังเพลง กิจกรรมการร้องเพลง กิจกรรมการบรรเลงเครื่องดนตรี และกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายตามเพลง โดยโครงสร้างหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุนั้นมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับการกำหนดเนื้อหาของหลักสูตรแต่ละแห่ง รายวิชาของหลักสูตรสามารถยืดหยุ่นตามอาจารย์ผู้สอนหรือวิทยากรบรรยาย และปรับใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ในประเทศไทย ซึ่งกิจกรรมดนตรีเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้นักเรียนผู้สูงอายุมีสุขภาพทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ เพื่อช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือ

กลุ่มติดเตียง สามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ*.

กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.

คมพล พันธุ์ยาง, สุชาดา กรเพชรปानी, และยุทธนา จันทะจิน. (2562). การเปรียบเทียบผลการเพิ่มความจำขณะคิดในผู้สูงอายุระหว่างการฟังเพลงไทยลูกทุ่งที่มีเนื้อร้องที่ฟังพอใจกับเพลงไทยบรรเลงที่ฟังพอใจ: การศึกษาค้นคว้าอิสระ. *วารสารวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา*, 16(2), 19–31.

ชนิสรา แสนยบุตร, และพัชรี แวงวรรณ. (2561). การให้คุณค่าของการเล่นอังกะลุงในผู้สูงอายุชุมชนสามัคคี อำเภอเมืองมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(2), 34–43.

ณภัตสรส์ เหมาะประสิทธิ์, และพระอธิการสุชาติ จันทโสโร. (2563). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุของโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต*, 16(2), 31–41.

ดาวรุ่ง คำวงศ์, และสุรวิษณุ รุ่งสว่าง. (2563). การวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแดง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 1–12.

ทยากร สุวรรณภูมิ, พรสวรรค์ มณีทอง, และพงษ์วิกรานต์ มหิทธิพงศ์. (2566). รูปแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุนทรียภาพของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวัดศรีหลวง อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 11(1), 1–13.

ธมนวรรณ อยู่ดี, และยุทธนา จัฬพรรณรัตน์. (2562).

กระบวนการจัดการเรียนการสอนดนตรีไทยสำหรับผู้สูงอายุ กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลนครนนทบุรี. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(2), 26–48.

นวรรตน์ ไวชมภู, สุนีย์ เกรานวล, รัตติกรณีย์ บุญทัศน์, และเด็ยร์นา แม็ง. (2563). รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 1–12.

นิพพานัทธิน ลิขิตทรัพย์, จิณวัตร จันครา, และบุปผา ใจมั่น. (2562). กิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีอายุที่ยืนยาว. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 25(2), 229–246.

ปณิชา พรประสิทธิ์, จุฑาทิพย์ วิวัฒนาพันธุ์วงศ์, และอรัญญา ต้อยคำภีร์. (2564). ดนตรีและสภาวะทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัย มข. สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 9(1), 91–103.

ประพันธ์ศักดิ์ พุ่มอินทร์. (2561). บทบาทของดนตรีกับการกีฬา. *Mahidol Music Journal*, 1(1), 42–52.

พระครูพิสุทธิปัญญาภิวัฒน์, พระครูวศินวรกิจ, พระครูพิจิตรวรเวท, วิจิต ไชยชนะ, และเนพวรรณ ไชยชนะ. (2565). การพัฒนารูปแบบและเครือข่ายการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของโรงเรียนผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 5(1), 11–26.

พัชนี สมกำลัง, และยุทธชัย ไชยสิทธิ์. (2555). แนวคิดความเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ: การประยุกต์ใช้ในวิชาชีพการพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27(4), 16–25.

- เพ็ญ สุขมาก. (ม.ป.ป). *หลักคิด: สุขภาพ สุขภาวะ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ*. สืบค้นจาก https://mehealthpromotion.com/upload/forum/paper_ch3.pdf
- กุชงค์ จิมพิบูลย์, และพรพรรณ แก่นอำพรพันธ์. (2560). *ดนตรีบำบัดสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 15(3), 371-378.*
- มงคลกิตติ์ โวหารเสาวภาคย์, จิราภรณ์ คล้อยปาน, และ ศิวพร จตกุล. (2563). *โรงเรียนผู้สูงอายุ: องค์ประกอบ รูปแบบ การพัฒนาหลักสูตรและกิจกรรม เพื่อการเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ. วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์, 5(2), 435-452.*
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ยสพรรณ พันระศรี. (2566). *การพัฒนารูปแบบกิจกรรมดนตรีเพื่อส่งเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณวุฒิปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วรัท โษควิตยา, และณรุทธ์ สุทธจิตต์. (2561). *ปัจจัยความสำเร็จในการจัดกิจกรรมขับร้องคาราโอเกะสำหรับผู้สูงอายุไทย. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์, 33(3), 71-81.*
- วัชรินทร์ วงษาหล้า, และมนิโท วงษาหล้า. (2563). *การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก: แนวปฏิบัติ เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 14(35), 410-424.*
- วิษณุ บุญรอด. (2563). *ดนตรี: ศาสตร์ทางเลือกในการบำบัด สำหรับเด็กและผู้สูงอายุ. วารสารอาชีวศึกษาศาสตร์, 11(1), 174-196.*
- วิษณุ บุญรอด, พรพรรณ แก่นอำพรพันธ์, และภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์. (2561). *ความคิดเห็นต่อการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มดนตรีสำหรับผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : ชุมชนหนองแวงตราขู 2 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารศิลปกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 10(2), 46-67.*
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *รายงานประจำปี 2560*. สืบค้นจาก <http://library.nhrc.or.th/dublin.php?f=dublin&ID=9752>
- สำราญ เจือจันทร์, รัชณี นามจันทร์, และอำภาพร นามวงศ์พรหม. (2564). *ความสามารถของพยาบาลในการประเมินและจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(1), 25-36.*

การเริ่มยาฉีดอินซูลิน: มุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 Insulin Initiation: Type 2 Diabetes Patients' Perspectives

อภิชาติ ศิริสมบัติ, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) ¹

Apichat Sirisombut, M.N.S. (Adult Nursing) ¹

Received: October 14, 2023

Revised: December 11, 2023

Accepted: December 16, 2023

บทคัดย่อ

การควบคุมระดับน้ำตาลที่ต่ำในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจจำเป็นต้องเสริมการรักษาด้วยอินซูลิน อย่างไรก็ตาม การเริ่มการรักษาด้วยอินซูลินมักไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและมีความล่าช้า บทความนี้อธิบายถึงการปฏิเสธการใช้อินซูลินทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและแพทย์ ที่รู้จักกันในชื่อ “ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา” อุปสรรคจากมุมมองของผู้ป่วย เช่น ภาวะกลัวเข็ม หากได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการแก้ไขจะสามารถลดการปฏิเสธอินซูลินได้ นอกจากนี้ ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยาสามารถป้องกันได้โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความจำเป็นของอินซูลินตั้งแต่เริ่มการรักษาโรคเบาหวาน การใช้กลยุทธ์ในการแก้ไขอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยอินซูลินในเวลาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

คำสำคัญ: การเริ่มยาฉีดอินซูลิน มุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา

Abstract

Good glycemic control in people with type 2 diabetes often requires supplementing with insulin therapy. However, this is seldom initiated early or aggressively enough. This article explains how a psychological opposition towards insulin use in both people with diabetes and prescribers has led to widespread psychological insulin resistance (PIR). The obstacles from the patient's perspective extend beyond a simple fear of needles, and when these personal barriers are recognized and addressed reluctance to start insulin

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Nakhonratchasima Rajabhat University, E-mail: changsir2@gmail.com

therapy can be overcome. Furthermore, it seems likely that a high percentage of cases where PIR occurs could be prevented if clinicians introduce the possible need for insulin early in treatment. Intervention strategies that address factors linked with PIR may be used to facilitate the timely initiation of insulin therapy at an effective dose.

Keywords: Insulin initiation, Type 2 diabetes patients' perspectives, Psychological insulin resistance

บทนำ

เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นมีทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การจัดการความเครียด การใช้ยาปรับประพาท และการใช้ยาฉีดอินซูลิน (American Diabetes Association, 2015) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะแรกของโรค จะใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นหลัก เมื่อเวลาผ่านไปทำให้มีการเสื่อมของเบต้าเซลล์เพิ่มขึ้น การตอบสนองต่อยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนมาใช้ยาฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Butler et al., 2003) สำหรับประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 พบผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ($HbA1C < 7\%$) ร้อยละ 27.70, 27.70 และ 29.40 ตามลำดับ และได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลินร้อยละ 21.40, 22.20, และ 22.60 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มความต้องการการใช้ยาฉีดอินซูลินเพิ่มขึ้น (ราม รัชนี และปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, 2558) จากการศึกษาพบว่า อินซูลินมีประสิทธิภาพในการลดระดับ $HbA1C$ ได้ถึงร้อยละ 1.50-3.50 หรือมากกว่า เมื่อเทียบกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ,

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และจากความต้องการของผู้ป่วยพบว่า แม้ผู้ป่วยจะต้องการการรักษาที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยมักไม่ต้องการฉีดอินซูลิน โดยอุปสรรคของการใช้ยาฉีดอินซูลินมักพบในช่วงเริ่มการใช้ยา รวมทั้งผู้ป่วยมักไม่ยอมฉีดยาแบบเข็มงวดวันละหลายครั้ง ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ด้านตัวผู้ป่วยเอง ทั้งจากสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และความเชื่อ รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม 2) ด้านแพทย์ โดยแพทย์ไม่มีเวลา มีความรู้และประสบการณ์ไม่เพียงพอ รวมถึงขาดบุคลากรในการสอนฉีดยา และ 3) ด้านผลข้างเคียงของอินซูลิน ผู้ป่วยอาจมีความลังเลในการฉีดอินซูลินเนื่องจากกลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และความเจ็บปวดจากการฉีดยา (วีระศักดิ์ ศรีนภากร, 2557ก, 2557ข) ดังที่พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินเพียงร้อยละ 21.40, 22.20, และ 22.60 ตามลำดับ (ราม รัชนี และปิยทัศน์ ทศนาวิวัฒน์, 2558) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย เริ่มการรักษาด้วยอินซูลินในระดับต่ำ อันเนื่องจากการปฏิเสธการใช้อินซูลินทั้งจากตัวผู้ป่วยเองและแพทย์ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการเริ่มอินซูลินที่พบได้บ่อย หรืออาจเรียกว่าว่ามีภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา (psychological insulin resistance [PIR]) บทความนี้มีวัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา อุปสรรคของการเริ่มยาคีดิอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน การแก้ไขอุปสรรคของการคีดิอินซูลิน และบทบาทพยาบาลกับการเริ่มยาคีดิอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งจะช่วยให้นักการทางการแพทย์เข้าใจผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง เป็นประโยชน์ในการประเมินและเตรียมความพร้อม สำหรับการคีดิอินซูลิน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา การดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบรูปแบบการสอนคีดิยาและลดปัญหา การปฏิเสธอินซูลิน

ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา

ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา (psychological insulin resistance) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการแปลเป็นภาษาไทยและให้ความหมายที่ครอบคลุม การปฏิเสธอินซูลินและทัศนคติด้านลบต่อการรักษา ด้วยอินซูลิน ดังนี้

ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา หมายถึง การต่อต้านทางจิตวิทยาต่อการใช้อินซูลินทั้งจากตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลรักษา ภาวะดังกล่าวไม่ถือเป็นความผิดปกติทางจิต แต่เป็นการรวมกันของปัญหาทางจิตสังคมที่ซับซ้อน รวมทั้งการแสดงออกถึงความกังวลของผู้ป่วยเกี่ยวกับความกลัว ทัศนคติทางสังคม และความรู้สึกลัวว่าตนเองล้มเหลว ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญของการเริ่มรักษาด้วยอินซูลิน การเพิ่มขนาดยา หรือการรักษาด้วยอินซูลินอย่างต่อเนื่อง ภาวะดังกล่าวสามารถพบได้ทั่วไปในคลินิกโรคเบาหวาน แต่ได้รับความสนใจจากผู้ดูแลรักษา ก่อนข้างน้อย ทั้งนี้ ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยาเป็นอุปสรรคของการเริ่มรักษาด้วยอินซูลินที่สามารถแก้ไขได้ (Peragallo-Dittko, 2007; Tu'ulua, 2019)

ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยา คือ กลุ่มอาการทางจิตที่มีความซับซ้อน ซึ่งอาจเกิดจากการตีตราทางสังคม การโทษตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลว มองว่าตนเองเป็นภาระ มีความกังวลเกี่ยวกับการรักษาด้วยอินซูลิน และกลัวผลข้างเคียงของอินซูลิน (Chen,

Tseng, Huang, & Chuang, 2012)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย โดยกิริติ ไตรศรีสถิต (2560) ใช้คำว่า “การปฏิเสธอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน” คือ การปฏิเสธการใช้อินซูลินจากผู้ป่วยเบาหวานหรือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ การปฏิเสธการเริ่มการรักษาด้วยอินซูลิน และการปฏิเสธที่จะใช้อินซูลินในการรักษาต่อ

โดยสรุป ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จึงหมายถึง กลุ่มอาการทางจิตใจที่มีความซับซ้อนทั้งจากตัวผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการต่อต้านหรือปฏิเสธการเริ่มรักษาด้วยอินซูลินหรือการยอมรับการรักษาด้วยอินซูลินแบบเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ภาวะดื้ออินซูลินทางจิตวิทยาสามารถประเมินด้วยแบบประเมินการรักษาโดยใช้ยาอินซูลิน (the Insulin Treatment Appraisal Scale [ITAS]) อันเป็นแบบประเมินภาวะด้านจิตใจที่ต่อต้านการรักษาด้วยอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ด้านจิตใจและทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยอินซูลิน เป็นแบบประเมินที่เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวม 100 คะแนน การแปลผลคะแนนทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยอินซูลินแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย (< 49 คะแนน) ระดับปานกลาง (49-62 คะแนน) ระดับมาก (63-75 คะแนน) และระดับรุนแรงมาก (> 75 คะแนน) (สุปรีญา พรหมมาสุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และชัชชัย พิรพัฒน์ดิษฐ์, 2560) หรืออาจประเมินจากการใช้คำถามง่าย ๆ โดยเริ่มจากการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่องอินซูลินว่าถูกต้องหรือไม่ และอุปสรรคของการคีดิอินซูลินของผู้ป่วยคืออะไร โดยอาจถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความกังวล หรือแนะนำการคีดิอินซูลินแก่ผู้ป่วย (Funnell, Kruger, & Spencer, 2004)

ทัศนคติต่อการใช้อินซูลินเป็นผลจากความเชื่อของแต่ละบุคคล ส่งผลต่อเจตนาและพฤติกรรมที่แสดงออก ผู้ป่วยที่มีทัศนคติในทิศทางใดจะทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นขึ้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย จากการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานพบว่าทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยยาอินซูลิน ได้แก่ การรับรู้ว่ายานอินซูลินมีความสำคัญน้อย การฉีดอินซูลินมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้รู้สึกเจ็บ และเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการใช้อินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (สุปรินญา พรหมมาลุน และคณะ, 2560) ดังนั้น ทีมสหวิชาชีพควรมีการจัดการกับทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรคเบาหวานและประโยชน์จากการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า Allen, Zagarias, Feinberg, and Welch (2017) ได้ศึกษาความชุกของภาวะคีโตนินซูลินทางจิตวิทยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 28.40 ปฏิเสธการเริ่มอินซูลิน และร้อยละ 61.20 มีทัศนคติด้านลบต่อการรักษาด้วยอินซูลินในระดับปานกลาง โดยจะรู้สึกหงุดหงิดหรือโทษตัวเองหากต้องเริ่มอินซูลิน และจากการศึกษาของ Ellis, Mulnier, and Forbes (2018) ที่ได้รวบรวมและสังเคราะห์วรรณกรรมเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีต่อการใช้อินซูลิน จำนวน 34 เรื่อง (การศึกษาเชิงคุณภาพ จำนวน 12 เรื่อง และการศึกษาเชิงสังเกต จำนวน 22 เรื่อง) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การรับรู้ของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพที่มีต่อการรักษาด้วยอินซูลิน สามารถจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การรับรู้ของผู้ป่วย ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับอินซูลิน ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และอุปสรรคด้านการรักษา 2) การรับรู้ของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ ความรู้และทักษะในการใช้อินซูลินของแพทย์ การทำงานร่วมกัน

โดยทีมสหวิชาชีพ การรับรู้อุปสรรคของบุคลากรสุขภาพ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และความกังวลต่อความร่วมมือในการใช้อินซูลิน และ 3) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ เป็นสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การสื่อสารและความไว้วางใจของผู้ป่วยต่อบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้ ในการแก้ไขอุปสรรคทั้ง 3 องค์ประกอบข้างต้น จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย ที่สำคัญคือ การเพิ่มพูนความรู้และทักษะของแพทย์ในการใช้อินซูลิน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนการจัดการตนเอง ตลอดจนการสอดแทรกในระบบสนับสนุนการรักษาด้วยอินซูลิน

อุปสรรคของการเริ่มยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การเริ่มยาฉีดอินซูลินมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน ได้แก่ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก 2) ใช้น้ำตาลชนิดรับประทาน 2-3 ชนิด ในขนาดสูงสุดแล้ว ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 3) อยู่ในภาวะผิดปกติ เช่น การติดเชื้อรุนแรง ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง รวมทั้งภาวะขาดอาหาร (malnutrition) 4) ระหว่างการผ่าตัด การตั้งครรภ์ 5) มีความผิดปกติของตับและไตที่มีผลต่อยา และ 6) แพียาเม็ดชนิดรับประทาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ และหน่วยงานอื่นๆ, 2560)

จากการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า แม้ผู้ป่วยจะต้องการการรักษาที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แต่ผู้ป่วยมักไม่ต้องการฉีดอินซูลิน ซึ่งเป็นอุปสรรคของการเริ่มรักษาด้วยอินซูลินหรือการที่ผู้ป่วยจะยอมฉีดยาแบบเข็มงวดวันละหลายครั้ง จากการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคของการฉีดอินซูลินที่เกิดจากปัจจัยทั้งด้านตัวผู้ป่วย แพทย์ และผลข้างเคียงของอินซูลิน สรุปได้ดังนี้ (กีรติไทรศิริสถิต, 2560; วีระศักดิ์ ศรีนินภากร, 2557ก, 2557ข; Abu Hassan et al., 2013; Bogatean &

Hâncu, 2004; Brod, Kongsø, Lessard, & Christensen, 2009; Hermanns, Mahr., Kulzer, Skovlund, & Haak, 2010; Karter et al., 2010)

อุปสรรคด้านตัวผู้ป่วย มีสาเหตุจากสภาพร่างกาย สภาพจิตใจและความเชื่อ รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1. สภาพร่างกาย เช่น ผู้ป่วยอาจมีปัญหาสายตา ไม่สามารถมองเห็นตัวเลข โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน ทำให้เป็นอุปสรรคในการฉีดยา

2. สภาพจิตใจและความเชื่อ ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกที่ไม่ดีหรือมีความกังวลเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน เช่น คิดว่าตนเองคงไม่สามารถทำได้ กลัวว่าจะมีค่าใช้จ่ายสูง กลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ กลัวไม่สะดวกในการฉีดยวันละหลายครั้ง กลัวน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น กลัวว่าการฉีดยาจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน กลัวการฉีดยาตนเอง กลัวเข็ม กลัวเลือด กังวลหรืออายที่จะฉีดยาในที่สาธารณะเมื่อออกนอกบ้าน เป็นภาระต้องพกพากระติกน้ำแข็งหรืออุปกรณ์ต่างๆ เมื่อต้องเดินทาง หรือคิดว่ายาที่ฉีดเข้าไปไม่น่าจะได้ผล หรืออาจมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับอินซูลิน เช่น การที่ต้องฉีดยาหมายถึงความล้มเหลวของการรักษาที่ผ่านมา ไม่สามารถกินยาเม็ดได้แล้ว รู้สึกผิดเพราะที่ผ่านมาตนเองควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดีเลย ทำให้ต้องฉีดยา การฉีดยาถือเป็นการลงโทษจากแพทย์ เพราะที่ผ่านมาตนเองไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสุดท้ายหรือมีความรุนแรงมากขึ้น บุคคลอื่นจะคิดว่าตนเองป่วยหนักใกล้ตาย ชีวิตของตนคงไม่มีความสุขและไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ อย่างที่เคยทำได้ สุขภาพของตนจะทรุดลงเรื่อยๆ จนเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิต คงจะรู้สึกเจ็บปวดจากการใช้เข็มฉีดยา ถ้าได้เริ่มฉีดยาอินซูลินแล้วจะต้องฉีดไปตลอดชีวิต หรือถ้าตั้งใจคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเต็มที่เสียแต่แรกก็คงจะไม่ต้องฉีดยา

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ไม่มีตู้เย็นที่บ้าน ขาดการส่งเสริมสนับสนุนจากครอบครัว หรือขาดผู้ดูแล

อุปสรรคด้านแพทย์ การที่แพทย์ไม่ทำให้ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ 1) แพทย์ไม่มีเวลาเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมาก 2) แพทย์ไม่มีประสบการณ์การฉีดยาอินซูลิน 3) ไม่มีบุคลากรในการสอนฉีดยา 4) คิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ 5) ไม่ได้บอกข้อดีของการฉีดอินซูลินแบบเข็มวงด และ 6) กลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนเหตุผลที่แพทย์ไม่ทำให้ผู้ป่วยฉีดยาอินซูลินแบบเข็มวงดวันละหลายครั้ง ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 2) ผู้ป่วยอาจไม่มีความสม่ำเสมอในการฉีดยา 3) ผู้ป่วยไม่สามารถทำการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน (home monitoring blood glucose [HMBG]) 4) ผู้ป่วยไม่สามารถปรับยาอินซูลินเอง และ 5) ผู้ป่วยปฏิเสธการฉีดยาแบบเข็มวงด

อุปสรรคด้านผลข้างเคียงของอินซูลิน ผู้ป่วยอาจมีความลังเลในการฉีดยาอินซูลินเนื่องจากผลข้างเคียงของอินซูลิน ได้แก่ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการเจ็บปวดจากการฉีดยา การเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง (lipohypertrophy) การมีเลือดออกหรือรอยฟกช้ำที่ตำแหน่งฉีดยา หรือแม้แต่การแพ้อินซูลิน (insulin allergy) ที่อาจเกิดขึ้นได้

การแก้ไขอุปสรรคของการฉีดอินซูลิน

การแก้ไขอุปสรรคของการฉีดอินซูลินควรเริ่มจากการประเมินอุปสรรคของการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยก่อนว่า การปฏิเสธการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยมีสาเหตุมาจากอะไร และให้การแก้ไขอุปสรรคในการฉีดอินซูลินเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับยาฉีดอินซูลินได้เร็วขึ้น (วีระศักดิ์ ศรีนภากร, 2557ก, 2557ข)

การประเมินอุปสรรคของการฉีดอินซูลิน

การเริ่มยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยที่ปฏิเสธนั้น หลักสำคัญคือ ต้องประเมินปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิเสธการใช้อินซูลิน จึงจะสามารถให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างผู้ป่วยแต่ละรายกับบุคลากรทางการแพทย์ (กิริตี ไตรศรีสถิต, 2560) โดยเริ่มต้นจากการประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเรื่อง

อินซูลินว่าถูกต้องหรือไม่ และอุปสรรคของการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยคืออะไร โดยอาจถามผู้ป่วยเกี่ยวกับความกังวลหรือแนะนำการฉีดอินซูลินแก่ผู้ป่วย (Funnell et al., 2004) ดังตัวอย่างคำถาม เช่น 1) คุณต้องการทราบเรื่องอินซูลินเพิ่มเติมอะไรบ้าง 2) คุณมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาการฉีดยาอินซูลินอะไรบ้าง 3) ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดในการฉีดยา/ประโยชน์ที่ต้องการมากที่สุดในการฉีดยาอินซูลินคืออะไร 4) คุณต้องการความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการฉีดยาอะไรบ้าง

บางครั้งคำตอบแรกที่ผู้ป่วยบอกกับพยาบาลอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยกังวลจริง จึงควรตรวจสอบว่าความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยคืออะไร โดยใช้แนวคำถามเพื่อประกอบการตัดสินใจสำหรับการรักษาด้วยอินซูลิน ดังนี้ (Funnell et al., 2004) 1) สิ่งที่ยากที่สุดเกี่ยวกับโรคเบาหวานของคุณคืออะไร 2) สิ่งที่ยากที่สุดในการดูแลโรคเบาหวานของคุณคืออะไร 3) คุณพอใจแค่ไหนกับการรักษาโรคเบาหวานของคุณในปัจจุบัน 4) คุณพอใจแค่ไหนกับระดับน้ำตาลในเลือดของคุณในปัจจุบัน 5) มีอีกวิธีที่จะช่วยให้คุณควบคุมเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น คุณสนใจไหม 6) อะไรคือสิ่งที่คุณอยากรู้เพื่อประกอบการตัดสินใจในการยอมรับการรักษาด้วยอินซูลิน 7) อะไรคือสิ่งที่คุณกลัวมากที่สุดเกี่ยวกับ

อินซูลิน 8) สิ่งใดที่คุณคิดว่าเป็นปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ 9) อะไรคือสิ่งที่คุณเห็นเป็นด้านลบที่ใหญ่ที่สุดสำหรับคุณ 10) อะไรคือสิ่งที่คุณเห็นเป็นด้านบวกมากที่สุดสำหรับคุณ 11) อะไรที่จะช่วยสนับสนุนคุณเพื่อเอาชนะอุปสรรค 12) อะไรคือสิ่งที่คุณคาดหวังจากการรักษาด้วยอินซูลิน และ 13) คุณยินดีที่จะลองฉีดอินซูลินหรือไม่ ถ้าไม่ อะไรคือสิ่งที่จะทำให้คุณยอมรับการฉีดอินซูลินในครั้งนี้

สำหรับตัวอย่างการประเมินอุปสรรคของการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยนั้น จากการศึกษานำร่อง (pilot study) ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (อภิชาติ ศิริสมบัติ, สุมิตรา ชูแก้ว, และคณางค์ ชันเงิน, 2559) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ถึงสภาพจิตใจ ความเชื่อ มุมมองหรือแนวคิดด้านจิตวิทยาและสังคม ของการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ภาวะกลัวเข็ม และกลัวความเจ็บปวด 2) มีความเชื่อที่ผิดหรือความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการฉีดยาอินซูลิน 3) มีความกังวลและอายุที่จะฉีดยาในที่สาธารณะเมื่อออกนอกบ้าน และ 4) รู้สึกว่าการพกพาอุปกรณ์ต่างๆ เป็นเรื่องยุ่งยาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุปสรรคและมุมมองของผู้ป่วยเบาหวานเกี่ยวกับการเริ่มยาฉีดอินซูลิน

อุปสรรค	ตัวอย่างมุมมองของผู้ป่วยเบาหวาน
1. ภาวะกลัวเข็ม และกลัวความเจ็บปวด	“ไม่ฉีด ๆ ผมกลัวเข็ม เห็นเข็มแล้วใจมันสั่น ๆ หัว ๆ ทุกที” (ชายสูงอายุ)
2. มีความเชื่อที่ผิดหรือความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการฉีดอินซูลินว่าเป็นการทำร้ายตัวเอง เป็นการลงโทษจากแพทย์ การฉีดอินซูลินไม่น่าจะได้ผล อินซูลินทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน มีราคาแพง การฉีดอินซูลินหมายถึงความล้มเหลวของการรักษาและเป็นระยะสุดท้ายของโรค	“คนข้างบ้านเขาจะเข้าใจว่าเราป่วยหนักใกล้ตายนะสิ” (หญิงสูงอายุ) “ที่ไม่อยากฉีด ไม่ใช่เพราะกลัวเข็มหรือกลัวเจ็บ แต่ผมเคยเห็นคนที่เขาฉีดอินซูลิน สักพักต้องถูกตัดขา ต้องฟอกไต หรือไม่ก็ตาย” (ชายวัยกลางคน) “กลัวว่าคนข้างบ้านจะเข้าใจว่าเราเป็นโรคเบาหวานชนิดร้ายแรงขนาดยากินเอาไม่อยู่ เขาจึงชอบมาทักมาถามทุกครั้งทีกลับจากโรงพยาบาลว่า เป็นไงหมอว่าเป็นไงบ้าง” (หญิงวัยกลางคน) “คืออยากรู้ว่ายาฉีดอินซูลินเนี่ย มันจะช่วยลดน้ำตาลได้จริงไหม ที่เขาว่ามันดีกว่ายากิน จริงหรือเปล่า” (ชายสูงอายุ) “นี่ถึงกับต้องฉีดเลยหรอ ตอนนี้นั้นร้ายแรงขนาดนั้นเลยหรอ เฮ้อ! นี่ตัวเองก็พยายามคุมทุกอย่างแล้วนะ อดอาหารแทบตาย ยาก็กินไม่ขาด” (หญิงวัยกลางคน)
3. มีความกังวลและอายุที่จะฉีดยาในที่สาธารณะเมื่อออกนอกบ้าน	“อย่างผมต้องเข็นรถขายของทั้งวัน จะให้ฉีดยาที่ไหน เดี่ยวคนเขาก็หาว่าผมคิดยาหรือป่วยเป็นโรคร้ายแรง” (ชายสูงอายุ)
4. รู้สึกว่าการพกพาอุปกรณ์ต่างๆ เป็นเรื่องยุ่งยาก	“ผมต้องขับรถให้เจ้านาย ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่บนรถตลอด จะให้อาเวลาไหนไปฉีด ฉีดสถานที่ตรงไหน และไหนจะอุปกรณ์ต่างๆ ทั้งยังต้องแน่นแข็งตลอดเวลาอีก คงไม่สะดวกนะผมว่า” (ชายวัยกลางคน) “คิดว่ายาอินซูลินมันต้องแช่ตู้เย็นตลอดเวลา จะไปไหนมาไหนก็คงจะลำบากขอกินยาดีแล้ว” (หญิงสูงอายุ)

วิธีการแก้ไขอุปสรรคของการฉีดอินซูลิน ผลข้างเคียงของอินซูลิน ดังแสดงในตารางที่ 4 (เกียรติ ไตรศิริสถิต, 2560; ยูพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์, 2555; วีระศักดิ์ ศรีนนทภากร, 2557ก, 2557ข; Clark, 2007; Peyrot, Rubin, & Khunti, 2010; Polonsky et al., 2017)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขอุปสรรคของการฉีดอินซูลิน สามารถสรุปกลยุทธ์การแก้ไขอุปสรรคด้านตัวผู้ป่วยในการเริ่มยาฉีดอินซูลิน ดังแสดงในตารางที่ 2 การแก้ไขอุปสรรคด้านแพทย์ ดังแสดงในตารางที่ 3 และการแก้ไขอุปสรรคด้าน

ตารางที่ 2 การแก้ไขอุปสรรคด้านตัวผู้ป่วยในการเริ่มยาฉีดอินซูลิน

อุปสรรค	วิธีการแก้ไข
บอกว่าไม่สามารถทำได้	<ul style="list-style-type: none"> - อามรายละเอียดของสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับอินซูลิน - ให้กำลังใจโดยแพทย์ พยาบาล และครอบครัว - ศึกษาแนวทางที่แก้ไขได้ - ให้ผู้ป่วยทดลองฉีดยา
กลัวว่าจะมีค่าใช้จ่ายสูง	<ul style="list-style-type: none"> - ค่าใช้จ่ายไม่สูง และอาจถูกกว่าการใช้ยาเม็ดชนิดรับประทานหลายชนิด - สามารถใช้ตามสิทธิการรักษาพยาบาล
กลัวภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและการแก้ไข - มีการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วที่บ้าน
กลัวไม่สะดวกในการฉีดยาวันละหลายครั้ง	<p>การฉีดยวันละหลายครั้งเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลหลังอาหาร มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน</p>
กลัวการฉีดยา	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายถึงความจำเป็นของการฉีดยา - อาจใช้อินซูลินชนิดปากกา และใช้เข็มที่มีขนาดเล็ก - ให้ผู้ป่วยทดลองจับอุปกรณ์ - ให้ผู้ป่วยทดลองฉีดยาโดยไม่มียาอินซูลิน - แนะนำให้คู่ออย่างผู้ป่วยด้วยกัน
กลัวว่าการฉีดยาจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน	<p>อธิบายว่าการควบคุมระดับน้ำตาลที่ไม่ดีจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน</p>
กลัวน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวลดลง - การปรับอินซูลินให้เหมาะสมจะลดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำและเพิ่มน้ำหนักตัวไม่มากนัก - การออกกำลังกายและควบคุมอาหารร่วมด้วย จะช่วยให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นไม่มากนัก
กลัวการฉีดยาในสถานที่สาธารณะ	<p>อาจใช้อินซูลินชนิดปากกา</p>
รู้สึกผิดที่ต้องฉีดยาอินซูลิน	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายว่าเป็นการดำเนินของโรคเบาหวาน - การฉีดยาอินซูลินไม่ใช่การลงโทษ แต่เป็นการรักษาที่ดีที่สุด
อินซูลินจะทำให้ชีวิตคนเปลี่ยนแปลงไป	<p>อินซูลินจะเปลี่ยนแปลงชีวิตผู้ป่วย โดยเปลี่ยนจากชีวิตที่มีโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และจะดำเนินไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เป็นชีวิตที่มีโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้นและชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคได้</p>
มีปัญหาการมองเห็น	<p>ใช้อินซูลินชนิดปากกาที่มีเสียง “คลิก” ทำให้ทราบปริมาณยาที่จะฉีด</p>

ตารางที่ 2 การแก้ไขอุปสรรคด้านตัวผู้ป่วยในการเริ่มยาฉีดอินซูลิน (ต่อ)

อุปสรรค	วิธีการแก้ไข
ไม่สามารถดูดยาอินซูลินได้	- ให้อาตีผู้ป่วยดูดยาอินซูลินเตรียมไว้ให้ - อาจใช้อินซูลินชนิดปากกา

ตารางที่ 3 การแก้ไขอุปสรรคด้านแพทย์ในการเริ่มยาฉีดอินซูลิน

อุปสรรค	วิธีการแก้ไข
แพทย์ไม่มีเวลาเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยมาก	- จัดคลินิกโรคเบาหวาน - พัฒนาระบบการบริการ
ไม่มีบุคลากรในการสอนฉีดยา	มีทีมที่ให้บริการการรักษาโรคเบาหวาน
แพทย์มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับการใช้ยาอินซูลิน	จัดอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม
แพทย์มีประสบการณ์การฉีดยาอินซูลินไม่เพียงพอ	ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 4 การแก้ไขอุปสรรคด้านผลข้างเคียงของอินซูลิน

อุปสรรค	วิธีการแก้ไข
อาการเจ็บปวดจากการฉีดยา	- ใช้อินซูลินชนิดปากกา - ใช้เข็มฉีดยาที่มีขนาดเล็ก - ไม่ใช่เข็มซ้ำ/ใช้เข็มจำนวนน้อยครั้งที่ไม่เจ็บ (ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย แต่ไม่ควรเกิน 5-8 ครั้ง) - แนะนำเทคนิคการฉีดยาที่สามารถลดอาการเจ็บปวดขณะฉีดยาได้ โดย 1) ฉีดอินซูลินที่มีอุณหภูมิเท่าอุณหภูมิห้อง 2) ไม่มีฟองอากาศอยู่ในกระบอกฉีดยาก่อนทำการฉีดยา 3) รอจนกว่าแอลกอฮอล์ระเหยก่อนฉีดยา 4) ให้กล้ามเนื้อบริเวณฉีดยาผ่อนคลาย ไม่เกร็ง 5) แทะเข็มผ่านผิวหนังอย่างรวดเร็วและเบามือ 6) อย่าเปลี่ยนแนวเข็มขณะแทงเข้าผิวหนัง และขณะถอนเข็มออก และ 7) ไม่ใช่เข็มซ้ำ

ตารางที่ 4 การแก้ไขอุปสรรคด้านผลข้างเคียงของอินซูลิน (ต่อ)

อุปสรรค	วิธีการแก้ไข
อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ - แนะนำการตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว - ทราบการแก้ไขในขณะที่เกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ - แนะนำการปรับขนาดยาอินซูลิน - แนะนำเกี่ยวกับยาอินซูลินที่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร ยา และการออกกำลังกาย - ใช้อินซูลินอะนาล็อก (insulin analog)
มีผื่นแดงบริเวณที่ฉีด	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำว่ามักเป็นชั่วคราวและหายได้เอง - เปลี่ยนตำแหน่งการฉีดยาอินซูลิน - ประเมินว่าไม่ได้เกิดจากการแพ้แอลกอฮอล์ - ถ้ามีอาการรุนแรง อาจเปลี่ยนชนิดอินซูลินหรือส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
ตำแหน่งที่ฉีดมีเลือดออก	<ul style="list-style-type: none"> - แนะนำว่าอาจเกิดขึ้นได้ - ให้ใช้สำลีแห้งกดไว้ประมาณ 5–8 วินาที จนกว่าเลือดจะหยุด แต่ห้ามคลึงบริเวณที่ฉีด เนื่องจากจะกระตุ้นให้อินซูลินดูดซึมเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำได้ - ไม่ใช่เข็มซ้ำ โดยเฉพาะเข็มเบอร์เล็ก เพราะอาจเป็นขอกเกี่ยว ทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณที่ฉีดได้
เกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง	<ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงที่ตำแหน่งเดิมจนกว่าจะปกติ - แนะนำการป้องกันการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง - เปลี่ยนตำแหน่งการฉีดยาอินซูลิน เช่น ด้านซ้ายไปด้านขวา - ฉีดห่างจากตำแหน่งเดิม 1.0–1.5 นิ้ว
ผิวหนังบริเวณที่ฉีดอินซูลิน เกิดรอยบวม (lipodystrophy/ lipoatrophy)	ใช้อินซูลินชนิดบริสุทธิ์ (purify) มากขึ้น

บทบาทพยาบาลกับการเริ่มยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน

เมื่อผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอินซูลินและถูกส่งต่อมาพบพยาบาลเพื่อรับการสอนฉีดอินซูลินตามแผนการรักษา พยาบาลมีบทบาทอย่างยิ่งในการโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเบาหวานยอมรับการฉีดอินซูลิน และสามารถจัดการควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเองให้ได้ พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจในเรื่องการดูแลรักษา

มีความเชี่ยวชาญในการสนับสนุน ให้กำลังใจ และสอนให้ความรู้ในการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (diabetes self-management education) แก่ผู้ป่วยเบาหวาน โดยควรปฏิบัติดังนี้ (กรีตี ไตรคีรีสถิต, 2560; บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, 2552; เพชร รอดอารีย์, สุภาวดี ลิขิตมาสกุล, สิริมนต์ รั้วตระกูล ประเทืองธรรม, ระวีวรรณ เลิศวัฒนารักษ์, และสุชาดา ธนภัทร์กวิน, 2558; Allen et al., 2017; Clark, 2007; Zimmer,

Braun, Fraser, Hecht, & Kelliher, 2015)

1. ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น อายุ สายตา ผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ ญาติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และควรมีญาติหรือผู้ดูแลร่วมเรียนรู้ฝึกทักษะไปพร้อม ๆ กัน ร่วมกับการประเมินปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเสริมอินซูลิน

2. ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคแผนการรักษา ผลดีของการฉีดอินซูลินต่อการควบคุมโรคเบาหวานและการลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวอธิบายถึงข้อบ่งชี้ของการฉีดยา โดยเน้นย้ำว่าการได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาไม่ได้หมายถึงความล้มเหลวของการรักษาหรืออยู่ในระยะสุดท้ายของโรค และหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานแปลความหมายของการฉีดยาผิดไปจากความจริง เช่น เป็นการลงโทษเป็นระยะสุดท้ายของโรค เป็นความล้มเหลวของการรักษาในอดีต หรือที่ผ่านมามีไม่ร่วมมือในการรักษา

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับชนิดและการออกฤทธิ์ของอินซูลินตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสอบคุณภาพ การเก็บรักษา และการพกพาอินซูลินเมื่อต้องเดินทาง

4. เสนอแนะอุปกรณ์ในการเตรียมและการฉีดอินซูลินที่มีความสะดวก เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวาน และชนิดของอินซูลินตามแผนการรักษา

5. สาธิตวิธีการเตรียมและการฉีดอินซูลิน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานฝึกทักษะการเตรียมและการฉีดได้แทงเข็มลงบนผิวหนังด้วยตนเองจริง หรือในกรณีที่ไม่สามารถจัดการด้วยตนเองได้ ให้ผู้ดูแลช่วยเหลือจัดการให้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลช่วยเหลือมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการฉีดอินซูลินมากขึ้น และสามารถจัดการได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สิ่งสำคัญคือ ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลช่วยเหลือต้องฉีดยาด้วยตนเองให้ถูกต้องถูกต้องเสียก่อนจึงจะถือว่าการสอนประสบความสำเร็จ

6. แนะนำวิธีการเก็บ การกำจัด และการทิ้งเข็มฉีดอินซูลินที่ใช้แล้ว ในที่ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

จัดไว้ให้ ไม่ทิ้งปะปนกับขยะทั่วไป ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

7. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน วิธีป้องกัน เช่น การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ในปริมาณที่เหมาะสม ไม่มากหรือน้อยเกินไป การเตรียมขนาดยาให้ตรงตามแผนการรักษา ไม่ปรับขนาดยาเองจากการคาดเดา และวิธีการแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน รวมถึงการเกิดก้อนไขมันใต้ผิวหนัง การเกิดรอยขีดและเลือดออกจากการฉีดอินซูลิน

8. ประเมินการควบคุมโรคเบาหวานด้วยตนเอง โดยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานทราบว่าตนเองควบคุมโรคเบาหวานได้ดีเพียงใด พยายามมีบทบาทในการทำความเข้าใจถึงความจำเป็นของการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง สอน ฝึกทักษะ และแนะนำเวลาที่ควรตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การบันทึกการแปลผล และการนำผลน้ำตาลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการปรับอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับยาตามแผนการรักษา ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมโรคเบาหวานทำได้ง่ายขึ้น

9. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานได้ซักถามปัญหาข้อสงสัย และสามารถขอความช่วยเหลือสนับสนุนจากพยาบาลหรือบุคลากรสุขภาพได้โดยตรง เช่น การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ (line app) หรือเฟซบุ๊ก (facebook) อันเป็นช่องทางหนึ่งที่สร้างความอบอุ่นมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานในการจัดการตนเอง ซึ่งเทคโนโลยีในยุคปัจจุบันถือเป็นขุมพลังของพยาบาล

จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการฉีดอินซูลินตามแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยเบาหวานที่เริ่มฉีดอินซูลินแต่ละราย พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงมิใช่เพียงผู้สอนให้ผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลินได้อย่างเดียว แต่มีองค์ประกอบข้อมูลความรู้ส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ

กระบวนการดูแลรักษาโรคเบาหวาน ที่ต้องให้ผู้ป่วยเบาหวาน และครอบครัวรับข้อมูลความรู้ไปพร้อม ๆ กันหลายด้าน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวมีความเข้าใจ อย่างครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ในการควบคุม โรคเบาหวานในชีวิตประจำวันได้

สรุป

การรักษาเบาหวานด้วยอินซูลินเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จัดการตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติ อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่มัก ปฏิเสธ ต่อรอง หรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้อินซูลิน เนื่องจากคิดว่าการใช้อินซูลินมีความยุ่งยากและกลัวเจ็บ พยาบาลผู้ให้การดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำ ความเข้าใจและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ทราบถึงความสำคัญของการใช้อินซูลิน ตลอดจน การสาธิต การสนับสนุนให้กำลังใจ โดยให้ญาติหรือ บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีความมั่นใจในการเตรียมและฉีดยาอินซูลิน ด้วยตนเอง และสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ตาม แผนการรักษา เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานอย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

กิริตี ไตรศิริสถิต. (2560). *การยินยอมฉีดอินซูลิน ภายหลังการเข้าโปรแกรมอบรมแบบครอบครัว เปรียบเทียบกับการให้คำปรึกษาตามปกติใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ปฏิเสธการฉีดอินซูลิน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์. (2552). Practical issue of diabetes education: Convincing patients to start insulin therapy. ใน หน่วยต่อมไร้ท่อ และเมตะบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, *การประชุมวิชาการ Ramathibodi Diabetes Day Education 2009 ครั้งที่ 5 เรื่อง Diabetes update: Applying new evidence into clinical practice* (น. 95-97). กรุงเทพฯ: หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิสม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพชร รอดอารีย์, สุภาวดี ลิขิตมาสกุล, สิริมนต์ ธีวตระกูล ประเทืองธรรม, ระวีวรรณ เลิศวัฒนาภักย์, และ สุชาดา ชนภัทร์กวิน. (บ.ก.). (2558). *คำแนะนำ การฉีดยาเบาหวาน สำหรับบุคลากรทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

ยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์. (2555). การรักษาเบาหวาน ด้วยอินซูลิน. *วารสารเบาหวาน*, 44(1), 34-47.

ราม รั้งสินธุ์, และปิยทัศน์ ทักษนาวิวัฒน์. (2558). *รายงาน วิจัยฉบับสมบูรณ์ การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2558*. สืบค้นจาก http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/CRCN_58/3.pdf

วีระศักดิ์ ศรีนนภากร. (2557ก). การเริ่มฉีดยาอินซูลิน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยาชนิด รับประทานไม่ได้ผล. ใน วีระศักดิ์ ศรีนนภากร (บ.ก.), *การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา* (น. 121-131). กรุงเทพฯ: เวชสาร.

- วีระศักดิ์ ศรีนภการ. (2557จ). อินซูลิน. ใน สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน, *โครงการอบรมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน หลักสูตรพื้นฐาน: Communication & empowerment* (น. 148–175). กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: รมเอ็น มีเดีย.
- สุปริยญา พรหมมาลุน, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วิชชุดา เจริญกิจการ, และรัชชัช พิรพัฒน์ดิษฐ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1), 61–71.
- อภิชาติ ศิริสมบัติ, สุมิตรา ชูแก้ว, และคณางค์ ชันเงิน. (2559, สิงหาคม). *มุมมองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน* (การนำเสนอโปสเตอร์). การประชุมวิชาการโรงพยาบาลตากสิน, กรุงเทพฯ.
- Abu Hassan, H., Tohid, H., Amin, R. M., Bidin, M. B. L., Muthupalaniappen, L., & Omar, K. (2013). Factors influencing insulin acceptance among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care clinic: A qualitative exploration. *BMC Family Practice*, 14, 164. doi:10.1186/1471-2296-14-164
- Allen, N. A., Zagarins, S. E., Feinberg, R. G., & Welch, G. (2017). Treating psychological insulin resistance in type 2 diabetes. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 7, 1–6. doi:10.1016/j.jcte.2016.11.005
- American Diabetes Association. (2015). Standards of medical care in diabetes–2015. *Diabetes Care*, 38(Suppl. 1), 1–94. doi:10.2337/dc15-S001
- Bogatean, M. P., & Hâncu, N. (2004). People with type 2 diabetes facing the reality of starting insulin therapy: Factors involved in psychological insulin resistance. *Practical Diabetes International*, 21(7), 247–252. doi:10.1002/pdi.670
- Brod, M., Kongsø, J. H., Lessard, S., & Christensen, T. L. (2009). Psychological insulin resistance: Patient beliefs and implications for diabetes management. *Quality of Life Research*, 18(1), 23–32. doi:10.1007/s11136-008-9419-1
- Butler, A. E., Janson, J., Bonner-Weir, S., Ritzel, R., Rizza, R. A., & Butler, P. C. (2003). Beta-cell deficit and increased beta-cell apoptosis in humans with type 2 diabetes. *Diabetes*, 52(1), 102–110. doi:10.2337/diabetes.52.1.102
- Chen, K. W., Tseng, H. M., Huang, Y. Y., & Chuang, Y. J. (2012). The barriers to initiating insulin therapy among people with type 2 diabetes in Taiwan—A qualitative study. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 3(5), 1000194. doi:10.4172/2155-6156.1000194

- Clark, M. (2007). Psychological insulin resistance: A guide for practice nurses. *Journal of Diabetes Nursing*, 11(2), 53–56. Retrieved from <https://diabetesonthenet.com/wp-content/uploads/jdn11-2pg53-56-1.pdf>
- Ellis, K., Mulnier, H., & Forbes, A. (2018). Perceptions of insulin use in type 2 diabetes in primary care: A thematic synthesis. *BMC Family Practice*, 19, 70. doi:10.1186/s12875-018-0753-2
- Funnell, M. M., Kruger, D. F., & Spencer, M. (2004). Self-management support for insulin therapy in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(2), 274–280. doi: 10.1177/014572170403000220
- Hermanns, N., Mahr, M., Kulzer, B., Skovlund, S. E., & Haak, T. (2010). Barriers towards insulin therapy in type 2 diabetic patients: Results of an observational longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 113. doi:10.1186/1477-7525-8-113
- Karter, A. J., Subramanian, U., Saha, C., Crosson, J. C., Parker, M. M., Swain, B. E., ... Marrero, D. G. (2010). Barriers to insulin initiation: The translating research into action for diabetes insulin starts project. *Diabetes Care*, 33(4), 733–735. doi:10.2337/dc09-1184
- Peragallo-Dittko, V. (2007). Removing barriers to insulin therapy. *The Diabetes Educator*, 33(Suppl. 3), 60–65. doi:10.1177/0145721707301S210
- Peyrot, M., Rubin, R. R., & Khunti, K. (2010). Addressing barriers to initiation of insulin in patients with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 4(Suppl. 1), 11–18. doi: 10.1016/S1751-9918(10)60004-6
- Polonsky, W. H., Arsenault, J., Fisher, L., Kushner, P., Miller, E. M., Pearson, T. L., ... Hadjiyianni, I. (2017). Initiating insulin: How to help people with type 2 diabetes start and continue insulin successfully. *International Journal of Clinical Practice*, 71(8), e12973. doi:10.1111/ijcp.12973
- Tu'ulua, L. (2019). *Exploring the phenomenon psychological insulin resistance in two Pacific Islands clients with type 2 diabetes mellitus who are New Zealand residents* (Master's thesis). Dunedin, New Zealand: University of Otago.
- Zimmer, P. A., Braun, L. T., Fraser, R., Hecht, L., & Kelliher, F. (2015). Promoting success in self-injection: Listening to patients. *Medsurg Nursing*, 24(4), 279–282. Retrieved from <https://go.gale.com/ps/i.do?p=AONE&u=anon~640cf8d4&id=GALE|A426652701&v=2.1&it=r&sid=googleScholar&asid=b22d5e01>

จากเด็กหลังห้องสู่เส้นทาง การพัฒนานวัตกรรม สานฝันก้าวรางวัลนวัตกรรมระดับนานาชาติ From Unknown Nursing Students to Innovative Gateway Achieving International Award

อพัชชา ศรีพระคุณ¹

Apatcha Sriphrakun¹

สุธิดา ภัคดี²

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)³

Suthida Pakdee²

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing)³

Received: December 3, 2023

Revised: December 20, 2023

Accepted: December 22, 2023

10 ปีที่ผ่านมา คำว่า “นวัตกรรม” เริ่มเป็นที่แพร่หลายในหลากหลายสาขา เช่น การศึกษา สุขภาพ เทคโนโลยี สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) ที่มีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยประเทศไทยยุค 4.0 เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยนวัตกรรม ไม่เพียงแต่องค์กรต่าง ๆ ที่พยายามพัฒนานวัตกรรมเพื่อทำให้ระบบการทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น สถาบันการศึกษาต่าง ๆ ก็ได้มีการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนให้มีคุณภาพ โดยวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้จัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีทักษะ

การเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ซึ่งทักษะที่สำคัญ คือ ทักษะด้านการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ทักษะการสร้างสรรค์และนวัตกรรม โดยผนวกเข้าไปในรายวิชานวัตกรรมและการวิจัย ปี พ.ศ. 2563–2566 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ได้เรียนภาคทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) เพื่อส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมสำหรับนักศึกษา โดยนวัตกรรมที่ผลิตขึ้น ทีมอาจารย์และนักศึกษาคำนึงถึงความต้องการของแหล่งฝึก (the requirements of stakeholders) เช่น โรงพยาบาล หรือชุมชน เป็นต้น

^{1,2} นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} 4th-year Nursing Student, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

ผู้เขียนในฐานะอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชานวัตกรรมและการวิจัยมาตลอด 3 ปีการศึกษา มีประสบการณ์ในการเป็นที่ปรึกษาการพัฒนา นวัตกรรมแก่นักศึกษา และนำนักศึกษาเข้าร่วมการแข่งขัน นวัตกรรมระดับนานาชาติมา 2 ปี คือ ปี พ.ศ. 2564 นักศึกษาได้รับรางวัลชนะเลิศ จากการพัฒนา นวัตกรรม “แอปพลิเคชันช่วยการสื่อสารในผู้ป่วยใส่ Home ventilator” ซึ่งนวัตกรรมดังกล่าวมีที่ มาจากการฝึกปฏิบัติ บนหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตในโรงพยาบาล ซึ่งญาติผู้ดูแลมี ปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติจึง ต้องการอุปกรณช่วยการสื่อสาร (the requirements of stakeholders) ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2566 วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นำทีมโดยนางสาวพัชชา ศรีพระคุณ และนางสาว สุธิดา ภักดี ได้พัฒนา นวัตกรรม “วอคเกอร์เตือนภัย จุกเงินสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวในชุมชน” จุดเริ่มต้นของการพัฒนา นวัตกรรมชิ้นนี้ มาจาก การสอบถามความต้องการของชุมชน (community needs) โดยนักศึกษากลุ่มนี้ได้ฝึกปฏิบัติวิชา การพยาบาล ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่อยู่บ้าน คนเดียวเมื่อครอบครัวออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้ม และหากได้รับการช่วยเหลือช้า อาจทำให้ผู้สูงอายุ เสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการอุปกรณ์ที่ช่วย

สร้างความมั่นใจเมื่ออยู่บ้านคนเดียว จากการสัมภาษณ์ ครั้งนั้นซึ่งเป็นขั้นตอนของการค้นหาปัญหา (empathize) และนักศึกษาได้ดำเนินการอีก 4 ขั้นตอนที่เหลือของ decide thinking จนกระทั่งได้เป็นนวัตกรรม “วอคเกอร์ เตือนภัยจุกเงินสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวใน ชุมชน” และวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้ส่ง นางสาวพัชชา ศรีพระคุณ และนางสาวสุธิดา ภักดี เข้าร่วมการแข่งขัน ในเวที “the International Presentation Skills for Nursing Students: Show and Share 2023” ผลคือนักศึกษาได้รับรางวัลชมเชย ซึ่งถือเป็นความสำเร็จของวิทยาลัย เนื่องจากทำให้ ทั้งนักศึกษาและอาจารย์ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยสิ่งที่สำคัญของความสำเร็จดังกล่าว คือ 1) การให้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการพัฒนา นวัตกรรม 2) ทุกปัญหา ในระหว่างการพัฒนา นวัตกรรม คือ การเพิ่มทักษะ การเรียนรู้ทั้งนักศึกษาและอาจารย์ 3) การคิดนอกกรอบ และความกล้าออกจาก safe zone 4) การพัฒนาทักษะ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมของอาจารย์อย่างต่อเนื่อง และ 5) การนำนักศึกษาเข้าร่วมการแข่งขันในเวทีต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ (award hunter) เพื่อพัฒนาสมรรถนะ ของอาจารย์ด้าน นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพราะทุก การแข่งขัน อาจารย์จะได้เรียนรู้การพัฒนา นวัตกรรม จากหลากหลายสถาบัน และนำไปพัฒนา นวัตกรรม ร่วมกับนักศึกษาในอนาคตได้



สำหรับประสบการณ์และสมรรถนะด้านการพัฒนา นวัตกรรมสำหรับนักศึกษาพยาบาล ก็มีส่วนทำให้เกิด ความสำเร็จของรางวัลระดับนานาชาติเช่นกัน สำหรับ นางสาวอพัชชา ศรีพระคุณ และนางสาวสุธิดา ภักดี ปัจจุบันเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มี ผลการเรียน (GPA) ระดับปานกลาง ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่ ไม่โดดเด่นด้านการเรียน ได้เล่าประสบการณ์ที่มา ของสมรรถนะการพัฒนานวัตกรรมและกลยุทธ์ของ ความสำเร็จในการพัฒนานวัตกรรม ดังนี้

คำถามที่ 1 จุดเริ่มต้นของความสามารถ กว่า จะมาพัฒนานวัตกรรม เกิดขึ้นได้อย่างไร

อพัชชา ศรีพระคุณ: “ตอนเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 3 ถูกคัดเลือกไปออกแบบสิ่งของเครื่องใช้โดยใช้ โปรแกรม Google SketchUp และได้ไปแข่งระดับภาค ต่อ แต่ช่วงนั้นพ่อกับแม่ไม่ค่อยให้ความสนใจเท่าไร เขาบอกว่ามันไม่ค่อยมีความสำคัญอะไร ให้ตั้งใจ เรียนดีกว่า แต่ตัวเองก็ไม่ได้สนใจอะไรเพราะชอบใน การออกแบบ พออยู่ชั้นมัธยมปลายรู้สึกว่ายากค้นคว้า และชอบออกแบบเกี่ยวกับเทมเพลต การจัดวาง องค์ประกอบสไลด์นำเสนอ การได้ทดลองใช้โปรแกรม ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์ การตัดต่อคลิป วิดีโอ เริ่มจากทำวิดีโอท่องเที่ยวเล็ก ๆ ของตัวเอง จนได้ มาทำนวัตกรรมเกี่ยวกับไม้เท้า ทำให้สนใจที่จะร่วม ออกแบบกับเพื่อนในกลุ่ม เกิดความคิดหลายอย่าง ในสมอง มีการออกแบบหลายอย่าง อยากให้ชิ้นงานนี้ ออกมาดูน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ และจากพื้นฐานเคยทำ โปรแกรมออกแบบ ทำให้ได้นำมาใช้ในการทำนวัตกรรม คือ ทำเกี่ยวกับ 3D การออกแบบสไลด์นำเสนอ ที่น่าสนใจ การทำโปสเตอร์จาก Photoshop และมีอาจารย์ ที่ปรึกษากลุ่มคอยช่วยให้คำแนะนำเสมอมา รู้สึกว่าเป็น อะไรที่ลงตัว และเป็นชิ้นงานแรกที่ได้ทำ”

สุธิดา ภักดี: “ฉันไม่มีความสามารถอะไรมากมาย ทำอะไรได้ไม่สุดสักอย่าง ยังค้นหาตัวเองไม่เจอว่าชอบ อะไรแน่ แต่ที่มาแข่งขันนวัตกรรมได้ทุกวันนี้ คงต้อง ย้อนไปสมัยมัธยมปลายที่มีการแข่งขันศิลปหัตถกรรม

ช่วงนั้นมีการแข่งขัน science show ซึ่งต้องใช้ทักษะ การพูดผสมกับความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ตอนนั้นขาด คนแข่งหนึ่งคน ฉันจึงลงสมัครดู ช่วงแรกเพื่อน ๆ ใน ทีมไม่ค่อยเห็นด้วยที่ฉันจะลงแข่ง เพราะเพื่อนมองว่า ฉันอาจทำได้ไม่ดีเท่าไร แต่ด้วยความที่ฉันชอบลอง อะไรใหม่ๆ ก็เลยพยายามลงแข่งให้ได้ จนเพื่อนต้องยอม ให้แข่งด้วย ตอนนั้นรู้สึกตื่นเต้นมาก เพราะไม่เคยมี โอกาสได้แข่งขันแบบนี้มาก่อน ผลการแข่งขันคือได้ รางวัลที่ 2 ฉันรู้สึกดีใจมาก ไม่คิดว่าตัวเองและเพื่อน ๆ จะสามารถทำได้ขนาดนี้ ในปีต่อมามีฉันได้ไปแข่งเล่า นิทาน ซึ่งต้องใช้ทักษะการพูดเช่นกัน ผลการแข่งขัน คือได้เหรียญทองระดับประเทศ ซึ่งเป็นที่น่าภูมิใจ อย่างมาก นั่นอาจเป็นประสบการณ์ดี ๆ ที่ทำให้ฉันพอ จะมีทักษะการพูดติดตัวมาบ้าง ทำให้ฉันนำมาต่อยอด ในการทำนวัตกรรม และนำเสนอตนเอง”

คำถามที่ 2 การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ จำเป็นต้องเรียนเก่งหรือไม่

อพัชชา ศรีพระคุณ: “ตอนแรกคิดว่าคนเราจะ ทำอะไรได้ทุกอย่างต้องเก่ง ตอนอยู่ชั้นมัธยม การเรียน อยู่ระดับปานกลาง พอมาอยู่วิทย์ด้วย รู้สึกชอบการปฏิบัติ มากกว่า เพราะได้ลงมือทำจริง มีบางวิชาที่สนใจ พออยู่ ชั้นปีที่สูงขึ้น รับรู้เราไม่จำเป็นต้องเก่งไปหมดทุกอย่าง แต่ก็พยายามอ่านหนังสือและสรุป เติมที่กับการขึ้นตึก สนุกกับทุกวัน ผลที่ออกมาเราบอกตัวเองว่าสิ่งที่ทำไป นั้นไม่สูญเปล่า เราได้ทำมันเต็มที่แล้ว และเราก็จะ ไม่เสียใจทีหลัง คนเราต้องมีการเรียนรู้ ไม่มีใครรู้จะไป หมดทุกอย่าง”

“จนมาอยู่ปี 3 มีการทำวิจัยและนวัตกรรมด้วย รู้สึกตื่นเต้นดี ตอนแรก ๆ ที่เข้ากลุ่มรู้สึกว่าจะงานอะไร ทำไม่ยุ่งยากจัง เพราะตอนแรกเราไม่ชอบอะไรที่เกี่ยวกับ เนื้อหา ก็เลยไม่ค่อยสนใจเท่าไร พอมาเรื่อย ๆ รู้สึกว่า อยากจุดประกายอะไรสักอย่างในตัวชิ้นงาน ก็เลยอาสา เข้าไปจัดการในกลุ่มทำงานเลย โดยส่วนตัว เราชอบ รับผิดชอบคนกับงาน ทำอะไรได้หมด แยกไว้ทุกอย่าง แต่ว่าครั้งนี้พยายามลดข้อผิดพลาดตัวเองลง เพราะทำงานกลุ่ม

ไม่ยากให้เกิดปัญหา ดีใจที่ได้เจอสมาชิกกลุ่มที่ดี พวกเขาคอยออกความคิดเห็นทั้งดีและไม่ดี ทำให้เราอมรับและเข้าใจในการสื่อสารของเพื่อน สุดท้ายกลุ่มเราก็ไม่มีปัญหาอะไร ราบรื่นไปด้วยดี ส่วนเรื่องชิ้นงาน เราได้ร่วมมือกับเพื่อนในกลุ่ม เพราะเพื่อนในกลุ่มก็มีคนที่เก่งการออกแบบ วาดรูปหลักการต่างๆ เราก็คอยถามกันว่าดีไหม ออกแบบงานกราฟแรกมาให้อาจารย์ดู ครั้งแรกพัง แต่อาจารย์ให้คำแนะนำเยอะมาก เราก็ลงมือตั้งแต่ตอนนั้นเลย งานหนักมาก พาเพื่อนในกลุ่มนอนดึกมาก เรายังก็คอยช่วยเพื่อน ส่วนใหญ่จะทำคอมพิวเตอร์เป็นหลัก เพื่อนจะป้อนเข้ามาเราก็จัดวาง เปิดดูจากยูทูปบ้าง ศึกษาวิธีการทำต่างๆ แล้วก็ลองทำตาม พอทำได้ก็ลองทำบ่อยๆ ซ้ำๆ ลองหาเทมเพลตตัวอย่างมาประกอบ ก็ทำให้งานดูดีขึ้น การทดลองลูกเล่นสีในสไลด์ว่าเข้าได้ไหม ร่วมกับคุยกับอาจารย์เป็นระยะ งานพวกนี้ต้องใช้เวลาและความรู้สึกด้วย ถ้าตอนนั้นความรู้สึกไม่มางานก็ไม่เดิน เรชอบใส่หูฟัง ฟังเพลงแล้วก็ทำงานไปด้วย อยู่ในที่ของตัวเอง มันทำให้รู้สึกมีไฟมากขึ้น ส่วนใหญ่งานมักเดินตอนกลางคืน เพราะชอบทำงานตอนกลางคืน มันรู้สึกดีมากๆ อีกอย่างคือ เราไม่ได้เก่งในเรื่องทฤษฎี แต่ชอบปฏิบัติมากกว่า มันทำให้ได้เรียนรู้ มือเราเองได้ทำ เราดูคำเฉลยๆ ถึงจำได้มันก็อาจลืมได้”

สุธิดา ภัคดี: “ส่วนตัวแล้ว ฉันมองว่า การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ไม่จำเป็นต้องเรียนเก่ง เราทุกคนสามารถทำมันออกมาได้ อยู่ที่มุมมองของแต่ละคนมากกว่า ความคิดสร้างสรรค์ไม่มีผิด ไม่มีถูก แค่กล้าคิดกล้าแสดงออก ก็ถือว่า เราชนะใจตัวเองได้แล้ว ไม่จำเป็นต้องรอให้ใครมาชื่นชม”

คำถามที่ 3 ความถนัดหรือทำในสิ่งที่รัก มีส่วนทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือไม่ อย่างไร

อพัชชา ศรีพระคุณ: “มีส่วน เพราะคิดว่าถ้าเราไม่ชอบสิ่งไหนแล้วฝืนทำ งานนั้นมันก็แค่ส่งๆ ตามเวลาที่เขากำหนด ถ้าเป็นชิ้นงานที่เราชอบ เราก็รู้สึกว่ายากที่จะเต็มทีกับมัน ถ้าชิ้นงานนั้นมาอยู่ในมือเราแล้ว

ก็อยากที่จะทำให้มันได้เห็นผล เรามองแล้วชอบ คนที่รับงานเราก็ชื่นชมด้วย เห็นคนอื่นมาดูแลแล้วชม คนที่อยู่เบื้องหลังก็ดีใจไปด้วย”

สุธิดา ภัคดี: “ส่วนตัวแล้วมองว่ามีส่วน เพราะเวลาที่เรทำในสิ่งที่รัก เราจะมีความสุขและมีไอเดียดีๆ ออกมาเสมอ สามารถจุดประกายความคิดและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้”

คำถามที่ 4 จากประสบการณ์การพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ ต้องอาศัยอะไร

อพัชชา ศรีพระคุณ: “อาศัยการวางแผน การคุยร่วมกันกับอาจารย์ แสดงความคิดเห็นกับเพื่อนในกลุ่ม มีกระบวนการคิด งานชิ้นนี้เป็นงานใหญ่ มีตัวชิ้นงานด้วย ดีที่เจอสมาชิกในกลุ่มที่ดี เราช่วยออกความคิดเห็นกัน ช่วยกันออกแบบ ไม่เข้าใจก็มานั่งคุยกันเลย แบบนี้สะดวกใจมากกว่า ใครทำตรงไหนได้ก็ช่วยกัน ไม่มีใครเอาเปรียบกัน ฉันนอนดึกเธอก็นอนดึกด้วย และได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับอาจารย์แต่ละสัปดาห์ ตอนแรกๆ ก็อาจเกร็งๆ เพราะยังไม่คุ้น พอมาเรื่อยๆ ก็สนิทมากขึ้น เป็นช่วงเวลาที่ดี”

สุธิดา ภัคดี: “อย่างแรกต้องอาศัยความสามัคคีกันในทีม และความสามารถของแต่ละคน อาศัยการสังเกตประสบการณ์ การรวบรวมปัญหาต่างๆ ที่ต้องเจอ นำมาต่อยอดพัฒนานวัตกรรมออกมา เพื่อให้นวัตกรรมสุขภาพมีประโยชน์ต่อคนในชุมชนมากที่สุด รวมไปถึงอาจารย์ที่คอยให้คำปรึกษา และสนับสนุนสิ่งต่างๆ และที่สำคัญเลยคือ อย่าทำงานหนักเกินไปจนเสียสุขภาพ แบ่งเวลามาดูแลตัวเองบ้าง แล้วค่อยกลับไปลุยงานต่อ”

คำถามที่ 5 ได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพจนกระทั่งได้รับรางวัล

อพัชชา ศรีพระคุณ: “ได้เรียนรู้การทำงานกลุ่ม เพราะส่วนตัวชอบทำงานคนเดียว แต่ในอนาคตเราก็ต้องทำงานร่วมกับผู้อื่นอยู่ดี แล้วอีกอย่าง คนหนึ่งคนไม่สามารถทำได้หมดทุกอย่าง แบ่งหน้าที่ให้สมาชิกในกลุ่มได้ทำบ้าง เพราะถ้าเราแบกทุกอย่างคนเดียว

มากเกินไป อาจมีปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกในกลุ่มได้ แกรมเสียสุขภาพตัวเราเองอีก กลุ่มของเราเป็นกลุ่มที่ดีมาก คุยกันได้ตลอด ไม่ได้เห็นด้วยหมดทุกอย่าง แต่จะขอถามเหตุผลด้วยว่าเพราะอะไร แล้วก็ช่วยกันปรับปรุง เราจำคำของอาจารย์ประจำกลุ่มที่ว่า “อย่าชะล่าใจ” ได้ขึ้นใจ เพราะระยะเวลาในการทำนวัตกรรมถึงมันจะมีมาก แต่ว่าต้องใช้เวลาในการปรับแก้ อีก คำนี้ยังดังในสมองจนถึงวันที่ส่งงาน รู้สึกภูมิใจมากที่กลุ่มของเราเราดำเนินงานมาจนถึงวันนำเสนออย่างสำเร็จลุล่วง คิดว่างานชิ้นนี้ทำให้เราได้พัฒนาอะไรหลายๆ อย่าง การได้ทำงานร่วมกับนักออกแบบ ได้นำชิ้นงานไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวางแผนเป็นกลุ่ม ทำให้ชิ้นงานนี้ผ่านไปได้ด้วยดี”

สุธิดา ภัคดี: “หลัก ๆ คือได้เรียนรู้ขั้นตอนของการทำวิจัย นวัตกรรม การทำงานกันเป็นทีม มุมมองต่างๆ การสร้างสัมพันธ์ภาพในทีม การยอมรับฟังความคิดเห็นกัน และการพัฒนาตัวเอง”

คำถามที่ 6 อยากจะบอกอะไรกับรุ่นน้องในการพัฒนานวัตกรรม

อพัชชา ศรีพระคุณ: “พี่ไม่รู้ว่าน้องๆ จะให้ความสำคัญกับนวัตกรรมขนาดไหนในตอนนั้น แต่ในอนาคต หรือตอนที่เรากำลังขึ้นตึก มันมีสิ่งประดิษฐ์หลาย ๆ อย่างที่พี่พยาบาลเขาทำ ก็เกิดจากการคิดการประดิษฐ์มา เพื่อทดแทนในสิ่งที่มันหายาก ให้น้องมองสิ่งรอบข้าง ให้สังเกตอยู่เรื่อย ๆ และถึงเราจะไม่เก่งไปหมดทุกอย่าง เชื่อว่ามันต้องมีสิ่งหนึ่งที่เราชอบเราเข้ากับมันได้ดี ทำมันเสียก่อนที่จะไม่มีโอกาสได้ทำ เพราะเราก็ไม่รู้อนาคตเหมือนกัน และอย่าชะล่าใจ เวลาไม่เคยรอใคร”

สุธิดา ภัคดี: “อยากให้น้อง ๆ ทำทุกอย่างด้วยความสนุกสนาน มองมันให้เป็นเรื่องสนุก ทำท่าย เพราะสุดท้ายแล้ว พอทุกอย่างสิ้นสุดลง น้อง ๆ จะภูมิใจกับงานที่ทำ บางครั้งอาจกดดันบ้าง เบื่อบ้าง ก็ให้หาเวลาออกไปพักผ่อน อย่าไปกดดันขนาดนั้น ทุกอย่างจะผ่านไปได้ พี่เป็นกำลังใจให้น้อง ๆ รุ่นต่อไปนะค่ะ”



สรุป การพัฒนานวัตกรรมให้สำเร็จต้องอาศัยทั้งสมรรถนะของอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษา เพื่อร่วมมือกันในทุกขั้นตอนของการพัฒนา ที่สำคัญนวัตกรรมจะต้องมาจากความต้องการของแหล่งฝึกทั้งโรงพยาบาลและ

ชุมชน (the requirements of stakeholders) เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการใช้นวัตกรรม (continuing usability of innovation) และการได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการศึกษา เพื่อให้เกิดสมรรถนะที่มี

ความจำเพาะเจาะจงด้านการพัฒนานวัตกรรม (specific innovative competency) ให้ได้เป็นนวัตกรรมที่มีคุณภาพ (effective innovator) ในการพัฒนาทั้ง

อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาผู้พัฒนานวัตกรรม เพื่อให้ประชาชนได้ใช้นวัตกรรมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ ลดปัญหาสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตในอนาคต
