



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ISSN 2985-2463 (Online)

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol. 35 No. 1 January - June 2024



รายงานการวิจัย

- ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย
- การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลานานแบบสภาวะ
- ผลของโปรแกรมฝึกอบรมต่อพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปวดอุทกในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง
- ผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่อความรู้ การปฏิบัติ และ ทัศนคติ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม
- ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์
- ผลของโปรแกรมการสร้างความเป็นกันภายในจิตต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยอายุโรคจิตกึ่งทางทั่วไป
- ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร
- ผลของการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย
- การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
- ผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อการแสวงหาข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอดส์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน
- ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย
- การประเมินผลกระทบของสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดสุพรรณบุรี
- ผลของการจัดบริการสุขภาพทางไกลต่อวิถีในการรับประทานยาและปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักการกักตัว
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร

บทความวิชาการ

- ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การประเมินความเสี่ยงและการป้องกัน
- แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

บทความพิเศษ

- การพัฒนามาตรฐานอาจารย์: การเปลี่ยนแปลงเป็นอาจารย์มืออาชีพโดยการผสมผสานการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมทักษะ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล สำหรับนวัตกรรมด้านสุขภาพ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol. 35 No. 1 January - June 2024

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
36 ถนนเลียบเนิน ตำบลวัดใหม่
อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี 22000

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการ

นางคณิศร เจริญกิจ
พย.ม. (การพยาบาลศึกษา)

กองบรรณาธิการ

ผู้ทรงคุณวุฒิ (ภายนอก)

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

กองบรรณาธิการ (ภายใน)

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ดร.ปัทมา บุญช่วยเหลือ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |
| 2. นางสาวรสสุคนธ์ เจริญสัจย์ศิริ | สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น |

ฝ่ายจัดการ

- นางสาวชญาณี 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)

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ผศ. ดร.นงนภัทร รุ่งเนย | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 2. ดร.กุลธิดา พานิชกุล | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 3. ดร.เชษฐา แก้วพรม | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ |
| 4. รศ. ดร.ปรารธนา สติธยวิภาวี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ. ดร.กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม | คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 6. รศ. ดร.หทัยชนก บัวเจริญ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 7. ผศ. ดร.พิมสุภาวี่ จันทนะโสถ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม |
| 8. ผศ. ดร.เพชรรัตน์ เจริมรด | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต |
| 9. รศ. ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 10. รศ. ดร.กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ |
| 11. ผศ. ดร.พัชรพร แก้ววิมล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 12. ดร.ดาราวรรณ รongเมือง | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี |
| 13. ดร.ทองสาย สีทนนท์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 14. ดร.ยศพล เหลืองโสมนภา | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 15. ดร.ธัมม นามวงศ์ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 16. ดร.ชญาดา เนตรกระจำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 17. ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 18. ดร.มธุรดา บรรจงการ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 19. ผศ. ดร.รุ่งนภา เขียวชะอำ | วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 20. ผศ. ดร.ปราณี ชีร์โสภณ | นักวิชาการอิสระ |
| 21. ดร.ชดช้อย วัฒนะ | นักวิชาการอิสระ |
| 22. ดร.รัชชนก กลิ่นชาติ | นักวิชาการอิสระ |
| 23. รศ. ดร.จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส | นักวิชาการอิสระ |
| 24. ดร.วิรัชพัชร สกุลสันติพร เศลล์ | นักวิชาการอิสระ |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol. 35 No. 1 January - June 2024

หน้า

รายงานการวิจัย

- ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน
โรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย 1
เจนจิรา อยู่อินทร์ นงศ์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตรภิบาล
- การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสภาวะ 13
วัชรารักษ์ ไพโรจน์ นงศ์คราญ วิเศษกุล นงเยาว์ เกษตรภิบาล
- ผลของโปรแกรมฝึกอบรมต่อพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบ
ในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง 26
วรรณวิภา วันเมืองเก่า มยุรี สี่ทองอิน
- ผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่อความรู้
การปฏิบัติ และพฤติกรรมการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาล 42
ห่อผู้ป่วยอายุรกรรม
ทิพวิมล เชษฐ์ขุนทด นงเยาว์ เกษตรภิบาล นงศ์คราญ วิเศษกุล
- ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ 57
กัญญาญณ์ ใจมุข สมบัติ สกุณพรรณ ดารารัตน ต๊ะปันตา
ชาลิณี สุวรรณยศ
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 69
ร่วมกับความดันโลหิตสูง
ธมกร อ่วมอ้อ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม อังธรา เดชขุน
สุติมา สร้อยนาค ดิเรก ภูแจ้ง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม 80
ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์
โยธกา ภาคี นงลักษณ์ เดลิมสุข บังอร ศุภวิทิพัฒนา
- ผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวล 96
ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกวัย
กาญจนา ศุภศรี วินิภาญณ์ คงสุวรรณ อรรณพ หนูแก้ว

ส
า
ร
บ
ญ



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol. 35 No. 1 January - June 2024

ส
า
ร
บ
ั
ญ

- | | หน้า |
|---|------|
| • ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร
สุทธารรณ อร่ามเรือง ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์ | 112 |
| • ผลของการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย
สุภา คำมะฤทธิ์ ปัทมา บุญช่วยเหลือ จริญญา วรรณโชติ | 126 |
| • การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
อรพรรณ บัวเพ็ง อะเคื้อ อุบลলেখกะ พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น | 141 |
| • ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
เป็ญญา พิสัยพันธุ์ รุ่งณา เขียวชะอ้า ยศพล เหลืองโสมนภา
กรองแก้ว ทริพย์ประเสริฐ จันทรเพ็ญ อามพัฒน์ จริญญา ด้จะโปะ
พกามาศ พิมพธาราส | 156 |
| • ผลของกลุ่มการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อการเสพติดของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน
มนทกานต์ อุเต็น ดารารรณ ต๊ะปันตา สมบัติ สกุลพรรณ | 168 |
| • ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน
จารุวรรณ สอนงญาติ ลักขณา ศิริถิรกุล สุทัศน์ เหมทานนท์
ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ | 181 |
| • ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย
อภิรุจน์ รุ่งเรือง วรุ พรหมพิทยาธิตน์ | 195 |



วารสาร

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi

ISSN 2985-2463 (Online)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567 Vol. 35 No. 1 January - June 2024

สารบัญ

	หน้า
• การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี จารีศรี กุลศิริปัญญา ฅนัฏฐ์ฉวี อ็อกชู อัมพร สัจจวิธรรณ นารัตน์ พระเทพ	206
• ผลของการจัดบริการสุขภาพทางไกลต่อวินัยในการรับประทานยาและ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในคลินิก ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา ยศพล เหลืองโสมนภา สมบัติ เหลืองโสมนภา ฤทธิชัย สุวรรณรัตน์ ศุภณัฐ จงประกอบกิจ	219
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาล ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สุทธิดา เจริญพรพงศ์ จุฑารัตน์ มีสุขโย ฅนัฏฐ์ฉวี ศรัญญ์พัฒน์	234
• ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก อนุธิดา เปรมโยธิน รุ่ง วงศ์วัฒน์	248
บทความวิชาการ	
• ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การประเมินความเสี่ยงและการป้องกัน กฤษณีย์ ศรีใจ ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์	260
• แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก รุ่งนภา เขียวชะอำ	271
บทความพิเศษ	
• การพัฒนามาตรฐานอาจารย์: การเปลี่ยนแปลงเป็นอาจารย์มืออาชีพ โดยการผสมผสานการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อ ส่งเสริมทักษะ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล สำหรับนวัตกรรมด้านสุขภาพ รุ่งนภา เขียวชะอำ	285

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 นี้ นำเสนอรายงานการวิจัยด้านการปฏิบัติการพยาบาลทั้งในบริบทของหอผู้ป่วยและชุมชน ส่วนบทความวิชาการ นำเสนอสาระเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก สำหรับบทความพิเศษนั้น นำเสนอเกี่ยวกับการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพเพื่อส่งเสริมทักษะ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ คณะผู้จัดทำวารสารมุ่งหวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์ในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และมุมมองต่างๆ ในประเด็นดังกล่าวบ้างไม่มากก็น้อย อย่างไรก็ตาม กองบรรณาธิการวารสารตระหนักดีว่าองค์ความรู้ด้านต่างๆ นั้นยังมีอีกมาก วารสารฉบับนี้สามารถนำเสนอได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

สำหรับวารสารฉบับหน้า จะเป็นการนำเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลและการสาธารณสุข เช่นเคย หากท่านมีความประสงค์ที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย บทความวิชาการ หรือบทความพิเศษ ในวารสาร ขอให้ท่านเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำสำหรับผู้เขียน ซึ่งอยู่ที่เมนูด้านบนของหน้าเว็บไซต์วารสาร และดำเนินการส่งต้นฉบับมายังกองบรรณาธิการต่อไป

คณิศร เจริญกิจ

บรรณาธิการ

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย* Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Infection Transmission Prevention in a Hospital among Relatives of Patients*

เจนจิรา อยู่อินทร์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Janjira Yuin, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
ณรงค์คราน วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)² นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา)³
Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)³

Received: January 2, 2024 Revised: March 17, 2024 Accepted: March 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 285 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ 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: janjirayuin@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

การแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .82 แบบวัดทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .80 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ญาติผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.37 มีทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.54 และมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.75 และ 2) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .384, p < .001$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .144, p < .05$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .130, p < .05$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรมีการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วย
คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ญาติผู้ป่วย

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study the relationship among knowledge, attitudes, and practices regarding infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients. The participants were 285 relatives of patients who visited and provided care for patients in medical units of a tertiary care hospital. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, a knowledge of infection transmission prevention in a hospital assessment form with a reliability of .82, an attitudes towards infection transmission prevention in a hospital assessment form with a reliability of .81, and a practices of infection transmission prevention in a hospital questionnaire with a reliability of .80. Data were collected from November 2020 to May 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and Spearman rank correlation.

The research results revealed that 1) the relatives of patients had knowledge of infection transmission prevention in a hospital at a high level (87.37%), had attitudes towards infection transmission prevention in a hospital at a high level (77.54%), and had practices of infection transmission prevention in a hospital at a moderate level (61.75%); and 2) knowledge was positively statistically significantly related to attitudes towards infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients ($r_s = .384, p < .001$), knowledge was positively statistically significantly related to practices of infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients ($r_s = .144, p < .05$), and attitudes was positively statistically significantly related to practices of infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients ($r_s = .130, p < .05$).

This research suggests that nurses should promote knowledge, attitudes, and practices regarding infection transmission prevention in a hospital among relatives of patients. This will help reduce the incidence of patient infection.

Keywords: Knowledge, Attitudes, Practices,

Infection transmission prevention in a hospital, Relatives of patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อในโรงพยาบาลนับเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของทั่วโลก โดยพบว่า ผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล 1 ใน 31 คน มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งร้อยละ 3 ของผู้ป่วย มีการติดเชื้อในโรงพยาบาล 1 ครั้งหรือมากกว่า (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2018a; 2019) ทั้งนี้พบว่า การติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญและก่อให้เกิดการเสียชีวิตของผู้ป่วย เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยการติดเชื้อในโรงพยาบาลพบมากในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Rongrungruang et al., 2013) เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามีอาการหนักหรือมีความซับซ้อนในการรักษา ต้องรักษาอาการติดเชื้อรุนแรงด้วยยาต้านจุลชีพ จึงทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสดื้อยาต้านจุลชีพ ทั้งนี้ การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อรุนแรงถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเสียชีวิต เนื่องจากมีข้อจำกัดของทางเลือกในการรักษา จึงส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา และยังทำให้

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019; Serra-Burriel et al., 2020) ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและการงานของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการรักษาการติดเชื้อของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของประเทศทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจจากยาต้านจุลชีพเป็นจำนวนมาก

ญาติผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมบางส่วนหรือทั้งหมดจากบุคลากรทางการแพทย์หรือญาติผู้ดูแล ทั้งนี้ จากการศึกษาการปนเปื้อนเชือบนมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนักแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้เข้าเยี่ยมร้อยละ 64 ไม่ได้ทำความสะอาดมือ เมื่อทำการเพาะเชื้อจากมือของ

ผู้เข้าเยี่ยม 8 คน พบเชื้อ gram negative rods 7 คน และเชื้อ Methicillin-resistant Staphylococcus aureus 1 คน (Birnbach, Rosen, Fitzpatrick, Arheart, & Munoz-Price, 2015) จะเห็นว่า ญาติผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสัมผัสเชื้อก่อโรคและแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลได้ โดยการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้บ่อยจากการสัมผัส (contact transmission) ทั้งการสัมผัสทางตรง ได้แก่ การสัมผัสผู้ป่วย เช่น ผิวน้ำ ขาดแผล หรือสารคัดหลั่งในร่างกายผู้ป่วย และการสัมผัสทางอ้อม ได้แก่ การสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เช่น อุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค

การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ใช้หลักการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน (standard precautions) เป็นหลักสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย 4 หมวดกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ 1) การทำความสะอาดมือ (CDC, 2018b; World Health Organization [WHO], 2009) 2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย 3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และ 4) การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวและขยะมูลฝอยของผู้ป่วย (CDC, 2018a) ทั้งนี้ ในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิพบว่า ญาติผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการรับประทานอาหาร กิจกรรมการดูแลความสะอาดร่างกาย กิจกรรมกายภาพบำบัด ทำให้ญาติผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ป่วย ดังการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงและโอกาสของการติดเชื้อของญาติผู้ป่วยในประเทศบังกลาเทศ จากการสังเกตเหตุการณ์ทั้งหมด 2,065 เหตุการณ์ พบว่า ญาติผู้ป่วยต้องทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ การทำความสะอาด

หลังขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ การทำความสะอาดสารคัดหลั่งของผู้ป่วย การทำความสะอาดปาก จมูก ตลอดจนการโอบกอดอย่างใกล้ชิด และการปฏิบัติอื่นๆ ที่มีการสัมผัสร่างกายผู้ป่วย (Islam et al., 2014) จึงทำให้ญาติผู้ป่วยมีโอกาสได้รับเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลที่ถูกต้องของญาติผู้ป่วย อาจขึ้นอยู่กับความรู้และทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาที่ครอบคลุมประเด็นความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลสำหรับญาติผู้ป่วยในประเทศไทย ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเน้นเฉพาะประเด็นการทำความสะอาดมือนั่นเอง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยและหาความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย

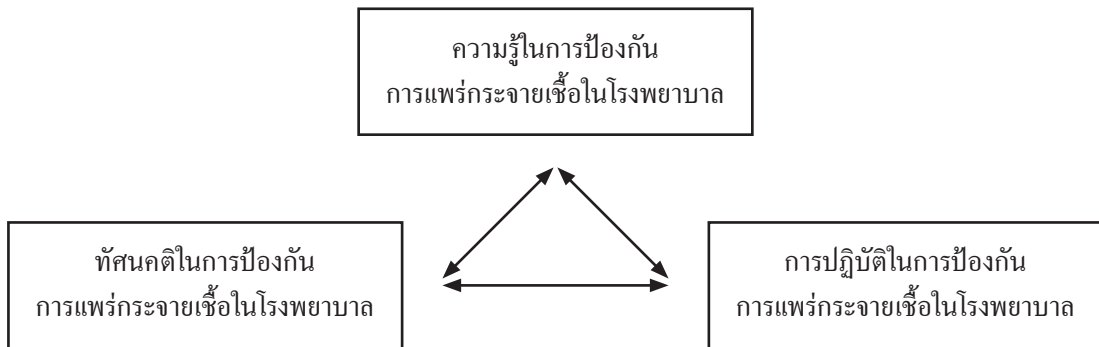
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Schwartz (1975) ที่กล่าวว่า ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมหรือพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยกล่าวว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทักษะและการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยศึกษาความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย วิถีทางการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการปฏิบัติ

ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การทำความสะอาดมือ (CDC, 2018b; WHO, 2009) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และการจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัว และขยะมูลฝอยของผู้ป่วย (CDC, 2018b) ซึ่งหากญาติผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล จะส่งผลให้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม จำนวน 5 แห่ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง รวมจำนวน 990 คน (ในระยะเวลา 3 เดือน) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-60 ปี 2) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลครอบคลุม 4 หมวดกิจกรรม ได้แก่

(1) การทำความสะอาดมือ (2) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย (3) การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และ (4) การจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวและขยะมูลฝอยของผู้ป่วย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 285 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้ในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ของอมรรัตน์ อินทรชั้น, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาส (2563) ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับรองว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-14 คะแนน) ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) และในระดับสูง (20-25 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดทัศนคติในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ของอมรรัตน์ อินทรชั้น และคณะ (2563) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย

และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติในระดับต่ำ (20-39 คะแนน) ในระดับปานกลาง (40-59 คะแนน) และในระดับสูง (60-80 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการปฏิบัติในการทำ ความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก ของอมรรัตน์ อินทรชั้น และคณะ (2563) ครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และการจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวและขยะมูลฝอยของผู้ป่วย รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติในระดับต่ำ (0-19 คะแนน) ในระดับปานกลาง (20-39 คะแนน) และในระดับสูง (40-60 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล แบบวัดทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .95, .98 และ .96 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับ

ญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ อายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ในการป้องกันฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .82 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติในการป้องกันฯ และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 006/2021 วันที่ 20 มกราคม 2564) และคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ ชร 0032.102/วิจัย/EC 168 วันที่ 19 มีนาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยในช่วงเวลา 08.00–16.00 น. แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามและแบบวัด โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนพฤษภาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน ข้อมูลความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และข้อมูลการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล วิเคราะห์สถิติความถี่ ร้อยละ และค่ามัธยฐาน ส่วนการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันฯ ทัศนคติในการป้องกันฯ และการปฏิบัติในการป้องกันฯ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.60 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.60 ($M = 39.79$, $SD = 13.18$, $Med = 40$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.60 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 93.68 โดยมีประสบการณ์การดูแล อยู่ในช่วง 1–5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 74.53 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 61.05 โดยได้รับความรู้จากพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.80

2. ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.37 รองลงมา คือ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.93 โดยมีคะแนนความรู้ในการป้องกันฯ ต่ำสุด–สูงสุด คือ 14–25 คะแนน และค่ามัธยฐาน 22 คะแนน

3. ทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันฯ ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 77.54 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.46

โดยมีคะแนนทัศนคติในการป้องกันฯ ต่ำสุด-สูงสุด คือ 48-80 คะแนน และค่ามัธยฐาน 64 คะแนน

4. การปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันฯ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.75 และในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 38.25 โดยมีคะแนนทัศนคติในการป้องกันฯ ต่ำสุด-สูงสุด คือ 20-60 คะแนน และค่ามัธยฐาน 38 คะแนน

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อใน

โรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .384, p < .001$) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .144, p < .05$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .130, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย (n = 285)

ตัวแปร	การปฏิบัติในการป้องกันฯ	
	r_s	p
ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	.144	.015
ทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	.130	.028

ตัวแปร	ทัศนคติในการป้องกันฯ	
	r_s	p
ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล	.384	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับสูง (ร้อยละ 87.37) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลจากพยาบาลตามนโยบายการปฏิบัติตัวของญาติที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย และอาจเนื่องจากในช่วงที่ทำการศึกษามีสถานการณ์

การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งทางโรงพยาบาลได้มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ อย่างต่อเนื่องในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยเฉพาะการทำความสะอาดมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และการใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Abou Saad, Hussien, and Abd El Raouf (2020) ที่พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลในประเทศอียิปต์มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระดับดี มากถึงร้อยละ 83.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cho and Hong (2020) ที่พบว่า

ญาติผู้ป่วยในประเทศเกาหลีมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากถึง 25.64 จากคะแนนเต็ม 29 คะแนน

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับสูง (ร้อยละ 77.54) ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ อินทรชื่น และคณะ (2563) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีทัศนคติในการทำควมสะอาดมือในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 48.70 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Abou Saad et al. (2020) ที่พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลในประเทศอียิปต์เห็นด้วยอย่างยิ่งในการทำควมสะอาดมือด้วยสบู่หรือน้ำยาทำลายเชื้อเพื่อช่วยลดการติดเชื้อถึงร้อยละ 96.10 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Roidad and Khakoo (2014) ที่พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในประเทศสหรัฐอเมริกาเห็นด้วยว่าควรสวมถุงมือและเสื้อกาวน์แขนยาวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพียงร้อยละ 31 และเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรสวมถุงมือและเสื้อกาวน์แขนยาวเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพียงร้อยละ 19

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.75) โดยมีการปฏิบัติในการป้องกันฯ ที่ถูกต้อง ค่อนข้างน้อยในประเด็นต่างๆ ได้แก่ 1) การสัมผัสสิ่งแวดลอมรอบตัวผู้ป่วย เช่น สัมผัสเตียง ราวกันเตียง โต๊ะข้างเตียง เสาไม้เกลือ 2) การสัมผัสผิวหนังของผู้ป่วยขณะเยี่ยม และ 3) การสัมผัสสิ่งแวดลอมในหอผู้ป่วย เช่น เคา้นเตอร์พยาบาล ประตูห้องน้ำ ผนังห้อง ทั้งนี้อาจเนื่องจากญาติผู้ป่วยมีโอกาสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเป็นเวลานาน จึงทำให้มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยและสิ่งแวดลอมในหอผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติของ

ผู้เข้าเยี่ยมพบว่า ผู้เข้าเยี่ยมมีการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่า ญาติผู้ป่วยมีการทำความสะอาดมือด้วยน้ำเพียงอย่างเดียวมากถึงร้อยละ 48 และทำความสะอาดมือด้วยสบู่เพียงร้อยละ 3 (Horng et al., 2016) นอกจากนี้ จากการศึกษาการปฏิบัติในการสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลในผู้เข้าเยี่ยมที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทางการสัมผัสในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมมีการสวมเสื้อกาวน์แขนยาวและถุงมือเพียงร้อยละ 41.90 สวมเฉพาะถุงมือเพียงร้อยละ 25.80 และไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลมากถึงร้อยละ 32.30 (Seibert et al., 2018) ทั้งนี้ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของญาติผู้ป่วย อาจเกิดจากการขาดอุปกรณ์สนับสนุน ดังการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของญาติหรือผู้ดูแลในประเทศอัฟกานิสถาน พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลไม่ได้ทำความสะอาดมือ เนื่องจากไม่มีพื้นที่และอุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดมือ (Marquer et al., 2021)

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของ Schwartz (1975) ซึ่งอธิบายได้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยมีความเชื่อมโยงกัน หากญาติผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล ก็จะมี

ความเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Abou Saad et al. (2020) ที่พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลในประเทศอียิปต์ส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อในระดับดีมาก และมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้เข้าเยี่ยมมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Belete et al. (2021) ที่พบว่า ผู้เข้าเยี่ยมในโรงพยาบาลในประเทศเอธิโอเปียที่มีความรู้ที่ดีในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จะมีทัศนคติทางบวกต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรมีการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยที่เข้าเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เพื่อลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วย โดยการสังเกตพฤติกรรมการทำงานสะอาดมือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วย การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากการสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และการจัดการอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวและขยะมูลฝอยของผู้ป่วย

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของแนวทางการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของญาติผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ

เอกสารอ้างอิง

อมรรัตน์ อินทรชื่น, อะเกือ อูณหเลขกะ, และวันชัย เลิศวัฒนวิลาศ. (2563). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้เข้าเยี่ยมในหอผู้ป่วยหนัก. *พยาบาลสาร*, 47(1), 151–163.

Abou Saad, H. M. E., Hussien, M. E. E., & Abd El Raouf, S. E. H. (2020). Assessment of patients' and visitors' knowledge, practice, and attitude related to preventing infection at Aga Centralized Hospital. *International Journal of Novel Research in Healthcare and Nursing*, 7(1), 429–447. Retrieved from <https://www.noveltyjournals.com/upload/paper/Assessment%20of%20Patients-2209.pdf>

Belete, Z. W., Berihun, G., Keleb, A., Ademas, A., Berhanu, L., Abebe, M., ... Adane, M. (2021). Knowledge, attitude, and preventive practices towards COVID-19 and associated factors among adult hospital visitors in South Gondar Zone Hospitals, Northwest Ethiopia. *PLoS One*, 16(5), e0250145. doi:10.1371/journal.pone.0250145

Birnbach, D. J., Rosen, L. F., Fitzpatrick, M., Arheart, K. L., & Munoz-Price, L. S. (2015). An evaluation of hand hygiene in an intensive care unit: Are visitors a potential vector for pathogens?. *Journal of Infection and Public Health*, 8(6), 570–574. doi:10.1016/j.jiph.2015.04.027

Centers for Disease Control and Prevention. (2018a). *Healthcare-associated infections*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/data/portal/index.html>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2018b). *Standard precautions*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/oralhealth/infectioncontrol/summary-infection-prevention-practices/standard-precautions.html>
- 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>
- Cho, H. J., & Hong, Y. H. (2020). A study on the knowledge and performance status for healthcare-associated infection control and prevention in caregivers. *Korean Journal of Healthcare-associated Infection Control and Prevention*, 25(1), 29–39. doi:10.14192/kjicp.2020.25.1.29
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). *Rapid risk assessment: Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae—second update*. Retrieved from <http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/carbapenem-resistant-enterobacteriaceae-risk-assessment-rev-2.pdf>
- Horng, L. M., Unicomb, L., Alam, M. U., Halder, A. K., Shoab, A. K., Ghosh, P. K., ... Luby, S. P. (2016). Healthcare worker and family caregiver hand hygiene in Bangladeshi healthcare facilities: Results from the Bangladesh national hygiene baseline survey. *The Journal of Hospital Infection*, 94(3), 286–294. doi:10.1016/j.jhin.2016.08.016
- Islam, M. S., Luby, S. P., Sultana, R., Rimi, N. A., Zaman, R. U., Uddin, M., ... Gurley, E. S. (2014). Family caregivers in public tertiary care hospitals in Bangladesh: Risks and opportunities for infection control. *American Journal of Infection Control*, 42(3), 305–310. doi:10.1016/j.ajic.2013.09.012
- Marquer, C., Guindo, O., Mahamadou, I., Job, E., Rattigan, S. M., Langendorf, C., ... Isanaka, S. (2021). An exploratory qualitative study of caregivers' knowledge, perceptions and practices related to hospital hygiene in rural Niger. *Infection Prevention in Practice*, 3(3), 100160. doi:10.1016/j.infpip.2021.100160
- Roidad, N., & Khakoo, R. (2014). Knowledge and attitudes of visitors to patients in contact isolation. *American Journal of Infection Control*, 42(2), 198–199. doi:10.1016/j.ajic.2013.09.004
- Rongrungruang, Y., Sawanpanyalert, N., Chomdacha, P., Surasarang, K., Wiruchkul, N., Kachintorn, K., ... Danchaivijitr, S. (2013). Health-care associated infections in Thailand 2011. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 96(Suppl. 2), S117–S123. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23590031/>
- Schwartz, N. E. (1975). Nutritional knowledge, attitudes, and practices of high school graduates. *Journal of the American Dietetic Association*, 66(1), 28–31. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1110296/>

- Seibert, G., Ewers, T., Barker, A. K., Slavick, A., Wright, M. O., Stevens, L., & Safdar, N. (2018). What do visitors know and how do they feel about contact precautions?. *American Journal of Infection Control*, 46(1), 115–117. doi:10.1016/j.ajic.2017.05.011
- Serra-Burriel, M., Keys, M., Campillo-Artero, C., Agodi, A., Barchitta, M., Gikas, A., ... López-Casasnovas, G. (2020). Impact of multi-drug resistant bacteria on economic and clinical outcomes of healthcare-associated infections in adults: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 15(1), e0227139. doi:10.1371/journal.pone.0227139
- World Health Organization. (2009). *First global patient safety challenge clean care is safer care*. Retrieved from <https://www.who.int/infection-prevention/publications/hand-hygiene-2009/en/>
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.
-

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด*

Development of a Video Media for Caregivers in Preventing Urinary Tract Infection from Clean Intermittent Catheterization*

วัชรภรณ์ ไพโรจน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ¹

Watcharaporn Pairote, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) ¹

นงคราญ วิเศษกุล, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์) ² นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ประ.ด. (ระบาดวิทยา) ³

Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing) ² Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology) ³

Received: January 3, 2024 Revised: March 26, 2024 Accepted: March 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำนวน 42 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แผนการออกแบบและ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ 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: watcharaporn.pairote@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด มีความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อวีดิทัศน์ มีความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล 5 ขั้นตอน ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired *t*-test รวมทั้ง ประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์

ผลการวิจัยพบว่า 1) สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด มีความยาว 19 นาที 30 วินาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ข้อบ่งชี้ในการเริ่มสวนปัสสาวะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลกระทบของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ วิธีการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด 2) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ มีค่า 1.47 3) หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด สูงกว่า ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.900, p < .001$) และ 4) ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์รายชื่อในระดับมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ถูกต้อง คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์ การสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแล

Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the efficiency of a video media for caregivers in preventing urinary tract infection (UTI) from clean intermittent catheterization. The samples consisted of 42 caregivers who provided care for the patients undergoing treatment at a regional hospital and required clean intermittent catheterization at home. The research instruments included a development and design plan for the video media, a video media user opinion questionnaire, a demographic data questionnaire, a knowledge on preventing UTI from clean intermittent catheterization test with a reliability of .85, and a video media satisfaction questionnaire with a reliability of .82. Five steps of this research were conducted from November 2020 to June 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test. The efficiency of the video media was tested according to Meguigans' standard criteria.

The research results revealed that 1) the video media length was 19 minutes 30 seconds and the content consisted of the definition of clean intermittent catheterization, indication of catheterization, factors related to UTI, the impact of UTI, mode of transmissions of UTI, and practices for caregivers in preventing UTI from clean intermittent catheterization; 2) the efficiency of the video media was 1.47; 3) after watching the video media, caregivers had statistically significantly higher mean score of knowledge on preventing UTI from clean intermittent catheterization than that of before watching the video media ($t = 18.900$, $p < .001$); and 4) the mean score of video media satisfaction for each item among caregivers was at a highest level.

This research suggests that nurses should disseminate this video media to caregivers who provide care for the patients requiring clean intermittent catheterization. This will help caregivers increase their knowledge and practices in preventing UTI from clean intermittent catheterization.

Keywords: Video media, Clean intermittent catheterization, Urinary tract infection, Caregivers

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection [UTI]) เป็นปัญหาสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะของสมาคมศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะแห่งประเทศไทยหรืออเมริกาพบว่า ในปี ค.ศ. 2015 ทั่วโลกพบผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสูงถึง 150 ล้านคน และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงถึง 6 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ (วาสนี ชาญศรี และพรเลิศ ทุมชัย, 2562) ส่วนในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 431 คนต่อปี หรือ 1.20 คนต่อวัน (สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, 2544) และการติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งหลัง เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีภาวะติดเชื้อไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีการขับถ่ายผิดปกติ ปัสสาวะลำบาก และกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วย

ต้องได้รับการสวนปัสสาวะทั้งแบบการใส่สายสวนปัสสาวะและการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (ศศิธร แสนศักดิ์, ปิยรัตน์ ไชยเชษฐ์, และสุวิมล กิ่งจันทร์, 2557) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสวนปัสสาวะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจะพบปัญหาการติดเชื้อได้สูง เนื่องจากสายสวนปัสสาวะทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อเมือกของปัสสาวะ โดยเชื้อแบคทีเรียจะเจริญเติบโตที่ท่อปัสสาวะและเข้าทางสายสวนปัสสาวะได้ (Simmering, Tang, Cavanaugh, Polgreen, & Polgreen, 2017)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย เกิดจากการมีปัสสาวะค้างหลังขับถ่ายมากผิดปกติ ทำให้เชื้อโรคสามารถเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนได้ และมีความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงจากการมีปัสสาวะค้าง ทำให้เกิดการไหลย้อนของปัสสาวะขึ้นไปในทางเดินปัสสาวะได้ (มุกิตา จอวรรณศิริ และวิทย์ วิเศษสินธุ์, 2562) ทั้งนี้ ปัญหาในการขับถ่าย

ปัสสาวะขึ้นอยู่กับระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ
2) ปัจจัยด้านเชื้อโรค พบว่า เชื้อ *Escherichia coli* เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะถึงร้อยละ 50 (สมพล เพิ่มพงศ์โกศล, 2556) และ
3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุปกรณ์ของใช้ที่บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เพราะอยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมถึงการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ซึ่งพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วย ไม่สามารถสวนปัสสาวะได้ด้วยตนเอง (Crescenze et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดโดยผู้ดูแล คือ ความพร้อมในการเรียนรู้และความสามารถในการปฏิบัติ (Beauchemin, Newman, Le Danseur, Jackson, & Ritmiller, 2018) จากการศึกษาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ คือ การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการทำความสะอาดมือ วิธีการสวนปัสสาวะ และวิธีการทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ (คุณธัญญ์ เหล่าไพโรจน์ และอภิชนา ไชวินทะ, 2559) ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งควรเน้นความต้องการ ความสนใจ และความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เรียนเป็นหลัก

โดยทั่วไป บุคลากรสุขภาพในประเทศไทยมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดที่บ้าน ด้วยรูปแบบการสอนโดยตรงจากพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และการให้ผู้ดูแลศึกษาด้วยตนเองจากคู่มือและแผ่นพับ แต่ในปัจจุบัน รูปแบบการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ เข้ามามีบทบาทมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับใช้เพื่อการเรียนการสอน สามารถทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพนิ่งหรือภาพเคลื่อนไหว สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและเกิดการเรียนรู้ อีกทั้งสามารถทบทวน

ความรู้ด้วยตนเอง เพราะการอ่านทำให้โอกาสในการจดจำเนื้อหาได้มีเพียงร้อยละ 10 ในขณะที่สื่อวีดิทัศน์มีทั้งภาพและเสียงที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนจดจำได้ง่ายขึ้น ทำให้โอกาสในการจดจำเพิ่มมากขึ้นประมาณร้อยละ 50 (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ (preparation) 2) ขั้นตอนการออกแบบ (design instruction) 3) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display) 4) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ (evaluate and revise) ซึ่งเป็นการให้ความรู้ผ่านสื่อที่เป็นข้อความ เสียง ภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวที่มีความเสมือนจริง สามารถทวนซ้ำได้ตามความต้องการ ดังนั้น การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ถูกต้อง ซึ่งอาจช่วยลดอัตราการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อ
วิดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ
ทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบ
สะอาด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนา
และออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991)
ในการพัฒนาสื่อวิดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกัน
การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะ
เป็นเวลาแบบสะอาด ซึ่งเป็นสื่อที่ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
โดยนำเสนอในรูปแบบข้อความ เสียง ภาพนิ่ง ภาพ
เคลื่อนไหว และภาพวาดการ์ตูนแอนิเมชัน ประกอบด้วย
5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ 2) ขั้นตอน
การออกแบบ 3) ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินเรื่อง
4) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน
และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวิดิทัศน์
ซึ่งเนื้อหาในสื่อวิดิทัศน์ประกอบด้วย ความหมายของ
การสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ข้อบ่งชี้ในการเริ่ม
สวนปัสสาวะ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดิน
ปัสสาวะ ผลกระทบของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
วิถีทางการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการปฏิบัติใน
การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสำหรับ
ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบ
สะอาด โดยผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของสื่อวิดิทัศน์
ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ (Meguigans) จาก
สัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวิดิทัศน์
กับก่อนการชมสื่อวิดิทัศน์ หากได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่า
สื่อวิดิทัศน์มีประสิทธิภาพ และประเมินความพึงพอใจ
ของผู้ดูแลต่อสื่อวิดิทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental
research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์
แห่งหนึ่ง ที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบ
สะอาดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก
กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18-60 ปี 2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
ที่อยู่ระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
หรือหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาท 3) สามารถฟัง
พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 4) ไม่มีปัญหาการได้ยิน
การพูด และการมองเห็น 5) มีสติปัญญาและการรับรู้
ปกติ 6) ไม่มีประสบการณ์ในการสวนปัสสาวะเป็นเวลา
แบบสะอาดที่บ้าน และ 7) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่ม
ตัวอย่างในการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง จำนวน 2 คน
(มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 1 คน และระดับ
มัธยมศึกษาขึ้นไป 1 คน) 2) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบ
แบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่าง
ในการทดสอบภาคสนาม จำนวน 30 คน รวมจำนวน
42 คน (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548) เลือกกลุ่มตัวอย่าง
ด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย
มีดังนี้

1.1 แผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวิดิทัศน์
เป็นแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวิดิทัศน์สำหรับ
ผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
จากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด โดยผู้วิจัย
ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อ ของ
Alessi and Trollip (1991) ในการพัฒนาสื่อวิดิทัศน์
ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการเตรียมการ
2) ขั้นตอนการออกแบบ 3) ขั้นตอนการสร้างบท
ดำเนินเรื่อง 4) ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือ
สนับสนุน และ 5) ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุง
สื่อวิดิทัศน์

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้
สื่อวิดิทัศน์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของขวัญดา งามพริ้ง

(2562) โดยนำข้อมูลมาใช้ในการปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ ระหว่างการพัฒนา ในขั้นตอนการทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่งและขั้นตอนการทดสอบแบบกลุ่มย่อย ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความยากง่ายของเนื้อหา การลำดับเรื่อง และความสะดวกของการใช้งาน รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง ไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และการได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความหมายของการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด จำนวน 1 ข้อ ข้อบ่งชี้ในการเริ่มสวนปัสสาวะ จำนวน 1 ข้อ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 5 ข้อ ผลกระทบของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ข้อ วิธีการการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย จำนวน 1 ข้อ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด จำนวน 16 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–25 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้น้อย และ

คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้มาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ของขวัญตา งามพริ้ง (2562) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกแบบและการนำเสนอ จำนวน 6 ข้อ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00–1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81–2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61–3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41–4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21–5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ และแบบวัดความรู้สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย แพทย์เฉพาะทางโรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ เท่ากับ .95 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อ เช่น ภาพเคลื่อนไหว ข้อความบรรยาย รูปแบบการจัดวาง ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดทำสื่อ (2 คน) และเจ้าหน้าที่งานเวชนิทัศน์ของโรงพยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อวีดิทัศน์ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาใน

โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .85 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 019/2021 วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 021 และ IRB No. 026/64 วันที่ 4 มีนาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ คือ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด 2) รวบรวมข้อมูล โดยการเตรียมความพร้อมของเนื้อหา โดยผู้วิจัยดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด และ 3) เรียนรู้เนื้อหา โดยผู้วิจัยเรียนรู้เนื้อหาเกี่ยวกับ

การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดให้ครอบคลุมและให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้

2. ขั้นตอนการออกแบบ ผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรในการออกแบบบทเรียน ได้แก่ เนื้อหา ข้อความเสียง ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และภาพวาดการ์ตูนแอนิเมชัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) การตัดทอนความคิด โดยคัดเลือกประเด็นหรือเนื้อหาที่น่าสนใจให้มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายวัตถุประสงค์ และเวลาที่ใช้ในแต่ละหัวข้อ 2) การวิเคราะห์งานและแนวคิด โดยวิเคราะห์การนำเสนอรายละเอียดของบทเรียนในแต่ละบทให้เนื้อหา มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เพื่อลดความสับสนของผู้เรียน 3) การออกแบบขั้นแรก โดยประยุกต์แนวคิดการออกแบบบทเรียนภายใต้กิจกรรมต่างๆ และเรียงลำดับหัวข้อที่จะนำเสนอ และ 4) การประเมินและแก้ไขการออกแบบ โดยส่งแบบร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา

3. ขั้นตอนการสร้างบทดำเนินการเรื่อง ผู้วิจัยออกแบบสื่อวีดิทัศน์ โดยออกแบบเค้าโครงบทเรียน และรูปแบบการนำเสนอบนแผ่นกระดาษ จากนั้นจึงพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ตามแผนการออกแบบและพัฒนาสื่อ ซึ่งการสร้างบทดำเนินการเรื่องและการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์นี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดทำสื่อ เพื่อให้สื่อมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้

4. ขั้นตอนการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแล เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด เพื่ออธิบายให้ผู้ใช้อสื่อวีดิทัศน์เข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบเนื้อหาและระยะเวลาในการนำเสนอ

5. ขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบ

สะอาด ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ให้เหมาะสมและเพื่อทดสอบ ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยผู้วิจัยขออนุญาต ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น ดำเนินการดังนี้

5.1 การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง ผู้วิจัย พบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 19 นาที 30 วินาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดย ให้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับ สื่อวีดิทัศน์ทั้งเรื่องความยากง่ายของเนื้อหา การลำดับ เรื่อง และความสะดวกของการใช้งาน

5.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 19 นาที 30 วินาที) แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์ โดยให้ เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่า ควรปรับขนาดตัวอักษรประกอบคำบรรยายในบางหัวข้อ ให้ใหญ่ขึ้น และต้องการสื่อวีดิทัศน์เพื่อนำไปทบทวน ความรู้ที่บ้าน ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับขนาดตัวอักษร และจัดทำคิวอาร์โค้ดเพื่อให้สามารถชมสื่อวีดิทัศน์ ผ่านทางสมาร์ตโฟนหรือแท็บเล็ตได้

5.3 การทดสอบภาคสนาม ผู้วิจัยพบ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แนะนำตัว ดำเนินการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์ สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัด ความรู้สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบ ทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบ สะอาด ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ (pre-test) โดยให้เวลา

ประมาณ 20 นาที จากนั้นให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่ปรับปรุง แล้ว (ความยาว 19 นาที 30 วินาที) แล้วให้ตอบแบบวัด ความรู้^๑ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อ สื่อวีดิทัศน์ หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (post-test) โดยให้ เวลาประมาณ 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2563 ถึงเดือนมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูล ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมิน ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของ เมทริกซ์เกณฑ์ จำนวนจากสัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ หาก ได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลา แบบสะอาด ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ($n = 42$) พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52.38 มีอายุอยู่ใน ช่วง 31–40 ปี และ 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.95 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ย 45.10 ปี ($SD = 11.80$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตร วิชาชีพ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.43 มีความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 และทั้งหมดเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 100

2. สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะ เป็นเวลาแบบสะอาด มีลักษณะเป็นภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพวาดการ์ตูนแอนิเมชัน ตัวอักษรประกอบคำบรรยาย พร้อมเสียงบรรยาย และมีเสียงดนตรีประกอบ มี ความยาว 19 นาที 30 วินาที ประกอบด้วย 1) ส่วนนำ

เป็นการแนะนำผู้จัดทำสื่อวีดิทัศน์ มีความยาว 30 วินาที 2) ส่วนเนื้อหา มีความยาว 18 นาที 30 วินาที แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด มีความยาว 6 นาที ประกอบด้วย ความหมายของการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด (1 นาที) ข้อบ่งชี้ในการเริ่มสวนปัสสาวะ (20 วินาที) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (3 นาที 20 วินาที) ผลกระทบของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (20 วินาที) และวิถีทางการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย (1 นาที) และตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด มีความยาว 12 นาที 30 วินาที ประกอบด้วย การปฏิบัติก่อนการสวนปัสสาวะ (4 นาที 20 วินาที) การปฏิบัติขณะสวนปัสสาวะ (5 นาที) และการปฏิบัติหลังการสวน

ปัสสาวะ (3 นาที 10 วินาที) และ 3) ส่วนท้าย เป็นการขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ มีความยาว 30 วินาที

3. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์

3.1 การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ พบว่า สัดส่วนของคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเท่ากับ 1.47 ซึ่งแสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ

3.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.900, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาดของผู้ดูแล ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ($n = 30$)

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์	15.50	1.67	18.900	< .001
หลังการชมสื่อวีดิทัศน์	22.73	1.11		

4. ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์รายชื่อ

ในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดิน
ปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน (n = 30)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านเนื้อหา					
1. เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม	30 (100.00)	-	5.00	.00	มากที่สุด
2. เนื้อหาเข้าใจง่าย	16 (53.33)	14 (46.67)	4.53	.50	มากที่สุด
3. มีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
4. เนื้อหามีความเหมาะสมกับท่าน	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.40	มากที่สุด
5. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม	27 (90.00)	3 (10.00)	4.90	.30	มากที่สุด
6. เนื้อหากับภาพมีความสัมพันธ์กัน	25 (83.33)	5 (16.67)	4.83	.38	มากที่สุด
7. ระยะเวลามีความเหมาะสม	25 (83.33)	5 (16.67)	4.83	.38	มากที่สุด
ด้านการออกแบบและการนำเสนอ					
1. ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
2. ภาพคมชัด	27 (90.00)	3 (10.00)	4.90	.30	มากที่สุด
3. ภาพสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจง่าย	26 (86.67)	4 (13.33)	4.86	.34	มากที่สุด
4. เสียงบรรยายชัดเจน	27 (90.00)	3 (10.00)	4.90	.30	มากที่สุด
5. ดนตรีประกอบเหมาะสม	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
6. การนำเสนอมีความต่อเนื่อง น่าสนใจ	30 (100.00)	-	5.00	.00	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ					
1. ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์	30 (100.00)	-	5.00	.00	มากที่สุด
2. สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน	30 (100.00)	-	5.00	.00	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991) มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลทั้งเรื่องเนื้อหา ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ภาพวาด การ์ตูนแอนิเมชัน ข้อความเสียง และเสียงเพลงประกอบ โดยผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้กับผู้ดูแล ได้แก่ การทดสอบแบบหนึ่งต่อหนึ่ง การทดสอบแบบกลุ่มย่อย และการ

ทดสอบภาคสนาม จนได้สื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีความยาว 19 นาที 30 วินาที ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสม ดังการศึกษาของ Potter and Perry (2007) ที่ระบุว่า ระยะเวลาที่เหมาะสมในการชมสื่อวีดิทัศน์ไม่ควรเกิน 20-30 นาที ทั้งนี้ สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อที่สามารถใช้ถ่ายทอดสาระความรู้ผ่านภาพและเสียง ทั้งเครื่องรับโทรทัศน์และคอมพิวเตอร์ ช่วยให้ผู้เรียนเห็นเหตุการณ์ต่างๆ ได้ชัดเจนเสมือนจริง นำไปใช้สอนผู้เรียนทั้งแบบกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ และรายบุคคลได้ (นงศ์กรญา วิเศษกุล, 2562) อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์ยังเป็น

สื่อที่สามารถทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้โดยวิธีการนำเสนอเนื้อหาด้วยตัวอักษร ภาพเคลื่อนไหว และเสียง เพราะสื่อวีดิทัศน์เป็นเทคโนโลยีประเภทหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับการเรียนการสอน (Stefanova, 2014) ดังนั้นสื่อวีดิทัศน์ที่มีทั้งภาพและเสียงจึงเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพและมีผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน (Syaparuddin & Elihami, 2020)

การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของการใช้สื่อวีดิทัศน์จากผลสัมฤทธิ์ของผู้เรียน (มนต์ชัย เทียนทอง, 2548) โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้ และพบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแคนาดาของ Cho and Chambers (2014) ที่พบว่า หลังได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ผู้ป่วยหลังตัดชิ้นเนื้อมียะเนาะความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา จันแจ่ม, อะเคื่อ อูมหละกะ, และพิมพารณณ์ กลั่นกลิ่น (2566) ที่พบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์รายข้อในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบและการนำเสนอ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อพิจารณาด้านเนื้อหา ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่น่าสนใจ น่าติดตาม เข้าใจง่าย มีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน เนื้อหาเหมาะสมกับผู้ดูแล ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม เนื้อหากับภาพมีความสัมพันธ์กัน และระยะเวลา

ความเหมาะสมต่อการเรียนและการจดจำ ส่วนด้านการออกแบบและการนำเสนอ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย มีภาพคมชัด และสามารถสื่อความหมายได้ดี เข้าใจง่าย มีเสียงบรรยายชัดเจน มีดนตรีประกอบเหมาะสม การนำเสนอมีความต่อเนื่อง น่าสนใจ โดยเฉพาะเรื่องการใช้ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย เนื่องจากการทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้ดูแลให้ข้อเสนอแนะว่า ควรปรับขนาดตัวอักษรประกอบคำบรรยายในบางหัวข้อให้ใหญ่ขึ้น หลังจากผู้วิจัยปรับขนาดตัวอักษร จึงได้ตัวอักษรที่ชัดเจนและอ่านง่าย สื่อความหมายได้ดีขึ้น สำหรับด้านประโยชน์ที่ได้รับ พบว่า ผู้ดูแลมีความพึงพอใจเนื่องจากได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์จากสื่อวีดิทัศน์ และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ของ Wolfensberger et al. (2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีการถ่ายทอดเนื้อหาที่ยืดผู้เรียนเป็นหลัก ผู้เรียนจึงจดจำเนื้อหาได้มากขึ้น และสื่อวีดิทัศน์ส่งเสริมการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของวงวิดา งามพริ้ง (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เพราะได้รับความรู้และประโยชน์ตรงตามที่ต้องการ อีกทั้งมีรูปภาพที่สื่อความหมายชัดเจน สวยงาม และดึงดูดความสนใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสะอาด เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่ถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการสวนปัสสาวะเป็นเวลาแบบสวดอด ต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และมีการวัดผลซ้ำ รวมทั้งมีการเปรียบเทียบผลการเพาะเชื้อในปัสสาวะของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญตา งามพริ้ง. (2562). *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คุณธัญญ์ เหล่าไพโรจน์, และอภิชนา ไชวินทะ. (2559). การศึกษาความชุกทางเดินปัสสาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ไขสันหลังบาดเจ็บเรื้อรังและใช้หลอดสวนซิลิโคนชนิดใช้ซ้ำด้วยเทคนิคสวดอด. *เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร*, 26(2), 67–76.
- ฉันทนา จันแจ่ม, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และพิมพ์ภากรณ์ กลั่นกลิ่น. (2566). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในกระสอโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(1), 100–114.
- นงศ์กรณ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โซดนาพรินทร์.
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). *การออกแบบและพัฒนาคอร์สแวร์สำหรับบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- มุกดา จงวรรณศิริ, และวิทย์ วิเศษสินธุ์. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังที่รับการตรวจโรคประสาท. *รามารับดีพยาบาลสาร*, 25(3), 270–279.
- วาสนี ชาณศรี, และพรเลิศ ชุ่มชัย. (2562). บทบาทพยาบาลชุมชนในการป้องกันการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดการเคลื่อนไหว. *เวชบันทึกศิริราช*, 12(2), 101–107.
- ศศิธร แสนศักดิ์, ปิยรัตน์ ไชยเชษฐ์, และสุวิมล กิ่งจันทร์. (2557). การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลขอนแก่น. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(2), 323–334.
- สมพล เพิ่มพงศ์โกศล. (2556). *เอกสารประกอบการสอนหมายเลข 1 เรื่อง การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection)*. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/Urinary%20tract%20infection.pdf>
- สมหวัง ด่านชัยวิจิตร. (บ.ก.). (2544). *โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer-based instruction: Methods and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Beauchemin, L., Newman, D. K., Le Danseur, M., Jackson, A., & Ritmiller, M. (2018). Best practices for clean intermittent catheterization. *Nursing*, 48(9), 49–54. doi:10.1097/01.NURSE.0000544216.23783.bc

- Cho, N., & Chambers, R. (2014). The potential of video in patient education post skin biopsies. *University of Ottawa Journal of Medicine*, 4(2), 32–35. doi:10.18192/uojm.v4i2.1161
- Crescenze, I. M., Myers, J. B., Lenherr, S. M., Elliott, S. P., Welk, B., Mph, D. O., ... Stoffel, J. T. (2019). Predictors of low urinary quality of life in spinal cord injury patients on clean intermittent catheterization. *Neurourology and Urodynamics*, 38(5), 1332–1338. doi:10.1002/nau.23983
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). *Basic nursing: Essentials for practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Simmering, J. E., Tang, F., Cavanaugh, J. E., Polgreen, L. A., & Polgreen, P. M. (2017). The increase in hospitalizations for urinary tract infections and the associated costs in the United States, 1998–2011. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(1), ofw281. doi:10.1093/ofid/ofw281
- Stefanova, T. A. (2014). Using of training video films in the engineering education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 116, 1181–1186. doi:10.1016/j.sbspro.2014.01.366
- Syaparuddin, S., & Elihami, E. (2020). Improving student learning motivation through the utilization of video media in education students. *Jurnal Edukasi NonFormal*, 1(1), 228–235.
- Wolfensberger, A., Anagnostopoulos, A., Clack, L., Meier, M. T., Kuster, S. P., & Sax, H. (2019). Effectiveness of an edutainment video teaching standard precautions—a randomized controlled evaluation study. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*, 8, 82. doi:10.1186/s13756-019-0531-5

ผลของโปรแกรมฝึกอบรมต่อพฤติกรรมและความรู้การป้องกัน ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของพยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง*

Effects of Training Program on Behavior and Knowledge for Preventing Hospital-acquired Pneumonia in Older Adult among Registered Nurses at a Super-tertiary Hospital*

วรรณวิภา วันเมืองเก่า, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)¹

Wanwipa Wanmuangkao, M.N.S. (Gerontological Nursing)¹

มยุรี ลีทองอิน, ป.ด. (การพยาบาล)²

Mayuree Leethong-in, Ph.D. (Nursing)²

Received: May 31, 2023

Revised: March 16, 2024

Accepted: March 19, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมต่อพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยในที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น .91 และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบใน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master's Thesis of Nursing Science Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

¹ Master, Program in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: อาจารย์ที่ปรึกษา

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University: Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: mayuree@kku.ac.th

โรงพยาบาลในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2) มีค่าความเชื่อมั่น .73 และ .85 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, Wilcoxon signed-rank test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.634, p < .001$ และ $Z = -4.021, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.533, p < .001$ และ $Z = -5.678, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมฝึกอบรมนี้ไปใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมฝึกอบรม พฤติกรรม ความรู้ ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ พยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of training program on behavior and knowledge for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult among registered nurses. The samples were 44 registered nurses working in wards providing care for elderly patients at a super-tertiary hospital and were equally divided into an experimental group ($n = 22$) and a control group ($n = 22$). The research instruments included the training program, a general information questionnaire, a behavior for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult assessment form with a reliability of .91, and a knowledge for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult test (a first set and a second set) with the reliabilities of .73 and .85, respectively. The implementation and data collection were conducted from December 2022 to April 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, Wilcoxon signed-rank test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of behavior and knowledge for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult than those of before the experiment ($t = 7.634$, $p < .001$ and $Z = -4.021$, $p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of behavior and knowledge for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult than those of the control group ($t = 6.533$, $p < .001$ and $Z = -5.678$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that nurse executives should provide this training program for nurses in wards providing care for elderly patients. This will help nurses improve their behavior and knowledge for preventing hospital-acquired pneumonia in older adult.

Keywords: Training program, Behavior, Knowledge,

Hospital-acquired pneumonia in older adults, Registered nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งพบอัตราการเกิดร้อยละ 5-20 ครั้งต่อพันวันนอน และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.30 (Cillóniz, Torres, & Niederman, 2021) ในประเทศไทยพบอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลร้อยละ 0.80 ครั้งต่อพันวันนอน และอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 12.50 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 83.30 (วันเพ็ญบุญประเสริฐ, 2562) จึงนับได้ว่า ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (Chebib et al., 2021) เนื่องด้วยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ร่างกายจะมีกระบวนการเสื่อมของเซลล์ต่างๆ ส่งผลให้การสร้าง การซ่อมแซม และการฟื้นฟูหายเป็นไปได้น้อย รวมถึงภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การมีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรัง และการได้รับยาหลายชนิด เมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลมักมีอาการและอาการแสดงที่ไม่ตรงไปตรงมา ส่งผลต่อการวินิจฉัย และผลลัพธ์การรักษาน้อย นอกจากนั้นยังทำให้ระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น จำเป็นต้องได้รับ

การดูแลอย่างใกล้ชิด อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีแนวโน้มต่อการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Vignari, 2020)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลของพยาบาล มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านตัวบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการสัมผัสทักษะการปฏิบัติ 2) ด้านองค์กร ได้แก่ การขาดการสนับสนุนจากองค์กร การไม่มีแรงจูงใจในการทำงาน และการขาดอัตราค่าจ้าง 3) ด้านแหล่งสนับสนุน ได้แก่ การมีความรู้ทางวิชาชีพที่จำกัด และการขาดแหล่งความรู้หรือแหล่งที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ มาตรฐานของโครงสร้างทางกายภาพและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมและความรู้ของพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล (Alkhazali, Bayraktar, & Al-Mugheed, 2021; Atashi, Yousefi, Mahjobipoor, & Yazdannik, 2018)

จากการศึกษาปรากฏการณ์ด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในประเภทสามัญทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป

โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง จำนวน 5 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 2-10 ปี มีอายุ 24-32 ปี และทุกคนมีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่เกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลมีรูปแบบที่ยากต่อการนำไปปฏิบัติหรือการศึกษาทบทวนความรู้ นอกจากนี้ พยาบาลยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติและการให้การพยาบาล แม้จะมีแนวทางการแก้ปัญหาด้วยการจัดอบรมและจัดทำคู่มือการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยรูปแบบส่วนใหญ่ของการจัดอบรมและคู่มือมุ่งเน้นการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นสำคัญ ยังไม่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยสูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ อีกทั้งในการจัดอบรม พยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุกคน เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและอัตราค่าจ้าง ทำให้พฤติกรรมและความรู้ส่วนหนึ่งมาจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดจากผู้ที่มีประสบการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลของพยาบาล ประกอบด้วย 4 หมวดกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ 1) การลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากและลำคอ 2) การป้องกันการสำลัก 3) การเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย (Quinn, Giuliano, & Baker, 2020) และ 4) การป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานทั่วไป (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; CDC, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการให้ความรู้ การจัดอบรม การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ รวมถึงการวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีความจำเพาะและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุและหน่วยงาน อีกทั้งไม่มีแหล่งความรู้ที่เข้าถึงได้ตลอดเวลา ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนรู้ของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานในเวรต่างๆ และไม่มีอิสระในการชี้นำตนเองในการเรียนรู้ หากพยาบาลได้รับการสนับสนุนจากองค์กรในทุกภาคส่วน และมีการเสริมพลังอย่างถูกต้อง เหมาะสม สมำเสมอ

และต่อเนื่อง จะสามารถช่วยส่งเสริมและกระตุ้นให้พยาบาลมีพฤติกรรมและความรู้ที่ดีและถูกต้อง อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Baker & Quinn, 2018)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Knowles (1980) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ในรูปแบบการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ด้วยการเรียนรู้โดยการชี้นำตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสังคมในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทสำคัญ ทำให้รูปแบบการเรียนรู้สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกต่อการใช้งานหรือทบทวนความรู้ โดยโปรแกรมฝึกอบรมนี้ประกอบด้วย การเรียนรู้บทเรียนออนไลน์ด้วยตนเอง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-2 ของโปรแกรม) และวางแผนเข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ในสัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม รวมถึงผู้เรียนเป็นผู้ประเมินพฤติกรรมและความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะช่วยพัฒนาคุณภาพและสมรรถนะด้านพฤติกรรมและความรู้ของพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

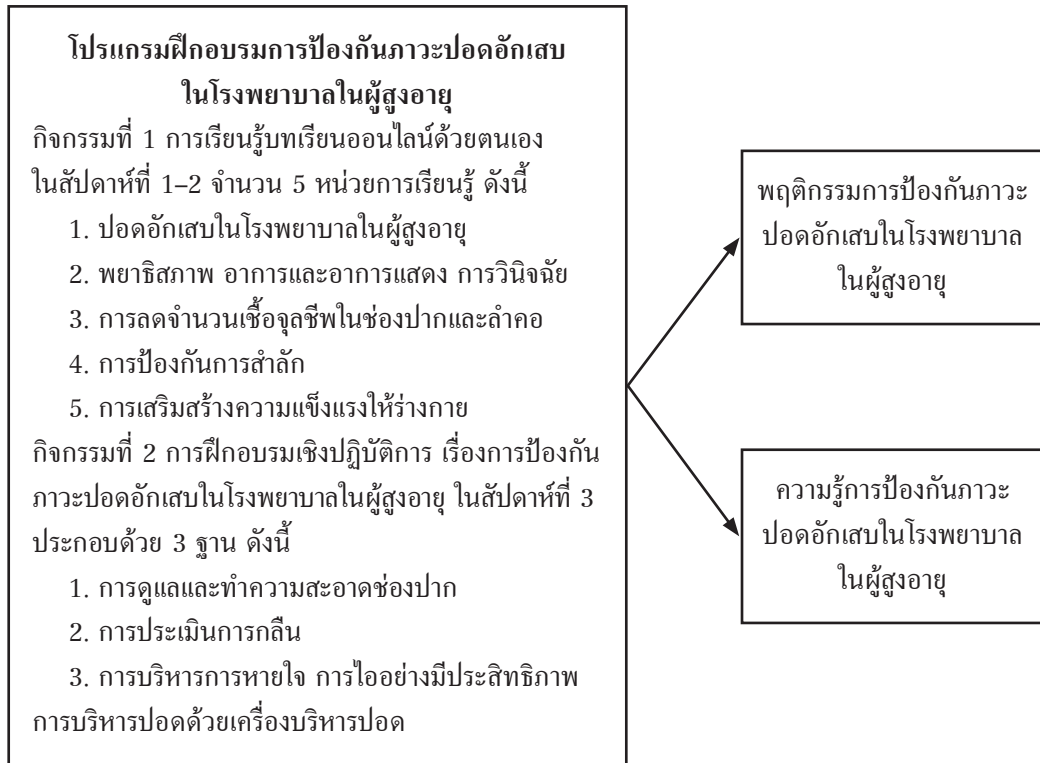
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุ และคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะ ปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อน การทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุ และคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะ ปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ของ Knowles (1980) เป็นแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรม ฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุ ผ่าน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การกระตุ้น ให้พยาบาลเกิดความสนใจและความต้องการที่จะเรียนรู้

2) การมีรูปแบบที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติ งานของพยาบาล 3) พยาบาลสามารถบูรณาการความรู้ ร่วมกับประสบการณ์เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม 4) ผู้เรียนเป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารจัดการการเรียนรู้ บทเรียนออนไลน์ด้วยตนเองในระยะเวลา 2 สัปดาห์ และวางแผนเข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใน สัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม รวมถึงเป็นผู้ประเมิน พฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบ ในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุด้วยตนเอง และ 5) ผู้เรียน สามารถกำหนดรูปแบบการเรียนรู้ด้วยตนเองตาม เป้าหมายและตามความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัย คาดว่า โปรแกรมฯ จะช่วยให้พยาบาลมีพฤติกรรมและ ความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในประเภทสามัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

- 1) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง
- 2) มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี
- 3) มีอุปกรณ์สำหรับใช้เข้าเรียนผ่านสื่อออนไลน์ และ
- 4)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ข้ายออกหรือลาออกจากหน่วยงาน 2) มีการตั้งครรภ์ 3) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่

กำหนด และ 4) ขอลอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 42 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2021) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 24 คน รวมจำนวน 48 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน โดยเลือกกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยในประเภทสามัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป จำนวน 2 กลุ่มงาน (จากจำนวน

13 กลุ่มงาน) ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก (การจับฉลากครั้งแรก กำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง และการจับฉลากครั้งที่สอง กำหนดให้เป็นกลุ่มควบคุม) ได้กลุ่มงานที่เป็นกลุ่มทดลองซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วย จำนวน 6 หอผู้ป่วย และได้กลุ่มงานที่เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งประกอบด้วยหอผู้ป่วยจำนวน 7 หอผู้ป่วย จากนั้น เลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนของประชากร ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ของ Knowles (1980) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้บทเรียนออนไลน์ ด้วยตนเอง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1-2 ของโปรแกรม) ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น จำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ (1) ปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ความยาว 6 นาที 21 วินาที (2) พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย ความยาว 7 นาที 10 วินาที (3) การลดจำนวนเชื้อจุลชีพในช่องปากและลำคอ ความยาว 14 นาที 25 วินาที (4) การป้องกันการสำลัก ความยาว 14 นาที 11 วินาที และ (5) การเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย ความยาว 11 นาที 52 วินาที และ 2) การเรียนรู้ผ่านคู่มือการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (e-book)

กิจกรรมที่ 2 การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ใช้เวลา 60 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ของ

โปรแกรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) การดูแลและทำความสะอาดช่องปาก 2) การประเมินการกลืน และ 3) การบริหารการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารปอดด้วยเครื่องบริหารปอด (incentive spirometer) โดยให้ลงทะเบียนเข้าร่วมตามวันและเวลาที่สะดวก โดยผู้วิจัยใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีศึกษา และการสาธิตย้อนกลับขั้นตอนการปฏิบัติ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล การเข้าร่วมการประชุม อบรม หรือสัมมนา เกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบ ในโรงพยาบาล แหล่งสนับสนุนความรู้ การรับรู้ตนเอง ด้านความรู้ในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุ การรับรู้ตนเองด้านทักษะในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และการรับรู้ตนเองด้านความมั่นใจในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 4 หมวดกิจกรรม ได้แก่ การดูแลและทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 14 ข้อ การประเมินการกลืน จำนวน 4 ข้อ การเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย จำนวน 11 ข้อ และการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานทั่วไป จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 35 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติสม่ำเสมอ และ ปฏิบัติทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 35-175 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (น้อยกว่า 105 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105–139 คะแนน) และในระดับสูง (140–175 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ ความรู้เกี่ยวกับภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความหมาย ผลกระทบ ปัจจัยและพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง และการวินิจฉัย รวมจำนวน 8 ข้อ และความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การลดจำนวนเชื้อจุลินทรีย์ในช่องปากและลำคอ การป้องกันการสำลัก การเสริมสร้างความแข็งแรงให้ร่างกาย และการป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐานทั่วไป รวมจำนวน 8 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ ทั้งนี้ แบบวัดความรู้เป็นชุดข้อสอบคู่ขนาน (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–16 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน) ในระดับปานกลาง (10–12 คะแนน) และในระดับสูง (13–16 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ แบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ อาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ และ

พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของโปรแกรมฯ เท่ากับ 1 และได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบประเมินพฤติกรรมฯ และแบบวัดความรู้ฯ (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2) อยู่ในช่วง .80–1.00, .60–1.00 และ .60–.80 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน ประเภทสามัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ เท่ากับ 89.57 / 81.25 และค่าประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เท่ากับ .76 และนำแบบประเมินพฤติกรรมฯ และแบบวัดความรู้ฯ (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2) ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในประเภทสามัญที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุทั่วไป โรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมฯ ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .91 ส่วนแบบวัดความรู้ฯ (ฉบับที่ 1 และฉบับที่ 2) หากค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .73 และ .85 ตามลำดับ หากค่าดัชนีความยากง่าย ได้ค่าอยู่ในช่วง .13–.80 และ .30–.93 ตามลำดับ และหากค่าอำนาจจำแนก ได้ค่าอยู่ในช่วง .14–.53 และ .20–.70 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เอกสารรับรอง เลขที่ HE 651483 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล

ในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงแห่งหนึ่ง พบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล จากผู้เชี่ยวชาญด้านการสอนและการสะท้อนคิด และผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จำนวน 2 คน เพื่อช่วยในกิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่กลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยในสัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 1) ก่อนการทดลอง (pre-test) ผ่าน google form โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ โดยได้รับความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลจากพยาบาลรุ่นพี่ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง และการอบรมภายในโรงพยาบาล

4. ในสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วย ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) หลังการทดลอง (post-test) ผ่าน google form โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่

หอผู้ป่วย แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นำกลุ่มทดลองเข้าสู่บัญชีทางการไลน์ (line official account [line OA]) เพื่อติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระบบการบริหารจัดการเรียนการสอน (learning management system [LMS]) ในรูปแบบออนไลน์แบบเปิด KKUx ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ชื่อ “การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ” ซึ่งเป็นการจัดการเรียนแบบเส้นตรง (linear) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 1) ก่อนการทดลอง (pre-test) ผ่าน google form โดยใช้เวลาประมาณ 25 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 8-9 (สัปดาห์ที่ 1-2 ของโปรแกรม) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 1 การเรียนรู้บทเรียนออนไลน์ด้วยตนเอง ประกอบด้วย การเรียนรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ จำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ และการเรียนรู้ผ่านคู่มือการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เมื่อเสร็จสิ้นการเรียนรู้แต่ละหน่วย กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบหลังบทเรียน (เกณฑ์ผ่านคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80) และในสัปดาห์ที่ 10 (สัปดาห์ที่ 3 ของโปรแกรม) ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ กิจกรรมที่ 2 การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 3 ฐาน ใช้เวลา 60 นาที โดยให้ลงทะเบียนเข้าร่วมตามวันและเวลาที่สะดวก ดำเนินการเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 2-5 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยมีการสื่อสารและให้ข้อมูลสะท้อนกลับเชิงบวกเป็นรายบุคคล จนสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเสริมพลังให้เห็นคุณค่าของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ

7. ในสัปดาห์ที่ 14 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วย ให้ตอบแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกัน

ภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ และแบบวัดความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ 2) หลังการทดลอง (post-test) ผ่าน google form โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนเมษายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test ตามลักษณะข้อมูล ข้อมูลความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอร์ไทล์ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ ทั้งนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมขอถอนตัวจากการวิจัย กลุ่มละ 2 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 44 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.45 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.55 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.45 ปี ($SD = 4.73$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 95.45 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.66 ปี ($SD = 3.71$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 6.66 ปี ($SD = 3.71$) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.95 คนต่อเดือน ($SD = 4.13$) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมการประชุม อบรม หรือสัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 86.36 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีแหล่งสนับสนุนความรู้ คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์/เว็บไซต์ และผู้ร่วมงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 62.50 เท่ากัน มีการรับรู้ตนเองด้านความรู้ในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีการรับรู้ตนเองด้านทักษะในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 90.91 และมีการรับรู้ตนเองด้านความมั่นใจในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 86.36

กลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 95.45 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 68.18 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.77 ปี ($SD = 7.31$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งปฏิบัติงานเป็นพยาบาลปฏิบัติการ คิดเป็นร้อยละ 90.91 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติ

งานในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.27 ปี ($SD = 5.91$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.27 ปี ($SD = 5.91$) มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลเฉลี่ย 7.77 คนต่อเดือน ($SD = 5.56$) ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมการประชุม อบรม หรือสัมมนาเกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 90.91 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีแหล่งสนับสนุนความรู้ คือ ผู้ร่วมงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 87.50 มีการรับรู้ตนเองด้านความรู้ในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 95.45 มีการรับรู้ตนเองด้านทักษะในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่า

หรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 95.45 และทั้งหมดมีการรับรู้ตนเองด้านความมั่นใจในการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 คิดเป็นร้อยละ 100

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.634, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 22)	116.09	16.54	150.36	16.75	7.634	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 22)	114.09	16.70	118.23	15.87	1.722	.050

3. การเปรียบเทียบความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลใน

ผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.021, p < .001$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Wilcoxon signed-rank test	
	<i>M (SD)</i>	Med (IQR)	<i>M (SD)</i>	Med (IQR)	<i>Z</i>	<i>p</i>
กลุ่มทดลอง (n = 22)	7.82 (2.95)	7.50 (5.25)	13.27 (1.64)	13.50 (3.00)	-4.021	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 22)	5.91 (1.72)	6.00 (2.00)	6.77 (1.54)	7.00 (2.00)	-1.657	.098

4. การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 6.533, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ
ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ก่อนการทดลอง	116.09	16.54	114.09	16.70	.394	.695
หลังการทดลอง	150.36	16.75	118.23	15.87	6.533	< .001

5. การเปรียบเทียบความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.108,$

$p < .05$) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.678, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		Mann-Whitney U test	
	M (SD)	Med (IQR)	M (SD)	Med (IQR)	Z	p
ก่อนการทดลอง	7.82 (2.95)	7.50 (5.25)	5.91 (1.72)	6.00 (2.00)	-2.108	.035
หลังการทดลอง	13.27 (1.64)	13.50 (3.00)	6.77 (1.54)	7.00 (2.00)	-5.678	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบ ในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรม ฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล ในผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ ผู้ใหญ่ ของ Knowles (1980) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม สอดคล้องและเอื้อต่อรูปแบบการดำเนิน ชีวิตและการปฏิบัติงานของพยาบาลซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ โดยพยาบาลที่เป็นผู้เรียนเป็นผู้ตัดสินใจกำหนดและ วางแผนการเรียนรู้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้วยการชี้นำ ตนเอง โดยโปรแกรมฯ เริ่มจากการกระตุ้นให้พยาบาล เกิดความตระหนัก และเล็งเห็นถึงความสำคัญของ การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะปอดอักเสบใน โรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความต้องการ และความสนใจที่จะเรียนรู้ โดยมีบทเรียนออนไลน์ จำนวน 5 หน่วยการเรียนรู้ ที่ได้รับการจัดเรียงเนื้อหา เป็นลำดับขั้นตอน และสามารถทบทวนความรู้ได้ ตลอดเวลา จากนั้นพยาบาลสามารถเลือกวางแผน เข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการได้ด้วยตนเอง กลุ่มละ 2-5 คน ในกระบวนการปฏิบัติ ทบทวน และ สาธิตย้อนกลับขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล โดย

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนการฝึกปฏิบัติ ทำให้ พยาบาลได้เห็นความสำคัญและมีความมั่นใจในการปฏิบัติ การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ การที่พยาบาลได้มีประสบการณ์จากการฝึกปฏิบัติ ย่อมส่งเสริมให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น (Bandura, 1997) ซึ่งการให้ความรู้ การจัดฝึกอบรม และการเสริมพลังให้แก่พยาบาล นับเป็นปัจจัยที่ช่วย ส่งเสริมและกระตุ้นให้พยาบาลมีพฤติกรรมกาปฏิบัติ ที่ดีและถูกต้อง (Baker & Quinn, 2018; Baker, Quinn, Ewan, & Giuliano, 2019) สอดคล้องกับ การศึกษาของทัศนียา ไช้ขาว, พรเพ็ญ สุขสบาย, ชามิสา มีแข็ง, สรรงสุดา เจริญวงศ์, และธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ (2565) ที่พบว่า หลังการฝึกปฏิบัติโดยมี สื่อการสอน คู่มือ ไปสเตอร์ และแนวปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลมีการปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบ ในผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการฝึกปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Alrubaiee et al. (2021) ที่พบว่า พยาบาลที่ได้รับชุดการเรียนรู้การควบคุม การติดเชื้อร่วมกับการฝึกอบรม มีคะแนนพฤติกรรม การควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นหลังการฝึกอบรมทันที และหลังจากนั้น 3 สัปดาห์ โดยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ ได้รับเฉพาะชุดการเรียนรู้การควบคุมการติดเชื้อ และ กลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบใน โรงพยาบาลในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลอง และ

สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุในรูปแบบที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ โดยการชี้แนะตนเองบนพื้นฐานของความต้องการผ่านบทเรียนออนไลน์ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับประเด็นที่กลุ่มทดลองมีความต้องการและความสนใจ โดยสื่อวีดิทัศน์และคู่มือในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีความสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงานของกลุ่มทดลอง โดยมีการจัดเรียงเนื้อหาตามลำดับขั้นตอน ทำให้มีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน ประกอบกับกลุ่มทดลองมีแหล่งสนับสนุนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล คือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์/เว็บไซต์ และผู้ร่วมงาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ (ร้อยละ 62.50 เท่ากัน) จึงสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เมื่อเกิดความไม่เข้าใจหรือต้องการทบทวนความรู้ก็สามารถกลับมาศึกษาซ้ำ ทำให้เกิดการเรียนรู้และจดจำได้ง่าย (นงศ์กรณู วิเศษกุล, 2562) เมื่อเข้าร่วมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งมีการใช้กรณีศึกษา ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการบูรณาการทางความคิดจากการมองเห็นภาพรวมกับการลงมือปฏิบัติ รวมถึงการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Masters, 2013) เนื่องด้วยกิจกรรมในโปรแกรมฯ ช่วยส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเนื้อหา ซึ่งนอกจากความรู้จะเพิ่มขึ้นแล้ว ยังยั่งยืนกว่า 4 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาของ Alrubaiee et al. (2021) ที่พบว่าพยาบาลที่ได้รับชุดการเรียนรู้การควบคุมการติดเชื้อ ร่วมกับการฝึกอบรม มีคะแนนความรู้การควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นหลังการฝึกอบรมทันทีและหลังจากนั้น 3 สัปดาห์ โดยเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับเฉพาะชุด

การเรียนรู้การควบคุมการติดเชื้อ และกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aloush (2017) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลที่ได้รับความรู้การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำโปรแกรมฝึกอบรมนี้ไปใช้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้พยาบาลมีพฤติกรรมและความรู้การป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของพฤติกรรม การป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุในระยะยาว โดยการวัดตัวแปรซ้ำในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน และเพิ่มการวัดอัตราการเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ

2.2 ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมฝึกอบรมการป้องกันภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกองทุนวิจัย นวัตกรรม และบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (ววน.) ที่มอบงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนมูลฐาน (fundamental fund) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เอกสารอ้างอิง

ทัศนียา ไช้บวช, พรเพ็ญ สุขสบาย, ชามิฮา มีแข็ง, สรวงสุดา เจริญวงศ์, และธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์. (2565). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยติดเตียง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(1), 80–98.

นงศ์กรกาญจน์ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชตนาพรินท์.

วันเพ็ญ บุญประเสริฐ. (2562). อุบัติการณ์และผลกระทบของการเกิดปอดอักเสบในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลเชิงคำ. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 13(1), 35–43.

Alkhazali, M. N., Bayraktar, N., & Al-Mugheed, K. A. (2021). Knowledge and barriers of critical care nurses regarding evidence-based practices in ventilator-associated pneumonia prevention. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 6(3), 185–191. Retrieved from <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA680931216&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=21497893&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7E5ac60ec2&aty=open-web-entry>

Aloush, S. M. (2017). Nursing students' knowledge about ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: Effectiveness of a teaching program. *American Journal of Infection Control*, 45(5), 544–546. doi:10.1016/j.ajic.2017.01.025

Alrubaiee, G. G., Baharom, A., Faisal, I., Shahar, H. K., Daud, S. M., & Basaleem, H. O. (2021). Implementation of an educational module on nosocomial infection control measures: A randomised hospital-based trial. *BMC Nursing*, 20(1), 1–10. doi:10.1186/s12912-021-00551-0

Atashi, V., Yousefi, H., Mahjobipoor, H., & Yazdannik, A. (2018). The barriers to the prevention of ventilator-associated pneumonia from the perspective of critical care nurses: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1161–e1170. doi:10.1111/jocn.14216

Baker, D., & Quinn, B. (2018). Hospital acquired pneumonia prevention initiative-2: Incidence of nonventilator hospital-acquired pneumonia in the United States. *American Journal of Infection Control*, 46(1), 2–7. doi:10.1016/j.ajic.2017.08.036

Baker, D., Quinn, B., Ewan, V., & Giuliano, K. K. (2019). Sustaining quality improvement: Long-term reduction of nonventilator hospital-acquired pneumonia. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), 223–229. doi:10.1097/NCQ.0000000000000359

Bandura, A. (Ed.). (1997). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *2007 Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>

- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Pneumonia (ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated pneumonia [PNEU]) event*. Retrieved from https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/-pscmanual_current.pdf
- Chebib, N., Cuvelier, C., Malézieux-Picard, A., Parent, T., Roux, X., Fassier, T., ... Prendki, V. (2021). Pneumonia prevention in the elderly patients: The other sides. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33(4), 1091–1100. doi:10.1007/s40520-019-01437-7
- Cillóniz, C., Torres, A., & Niederman, M. S. (2021). Management of pneumonia in critically ill patients. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 375, e065871. doi:10.1136/bmj-2021-065871
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy (Revised and updated)*. New York: Cambridge, The Adult Education Company.
- Masters, K. (2013). Edgar Dale's Pyramid of Learning in medical education: A literature review. *Medical Teacher*, 35(11), e1584–e1593. doi:10.3109/0142159X.2013.800636
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Quinn, B., Giuliano, K. K., & Baker, D. (2020). Non-ventilator health care-associated pneumonia (NV-HAP): Best practices for prevention of NV-HAP. *American Journal of Infection Control*, 48(5S), A23–A27. doi:10.1016/j.ajic.2020.03.006
- Vignari, M. (2020). Non-ventilator health care-associated pneumonia (NV-HAP): NV-HAP risk factors. *American Journal of Infection Control*, 48(5S), A10–A13. doi:10.1016/j.ajic.2020.03.010

ผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ต่อความรู้ การปฏิบัติ และอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม* Effects of the Blood and Body Fluid Exposure Prevention Program on Knowledge, Practices, and Incidence of Blood and Body Fluid Exposure among Medical Ward Nurses*

ทิพวิมล เชษฐขุนทด, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)¹
Tipvimon Chedkhuntod, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control)¹
นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ปร.ด. (ระบาดวิทยา)² นงค์คราน วิเศษกุล, ปร.ด. (พยาบาลศาสตร์)³
Nongyao Kasatpibal, Ph.D. (Epidemiology)² Nongkran Viseskul, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 3, 2024 Revised: March 28, 2024 Accepted: April 27, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่อความรู้ การปฏิบัติ และอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน

- * วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- * Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
- ¹ 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: mcaptain4@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

17 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง แบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มีค่าความเชื่อมั่น .74 แบบสังเกต การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มีค่าความเชื่อมั่น 1 และแบบบันทึกอุบัติการณ์ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าควอร์ไทล์ Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test และการคำนวณอุบัติการณ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.532, p < .001$) 2) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติใน การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 206.274, p < .001$) และ 3) หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอุบัติการณ์ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดอบรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งแก่พยาบาลทุกแผนก เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ความรู้ การปฏิบัติ
อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of the blood and body fluid exposure (BBFE) prevention program on knowledge, practices, and incidence of BBFE among medical ward nurses. The samples were 17 medical ward nurses at Nakornping Hospital, Chiang Mai Province. The research instruments included the BBFE prevention program, a demographic questionnaire, a knowledge on BBFE prevention test with a reliability of .74, a practice on BBFE prevention observation form with a reliability of 1, and an incidence of BBFE record form. The implementation and data collection were conducted from October to December 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, quartile, Wilcoxon signed-rank test, Chi-square test, and calculating incidence.

The research results revealed that 1) after implementing the program, medical ward nurses had statistically significantly higher median score of knowledge on BBFE prevention than that of before implementing the program ($Z = -3.532, p < .001$), 2) after implementing the program, medical ward nurses had statistically significantly higher proportion of correct practice on BBFE prevention than that of before implementing the program ($\chi^2 = 206.274, p < .001$), and 3) after implementing the program, medical ward nurses had lower incidence of BBFE than that of before implementing the program.

This research suggests that nurse executives should provide BBFE prevention training for nurses. This will help nurses improve their knowledge and practice on BBFE prevention.

Keywords: Blood and body fluid exposure prevention program, Knowledge, Practices, Incidence of blood and body fluid exposure, Medical ward nurses

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรสุขภาพเป็นปัญหาจากการปฏิบัติงานที่พบได้บ่อย เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมขณะดูแลผู้ป่วยมักเกี่ยวข้องกับเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ซึ่งการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งส่วนใหญ่เกิดจากเข็มที่มุดหรือของมีคมบาด รองลงมา คือ การสัมผัสผ่านการสาดกระเด็นของเลือดและสารคัดหลั่งถูกเยื้องร่างกาย ดังการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ ที่ทำการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารการวิจัยจำนวน 87 ฉบับ ที่ดำเนินการใน 31 ประเทศทั่วโลก พบความชุกของการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการบาดเจ็บจากเข็มที่มุดในบุคลากรทางการแพทย์ใน 1 ปี เท่ากับร้อยละ 44.50 จากบุคลากรทางการแพทย์จำนวน 50,916 คน โดยเป็นการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งผ่านการบาดเจ็บที่ผิวหนังจากการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง ร้อยละ 55.10 (Bouya et al., 2020) สำหรับประเทศไทย จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลในโรงพยาบาลจำนวน 339 แห่ง ในช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 พบอุบัติเหตุน้ำเลือดจากเข็มและของมีคมในบุคลากรจำนวน 4,121 ครั้ง คิดเป็นอุบัติเหตุน้ำเลือดจากเข็มและของมีคมเฉลี่ย 12.40 ครั้งต่อโรงพยาบาลต่อปี เมื่อจำแนกตามวิชาชีพของบุคลากรสุขภาพพบว่า

พยาบาลพบอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 1-2 โดยพยาบาลมีอุบัติเหตุน้ำเลือดจากเข็มและของมีคมสูงถึงร้อยละ 82.90 ของบุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุน้ำเลือดจากเข็มและของมีคม (อะเคื่อ อุณหเลขกะ และสุชาดา เหลืองอากาศ, 2556) การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งพบในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ โดยแผนกอายุรกรรมเกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งสูงเป็นอันดับ 1-5 เนื่องจากเป็นแผนกที่มีลักษณะงานที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภูมิอาการกำเริบ เกิดภาวะวิกฤตของชีวิต (ประไพ ศรีแก้ว และดุชนิ เอกพจน์, 2557) ทำให้พยาบาลต้องปฏิบัติตามกิจกรรมหลากหลายที่เกี่ยวข้องกับเลือดและสารคัดหลั่งเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสที่จะสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้สูง สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศมาเลเซียที่พบการบาดเจ็บจากเข็มที่มุดในแผนกอายุรกรรมสูงสุด ร้อยละ 43 (Wahab, Daud, Othman, & Sahak, 2019)

กิจกรรมการพยาบาลในแผนกอายุรกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่ การฉีดยา การทำแผล การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งกิจกรรมที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง คือ การฉีดยา ดังการศึกษาในประเทศอิหร่านที่พบการบาดเจ็บขณะฉีดยา ร้อยละ 24.44 (Galougahi,

2010) และการศึกษาในประเทศเอธิโอเปียที่พบการบาดเจ็บจากการสวมปลอกเข็มหลังการฉีดยาร้อยละ 46 (Bekele, Gebremariam, Kaso, & Ahmed, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยในพยาบาลจำนวน 390 คน ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ที่พบอุบัติการณ์ของมีคมบาดจากการหักหลอดยา ร้อยละ 37.80 (สุพรรณ ว่องรักษัตว์ และสมสมัย สุธีรสานต์, 2559) นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศเนปาลยังพบการบาดเจ็บขณะเจาะเลือด ร้อยละ 34.90 (Bajracharya & Bhandari, 2018)

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยบุคคล ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์การทำงาน จำนวนชั่วโมงการทำงาน (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2561) ดังการศึกษาในประเทศเกาหลีที่พบว่า พยาบาลที่มีอายุและประสบการณ์การทำงานน้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการบาดเจ็บจากเข็มตำ (Cho et al., 2013) และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปี มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการทำงาน 3.52 เท่า (รัตติกาล สุขพร้อมสรรพ, 2560) และ 2) ปัจจัยสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นที่ระหว่างเตียงแคบ วางของไม่เป็นระเบียบ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล รวมถึงมีอุปกรณ์สนับสนุนไม่เพียงพอ เช่น กล่องทิ้งเข็ม อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการถูกเข็มและของมีคมบาดในพยาบาล (สุพรรณ ว่องรักษัตว์ และสมสมัย สุธีรสานต์, 2559)

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเป็นปัญหาสำคัญเนื่องจากก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายทำให้มีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโรคจากการแพร่กระจายผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งที่ปนเปื้อนมากับอุปกรณ์ (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2561; วนิดา คนเชื้อ, จิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ, และสุสันหา ยัมแย้ม, 2556) เมื่อเกิดอุบัติเหตุ

เข็มตำตำหรือของมีคมบาด 1 ครั้ง บุคลากรมีโอกาสเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.30 ไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 6-30 และไวรัสตับอักเสบบี ร้อยละ 2-4 (CDC, 2011) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวลนอนไม่หลับ เครียด ดังการศึกษาในประเทศอิหร่านที่พบว่า ผลกระทบจากการบาดเจ็บจากของมีคมทำให้เกิดความวิตกกังวลและกลัวการติดเชื้อ (Moayed, Mahmoudi, Ebadi, & Sharif Nia, 2016) สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ในปี ค.ศ. 2014 พบว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลบุคลากรทางการแพทย์จากการเกิดอุบัติเหตุเข็มตำตำและของมีคมบาดอยู่ในช่วง 109,800-563,152 ดอลลาร์สิงคโปร์ (Seng et al., 2016)

การส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่สำคัญ คือ การให้ความรู้แก่พยาบาล และการนำความรู้สู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจำเป็นต้องดำเนินหลายกิจกรรมพร้อมๆ กัน จึงจะลดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้ (CDC, 2008) ดังการศึกษาที่พบว่า การบรรยายให้ความรู้ การใช้โปสเตอร์ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการสนับสนุนอุปกรณ์ ทำให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลง (สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตาภรณ์ จิตริเชื้อ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2559; อรุณข ลีนะกนิษฐ์, วันชัย เลิศวัฒนวิลาศ, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ, 2560)

การกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งให้ปรากฏและคงอยู่ จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเกิดพฤติกรรม 3 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการรับรู้ เป็นกระบวนการเบื้องต้นที่บุคคลได้รับสัมผัสหรือรับข่าวสาร 2) กระบวนการคิดและเข้าใจหรือกระบวนการทางปัญญา ซึ่งประกอบด้วย การเรียนรู้ การคิด และการจำ ตลอดจนการนำไปใช้หรือเกิดการพัฒนาการเรียนรู้ นั้นๆ และ 3) กระบวนการแสดงออก เมื่อบุคคลผ่าน

ขั้นตอนการเรียนรู้ การคิดและเข้าใจแล้ว จะตอบสนอง โดยการแสดงออกให้ผู้อื่นสังเกตได้ (สุรางค์ ไคว์ตระกูล, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory [SCT]) ของ Bandura (1986) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกี่ยวข้องกับ ปัจจัยบุคคล ร่วมกับปัจจัยสภาพแวดล้อม การแสดง พฤติกรรมจึงสามารถอธิบายได้ในลักษณะการมี ปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยบุคคล และ ปัจจัยสภาพแวดล้อม โดยแต่ละปัจจัยมีอิทธิพลต่อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เท่ากันและอาจเกิดขึ้น ไม่พร้อมกัน (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทในการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จึงสนใจพัฒนาและ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและ สารคัดหลั่ง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม ของ Bandura (1986) เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนการ ปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ ถูกต้องในพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยการส่งเสริม ทั้งปัจจัยบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม เพื่อลดปัจจัย เสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ช่วยให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง และมียุติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการ สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งระหว่างก่อนกับหลังการใช้ โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการ สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งระหว่างก่อนกับหลังการใช้ โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
3. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมระหว่าง ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง

สมมติฐานการวิจัย

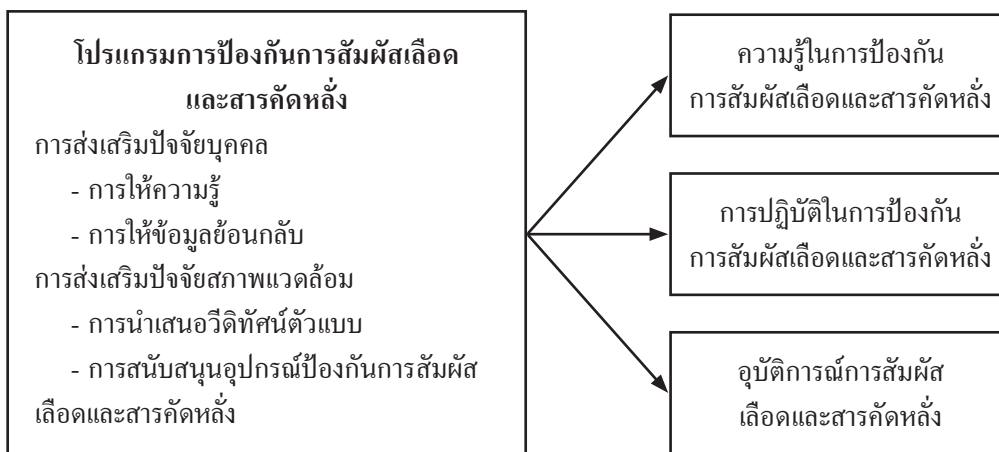
1. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีคะแนน ความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีสัดส่วน การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
3. หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอุบัติการณ์ การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้ โปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี ปัญญาสังคม ของ Bandura (1986) ที่เชื่อว่า พฤติกรรม ของบุคคลเปลี่ยนแปลงได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กัน ระหว่างพฤติกรรม ปัจจัยบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อม การส่งเสริมปัจจัยบุคคลให้เกิดการรับรู้ ความคิด ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เพื่อให้พยาบาลเกิด การรับรู้ความรู้ใหม่ๆ และเกิดการเรียนรู้ที่จะนำความรู้ ที่ได้ไปปรับพฤติกรรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและ สารคัดหลั่งให้ถูกต้อง และ 2) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นการเสริมแรงเพื่อให้บุคคลรับรู้ผลการปฏิบัติของตน ว่าเป็นไปตามมาตรฐาน หากรับรู้ว่ามีผลที่ได้ไม่เป็นไป ตามมาตรฐานก็จะเกิดการปรับปรุงพฤติกรรมปฏิบัติ ให้ถูกต้องต่อไป ส่วนการส่งเสริมปัจจัยสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย 1) การนำเสนอวีดิทัศน์ตัวแบบแสดง การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่ถูกต้อง เพื่อให้พยาบาลได้สังเกตการปฏิบัติในการ ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องและ นำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การสนับสนุน อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่ อุปกรณ์ภาชนะทั้งเข็มและของมีคม และอุปกรณ์ป้องกัน

ร่างกายส่วนบุคคล ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งจะ
ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลแสดงพฤติกรรมในการปฏิบัติใน
การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้ถูกต้อง

และส่งผลให้อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
ลดลง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพ
ที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น
พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเกณฑ์
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในหอ
ผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่
2) ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย
3) ไม่ได้ปฏิบัติงานด้านการบริหารเป็นหลัก ได้แก่
หัวหน้าหอผู้ป่วย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วน
เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมโปรแกรม
ไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย
เลือกหอผู้ป่วยที่ศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดย
การจับฉลากรายชื่อหอผู้ป่วยจำนวน 44 แห่ง ได้หอ

ผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ซึ่งมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน
17 คน สำหรับจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องสังเกต กำหนด
โดยใช้สูตรคำนวณ (พรณี ปิตุสทธิธรรม และชยันต์
พิเชียรสุนทร, 2556) โดยกำหนดค่าสัดส่วนการปฏิบัติ
ที่ถูกต้องจากการศึกษาของสุคนธา วัฒนพงษ์ และคณะ
(2559) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจ
การทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนเหตุการณ์ที่ต้อง
สังเกตอย่างน้อยกิจกรรมละ 9 เหตุการณ์

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ
โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีปัญญา
สังคม ของ Bandura (1986) ครอบคลุมกิจกรรมที่
ส่งเสริมปัจจัยบุคคลและปัจจัยสภาพแวดล้อม ดังนี้

1.1 การส่งเสริมปัจจัยบุคคล มีดังนี้

1.1.1 การให้ความรู้ โดยผู้วิจัยใช้แผนการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อจากเข็มทิ่มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สถาบันบำราศนราดูร, สถาบันราชประชาสมาสัย, และกรมควบคุมโรค (2557) เนื้อหาความรู้ประกอบด้วย อุบัติการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลกระทบและแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ทั้งนี้ ผู้วิจัยจัดการอบรมให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยายประกอบสื่อ PowerPoint และการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ

1.1.2 การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ซึ่งได้ข้อมูลจากการที่ผู้วิจัยร่วมสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาล ประกอบด้วย (1) การให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคลที่สร้างขึ้น (ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวันที่ จำนวนครั้งที่ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง จำนวนครั้งที่พยาบาลปฏิบัติถูกต้อง ร้อยละของการปฏิบัติถูกต้อง การปฏิบัติที่ต้องปรับปรุง และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางแก้ไข) โดยให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมปิดผนึก หลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติในแต่ละวัน และ (2) การให้ข้อมูลย้อนกลับระดับหน่วยงาน โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับแบบเป็นทางการในภาพรวม โดยใช้สื่อ PowerPoint ในการนำเสนอข้อมูลแสดงการปฏิบัติที่ถูกต้องและการปฏิบัติที่ต้องปรับปรุง

1.2 การส่งเสริมปัจจัยสภาพแวดล้อม
มีดังนี้

1.2.1 การนำเสนอวิธีทัศนิตัวแบบ

โดยผู้วิจัยนำเสนอวิธีทัศนิตัวแบบในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่จัดทำขึ้นจากการทบทวนแนวคิดการสังเกตจากการนำเสนอตัวแบบ ของ Bandura (1986) ครอบคลุมการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง 4 หมวด ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การเตรียมยาและการฉีดยาที่ปลอดภัย และการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในผู้ป่วย

1.2.2 การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ได้แก่ อุปกรณ์ภาชนะทิ้งเข็มและของมีคม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อเดือน การได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง แหล่งที่ได้รับความรู้ และประสบการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยครอบคลุมตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับกิจกรรม 4 หมวด ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การเตรียมยาและการฉีดยาที่ปลอดภัย และการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในผู้ป่วย รวมจำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับ

ต่ำ (0–11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12–15 คะแนน) และในระดับสูง (16–20 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสังเกตของสุคนธา วัฒนพงษ์ และคณะ (2559) ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรม 4 หมวด ได้แก่ การทำความสะอาดมือ การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล การเตรียมยาและการฉีดยาที่ปลอดภัย และการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในผู้ป่วย มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (checklist) โดยให้เลือกว่าปฏิบัติถูกต้อง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ปฏิบัติ

ชุดที่ 4 แบบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบรายการได้รับการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดขณะปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลนครพิงค์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ วันเวลาที่เกิดอุบัติเหตุ สถานที่เกิดอุบัติเหตุ และลักษณะอุบัติเหตุที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (แผนการให้ความรู้) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (2 คน) อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเสนอตัวแบบ และพยาบาลแผนกอายุรกรรม ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติ เท่ากับ .99 และ 1 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน

หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .74 และนำแบบสังเกตการปฏิบัติไปทดลองสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 เหตุการณ์ โดยสังเกตร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในการสังเกตการปฏิบัติ จำนวน 1 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (interrater reliability) เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 072/2020 วันที่ 18 มิถุนายน 2563) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลนครพิงค์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 199/63 วันที่ 3 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนั้นเท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ พบหัวหน้าภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และแบบบันทึกอุบัติการณ์

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน (กลุ่มตัวอย่างบันทึกอุบัติการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา) ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15–20 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1–4 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยทำการสังเกตแต่ไม่มีการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความคุ้นเคยกับผู้วิจัย และป้องกันการเกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ จากนั้นในสัปดาห์ที่ 2–4 ผู้วิจัยทำการสังเกตและมีการบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตฯ โดยสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรม 4 หมวด สุ่มสังเกต 5 วันต่อสัปดาห์ เวรเช้า ในช่วงเวลา 09.00–14.00 น. จำนวน 3 วัน และเวรบ่าย ในช่วงเวลา 17.00–19.00 น. จำนวน 2 วัน ทั้งนี้ ผู้วิจัยสังเกตกิจกรรมโดยการสุ่มเหตุการณ์ (event sampling) กรณีมีกลุ่มตัวอย่างหลายคนปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง

4. ในสัปดาห์ที่ 5–8 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจัดกลุ่มตามความสะดวก ให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย และการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจัดกลุ่มตามความสะดวก นำเสนอวิธีทัศนัตัวแบบ แล้วประเมินการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ในสัปดาห์ที่ 6–8 ผู้วิจัยให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล และให้ข้อมูลย้อนกลับระดับหน่วยงาน รวมถึงประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 2 และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ในการสนับสนุนอุปกรณ์ภาชนะทิ้งเข็มและของมีคม และอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วน

บุคคล ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

5. ในสัปดาห์ที่ 9 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10–15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 9–12 ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของกลุ่มตัวอย่างตามกิจกรรมที่เกิดขึ้น หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้วิธีการเช่นเดียวกับระยะก่อนการทดลอง และบันทึกข้อมูลในแบบสังเกตการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการได้รับอุบัติเหตุการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง หลังการทดลอง (post-test) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติค่ามัธยฐานและค่าควอร์ไทล์ การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test ส่วนการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรม ใช้วิธีการคำนวณอุบัติการณ์ ตามสูตรต่อไปนี้

$$\text{จำนวนครั้งของการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง} \times 100$$

จำนวนชั่วโมงการทำงานเต็มเวลา (full time equivalent [FTE]) ของพยาบาลต่อเดือน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.48 โดยมีอายุเฉลี่ย 28.71 ปี ($SD = 7.31$) ทั้งหมดมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 64.71 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 6 ปี ($SD = 7.09$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 67.71 โดยมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.41 ปี ($SD = 5.91$) จำนวนชั่วโมงในการปฏิบัติงานต่อเดือนอยู่ในช่วง 301-350 ชั่วโมง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.94 เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสัมผัส

เลือดและสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 41.20 ทั้งหมดมีแหล่งที่ได้รับความรู้ คือ การนิเทศขณะปฏิบัติงานจากหัวหน้าเวร หัวหน้าหอผู้ป่วย หรือพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 100 และมีประสบการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 41.20

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรมพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.532, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ($n = 17$)

ช่วงเวลา	min-max	Med	Q1-Q3	Wilcoxon signed-rank test	
				Z	p
ก่อนการใช้โปรแกรม	3.00-19.00	15.00	13.00-16.00	-3.532	< .001
หลังการใช้โปรแกรม	16.00-19.00	18.00	16.00-18.00		

3. การเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องโดยรวมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 206.274, p < .001$) เมื่อจำแนกเป็นรายหมวดกิจกรรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรม

พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ในกิจกรรมทั้ง 4 หมวด มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำความสะอาดมือ ($\chi^2 = 70.847, p < .001$) การสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล ($\chi^2 = 52.828, p < .001$) การเตรียมยาและการฉีดยาที่ปลอดภัย ($\chi^2 = 48.261, p < .001$) และการจัดการอุปกรณ์ที่ใช้ในผู้ป่วย ($\chi^2 = 24.338, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง
ของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัส
เลือดและสารคัดหลั่ง

การปฏิบัติกิจกรรม	การปฏิบัติที่ถูกต้อง		χ^2	p
	ก่อนการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)	หลังการใช้โปรแกรม สัดส่วน (ร้อยละ)		
การทำความสะอาดมือ	32/115 (27.82)	88/106 (83.01)	70.847	< .001
การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล	73/160 (45.63)	129/153 (84.31)	52.828	< .001
การเตรียมยาและการฉีดวัคซีนที่ปลอดภัย	34/98 (34.69)	79/94 (84.04)	48.261	< .001
การจัดการอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย	47/93 (50.54)	84/100 (84.00)	24.338	< .001
โดยรวม	186/466 (39.91)	380/453 (83.89)	206.274	< .001

หมายเหตุ: สัดส่วนประกอบด้วย ตัวเลขเศษ = จำนวนครั้งที่ปฏิบัติถูกต้อง และตัวเลขส่วน = จำนวนเหตุการณ์ที่สังเกตได้ทั้งหมด

4. การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาล

หอผู้ป่วยอายุรกรรมมีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม
ระหว่างก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง

ช่วงเวลา	อุบัติการณ์ (ครั้ง)	จำนวนชั่วโมง การทำงานเต็มเวลา (ชั่วโมง)	อุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง (ต่อจำนวนชั่วโมงการทำงานเต็มเวลา ของพยาบาล 100 คน ต่อเดือน)
ก่อนการใช้โปรแกรม	1	3,332	.03
หลังการใช้โปรแกรม	0	3,217	.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้
ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกัน

การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วย
อายุรกรรมมีคะแนนความรู้ในการป้องกันการสัมผัสเลือด
และสารคัดหลั่งมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ความรู้ตามโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งนี้ เป็นการส่งเสริมกระบวนการภายในบุคคล ที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม ของ Bandura (1986) ที่ว่า การรับรู้ ความคิดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล ซึ่งได้แก่ สติปัญญา ความคิด ดังนั้น บุคคลจะเกิดการรับรู้ความรู้ใหม่ ๆ ได้มากเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยบุคคล (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งโดยการให้ความรู้ด้วยวิธีการบรรยาย และการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ รวมทั้งมีการนำเสนอ วิดีทัศน์ตัวแบบแสดงการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2020) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด (มีกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ การนำเสนอวิดีโอทัศน์ และการสนับสนุนการใช้อุปกรณ์ที่มีความปลอดภัย) พยาบาลมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sedigh, Zarinfar, Khorsandi, and Sadeghi Sadeh (2019) ที่พบว่า หลังการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งโดยการอบรม ให้ความรู้ พยาบาลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีส่วนการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้องมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดทฤษฎีปัญญาสังคม ของ Bandura (1986) ได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการสังเกตการกระทำของบุคคลอื่น ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำวีดิทัศน์ตัวแบบแสดงการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง โดยตัวแบบ

สัญลักษณ์ที่ผู้วิจัยเลือกมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่ถูกต้อง และเป็นพยาบาลด้านการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาล หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ชม วีดิทัศน์แล้วจะจดจำพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดง และเมื่อผ่านการคิดวิเคราะห์แล้วจะแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่การชมวีดิทัศน์ตัวแบบอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ทันที ต้องอาศัยการเสริมแรงโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งการเสริมแรงเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ พฤติกรรมที่ดีและพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang et al. (2020) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ ทักษะ การปฏิบัติในการป้องกันการบาดเจ็บจากเข็มทิ่มตำและของมีคมบาด พยาบาลมีการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรม พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีพฤติกรรมการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม โดยไม่มีพฤติกรรมการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเลย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น จะช่วยลดอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งได้ จากการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรม การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ที่มีทั้ง กิจกรรมการให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การนำเสนอ วิดีทัศน์ตัวแบบแสดงการปฏิบัติในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งเรื่องความรู้และพฤติกรรมที่แสดงออกมาในการป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง ทำให้ไม่มีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งเลย สอดคล้องกับการศึกษาของมรกต ดอกแก้ว, นางเยาว์

เกษตรภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล (2566) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการป้องกันการสัมผัสเลือดและ สารคัดหลั่งในพยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัด มีอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งน้อยกว่า ก่อนการใช้โปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดอบรมการ ป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งแก่พยาบาล ทุกแผนก โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้ การให้ข้อมูล ย้อนกลับ การนำเสนอวิธีทัศนิตัวแบบ และการสนับสนุน อุปกรณ์ เพื่อให้พยาบาลมีความรู้และการปฏิบัติใน การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการ สัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งในพยาบาลหอผู้ป่วย อายุรกรรม โดยจัดให้มีกลุ่มควบคุม และเพิ่มตัวแปรตาม เช่น อุบัติการณ์การติดเชื้อที่แพร่กระจายผ่านทางเลือด และสารคัดหลั่ง

เอกสารอ้างอิง

นงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2561). *ความปลอดภัยใน การผ่าตัด*. เชียงใหม่: โซดนาพรีนซ์.
ประไพ ศรีแก้ว, และคุณุฎี เอกพจน์. (2557). ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล วิชาชีพแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 28(1), 101–111.
พรณิ ปิติสุทธธรรม, และชยันต์ พิเชียรสุนทร. (บ.ก.). (2556). *ตำราการวิจัยทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล.

มรกต ดอกแก้ว, นงเยาว์ เกษตรภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล. (2566). ประสิทธิภาพของโปรแกรม การป้องกันการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งใน พยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี*, 34(2), 69–83.

รัตติกาล สุขพร้อมสรรพ. (2560). อุบัติการณ์ของ การบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 107–119.

วนิดา คนเชื้อ, จิตตารณ จิตรีเชื้อ, และสุลัดดา ยิ้มแย้ม. (2556). ผลของการใช้แผนปฏิบัติการจากเทคนิค เอไอซีต่อการปฏิบัติการป้องกันและอุบัติการณ์ เชื้อฉิมตำหรือของมีคมบาดของพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 40(2), 51–63.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2550). *ทฤษฎีและเทคนิค การปรับตัวพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, สำนัก โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, สถาบันบำราศนราดูร, สถาบันราชประชาสมาสัย, และกรมควบคุมโรค. (2557). *แนวปฏิบัติของ สถานพยาบาลในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ จากเข็มตำ ของมีคม และการสัมผัสเลือดหรือ สารคัดหลั่ง จากการปฏิบัติงานของบุคลากร*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

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

- สุพรรณ ว่องรักย์สัตว์, และสมสมัย สุธีรสานต์. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด ในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*, 1(1), 26–41.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรนุช ลีเนกนิษฐ์, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, และอะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2560). ผลของการใช้กลยุทธ์หลายวิธีต่อการปฏิบัติการป้องกันและอุบัติการณ์การเกิดเข็มตำแทงหรือของมีคมบาดของพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*, 44(2), 151–161.
- อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และสุชาดา เหลืองอาภาพงศ์. (2556). การป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มและของมีคมของโรงพยาบาลในประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 40(พิเศษ), 130–142.
- Bajracharya, M., & Bhandari, S. (2018). Needle stick injuries: A study among health care workers in tertiary care centre Nepal. *Medical Journal of Shree Birendra Hospital*, 17(1), 44–48. doi:10.3126/mjsbh.v17i1.18871
- Bandura, A. (1986). From thought to action: Mechanisms of personal agency. *New Zealand Journal of Psychology*, 15(1), 1–17. Retrieved from <https://www.psychology.org.nz/journal-archive/NZJP-Vol151-1986-1-Bandura.pdf>
- Bekele, T., Gebremariam, A., Kaso, M., & Ahmed, K. (2015). Factors associated with occupational needle stick and sharps injuries among hospital healthcare workers in Bale Zone, Southeast Ethiopia. *PLoS One*, 10(10), e0140382. doi:10.1371/journal.pone.0140382
- Bouya, S., Balouchi, A., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Dastres, M., Moghadam, M. P., ... Daley, K. A. (2020). Global prevalence and device related causes of needle stick injuries among health care workers: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Global Health*, 86(1), 35. doi:10.5334/aogh.2698
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program*. Retrieved from https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *The national surveillance system for healthcare workers (NaSH)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/nash/nash-report-6-2011.pdf>
- Cho, E., Lee, H., Choi, M., Park, S. H., Yoo, I. Y., & Aiken, L. H. (2013). Factors associated with needlestick and sharp injuries among hospital nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1025–1032. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.009

- Galougahi, M. H. K. (2010). Evaluation of needle stick injuries among nurses of Khanevadeh Hospital in Tehran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 15(4), 172–177. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21589791/>
- Moayed, M. S., Mahmoudi, H., Ebadi, A., & Sharif Nia, H. (2016). Stress and fear of exposure to sharps in nurses. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(3), e3813. doi:10.17795/ijpbs-3813
- Sedigh, M., Zarinfar, N., Khorsandi, M., & Sadeghi Sadeh, B. (2019). Using of health belief model on needlestick injuries and bloodborne pathogens among nurses. *Journal of Research & Health*, 9(1), 29–36. doi:10.29252/jrh.9.1.29
- Seng, M., Sng, G. K. J., Zhao, X., Venkatachalam, I., Salmon, S., & Fisher, D. (2016). Needlestick injuries at a tertiary teaching hospital in Singapore. *Epidemiology and Infection*, 144(12), 2546–2551. doi:10.1017/S0950268816000893
- Wahab, A. A. A., Daud, F., Othman, N., & Sahak, F. A. (2019). Occupational sharps injury among healthcare workers in hospital Melaka 2013–2015: A cross sectional study. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 170–178. doi:10.37268/mjphm/vol.19/no.2/art.295
- 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 and Medicine*, 27(5), 999–1010. doi:10.1080/13548506.2020.1830132

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความเครียดของพยาบาล ในโรงพยาบาลของรัฐ*

Mental Health Literacy and Stress of Nurses in Government Hospitals *

กิงกาญจน์ ใจมุข, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Kingkarn Jaimook, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน) ²

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) ²

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา) ³

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology) ³

ชาลินี สุวรรณยศ, ป.ร.ด. (การพยาบาล) ⁴

Chaline Suvanayos, Ph.D. (Nursing) ⁴

Received: January 9, 2024 Revised: March 19, 2024 Accepted: April 20, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{*} Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

³ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ความรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 415 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .78 และแบบประเมินความเครียดของพยาบาล มีค่าความเชื่อมั่น .96 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.73, SD = .35$) มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.01, SD = .71$) และความรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรประเมินความเครียดของตนเองเป็นระยะ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนจัดการความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพจิต ความเครียด พยาบาล โรงพยาบาลของรัฐ

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship between mental health literacy and stress of nurses in government hospitals. The samples were 415 nurses working in government hospitals in health region 1. The research instruments included a demographic data questionnaire, the Mental Health Literacy Scale with a reliability of .78, and the Nurse Stress Assessment Questionnaire with a reliability of .96. Data were collected from March to June 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that the nurses in government hospitals demonstrated overall mean score of mental health literacy at a high level ($M = 3.73, SD = .35$) and overall mean score of stress at a moderate level ($M = 3.01, SD = .71$). In addition, there was no relationship between mental health literacy and stress of nurses in government hospitals.

This research suggests that nurses should assess their stress periodically in order to obtain information for proper stress management.

Keywords: Mental health literacy, Stress, Nurses, Government hospitals

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญในระบบสุขภาพ ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การพยาบาลเป็นงานที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดความเครียดอยู่ตลอดเวลา พยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากเป็นวิชาชีพที่มีความเครียดสูงกว่าสาขาวิชาชีพอื่นในทีมผู้รักษา (Clouston, 2019) ความเครียดเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดการสูญเสียความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เกิดจากกระบวนการประเมินค่าทางปัญญาของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เข้ามาในประสบการณ์ โดยประเมินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดและมีผลเสียต่อสวัสดิภาพหรือความผาสุกของตน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การเป็นอันตรายหรือสูญเสีย การถูกคุกคาม และการท้าทาย เมื่อพยาบาลมีการประเมินสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดในลักษณะการเป็นอันตรายหรือสูญเสีย หรือการถูกคุกคาม ก็จะเกิดผลกระทบหรือมีการสูญเสียความสมดุลทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม จากการศึกษาพบว่า พยาบาลที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงมาก มีโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคอเลสเตอรอลและดัชนีมวลกายสูงขึ้น และมีปัญหาการนอน (Jordan, Khubchandani, & Wiblishauser, 2016) โดยความเครียดที่เพิ่มขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่แย่ลง (Sarafis et al., 2016) นอกจากนี้ พยาบาลยังมีความวิตกกังวลสูง กลัว เบื่อหน่าย ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ขาดสมาธิ และบกพร่องในการรับรู้ (ธัญธรณ์ ทองแก้ว และศิริลักษณ์ สุกปีติพร, 2561) หากพยาบาลมีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในการจัดการกับชีวิตตนเอง ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และหากความเครียดยังคงอยู่ใน

ระยะยาวอาจส่งผลให้เกิดอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชได้ (วันทนา เนาว์วัน และอรมนธ์ เอี่ยมประเสริฐ, 2563)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาลมี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านบุคคล และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของพยาบาลประกอบด้วยปัจจัยด้านการบริการ ปัจจัยด้านการบริหาร และปัจจัยด้านวิชาการ จากการศึกษาของธัญธรณ์ ทองแก้ว และศิริลักษณ์ สุกปีติพร (2561) พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลมากกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ และการศึกษาของสุพรรณิ พุ่มแพง และบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2558) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดของพยาบาล คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วยและครอบครัว รองลงมา คือ ปัจจัยด้านสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อย่างไรก็ตาม หากพยาบาลมีความสามารถในการดูแลตนเองทางสุขภาพจิต มีการรับรู้ภาวะทางสุขภาพจิตของตนเองจนนำไปสู่การจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ ก็อาจนำไปสู่การบรรเทาความเครียดของตนเองได้ (ปวิตรา ทองมา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2560) และทำให้การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และการแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เป็นส่วนหนึ่งของความรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy) ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของพยาบาล

ความรู้ทางสุขภาพจิตโดยทั่วไปหมายถึง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเวช ที่จะช่วยให้บุคคลรับรู้ จัดการหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองได้ รวมถึงการรู้วิธีค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิด ความผิดปกติทางจิต (Jorm et al., 1997) และหมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการนำบำบัดรักษา บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ตลอดจนความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ

บุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว การมีความตระหนักถึงปัญหา การเจ็บป่วยทางจิตเวช สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (Langlands, Jorm, Kelly, & Kitchenner, 2008) นอกจากนี้ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตยังรวมถึงการนำกระบวนการเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ มีการแสวงหาความช่วยเหลือและสามารถส่งต่อได้ (O'Connor & Casey, 2015) ดังนั้น ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาลจึงหมายถึง ความรู้และความเชื่อของพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการบำบัดรักษานุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช สามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของตนเองและบุคคลอื่นในขอบเขตที่สามารถทำได้ ตลอดจนแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช นอกจากนี้ยังรวมถึงวิธีการจัดการหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งเป็นการนำกระบวนการเหล่านี้ลงสู่การปฏิบัติ มีการแสวงหาความช่วยเหลือและสามารถส่งต่อได้ โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตเวชชนิดต่างๆ 2) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 4) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (O'Connor & Casey, 2015) จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาลมีความสำคัญและมีประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความเครียดมีความ

สัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในโรคซึมเศร้าของคนวัยทำงาน อายุ 20-59 ปี (Nakamura-Taira, Izawa, & Yamada, 2018) แต่ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดในกลุ่มพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและความเครียดมีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กัน หากพยาบาลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่มาก จะทำให้มีการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ความเครียดลดลงได้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช จึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ หากพบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาล ก็จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการจัดการความเครียด โดยมุ่งเน้นที่การเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสำหรับพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

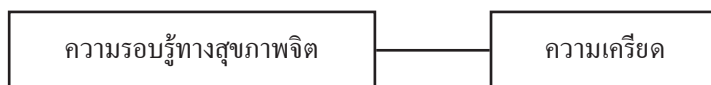
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ
2. เพื่อศึกษาความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งเป็นผลการประเมินปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ต่างๆ จากการปฏิบัติงาน ผ่านกระบวนการทางปัญญา ได้แก่ 1) ประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญว่าเป็นอย่างไร (primary appraisal) 2) ประเมินแหล่ง

ประโยชน์ที่ตนมีอยู่จะช่วยจัดการกับสถานการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นได้หรือไม่ อย่างไร (secondary appraisal) และ 3) ประเมินสถานการณ์ซ้ำ (reappraisal) สถานการณ์ที่ต้องเผชิญในที่นี้ คือ ด้านบริการ ด้าน บริหาร และด้านวิชาการ หากพยาบาลมีความรอบรู้ ทางสุขภาพจิตที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้าน ตาม แนวคิดของ O'Connor and Casey (2015) ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะ เจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตใจชนิดต่าง ๆ 2) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและ

สาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 3) ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือ ตนเองและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิด ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช 4) ด้านความรู้และ ความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหา ความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ด้านความรู้เกี่ยวกับ วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช อาจ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดได้ สรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหา ความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ในเขต สุขภาพทั้ง 12 เขต ในปีงบประมาณ 2559 จำนวน 108,293 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวง สาธารณสุข, 2563) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ การทำงาน 1 ปี ขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาในเขตสุขภาพที่ 1 (ภาคเหนือตอนบน 1) ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน และลำปาง และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนเท่ากับร้อยละ 5 ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 399 คน แต่เนื่องจากมีโรงพยาบาล 1 แห่ง ที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรเพียง 14 คน จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 16 คน ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 415 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย

วิธีการเลือกแบบหลายขั้นตอน โดยแบ่งโรงพยาบาล ออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล ชุมชน จากนั้นเลือกโรงพยาบาลกลุ่มละ 1 แห่ง ด้วย วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก ได้โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาล ลำพูน และโรงพยาบาลแม่สะเรียง แล้วเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับสลาก ตามสัดส่วน ของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และการอบรมทั่วไปเพื่อส่งเสริม การปฏิบัติทางการพยาบาล จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ของพยาบาล ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้

ทางสุขภาพจิต ของ O'Connor and Casey (2015) แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตใจชนิดต่าง ๆ จำนวน 12 ข้อ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 7 ข้อ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 ข้อ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ข้อ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม จำนวน 8 ข้อ และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเครียดของพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเครียดของพยาบาล ของ ลัดดา แซ่เลี้ยว (2547) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ จำนวน 11 ข้อ ด้านบริหาร จำนวน 14 ข้อ และด้านวิชาการ จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ มีความเครียดน้อยที่สุด มีความเครียดน้อย มีความเครียดปานกลาง มีความเครียดมาก และมีความเครียดมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน)

ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลจิตเวช และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาล และแบบประเมินความเครียดของพยาบาล ไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชชนกศรีเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .78 และ .96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 026/2021 วันที่ 16 มีนาคม 2564) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 136/64COA-NUR026/64 วันที่ 16 มีนาคม 2564) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 48/64 วันที่ 26 เมษายน 2564) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลลำพูน (เอกสารรับรอง เลขที่ 005/2564 วันที่ 18 พฤษภาคม 2564) และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง (หนังสือที่ มส 0032.3/1148 วันที่ 8 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย

รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สะเรียง เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เติรมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาล แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพฐกษณัถิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพฐกษณัถิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพจิต และข้อมูลความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า พยาบาลฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.22 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 29.16 โดยมีอายุเฉลี่ย 39.06 ปี ($SD = 11.21$) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.47 และเคยได้รับการอบรมทั่วไปเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติทางการพยาบาล

คิดเป็นร้อยละ 55.90

2. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า พยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมในระดับมาก ($M = 3.73, SD = .35$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับมากที่สุด 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตใจชนิดต่างๆ ($M = 4.22, SD = .53$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับมาก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ($M = 3.70, SD = .52$) ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ($M = 4.01, SD = .47$) และด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ($M = 4.04, SD = .67$) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับปานกลาง 1 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันและช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช ($M = 2.95, SD = .69$) และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับน้อย 1 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ($M = 2.50, SD = .83$)

3. ความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า พยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 3.01, SD = .71$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ ($M = 3.01, SD = .71$) ด้านบริหาร ($M = 3.07, SD = .78$) และด้านวิชาการ ($M = 2.87, SD = .80$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตกับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ (n = 415)

ตัวแปร	ความเครียด	
	r	p
ความรู้ทางสุขภาพจิต	-.034	.486

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมในระดับมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรู้ทางสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเวช ที่จะช่วยให้บุคคลรับรู้ จัดการหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองได้ รู้วิธีค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิด ความผิดปกติทางจิต การบำบัดรักษา มีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ มีความตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตเวช สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ มีทัศนคติที่ดีและนำสู่การปฏิบัติ มีการแสวงหาความช่วยเหลือและสามารถส่งต่อได้ ซึ่งเป็นความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการศึกษาในศาสตร์ทางการพยาบาล ทั้งการพยาบาลด้านร่างกายและด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ นอกจากนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.22) อาจทำให้มีความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมในระดับมาก เนื่องจากเพศหญิงมีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพจิต และการปฏิบัติในการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย ดังการศึกษาของ Lee et al. (2020) ที่พบว่า เพศหญิงมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย มีการยอมรับและเห็นประโยชน์ของความรู้ทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย มีแนวโน้มที่จะตระหนักถึงความผิดปกติทางจิตเวช

มีการแสวงหาความช่วยเหลือทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมองว่าการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสุขภาพจิตมีประโยชน์มากกว่าเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลมีความรู้ทางสุขภาพจิตในระดับมาก (Oztas & Aydogan, 2021; Wang et al., 2023)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทางสุขภาพจิตด้านความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตใจชนิดต่าง ๆ ในระดับมากที่สุด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า พยาบาลมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือประเภทของความทุกข์ทางจิตใจชนิดต่าง ๆ เช่น โรคจิตเภท โรควิตกกังวลทั่วไป โรคซึมเศร้า โรคแพนิค โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคดังกล่าวพบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่พยาบาลมีความสามารถรับรู้ได้ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการรับรู้ตามบทบาทขั้นพื้นฐานของพยาบาลจากการศึกษาในวิชาชีพการพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2557) โดยเฉพาะในรายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตที่ทำให้ผู้เรียนสามารถอธิบายแนวคิดพื้นฐาน การประยุกต์ใช้ การสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช การคัดกรองและการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช การวางแผนการพยาบาลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต ตลอดจนมีการฝึกฝนทักษะในการปฏิบัติให้เกิดสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการ

ผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ (สภาการพยาบาล, 2555) แต่ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในระดับน้อย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการจัดการปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น นอกจากการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ยังมีทางเลือกอีกหลายทางในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ดังการศึกษาของ Hao et al. (2020) ที่พบว่า พยาบาลมีทางเลือกในการจัดการปัญหาทางสุขภาพจิตด้วยตนเองในหลาย ๆ ด้าน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นสถานบริการหลักทั้งระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมงานทั้งด้านบริการ ด้านบริหาร และด้านวิชาการ ซึ่งภาระงานที่สูงมีอิทธิพลต่อความเครียดของพยาบาล (Wazqar, Kerr, Regan, & Orchard, 2017) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.22) ซึ่งเพศหญิงใช้กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดโดยวิธีการจัดการกับปัญหามากกว่าการเผชิญกับปัญหาโดยตรง และมีการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย (Madhyastha, Latha, & Kamath, 2014) จึงทำให้เพศหญิงมีการจัดการความเครียดได้ดีกว่าเพศชาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสาวิตรี มุณีรัตน์, นวรัตน์ สุวรรณพ้อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และจารุวรรณ หมั่นมี (2562) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งมีความเครียดจากการทำงานในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านบุคคลที่เป็นปัจจัยปกป้องในการป้องกันและจัดการกับความเครียด

(de Carvalho & da Luz Vale-Dias, 2021) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเชื่อ ความสามารถในการจัดการหรือป้องกัน การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของตนเองและคนรอบข้าง ตลอดจนการแสวงหาแหล่งประโยชน์และการมีทัศนคติที่ดีต่อการนำสู่การปฏิบัติ และเนื่องจากการจัดการความเครียดอาจต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย โดยมุ่งเน้นการจัดการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาล เช่น ปัจจัยด้านบุคคลอื่น ๆ ปัจจัยด้านสถานการณ์ รวมถึงการฝึกทักษะ ตลอดจนการมีแนวทางที่ชัดเจน ซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติหรือจัดการความเครียดได้ในสถานการณ์จริง การจัดการความเครียดของพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง มิใช่เพียงความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเท่านั้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Crowe, Mullen, and Spargo (2020) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในผู้ให้คำปรึกษาฝึกหัดทางสุขภาพจิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nakamura-Taira et al. (2018) ที่พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในโรคซึมเศร้าของคนวัยทำงาน อายุ 20–59 ปี ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบททางวัฒนธรรมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลควรมีการประเมินปัจจัยด้านบุคคล สถานการณ์ความเครียด และระดับความเครียดของตนเองเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปหาแนวทางสำหรับการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้พยาบาลมีการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องในพยาบาล โดยมุ่งเน้นปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ความเครียด

2.2 ควรมีการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของบุคลากรสุขภาพกลุ่มอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เปิดจำนวนบุคลากรด้านสาธารณสุขของ สธ. ปี'59*. สืบค้นจาก <https://www.pptvhd36.com/news/ประเด็นร้อน/88277>
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2557). *วิวัฒนาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข (บ.ก.), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 1* (น. 32-42). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- ชัยยุทธ ทองแก้ว, และศิริลักษณ์ สุภปีติพร. (2561). ความเครียดจากการทำงานและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 62(2), 197-209.
- ปวีตรา ทองมา, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560). ปัจจัยทำนายสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 30-41.
- ลัดดา แซ่เลี้ยว. (2547). *ความเครียดของพยาบาลโรงพยาบาลพะเยา (การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันทนา เนาว์วัน, และอารมณ เยี่ยมประเสริฐ. (2563). การจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพชีวิตในการทำงาน. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 22(1), 223-232.
- สภาการพยาบาล. (2555). *แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2555-2559)*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สาวตรี มณีรัตน์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มรุส ทิพยมงคลกุล, และจรรวรณ์ หมั่นมี. (2562). คุณลักษณะงานความเครียดจากการทำงาน และความตั้งใจที่จะคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 133-141.
- สุพรรณิ พุ่มแพ่ง, และบุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2558). ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 140-153.
- Clouston, T. J. (2019). Pearls of wisdom: Using the single case study or 'gem' to identify strategies for mediating stress and work-life imbalance in healthcare staff. *Journal of Research in Nursing*, 24(1-2), 61-72. doi:10.1177/1744987118809506
- Crowe, A., Mullen, P., & Spargo, A. (2020). Counselor, know thyself. The impact of mental health literacy and stigma on stress and satisfaction in practicing counselors. *Journal of Counseling Research and Practice*, 6(1), 19-37. doi:10.56702/UCKX8598/jcrp0601.2
- de Carvalho, M. M., & da Luz Vale-Dias, M. (2021). Is mental health literacy related to different types of coping? Comparing adolescents, young-adults and adults correlates. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(2), 281-290. doi:10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2234

- Hao, Y., Wu, Q., Luo, X., Chen, S., Qi, C., Long, J., ... Liu, T. (2020). Mental health literacy of non-mental health nurses: A mental health survey in four general hospitals in Hunan Province, China. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 507969. doi:10.3389/fpsyt.2020.507969
- Jordan, T. R., Khubchandani, J., & Wiblishauser, M. (2016). The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: A pilot investigation. *Nursing Research and Practice, 2016*, 5843256. doi:10.1155/2016/5843256
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186. doi:10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x
- Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First aid for depression: A Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders, 105*(1–3), 157–165. doi:10.1016/j.jad.2007.05.004
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, H. Y., Hwang, J., Ball, J. G., Lee, J., Yu, Y., & Albright, D. L. (2020). Mental health literacy affects mental health attitude: Is there a gender difference?. *American Journal of Health Behavior, 44*(3), 282–291. doi:10.5993/AJHB.44.3.1
- Madhyastha, S., Latha, K. S., & Kamath, A. (2014). Stress, coping and gender differences in third year medical students. *Journal of Health Management, 16*(2), 315–326. doi:10.1177/0972063414526124
- Nakamura-Taira, N., Izawa, S., & Yamada, K. C. (2018). Stress underestimation and mental health literacy of depression in Japanese workers: A cross-sectional study. *Psychiatry Research, 262*, 221–228. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.090
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research, 299*(1–2), 511–516. doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Oztas, B., & Aydogan, A. (2021). Assessment of mental health literacy of health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing, 12*(3), 198–204. doi:10.14744/phd.2021.43265
- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, L., Bamidis, P., ... Papastavrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing, 15*, 56. doi:10.1186/s12912-016-0178-y
- Wang, A., Jia, S., Shi, Z., Sun, X., Zhu, Y., Shen, M., ... Chen, X. (2023). Mental health literacy of Chinese nurses from public general and psychiatric hospitals: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1148380. doi:10.3389/fpsyt.2023.1148380

Wazqar, D. Y., Kerr, M., Regan, S., & Orchard, C. (2017). An integrative review of the influence of job strain and coping on nurses' work performance: Understanding the gaps in oncology nursing research. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(4), 418–429. doi:10.1016/j.ijnss.2017.09.003

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

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง Factors Predicting Stroke Preventive Behaviors in Diabetes Mellitus Patients with Hypertension

ธมกร อ่วมอ้อ, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ¹

Thamakorn Aumaor, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ¹

กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, ป.ร.ด. (การพยาบาล) ² อัจฉรา เดชขุน, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) ³

Kamontip Khungtumneam, Ph.D. (Nursing) ² Adchara Dejkun, M.Sc. (Public Health) ³

ชุตินา สร้อยนาค, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ⁴

Chutima Soynahk, M.N.S. (Community Nurse Practitioner) ⁴

ดิเรก ภู่อ้าง, ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) ⁵

Direk Bhuchaeng, B.P.H. (Public Health) ⁵

Received: January 4, 2024 Revised: April 5, 2024 Accepted: April 16, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .79-.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่า

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

^{1,2} Assistant Professor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: noinoi91@gmail.com

^{3,4} อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

^{3,4} Instructor, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University

⁵ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ

⁵ Public Health Technical Officer, Nongprue Sub-district Health Promoting Hospital, Samut Prakan Province

ความเชื่อมั่น .71 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับดี ($M = 3.14, SD = .25$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .456, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ($Beta = .341, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยและญาติ คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

Abstract

This predictive correlational research aimed to explore the factors predicting stroke preventive behaviors in diabetes mellitus patients with hypertension. The samples were 100 diabetes mellitus patients with hypertension who received medical services at Nongprue Sub-district Health Promoting Hospital, Bang Phli District, Samut Prakan Province. The research instruments included a general and health status information questionnaire, a factor influencing stroke preventive behavior questionnaire with the reliabilities in the range of .79–.89, and a stroke preventive behavior questionnaire with a reliability of .71. Data were collected from September to November 2023. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that the diabetes mellitus patients with hypertension demonstrated overall mean score of stroke preventive behaviors at a good level ($M = 3.14, SD = .25$). Perceived severity, perceived benefits, and cues to action could statistically significantly explain stroke preventive behaviors in diabetes mellitus patients with hypertension about 45.60% of the variance ($R^2 = .456, p < .001$). The most predicting factor was perceived benefits ($Beta = .341, p < .01$).

This research suggests that nurses and healthcare workers should provide activities to promote stroke preventive behaviors in diabetes mellitus patients with hypertension, focusing on the enhancement of perceived severity and perceived benefits among the patients and their relatives.

Keywords: Stroke preventive behaviors, Diabetes mellitus patients with hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน (World Health Organization [WHO], 2022) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2560 พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง 278.49 ต่อแสนประชากร และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 330.72 ต่อแสนประชากร (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2562) ความชุกของโรคหลอดเลือดสมองมีความแตกต่างกันตามพื้นที่ จากรายงานของเขตสุขภาพที่ 6 ประจำปีงบประมาณ 2564 จังหวัดสมุทรปราการพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 34.70 และโรคหลอดเลือดสมองตีบตันร้อยละ 8.46 (มกร ลิมอุดมพร, 2565)

โรคหลอดเลือดสมองพบได้มากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2.681 เท่า และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประวัติการเป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1.821 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (วุฒิชัย เป้นทอง และรัตนา สายยศ, 2567) ซึ่งสองโรคนี้มีผลให้ผนังหลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น เปราะแตกง่าย หรืออาจมีลิ่มเลือดอุดตันในสมอง ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตัน ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผู้ป่วย เช่น เกิดความพิการ ไม่สามารถควบคุม

การเคลื่อนไหวได้ ข้อยึดติด แผลกดทับ บางรายอาจเกิดความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้า (สุรัตน์ บุญยืน, 2559; Chandratheva, Geraghty, Luengo-Fernandez, & Rothwell, 2010) การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า พฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการจัดการความเครียด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะทำให้ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (WHO, 2015)

การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคได้นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ Rosenstock, Strecher, and Becker (1988) กล่าวว่า การรับรู้หรือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค (perceived benefits) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) จากการกระตุ้นเตือนของบุคคลต่างๆ เช่น บุคคลในครอบครัว บุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ คำภิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับ ความดันโลหิตสูง และการศึกษาของกาญจนา ไม่มาลา และพิสุทธิ์ คงจำ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

จากการลงปฏิบัติงานในพื้นที่ในความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวน 116 คน และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 135 คน และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2 คน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะพิการและติดเตียง 1 คน และ เสียชีวิต 1 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ, 2565) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยโรคใด โรคหนึ่ง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะ ไขมันในเลือดสูง ทั้งในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ แต่พบ การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง น้อยมาก ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับ ความดันโลหิตสูง เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการ พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับ ความดันโลหิตสูง

สมมติฐานการวิจัย

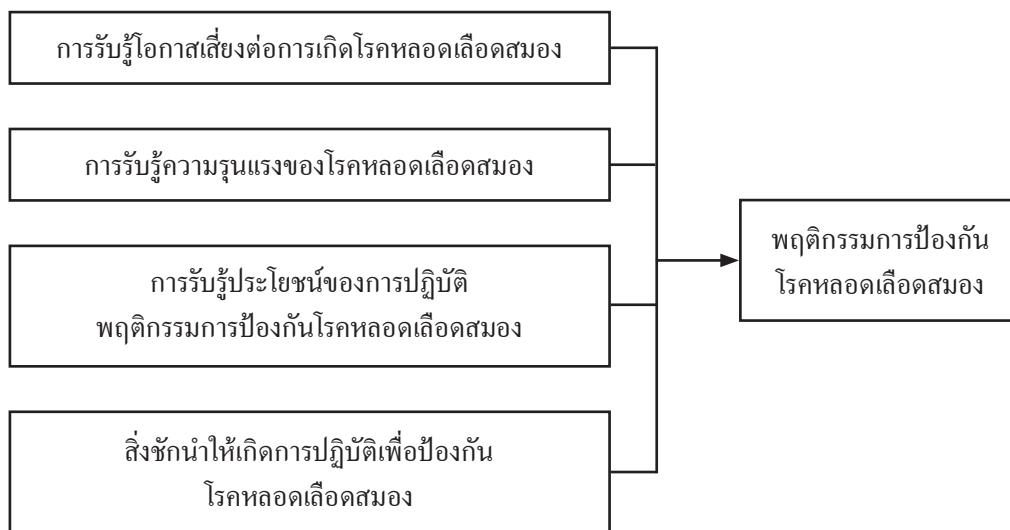
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด สมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความเชื่อด้าน สุขภาพ ของ Rosenstock et al. (1988) ที่เชื่อว่า ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของบุคคลมีผลต่อ พฤติกรรมในการป้องกันโรค ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค (perceived severity) การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค (perceived barriers) ปัจจัยร่วม (modifying factor) และปัจจัย สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งการวิจัย ครั้งนี้ได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมา 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อบุคคลคาดคะเน ถึงโอกาสของการเกิดโรคหรือโอกาสที่จะป่วยเป็นโรค ต่าง ๆ จะมีผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการ ป้องกันโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อบุคคล เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยว่า ทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ จะมีผลให้บุคคล ปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค 3) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค บุคคลจะแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือ

ป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยต้องมีความเชื่อว่า การปฏิบัติที่ดีและมีประโยชน์จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น และ 4) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยเฉพาะสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากบุคลากรทาง การแพทย์ จากครอบครัว เป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคล

เกิดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติ ส่วนพฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเครียด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงที่มารับ บริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เดือนธันวาคม 2565 จำนวน 135 คน (โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัด สมุทรปราการ, 2565) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง คือ 1) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค หลอดเลือดสมอง 2) ไม่มีภาวะพิการหรือติดเตียง และ 3)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.0.10 โดยกำหนดขนาด อิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .15 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจ การทดสอบเท่ากับ .80 และ number of predictors เท่ากับ 4 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน และเพื่อเป็น การทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 100 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือก แบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูล สุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ

เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สภาพการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหาร ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิต ตัวล่าง แอลดีแอลโคเลสเตอรอล เอชดีแอลโคเลสเตอรอล การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วนลงพุง และความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี (CV risk score) จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือก ตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัย สร้างขึ้นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock et al. (1988) ประกอบด้วย การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ และ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 26 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วย อย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.01-3.00 คะแนน) และในระดับดี (3.01-4.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 8 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับประทาน ยา จำนวน 7 ข้อ และด้านการจัดการความเครียด จำนวน 6 ข้อ รวมจำนวน 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกัน ในระดับต่ำ (1.00-2.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง

(2.01-3.00 คะแนน) และในระดับดี (3.01-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ประกอบด้วย 4 ปัจจัย) และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเชื่อด้าน สุขภาพ และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (2 คน) ได้ค่าดัชนีความ ตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88, 1, .85, 1 และ .85 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้น นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดัน โลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลศิระจรเข้หน้า อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย วิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .79, .89, .88, .86 และ .71 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารรับรอง เลขที่ HCU-EC 1378/2566 วันที่ 7 กันยายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิใน การถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการ เก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปรือ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้น พบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคเรื้อรัง แนะนำตัว ดำเนิน การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการ

พิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66 มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 61 ปี คิดเป็นร้อยละ 71 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.23 ปี ($SD = 10.97$) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 82 มีสถานภาพสมรสอยู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 85 อยู่ร่วมกับลูกหลาน คิดเป็นร้อยละ 79 มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับ 110 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 80 โดยมีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 135.57 mg/dl ($SD = 30.97$) ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตตัวบนอยู่ในช่วง 120–139 mmHg คิดเป็นร้อยละ 66 โดยมีความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 135.18 mmHg ($SD = 16.24$) มีความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 mmHg มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59 โดยมีความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 78.58 mmHg ($SD = 10.19$) ส่วนใหญ่มีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่า 101 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 82 โดยมีแอลดีแอลโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 133.11 mg/dl

($SD = 39.43$) ส่วนใหญ่มีเฮชดีแอลโคเลสเตอรอลมากกว่าหรือเท่ากับ 41 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 89 โดยมีเฮชดีแอลโคเลสเตอรอลเฉลี่ย 59.12 mg/dl ($SD = 18.27$) สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 3 มีภาวะอ้วนลงพุง คิดเป็นร้อยละ 30 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ในระดับปานกลาง ($10 - < 20\%$) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง ($M = 2.93, SD = .30$) และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และคะแนนเฉลี่ยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในระดับดี ($M = 3.10, SD = .42, M = 3.23, SD = .44$ และ $M = 3.09, SD = .37$ ตามลำดับ)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมในระดับดี ($M = 3.14, SD = .25$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดีทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ($M = 3.29, SD = .34$) ด้านการออกกำลังกาย ($M = 3.01, SD = .42$) ด้านการรับประทานยา ($M = 3.12, SD = .30$) และด้านการจัดการความเครียด ($M = 3.11, SD = .27$)

4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ได้ร้อยละ 45.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .456, p < .001$) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ได้มากที่สุด ($Beta = .341, p < .01$) รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ($Beta = .252, p < .05$) และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ($Beta = .240, p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง ($n = 100$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	.191	.053	.341	3.575	.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง	.150	.061	.252	2.441	.016
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง	.159	.057	.240	2.779	.007

Constant = 1.565, $R = .675$, $R^2 = .456$, adj. $R^2 = .439$, $F = 26.783$, $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมและรายด้านในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะอธิบายผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต พร้อมประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ตารางสี (color chart) ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค (2560) และแจ้งระดับความเสี่ยงให้ทราบทุกครั้ง ซึ่งข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีในระดับปานกลาง ($10 - < 20\%$) มากที่สุด (ร้อยละ 41)

นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้น จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Becker et al. (1977) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายต่อตนเอง จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา โมมามา และพิสุทธิ คงขำ (2563) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยา หล้ากำ และศิราณี อินทรหนองไผ่ (2560) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 45.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า หากบุคคลเชื่อว่า การกระทำที่ดี มีประโยชน์ และเหมาะสม จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ (Rosenstock, 1974) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ไม้มลา และพิสุทธิ คงขำ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทา เกตจินดา, สุวรรณจันทร์ประเสริฐ, และสมสมัย รัตนกริชากุล (2561) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนได้

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ จะได้รับการบริการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร และวัดความดันโลหิตทุกครั้ง กรณีที่ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหรือค่าความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับความรุนแรงและอันตรายที่จะเกิดขึ้น เช่น การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Rosenstock et al. (1988) ที่เชื่อว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าทำให้เกิดความพิการ เสียชีวิต หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การทำงาน จะมีผลให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเห็นบุคคลใกล้ชิดในชุมชนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือเสียชีวิต ทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยทิน แซ่ตัน (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของพรรณทิพย์ คำภิชัย และคณะ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง

ผลการวิจัยพบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานฯ ที่ได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรม

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เช่น ได้รับข่าวสารเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรงเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่อาจทำให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ และยังได้รับการเตือนจากบุคคลอื่นเป็นที่รัก เช่น สามเณร/ภรรยานุตร เกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Rosenstock, 1974) ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 59) และส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับลูกหลาน (ร้อยละ 79) จึงมีส่วนกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ จางวาง, เทพกร พิชยิกนัน, และนิรชร ชูติพัฒนะ (2559) ที่พบว่า ครอบครัวมีส่วนในการให้ข้อมูล แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของนัสรา เกตจินดา และคณะ (2561) ที่พบว่า ญาติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรังมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพัฒนากิจกรรมหรือรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยและญาติ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง โดยนำปัจจัยการรับรู้ความ

รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค และสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา โม้มมาลา, และพิสุทธิ คงจำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเก่า อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. *วารสาร มจร. วิชาการ*, 24(2), 172-185.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร, และสุยธิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.
- นัสรา เกตจินดา, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และสมสมัย รัตนกริชากุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(4), 30-39.
- พรหมทิพย์ คำภิชัย, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และจริยาวัตร คมพยัคช์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาล*, 71(3), 1-9.
- มกร ลิ้มอุดมพร. (2565). *Value based health care: Stroke*. สืบค้นจาก <https://rayong.nhso.go.th/files/userfiles/file/650330>
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. (2565). *ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงประจำปี 2565 ในโปรแกรม HOSxP PCU*. สมุทรปราการ: ผู้แต่ง.

- วุฒิชัย เป้หนอง, และรัตนา สายยศ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(1), 193–208.
- สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(1), 110–128.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2562). โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 35(4), 59–71.
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560). คู่มือการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- สุรัตน์ บุญยสิน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาล อำเภไพศาล จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 256–266.
- สุริยา หล้าก่า, และศิริมาธิ์ อินทรหนองไผ่. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(2), 85–94.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., & Rosenstock, I. M. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15(Suppl. 5), 27–46. doi:10.1097/00005650-197705001-00005
- Chandratheva, A., Geraghty, O. C., Luengo-Fernandez, R., & Rothwell, P. M. (2010). ABCD2 score predicts severity rather than risk of early recurrent events after transient Ischemic attack. *Stroke*, 41(5), 851–856. doi:10.1161/STROKEAHA.109.570010
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker. (Ed.), *The health belief model and personal health behavior* (pp. 1–8). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- 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
- World Health Organization. (2015). *Stroke, cerebrovascular accident*. Retrieved from http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en
- World Health Organization. (2022). *World Stroke Day 2022*. Retrieved from <https://www.who.int/srilanka/news/detail>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะ ทางพฤติกรรม ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์* Effect of the Information-Motivation-Behavioral Skills Enhancement Program on Low Back Pain among Pregnant Women*

โยธกา ภาคี, พย.ม. (การผดุงครรภ์)¹

Yothaga Phakee, M.N.S. (Midwifery)¹

นงลักษณ์ เฉลิมสุข, ปร.ด. (การผดุงครรภ์)²

บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Nonglak Chaloumsuk, Ph.D. (Midwifery)²

Bungorn Supavititpatana, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 2, 2024

Revised: March 17, 2024

Accepted: April 5, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ที่มารับบริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา มีค่าความเชื่อมั่น .93 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: nonglak.c@cmu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.860, p < .001$) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.580, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม อาการปวดหลังส่วนล่าง สตรีตั้งครรภ์

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the information-motivation-behavioral skills enhancement program on low back pain among pregnant women. The participants were 44 pregnant women with low back pain receiving antenatal care at Nakhon Phanom Hospital and were equally divided into an experimental group ($n = 22$) and a control group ($n = 22$). The research instruments included the information-motivation-behavioral skills enhancement program, the track record form on the phone and LINE application, the personal data record form, and the visual analogue scale with a reliability of .93. The implementation and data collection were conducted from June to August 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, median, interquartile range, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean score of low back pain than that of before the experiment ($t = 8.860, p < .001$) and that of the control group ($t = 12.580, p < .001$).

This research suggests that nurses in the antenatal care unit should adopt the information-motivation-behavioral skills enhancement program as a guideline in providing nursing care to relieve low back pain among pregnant women.

Keywords: Information-motivation-behavioral skills enhancement program, Low back pain, Pregnant women

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์เป็นความรู้สึกไม่สบายของสตรีตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นบริเวณนั้นเอง ตั้งแต่แนวกระดูกซี่โครงที่ 12 ไปถึงขอบล่างของแก้มก้น (gluteal fold) โดยมีอาการปวดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานกว่า 1 สัปดาห์ (Vleeming, Albert, Ostgaard, Sturesson, & Stuge, 2008) ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทุกไตรมาสของการตั้งครรภ์ โดยในไตรมาสแรก (อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 สัปดาห์) พบร้อยละ 4.50 ไตรมาสที่ 2 (อายุครรภ์ 14–27 สัปดาห์) พบร้อยละ 13.10 และไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 28–40 สัปดาห์) พบร้อยละ 82.40 (Berber & Satilmis, 2020) และมีการศึกษาที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสที่ 3 มีอาการปวดหลังส่วนล่างในระดับมากที่สุด (Gutke, Boissonnault, Brook, & Stuge, 2018) สำหรับประเทศไทย อาการปวดหลังส่วนล่างยังคงเป็นปัญหาที่พบได้ในสตรีตั้งครรภ์ ดังการศึกษาที่พบความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 54.50 (สุดกัญญา ปานเจริญ และแพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, 2558)

อาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงสร้างของร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อบริเวณหน้าท้อง ซึ่งเป็นผลมาจากขนาดมดลูกที่ขยายใหญ่ขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มมากขึ้น เป็นสาเหตุให้จุดศูนย์ถ่วงของร่างกายมีการเคลื่อนมาทางด้านหน้า ทำให้กระดูกสันหลังบริเวณเอวแอ่นมากกว่าปกติเพื่อคงความสมดุล และการทรงตัวไว้ จึงส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง (Abduljalil, Furness, Johnson, Rostami-Hodjegan, & Soltani, 2012) นอกจากนี้ การที่ฮอร์โมนรีแลกซิน และโปรเจสเตอโรนมีการหลั่งเพิ่มขึ้น ทำให้ข้อต่อและเอ็นยึดข้อต่อต่างๆ คลายตัว ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Gabbe et al., 2017)

อาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของสตรีตั้งครรภ์ ทำให้มีข้อจำกัด

ในการปฏิบัติอิริยาบถต่างๆ ดังการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในระดับรุนแรงมีข้อจำกัดในการเดินร้อยละ 22 ไม่สามารถนั่งได้นานเกิน 10 นาที ร้อยละ 21 ไม่สามารถยกสิ่งของได้เหมือนก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 21 และไม่สามารถยืนได้นานเกิน 10 นาที ร้อยละ 3 (Manyozo, Nesto, Bonongwe, & Muula, 2019) การที่สตรีตั้งครรภ์มีอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างต่อเนื่องและรุนแรงมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำงานลดลง (Close, Sinclair, Liddle, Mc Cullough, & Hughes, 2016) โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในไตรมาสที่ 3 มีการลาป่วยถึงร้อยละ 51.20 (Dørheim, Bjorvatn, & Eberhard-Gran, 2013) รวมทั้งอาการปวดหลังส่วนล่างขณะตั้งครรภ์ยังรบกวนแบบแผนการนอนหลับ โดยส่งผลให้นอนไม่หลับร้อยละ 33 (Saxena, Chilkoti, Singh, & Yadav, 2019) และทำให้ตื่นนอนในช่วงกลางคืนและนอนหลับไม่ต่อเนื่อง (Manyozo et al., 2019) นอกจากนี้ อาการปวดหลังส่วนล่างยังส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์การคลอด โดยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างในระดับมากในไตรมาสที่ 3 มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอด การช่วยคลอด และระยะเวลาการคลอดที่ยาวนาน (Brown & Johnston, 2013)

อาการปวดหลังส่วนล่างยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ดังการศึกษาในสตรีครรภ์แรกที่ยพบว่า อาการปวดหลังส่วนล่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล รวมทั้งพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและกระดูกเชิงกรานมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ 13 เท่า (Virgara, Maher, & Van Kessel, 2018) นอกจากนี้ อาการปวดหลังส่วนล่างยังส่งผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีตั้งครรภ์ลดลง (Khan et al., 2017) ทั้งนี้เนื่องจากความไม่สบายจากอาการปวดหลังส่วนล่างทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง จึง

อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Persson, Winkvist, Dahlgreen, & Mogren, 2013) ดังการศึกษาในประเทศฝรั่งเศสที่พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสัมพันธภาพทางสังคมน้อยกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Ibanez et al., 2017)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในขณะตั้งครรภ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านท่าทางในการปฏิบัติกิจกรรม และปัจจัยด้านสภาวะทางจิตใจ โดยปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ การมีอายุน้อยกว่า 20 ปี การมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² (Bryndal, Majchrzycki, Grochulska, Glowinski, & Seremak-Mrozikiewicz, 2020) และการมีน้ำหนักระหว่างตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 15 กิโลกรัม (Matsuda et al., 2020) โดยสตรีครรภ์หลังมีโอกาสปวดหลังส่วนล่างมากกว่าสตรีครรภ์แรกเป็น 2 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการยืดขยายของกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ รวมถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (Bjelland, Eskild, Johansen, & Eberhard-Gran, 2010) ส่วนปัจจัยด้านท่าทางในการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ การยืนในท่าเดียวนานๆ การเดินในลักษณะที่ลำคอและศีรษะยื่นออกไปจากจุดศูนย์กลางของร่างกาย การนั่งหลังค่อม หรือนั่งเอนหลังมากเกินไป การนอนในท่าเดียวนานๆ การก้มตัวลงหยิบสิ่งของขณะเข้าเหยียดตรงหรือหยิบสิ่งของที่อยู่สูงเหนือศีรษะมาก (นพวรรณ จันณรงค์, 2550) สำหรับปัจจัยด้านสภาวะทางจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อแต่ละส่วนของร่างกายเกิดการหดเกร็ง ส่งผลให้ระดับความเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้น (Kovacs, Garcia, Royuela, González, & Abaira, 2012)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ พบว่ามีหลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยาบรรเทาปวด (Casagrande, Gugala, Clark, & Lindsey, 2015) การปรับเปลี่ยน

ท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Fiat et al., 2022) การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด กล้ามเนื้อ แบบแอโรบิก แบบโยคะ และการฝึกการหายใจเพื่อการผ่อนคลาย (Colla, Paiva, & Thomaz, 2017) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า (progressive muscle relaxation) ร่วมกับดนตรี (Akmese & Oran, 2014) การประคบร้อนและเย็น การนวด และการใช้น้ำมันหอมระเหย (Sinclair, Close, Mc Cullough, Hughes, & Liddle, 2014) ซึ่งการปรับเปลี่ยนท่าทางที่เหมาะสมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี เป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ไม่ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการทำกิจกรรมและไม่ต้องใช้อุปกรณ์มาเป็นตัวช่วย ในขณะที่การออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แบบแอโรบิก แบบโยคะ และการนวด จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการทำกิจกรรม หรือต้องใช้อุปกรณ์มาเป็นตัวช่วยในการฝึกปฏิบัติวิธีบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างร่วมด้วย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมจัดการอาการปวดหลังส่วนล่างโดยการให้ความรู้และการสาธิต การปรับเปลี่ยนท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย 8 ท่า และการติดตามทางโทรศัพท์ ของนพวรรณ จันณรงค์ (2550) และผลของโปรแกรมกายบริหารโดยการให้ความรู้และการสาธิตกายบริหารด้วยท่า 12 ท่า และนัดมาทบทวนฝึกกายบริหารทุก 4 สัปดาห์ ของกาญจนา โกทิยะ (2554) พบว่า โปรแกรมดังกล่าวสามารถบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ได้ ถึงแม้โปรแกรมในการศึกษาที่ผ่านมาจะมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ แต่การนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ปัจจุบันอาจมีข้อจำกัด กล่าวคือ การให้ความรู้ที่เป็นความรู้ทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้โดยผู้วิจัยเพียงครั้งเดียวและมอบคู่มือให้กลับไปอ่านที่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าถึง

ข้อมูลความรู้จากผู้ให้ข้อมูล และผู้สาธิตทำการสาธิตเพียงครั้งเดียว ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีโอกาสเห็นการสาธิตซ้ำได้ตามที่ต้องการ นอกจากนี้โปรแกรมยังเน้นการจัดการอาการปวดเฉพาะปัจจัยด้านร่างกาย ไม่ครอบคลุมปัจจัยด้านสภาวะทางจิตใจ แต่จากการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างนั้น พบทั้งปัจจัยความตึงเครียดด้านร่างกายและความตึงเครียดด้านจิตใจ ซึ่งการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรีเป็นการจัดการความตึงเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่สามารถบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ได้ (Akmesse & Oran, 2014)

รูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม (information-motivation-behavioral skills model) ของ Fisher, Fisher, and Harman (2003) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใด ๆ ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การได้รับข้อมูล (information) ซึ่งเป็นข้อมูลความรู้ที่มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรม จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมที่ตนเองพึงปฏิบัติ และรับรู้วิธีการที่จะนำไปปฏิบัติ 2) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) เป็นการปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ ผ่านการสร้างแรงจูงใจภายในบุคคล (personal motivation) และการสร้างแรงจูงใจทางสังคม (social motivation) และ 3) ทักษะทางพฤติกรรม (behavioral skills) เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง และเกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรม โดยผลลัพธ์ของทั้ง 3 องค์ประกอบจะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น หากนำแนวคิดของรูปแบบนี้มาใช้ อาจช่วยให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและการเสริมสร้างทักษะทางพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบกับ

ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ จึงสนใจประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ของ Fisher et al. (2003) ในการพัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผดุงครรภ์ เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

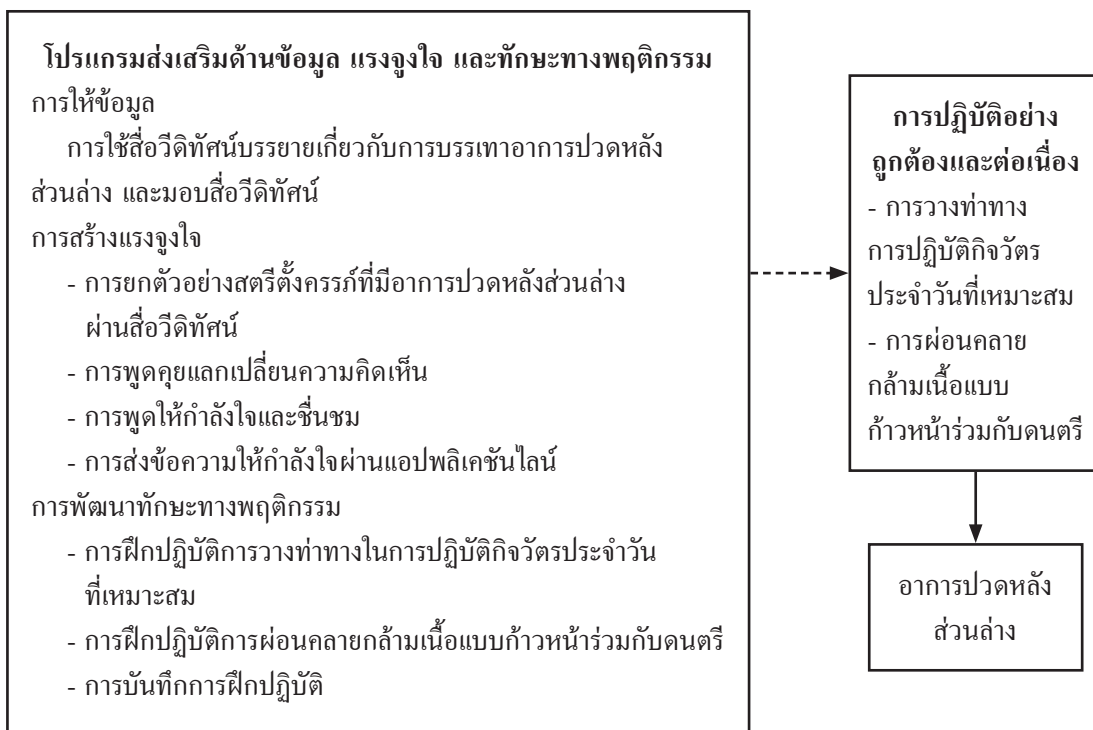
1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้รูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ของ Fisher et al. (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ผ่าน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยายเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง 2) การสร้างแรงจูงใจในการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี และ 3) การพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการวาง

ท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง เกิดทัศนคติที่ดี ต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติการบรรเทาอาการปวดหลัง ส่วนล่าง และเกิดทักษะและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติ

ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีการปฏิบัติ การวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี อย่างถูกต้องและต่อเนื่องเป็นประจำ จึงอาจส่งผลให้ อาการปวดหลังส่วนล่างลดลงได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิด ในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น สตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง อายุครรภ์

อยู่ในช่วง 28-32 สัปดาห์ ที่มารับบริการที่แผนก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม ในช่วงเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีคะแนน อาการปวดหลังส่วนล่าง 4 คะแนนขึ้นไป 3) ไม่มี อาการปวดกระดูกเชิงกราน 4) ไม่มีประวัติปวดหลัง

มาก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ 5) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลัง 6) ไม่มีประวัติได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัดเกี่ยวกับกระดูกสันหลัง 7) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมและทางอายุรกรรม 8) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 9) มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน และสามารถใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการสื่อสารได้ และ 10) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหรือทางอายุรกรรม 2) เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด 3) จำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาปวด และ 4) ขอดถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลางเท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป ของ Burns and Grove (2009) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยให้มีจำนวนเท่า ๆ กันตามคุณลักษณะเรื่องอายุ (น้อยกว่า 35 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปี) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครรภ์แรก และครรภ์หลัง) อายุครรภ์ (28-30 สัปดาห์ และ 30⁺-32 สัปดาห์) คะแนนอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนการทดลอง (ปานกลาง และรุนแรง) และน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (น้อยกว่า 15 กิโลกรัม และมากกว่าหรือเท่ากับ 15 กิโลกรัม) ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนข้อมูลระหว่างกลุ่ม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม

ของ Fisher et al. (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม ดังนี้
กิจกรรมที่ 1 เป็นกิจกรรมรายบุคคลใช้เวลาประมาณ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

1) การให้ข้อมูล ใช้เวลาประมาณ 25 นาที โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยาย 4 เรื่อง ได้แก่ (1) ความหมาย สาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ (2) ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง วิธีการและประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ (3) 7 ท่าทาง ห่วงไกลปวดหลัง และ (4) การผ่อนคลายหายปวดหลัง จากนั้นมอบสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวในรูปแบบคิวอาร์โค้ด (QR Code) ผ่านแอปพลิเคชันไลน์

2) การสร้างแรงจูงใจ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที โดยการยกตัวอย่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างผ่านสื่อวีดิทัศน์ 2 เรื่อง ได้แก่ (1) ประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ และ (2) ประสบการณ์ของผู้ที่ประสบปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่างในขณะตั้งครรภ์ จากนั้นผู้วิจัยให้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และร่วมอภิปรายถึงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ รวมทั้งพูดให้กำลังใจและชื่นชม

3) การพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี รวมทั้งบันทึกการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมด้วยตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน โดยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ผู้วิจัยมอบให้ ปฏิบัติ

การวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับ คนตรีวันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) ครั้งละ 10 นาที และบันทึกเมื่อตนเองปฏิบัติกิจกรรมลงในแบบบันทึก การปฏิบัติกิจกรรม เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และผู้วิจัย สร้างแรงจูงใจโดยการส่งข้อความให้กำลังใจผ่าน แอปพลิเคชันไลน์ทุกวันในเวลา 08.00 น.

1.2 แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับ อาการปวดหลังส่วนล่าง ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผน ผลสำเร็จของการปฏิบัติตามแผน และความช่วยเหลือที่ต้องการเกี่ยวกับการ บรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และ อายุครรภ์ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 มาตราวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) ของ Melzack and Loeser (1978) แปลเป็นภาษาไทยโดยคาริน โต๊ะกานี (2545) มีลักษณะเป็นเส้นตรงกำหนดระดับความ เจ็บปวด จาก 0-10 เซนติเมตร โดยจุดเริ่มต้น คือ ไม่มีอาการปวดเลย มีคะแนนเท่ากับ 0 และจุดปลาย คือ มีอาการปวดมากที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 10 โดย ผู้วิจัยสอบถามอาการปวดที่รุนแรงที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมา แล้วให้ทำเครื่องหมายบนเส้นตรง จากนั้น วัดค่าที่ได้เป็นเซนติเมตรและเทียบเป็นคะแนนอาการ ปวด (pain score) 0-10

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และ

ทักษะทางพฤติกรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ (2 คน) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้าน การผลิตสื่อการสอน (2 คน) และอาจารย์เทคนิค การแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมทางกาย จากนั้น นำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการที่แผนก ฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน และนำมาตรวจวัดความ เจ็บปวดด้วยสายตาไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ มาใช้บริการที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยประเมินอาการปวดซ้ำ ห่างกัน 1 ชั่วโมง หากความ เชื่อมั่นด้วยวิธีการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน ได้ค่าเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 029/2021 วันที่ 22 เมษายน 2564) และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษา วิจัยในคน โรงพยาบาลนครพนม (เอกสารรับรอง เลขที่ NP - EC11 - No. 8/2564 วันที่ 25 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวม ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้ง แจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและ นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพนม เจ้าพนักงานฝ่าย การพยาบาล และหัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และ

ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที และผู้วิจัยประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ ได้แก่ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการบรรเทาอาการไม่สุขสบายในสตรีตั้งครรภ์แต่ละไตรมาส

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์ใน 4 สัปดาห์ต่อมา ประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที และผู้วิจัยประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลประจำแผนกฝากครรภ์ และให้ได้รับโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม โดยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูล โดยการใช้สื่อวีดิทัศน์บรรยายเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง และมอบสื่อวีดิทัศน์ 2) การสร้างแรงจูงใจ และ 3) การพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี และให้บันทึกการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งแลกเปลี่ยนหมายเลขโทรศัพท์พร้อมเพิ่มเพื่อนในแอปพลิเคชันไลน์สำหรับ

การติดตาม จากนั้นดำเนินกิจกรรมที่ 2 ใช้เวลา 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยสร้างแรงจูงใจโดยการส่งข้อความให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน และทำการติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทางโทรศัพท์พร้อมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยติดตามการปฏิบัติตามการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี พร้อมให้ข้อมูลและคำแนะนำในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างอย่างต่อเนื่อง ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที และบันทึกผลในแบบบันทึกการติดตาม

6. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่แผนกฝากครรภ์ใน 4 สัปดาห์ต่อมา ประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยมอบสื่อวีดิทัศน์ให้แก่กลุ่มควบคุมเพื่อให้ได้เรียนรู้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test และ independent t-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง

20–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.27 โดยมีอายุเฉลี่ย 29 ปี ($SD = 5.71$) มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 31.82 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีค่าดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50–24.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีค่าดัชนี มวลกายฯ เฉลี่ย 21.56 กก./ม.² ($SD = 2.43$) ส่วนใหญ่ มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีน้ำหนักตัว ที่เพิ่มขึ้นฯ เฉลี่ย 10.09 กิโลกรัม ($SD = 2.11$) เป็น การตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มี อายุครรภ์อยู่ในช่วง 30⁺–32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีค่ามัธยฐาน 30.70 สัปดาห์ ($IQR = 2.90$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.27 โดยมีอายุเฉลี่ย 29 ปี ($SD = 6.06$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 มีอาชีพแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 40.91 ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีค่าดัชนี มวลกายก่อนการตั้งครรภ์อยู่ในช่วง 18.50–24.99 กก./ม.² คิดเป็นร้อยละ 81.82 โดยมีค่าดัชนีมวลกายฯ เฉลี่ย 21.29 กก./ม.² ($SD = 2.33$) มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่า 10 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 59.09 โดยมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นฯ เฉลี่ย 9.86 กิโลกรัม ($SD = 2.29$) เป็นการตั้งครรภ์แรก คิดเป็นร้อยละ 50 และส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ในช่วง 30⁺–32 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีค่ามัธยฐาน 30.75 สัปดาห์ ($IQR = 3.20$)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่างของ กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการปวด หลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($t = 8.860, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับ หลังการทดลอง ($n = 22$)

ช่วงเวลา	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการทดลอง	6.12	1.29	8.860	< .001
หลังการทดลอง	2.93	1.61		

3. การเปรียบเทียบอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย

อาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 12.580, p < .001$) ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

อาการปวดหลังส่วนล่าง	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	6.12	1.29	5.92	1.34	.510	.620
หลังการทดลอง	2.93	1.61	7.90	.91	12.580	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามรูปแบบการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมของ Fisher et al. (2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลโดยการใช้อีวีดีทัศน์บรรยายเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงประโยชน์และผลลัพธ์โดยตรงของการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า การให้ข้อมูลมีความสำคัญ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูลความรู้ที่มีผลโดยตรงกับการกระทำพฤติกรรม จะทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าความรู้ที่ได้รับมีประโยชน์แก่ตนเอง จึงส่งผลให้บุคคลนั้นตัดสินใจและให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นอกจากนี้ การที่กลุ่มทดลองได้รับสื่อวีดิทัศน์บรรยายเกี่ยวกับการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ด้วยตนเอง โดยเข้าไปเรียนรู้หรือทบทวนซ้ำในหัวข้อที่ต้องการได้ในทุกที่และทุกเวลา

ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ สามารถเข้าใจเนื้อหาที่ยุ่งยากและซับซ้อนได้ง่ายขึ้น และช่วยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองสนใจ รู้สึกอยากเรียน และเห็นการฝึกปฏิบัติจากต้นแบบจริงซ้ำได้อีก ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล (นงศ์คราญ วิเศษกุล, 2562)

ส่วนการสร้างแรงจูงใจ อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับการสร้างแรงจูงใจ ผ่านกิจกรรมการสร้างแรงจูงใจทั้งภายในบุคคลและทางสังคม ด้วยการยกตัวอย่างสตรีดังครุฑที่ประสบปัญหาอาการปวดหลังส่วนล่าง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการให้กำลังใจและการเสริมแรงด้วยการชื่นชม รวมทั้งส่งข้อความให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน และมีการติดตามทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีและเกิดความตระหนักต่อพฤติกรรมที่จะต้องปรับเปลี่ยน จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดกำลังใจ มีความรู้สึกรับรู้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม เป็นผลมาจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อันนำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติ

สำหรับการพัฒนาทักษะทางพฤติกรรม อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะทางพฤติกรรมที่ประกอบด้วย การปฏิบัติการปรับเปลี่ยนท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม และการปฏิบัติ

การผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรีผ่านการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ให้การช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติก่อนที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งการฝึกทักษะทางพฤติกรรมทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อกันว่าตนเองสามารถทำได้ นอกจากนี้ การติดตามและกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์ปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์มีความพยายามในการปฏิบัติปรับเปลี่ยนท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้เหมาะสม และการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี ได้สำเร็จตามแผนที่กำหนด และจากการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันค้นไลน์พบว่ากลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่องเป็นประจำ และมีการบันทึกผลการปฏิบัติที่สำเร็จตามแผน ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Fisher et al. (2003) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ จำเป็นต้องมีทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเอง และเกิดทักษะในการกระทำพฤติกรรม และเมื่อบุคคลนั้นได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้มีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตนเอง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ

จากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เหมาะสม และปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรีได้อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ซึ่งผลจากการวางท่าทางในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม จะช่วยปรับระบบโครงสร้างของร่างกายให้เกิดความสมดุล ไม่เกิดภาวะหลังแอ่น รวมทั้งลดแรงกดตามแนวแกนของกระดูกสันหลังที่ทำให้เกิดการบีบอัดของหมอนรองกระดูกสันหลัง และลดแรงกดต่อกระดูก

เชิงกราน (Fiat et al., 2022) จึงสามารถช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ เมื่อกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรีอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลายของร่างกาย ความตึงเครียดทางจิตใจลดลง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Jacobson (1938 as cited in Richmond, 2015) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลควบคุมกล้ามเนื้อทีละกลุ่ม นำไปสู่การผ่อนคลายทีละส่วนจนทั่วร่างกาย ส่งผลให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง ทำให้มีการหลั่ง endorphins ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการผ่อนคลายและความสุข ทำให้ความเครียดลดลง จึงส่งผลให้อาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ลดลงได้ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Akmese and Oran (2014) ที่ศึกษาการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี โดยสตรีตั้งครรภ์ได้รับคำแนะนำ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ก่อนให้กลับไปปฏิบัติที่บ้าน โดยปฏิบัติครั้งละ 20 นาที วันละ 2 ครั้ง (เช้าและเย็น) เป็นเวลา 8 สัปดาห์ จากนั้นมีการติดตามอาการและผลการปฏิบัติที่ 4 และ 8 สัปดาห์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่ปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้าร่วมกับดนตรี มีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลแผนกฝากครรภ์ควรนำโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมไปใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบท และมีความสะดวกต่อการปฏิบัติงานของพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่องในทุก

ไตรมาส

2.2 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริม
ด้านข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ต่ออาการ
ปวดหลังส่วนล่างในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น
ครรภ์แฝด มีภาวะน้ำหนักร่ำมาก มีภาวะอ้วน

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา โกทิยะ. (2554). *ผลของโปรแกรมการบริหาร
ต่ออาการปวดหลังส่วนล่างในหญิงตั้งครรภ์*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์.
- ดาริน โต้ะกานี. (2545). *การศึกษาความรู้เกี่ยวกับอาการ
ปวดหลัง ทำท่างในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
และระดับความเจ็บปวดในหญิงตั้งครรภ์ที่มี
อาการปวดหลังส่วนล่าง* (วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นงศ์กรณ วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียน
การสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการ
ประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โชตนาพรินท์.
- นพวรรณ จันณรงค์. (2550). *ผลของโปรแกรมจัดการ
กับอาการปวดหลังส่วนล่าง ต่อระดับความปวด
และภาวะจำกัดความสามารถของหญิงตั้งครรภ์*
(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดกัญญา ปานเจริญ, และแพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ.
(2558). *ความปวดและการจัดการความปวด
ส่วนล่างของหญิงตั้งครรภ์* (รายงานผลการวิจัย).
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์
นครสวรรค์.

- Abduljalil, K., Furness, P., Johnson, T. N.,
Rostami-Hodjegan, A., & Soltani, H.
(2012). Anatomical, physiological and
metabolic changes with gestational age
during normal pregnancy: A database
for parameters required in physiologically
based pharmacokinetic modelling. *Clinical
Pharmacokinetics*, 51(6), 365–396. doi:
10.2165/11597440-000000000-00000
- Akmese, Z. B., & Oran, N. T. (2014). Effects of
progressive muscle relaxation exercises
accompanied by music on low back pain
and quality of life during pregnancy.
Journal of Midwifery & Women's Health,
59(5), 503–509. doi:10.1111/jmwh.12176
- Berber, M. A., & Satilmis, I. G. (2020).
Characteristics of low back pain in
pregnancy, risk factors, and its effects on
quality of life. *Pain Management Nursing*,
21(6), 579–586. doi:10.1016/j.pmn.2020.
05.001
- Bjelland, E. K., Eskild, A., Johansen, R., &
Eberhard-Gran, M. (2010). Pelvic girdle
pain in pregnancy: The impact of parity.
*American Journal of Obstetrics and
Gynecology*, 203(2), 146.e1–146.e6. doi:
10.1016/j.ajog.2010.03.040
- Brown, A., & Johnston, R. (2013). Maternal
experience of musculoskeletal pain during
pregnancy and birth outcomes: Significance
of lower back and pelvic pain. *Midwifery*,
29(12), 1346–1351. doi:10.1016/j.midw.
2013.01.002

- Bryndal, A., Majchrzycki, M., Grochulska, A., Glowinski, S., & Seremak-Mrozikiewicz, A. (2020). Risk factors associated with low back pain among a group of 1510 pregnant women. *Journal of Personalized Medicine*, 10(2), 51. doi:10.3390/jpm10020051
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. M., & Lindsey, R. W. (2015). Low back pain and pelvic girdle pain in pregnancy. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549. doi:10.5435/JAAOS-D-14-00248
- Close, C., Sinclair, M., Liddle, D., Mc Cullough, J., & Hughes, C. (2016). Women's experience of low back and/or pelvic pain (LBPP) during pregnancy. *Midwifery*, 37, 1–8. doi:10.1016/j.midw.2016.03.013
- Colla, C., Paiva, L. L., & Thomaz, R. P. (2017). Therapeutic exercise for pregnancy low back and pelvic pain: A systematic review. *Fisioterapia Em Movimento*, 30(2), 399–411. doi:10.1590/1980-5918.030.002.AR03
- Dørheim, S. K., Bjorvatn, B., & Eberhard-Gran, M. (2013). Sick leave during pregnancy: A longitudinal study of rates and risk factors in a Norwegian population. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(5), 521–530. doi:10.1111/1471-0528.12035
- Fiat, F., Merghes, P. E., Scurtu, A. D., Almajan Guta, B., Dehelean, C. A., Varan, N., & Bernad, E. (2022). The main changes in pregnancy—therapeutic approach to musculoskeletal pain. *Medicina*, 58(8), 1115. doi:10.3390/medicina58081115
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82–106). Hoboken, NJ: Blackwell Publishing.
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., Landon, M. B., Galan, H. L., Jauniaux, E. R. M., ... Grobman, W. A. (2017). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (7th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Gutke, A., Boissonnault, J., Brook, G., & Stuge, B. (2018). The severity and impact of pelvic girdle pain and low-back pain in pregnancy: A multinational study. *Journal of Women's Health*, 27(4), 510–517. doi:10.1089/jwh.2017.6342
- Ibanez, G., Khaled, A., Renard, J. F., Rohani, S., Nizard, J., Baiz, N., ... Chastang, J. (2017). Back pain during pregnancy and quality of life of pregnant women. *Primary Health Care*, 7(1), 1000261. doi:10.4172/2167-1079.1000261

- Khan, M. J., Israr, A., Basharat, I., Shoukat, A., Mushtaq, N., & Farooq, H. (2017). Prevalence of pregnancy related low back pain in third trimester and its impact on quality of life and physical limitation. *Journal of Islamic International Medical College*, 12(1), 39–43. Retrieved from <https://journals.riphah.edu.pk/index.php/jiimc/article/view/976/550>
- Kovacs, F. M., Garcia, E., Royuela, A., González, L., & Abaira, V. (2012). Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy: A multicenter study conducted in the Spanish National Health Service. *Spine*, 37(17), 1516–1533. doi:10.1097/BRS.0b013e31824dcb74
- Manyozo, S. D., Nesto, T., Bonongwe, P., & Muula, A. S. (2019). Low back pain during pregnancy: Prevalence, risk factors and association with daily activities among pregnant women in urban Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 31(1), 71–76. doi:10.4314/mmj.v31i1.12
- Matsuda, N., Kitagaki, K., Perrein, E., Tsuboi, Y., Ebina, A., Kondo, Y., ... Ono R. (2020). Association between excessive weight gain during pregnancy and persistent low back and pelvic pain after delivery. *Spine*, 45(5), 319–324. doi:10.1097/BRS.0000000000003271
- Melzack, R., & Loeser, J. D. (1978). Phantom body pain in paraplegics: Evidence for a central “pattern generating mechanism” for pain. *Pain*, 4(3), 195–210. doi:10.1016/0304-3959(77)90133-6
- Persson, M., Winkvist, A., Dahlgren, L., & Mogren, I. (2013). “Struggling with daily life and enduring pain”: A qualitative study of the experiences of pregnant women living with pelvic girdle pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 111. doi:10.1186/1471-2393-13-111
- Richmond, R. L. (2015). *Progressive muscle relaxation: A guide to psychology and its practice*. Retrieved from <https://www.guidetopsychology.com/>
- Saxena, A. K., Chilkoti, G. T., Singh, A., & Yadav, G. (2019). Pregnancy-induced low back pain in Indian women: Prevalence, risk factors, and correlation with serum calcium levels. *Anesthesia: Essays and Researches*, 13(2), 395–402. doi:10.4103/aer.AER_196_18
- Sinclair, M., Close, C., Mc Cullough, J., Hughes, C., & Liddle, S. D. (2014). How do women manage pregnancy-related low back and/or pelvic pain? Descriptive findings from an online survey. *Evidence-Based Midwifery*, 12(3), 76–82. Retrieved from <https://pure.ulster.ac.uk/en/publications/how-do-women-manage-pregnancy-related-low-back-andor-pelvic-pain--3>

Virgara, R., Maher, C., & Van Kessel, G. (2018). The comorbidity of low back pelvic pain and risk of depression and anxiety in pregnancy in primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 288. doi:10.1186/s12884-018-1929-4

Vleeming, A., Albert, H. B., Ostgaard, H. C., Stureson, B., & Stuge, B. (2008). European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *European Spine Journal*, 17(6), 794–819. doi:10.1007/s00586-008-0602-4

ผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป*

The Effect of Stabilization-based Program on Anxiety in Elderly Patients with Generalized Anxiety Disorder*

กาญจนา ศุภศรี, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Kanjana Supphasri, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

วินิภาณูญ์ คงสุวรรณ, ปร.ด. (การพยาบาล)²

อรวรรณ หนูแก้ว, ปร.ด. (การพยาบาล)³

Vineekarn Kongsuwan, Ph.D. (Nursing)²

Orawan Nukaew, Ph.D. (Nursing)³

Received: January 3, 2024

Revised: April 23, 2024

Accepted: April 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจต่อความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบประเมินความวิตกกังวล มีค่าความเชื่อมั่น .82 และ .83 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Major Advisor

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Vineekarn.k@psu.ac.th

³ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Instructor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University: Co-advisor

เดือนเมษายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.190, p < .001$ และ $t = 9.390, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.710, p < .001$ และ $t = 10.880, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป เพื่อลดความวิตกกังวลและป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ
คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ความวิตกกังวล ผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of stabilization-based program on anxiety in elderly patients with generalized anxiety disorder. The participants were 60 elderly patients with generalized anxiety disorder undergoing treatment at a hospital in the southern region of Thailand and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the stabilization-based program, the Ruminative Response Scale (RRS) with a reliability of .83, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI form Y) with the reliabilities of .82 and .83, the Modified Barthel Activities of Daily Living Index (BAI), the Mini-Mental State Examination: Thai version (MMSE-Thai 2002), and a demographic data form. The implementation and data collection were conducted from February to April 2022. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean scores of state-anxiety and trait-anxiety than those of before the experiment ($t = 9.190, p < .001$ and $t = 9.390, p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly lower mean scores of state-anxiety and trait-anxiety than those of the control group ($t = 5.710, p < .001$ and $t = 10.880, p < .001$, respectively).

This research suggests that psychiatric nurses should adopt the stabilization-based program to care for elderly patients with generalized anxiety disorder, in order to reduce anxiety and prevent the mental health crisis.

Keywords: Stabilization-based program, Anxiety,
Elderly patients with generalized anxiety disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2001–2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2563) และประเทศไทยเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ในทวีปเอเชีย และสูงเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มประเทศอาเซียน (วัชรภรณ์ ชิวโสภัญ, 2562) ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างเต็มรูปแบบ โดยข้อมูลจากกรมการปกครอง ระบุว่าปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ หรือประมาณ 13 ล้านคนของประชากรทั้งประเทศ 66,057,967 คน (Thai PBS, 2567) และคาดการณ์ว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (super-aged society) ในปี พ.ศ. 2578 ในขณะที่ประชากรรวมของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.40 ต่อปี แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นมากถึงประมาณร้อยละ 5 ต่อปี (ทรงศักดิ์ รักพ่วง และ ภูงศ์ เสนานุช, 2562; มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) ซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้มีการคาดการณ์ว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2561; สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรมฤทธิ, ชีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความวิตกกังวล เมื่อผู้สูงอายุ

มีความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นและไม่สามารถจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่รุนแรงตามมา จากการศึกษาพบว่าสามารถพัฒนาไปเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (generalized anxiety disorder [GAD]) (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งรบกวนการทำหน้าที่และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ จากสถิติผู้ใช้บริการที่คลินิกจิตเวชผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้ใช้บริการจำนวน 3,605 คน เข้ารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวลจำนวน 892 คน คิดเป็นร้อยละ 24.74 ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาด้วยโรควิตกกังวลทั่วไปมากถึงร้อยละ 60 สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohlman, Eldreth, Price, Staples, and Hanson (2017) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเป็นโรควิตกกังวลทั่วไปมากที่สุด และโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นโรคที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560)

โรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (กรมสุขภาพจิต, 2561; จันทนา สารแสง, 2561; พรพิมล เพ็ชรบุรี, 2559; Menta, Bisol, Nogueira, Engroff, & Neto, 2020) โดยวัยสูงอายุเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในทางที่เสื่อมถอย เกิดข้อจำกัดด้านสุขภาพ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (จิตติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ดันติมา ด้วงโยธา, อุบุญรัตน์ ฐีรราช, และปิยนุช กิมเสาว, 2559) อีกทั้งผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่มีการสูญเสีย

บุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เหนงา และสิ้นหวัง นอกจากนี้ยังเป็นช่วงวัยที่มีการปลดเกษียณและลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรควิตกกังวลทั่วไปในผู้สูงอายุ (Mohlman et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีอาการวิตกกังวลมากเกินไปจนเกินกว่าเหตุ (excessive) เป็นอยู่ตลอด (persistent) และวิตกกังวลแทบทุกเรื่อง (pervasive) เกิดร่วมกับอาการทางกายอื่น ๆ จากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ กล้ามเนื้อตึงเครียด และมีภาวะ cognitive hypervigilance เช่น ตื่นตัว ตกใจง่าย (สุกัญญา สุทศศิลป์, รังสิมันต์สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา, 2559; Menta et al., 2020) จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไปเป็นรูปแบบความคิดที่บิดเบือนหรือความคิดทางลบ ไม่สร้างสรรค์ เกิดร่วมกับพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่แปรปรวนไป (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560; สิริพร รังสิตเสถียร, 2562) ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้และตีความเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่เข้ามากระทบจิตใจ (trauma) และคุกคามความสุขของตนเอง (Park & Chung, 2020) อีกทั้งยังมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยมีรูปแบบของกระบวนการคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ อยู่เป็นเวลานาน (กุลปรีชา สิริพานิช, ธนัช มนต์วิพงศ์สกุล, และสรวิศรัตน์ชาติชูชัย, 2556; Nolen-Hoeksema, 2000) หากไม่สามารถจัดการความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้จะนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ คุกคามการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (Caplan, 1964) เช่น เกิดพฤติกรรมก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่สนใจดูแลตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (Menta et al., 2020) หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา พบว่า ร้อยละ 80 จะพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่รุนแรงขึ้น ได้แก่ โรคตื่นตระหนก โรคซึมเศร้า และโรคความผิดปกติ

ทางอารมณ์ โดยจะมีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลในระดับรุนแรง ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติ นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปจะแสวงหาแหล่งบริการเพื่อการรักษาหลาย ๆ แหล่ง ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่สูงมาก (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) โรควิตกกังวลทั่วไปจึงถือเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปมักได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (พจนีย์ ดวงจรัส, 2559) โดยการรักษาแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการบำบัดทางจิตสังคม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) ซึ่งการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอที่จะรักษาโรควิตกกังวลทั่วไป เนื่องจากไม่สามารถลดอาการและแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด จะต้องผสมผสานวิธีการอื่นร่วมด้วย (พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, และสมรัักษ์ สันติเบญจกุล, 2561) จากการศึกษาการบำบัดทางจิตสังคมในโรควิตกกังวลทั่วไป พบการศึกษาในผู้ใหญ่ ได้แก่ การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (จุฑารัตน์ ทองสลับ, 2560) กลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลาย การบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติ (พัชรินทร์ ครองธรรม และคณะ, 2561) การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (สุกัญญา สุทศศิลป์ และคณะ, 2559) การฝึกผ่อนคลายด้วยวิดีโอ (Mohlman et al., 2017) ส่วนการศึกษาการบำบัดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุประกอบด้วย การฝึกเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อแบบก้าวหน้า การฝึกโยคะ การใช้ศิลปะบำบัด โดยการให้ผู้สูงอายุได้วาดภาพอิสระที่อยากวาด การบำบัดด้วยการเดินร่ำ (วิชาชา แซ่ฮุ่ย และระวีวรรณ วรรณวิไชย, 2560) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางปัญญา (cognitive rehabilitation) เช่น การเล่นเกมที่มีการจดจำหรือการจินตภาพ กิจกรรมทางสังคมและการเข้าร่วมเครือข่าย (social activities) การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคลายความ

วิตกกังวลได้ (Subramanyam, Kedare, Singh, & Pinto, 2018) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการบำบัดรักษาที่เฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และจากการศึกษากิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชทั่วไป โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ประกอบด้วยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค และการให้การปรึกษาเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการบำบัดที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

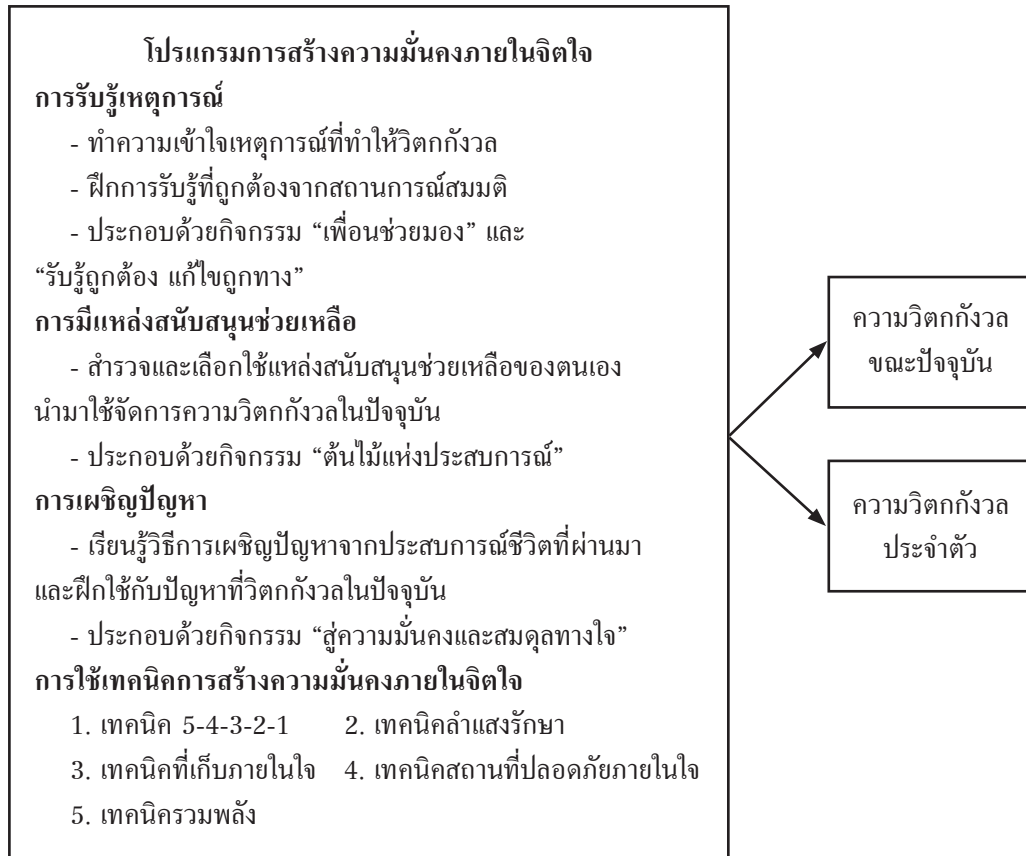
1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจ (stabilization techniques) ในการพัฒนาโปรแกรมการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่ง Aguilera ได้แบ่งองค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) คือ การเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ถูกต้อง เหมาะสมตามความเป็นจริง ซึ่งผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีการรับรู้เหตุการณ์ที่วิตกกังวลที่บิดเบือนไปในทางลบ จึงไม่สามารถจัดการปัญหาได้ หากมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็จะสามารถแก้ปัญหาได้ถูกต้อง 2) การมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (situational support) คือ การให้ผู้สูงอายุได้สำรวจแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือของตนเอง และสามารถนำมาใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ และ 3) วิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) คือ การให้ผู้สูงอายุได้นำประสบการณ์การเรียนรู้การเผชิญปัญหาที่ผ่านมา นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเผชิญปัญหาในปัจจุบัน เพื่อให้เข้าใจปัญหาและจัดการอย่างเหมาะสม ร่วมกับนำเทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ เพื่อจัดการการหมกมุ่นครุ่นคิด อันเป็นสาเหตุของความวิตกกังวลในโรควิตกกังวลทั่วไป และเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ ปลอดภัย และผ่อนคลาย ซึ่งประกอบด้วย 5 เทคนิค จึงคาดว่าโปรแกรมจะช่วยลดภาวะวิกฤตจากความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุที่เป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ทำให้ปรับตัวกลับสู่สภาวะสมดุลทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป และมารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวล (the State-Trait Anxiety Inventory [STAI form Y]) 2) มีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด

ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (the Ruminative Response Scale [RRS]) 3) มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (the Modified Barthel Activities of Daily Living Index [BAI]) 4) ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (the Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE–Thai 2002]) 5) ไม่เคยได้รับการบำบัดทางจิตสังคม 6) สามารถเข้าร่วมโปรแกรมผ่านทาง line video call ได้ด้วยตนเองหรือมีญาติเป็นผู้ดูแล และ 7)ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของ Polit and Beck (2012) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .89 (คำนวณจากการศึกษาของ พัชรินทร์ ครอบธรรม และคณะ [2561] โดยใช้สูตรของ Cohen [1988]) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 50 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 (ธานินทร์ ศิลปจารุ, 2550) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยให้แต่ละกลุ่มมีสัดส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 2 : 1 จากนั้นจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลาก (รายชื่อที่จับได้ครั้งแรกในแต่ละคู่จัดให้อยู่ในกลุ่มทดลอง)

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของ Aguilera (1994) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ดำเนินการ 3 ครั้ง จำนวน 8 กิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 จำนวน 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และฝึกใช้เทคนิค 5-4-3-2-1 จากนั้นให้เล่าเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกวิตกกังวล แล้วใช้กระบวนการกลุ่มในการประเมินการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง ไม่บิดเบือนหรือมีความคิดทางลบ และฝึกใช้เทคนิคคำแสวงรักษา เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายตัวร่างกาย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาท

อัตโนมัติ

ครั้งที่ 2 จำนวน 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการฝึกการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงจากสถานการณ์สมมติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตที่สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ และทำให้ความวิตกกังวลลดลง ว่ามีแหล่งสนับสนุนทางสังคมใดบ้างที่คอยให้การช่วยเหลือ เพื่อนำมาปรับใช้กับเหตุการณ์ที่วิตกกังวลในปัจจุบัน และมีการฝึกใช้เทคนิคที่เก็บภายในใจและเทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ เพื่อให้เกิดความรู้สึกสงบ ปลอดภัย และคลายความวิตกกังวล

ครั้งที่ 3 จำนวน 2 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที เป็นการส่งเสริมให้นำการเผชิญปัญหาที่เคยใช้แล้วได้ผล มาใช้เผชิญปัญหาในปัจจุบัน และบูรณาการองค์ประกอบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ มาใช้จัดการความวิตกกังวลในปัจจุบัน จากนั้นฝึกเทคนิครวมพลัง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการวิจัย คือ แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) ของ Nolen-Hoekema and Morrow ปี ค.ศ. 1991 ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่แปลโดยวาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา พาณิชย์รัตน์, กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, Elaine A. Thompson, และเชษฐา นิตยสุทธิ (2554) แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า จำนวน 12 ข้อ การครุ่นคิด จำนวน 5 ข้อ และการสะท้อนความคิด จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ เกือบจะไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อยครั้ง และเกือบจะสม่ำเสมอ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 คะแนน) และมีปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิด (มากกว่า 48 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินความวิตกกังวล

(STAI form Y) ของ Spielberger (1985) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดยราตรี นนทศักดิ์, จิน เบรี่, และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2535) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) STAI form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด ก่อนข้างมาก เล็กน้อย และไม่เลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม และ 2) STAI form Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ มากที่สุด ก่อนข้างมาก เล็กน้อย และไม่เลย ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน) ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ในระดับสูง (61-70 คะแนน) และในระดับสูงมาก (71-80 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด (RRS) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 2

ชุดที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (BAI) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับที่พัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, ภิรมย์กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตราบุนนาค (2537) ครอบคลุมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2, 3 และ 4 ระดับ จากคะแนน 0-1, 0-2 และ 0-3 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-20 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด (0-4 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ (5-8 คะแนน) มีภาวะพึ่งพาบางส่วน

(9-11 คะแนน) และมีภาวะพึ่งพาล็กน้อยหรือไม่มีภาวะพึ่งพา (12-20 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2542) ใช้สำหรับคัดกรองความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ (cognitive impairment) ด้านต่างๆ จำนวน 11 ข้อ สำหรับการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 กรณี ดังนี้ 1) ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ (สมรรถภาพสมองบกพร่อง) หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง 2) ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง และ 3) ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา หรือผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ หากได้คะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความบกพร่องในการทำงานของสมอง

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาพการพักอาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ และแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล (STAI form Y) ดังรายละเอียดในส่วนที่ 3

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาพัฒนาการ พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดทางจิตสังคมด้วยการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล (มี 2 ส่วน) ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไปที่มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .82 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ PSU IRB 2021 - St - Nur 032 [Internal] วันที่ 19 ตุลาคม 2564) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ (เอกสารรับรอง เลขที่ DMH.IRB 007/2564 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ และปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 คน เพื่อช่วยควบคุมเวลาในการดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย การดำเนินกิจกรรม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ขอ ID line เพื่อเพิ่มเพื่อน และสร้างกลุ่ม ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มควบคุมผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล ที่ละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคจิตกึ่งวลทั่วไป

5. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มทดลองผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวล ที่ละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

6. ในสัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดำเนินการผ่านทาง line video call กลุ่มละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (รวมเป็น 3 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยในสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที ในสัปดาห์ที่ 2

ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที และในสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรม 2 กิจกรรม ใช้เวลา 90 นาที

7. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มควบคุมผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวลทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

8. ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มทดลองผ่านทาง line video call เป็นรายบุคคล อ่านแบบประเมินการหมกมุ่นครุ่นคิด และแบบประเมินความวิตกกังวลทีละข้อแล้วให้เลือกคำตอบ หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี ($SD = 4.13$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 53.30 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 60 ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดอบอุ่น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนใหญ่ไม่ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70 และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.70 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.70 โดยมีอายุเฉลี่ย 66.63 ปี ($SD = 4.13$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.40 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นแบบใกล้ชิดอบอุ่น คิดเป็นร้อยละ 76.70 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 63.40 มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 86.70 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 83.30 และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 76.70

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

2. การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.190, p < .001$ และ $t = 9.390, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	56.33	4.64	48.07	5.94	9.190	< .001
ความวิตกกังวลประจำตัว	55.77	3.19	47.13	4.33	9.390	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	54.73	4.51	55.57	4.07	1.500	.150
ความวิตกกังวลประจำตัว	54.83	4.20	55.83	2.98	1.990	.060

3. การเปรียบเทียบความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลอง

พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.710$, $p < .001$ และ $t = 10.880$, $p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	56.33	4.64	54.73	4.51	1.350	.180
ความวิตกกังวลประจำตัว	55.77	3.19	54.83	4.19	.970	.340
หลังการทดลอง						
ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน	48.07	5.94	55.57	4.07	5.710	< .001
ความวิตกกังวลประจำตัว	47.13	4.33	56.80	2.21	10.880	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลประจำตัว ต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจช่วยลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว ซึ่งความวิตกกังวลทั้งสองประเภทเป็นความวิตกกังวล เฉพาะในผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไป โดยกิจกรรมใน โปรแกรมช่วยรักษาสมาดุลภายในจิตใจและช่วยป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจในผู้สูงอายุ สอดคล้อง กับที่ Spielberger, Gorsuch, and Lushene (1970) กล่าวว่า ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวล ประจำตัวเป็นลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยโรควิตกกังวล ทั่วไป โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการ เปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ เกิดความวิตกกังวลได้มากขึ้น โดยความวิตกกังวลใน ระดับปานกลางขึ้นไปทำให้ผู้สูงอายุรับรู้เหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นในทางลบ ประกอบกับการไม่มีแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือ เมื่อความวิตกกังวลสูงขึ้นก็ยิ่งส่งผลให้ การเผชิญปัญหาบกพร่อง เกิดเป็นภาวะวิกฤตทางจิตใจ ที่เกิดขึ้นซ้ำ ๆ คุกคามการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบใช้กรอบแนวคิดการจัดการ ภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) ร่วมกับการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคนิคการสร้างความ มั่นคงภายในจิตใจ ที่สามารถลดความวิตกกังวลขณะ ปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในผู้สูงอายุโรค วิตกกังวลทั่วไป จากการที่ผู้สูงอายุได้สร้างสัมพันธภาพ เกิดความไว้วางใจกันภายในกลุ่ม ได้ระบายความ วิตกกังวลกับผู้สูงอายุด้วยกัน อีกทั้งได้ฝึกการรับรู้ เหตุการณ์ที่ถูกต้องจากสถานการณ์สมมติ ทำให้มีความ เข้าใจเหตุการณ์ที่ตนเองวิตกกังวลมากขึ้น สอดคล้อง

กับการศึกษาของสุกัญญา สุทธศิลป์ และคณะ (2559) ที่พบว่า การทำความเข้าใจกับปัญหาให้ถูกต้องตาม ความเป็นจริง ทำให้เกิดการยอมรับและสามารถมองเห็น ปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เมื่อเข้าใจปัญหา ความ วิตกกังวลจึงลดลง

การที่ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้สำรวจแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือจากประสบการณ์ที่ผ่านมา และแลกเปลี่ยน กันภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการรับรู้แหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือของตนเองนั้นมีหลากหลาย สามารถนำมาใช้ เป็นทางเลือกในการข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจเมื่อ เกิดความวิตกกังวล อีกทั้งกิจกรรมนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้รับกำลังใจในการใช้ชีวิต ทั้งจากผู้วิจัยและผู้สูงอายุ ในกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช เนาะแก้ว (2560) ที่พบว่า การได้รับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ที่เพียงพอจะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถข้ามผ่านภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองยังได้สำรวจวิธีการเผชิญปัญหาจาก ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา และฝึกนำมาใช้ในการจัดการ ความวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งระยะนี้ ผู้สูงอายุจะเกิด ความพร้อมในองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ตาม กรอบแนวคิดการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ของ Aguilera (1994) โดยได้ฝึกการรับรู้ที่ถูกต้อง มีการ เลือกใช้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และมีการเลือกวิธี เผชิญปัญหา อันนำมาสู่การปรับตัวที่ดี สอดคล้องกับ การศึกษาของธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม, และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน (2562) ที่พบว่า เมื่อบุคคลเข้าใจปัญหา มีการรับรู้เหตุการณ์ที่ ถูกต้อง มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่เพียงพอ สามารถ เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะนำมาสู่การปรับตัวกลับ เข้าสู่ภาวะสมดุลทางจิตใจ ส่งผลให้ความวิตกกังวล ขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวลดลง

นอกจากนี้ ในการดำเนินโปรแกรมการสร้างความ มั่นคงภายในจิตใจ ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการสร้าง ความมั่นคงภายในจิตใจ 5 เทคนิค ได้แก่ 1) เทคนิค 5-4-3-2-1 ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมาธิจดจ่ออยู่กับปัจจุบัน

มากขึ้น สามารถหยุดการหมกมุ่นครุ่นคิดหรือคิดซ้ำๆ ในเรื่องที่วิตกกังวล 2) เทคนิคคำแสงรักษา เนื่องจากผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปมักมีอาการทางกายร่วมด้วย ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ และมีระบบกล้ามเนื้อตึงเครียด (สุกัญญา สุทธศิลป์ และคณะ, 2559) เทคนิคนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนได้ขจัดความไม่สบายตามร่างกายออกไป 3) เทคนิคที่เก็บภายในใจ เนื่องจากผู้สูงอายุโรควิตกกังวลทั่วไปจะมีปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบจิตใจ ทำให้หมกมุ่นครุ่นคิด เทคนิคนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ขจัดความทุกข์ใจ ทำให้รู้สึกสบายใจ 4) เทคนิคสถานที่ปลอดภัยภายในใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสงบ สบายใจ และคลายความวิตกกังวล และ 5) เทคนิครวมพลัง เป็นเทคนิคที่ให้ผู้สูงอายุได้นึกถึงเรื่องราวที่ทำให้ตนเองมีความสุขในช่วงวัยต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุขและคลายความวิตกกังวล จึงสามารถลดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันได้ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้มีการฝึกเทคนิคเหล่านี้ที่บ้านระหว่างการดำเนินโปรแกรมในแต่ละสัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์เข้ามากระทบจิตใจทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุจะเลือกใช้เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทั้ง 5 เทคนิคนี้ ส่งผลให้ความวิตกกังวลกับเหตุการณ์ขณะนั้นลดลง แสดงให้เห็นว่าเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจทำให้ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี ฝนดี, มฤณย์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์ (2562) ที่มีการนำเทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจมาใช้ในการให้การปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลในนักศึกษา พบว่า เทคนิคการสร้างความมั่นคงภายในจิตใจสามารถช่วยให้นักศึกษามีความวิตกกังวลลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
 พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการสร้าง
 ความมั่นคงภายในจิตใจไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรค

วิตกกังวลทั่วไป เพื่อลดความวิตกกังวลให้แก่ผู้สูงอายุ
 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง
 ความมั่นคงภายในจิตใจต่อการลดความวิตกกังวลใน
 ผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มที่มี
 ภาวะพึ่งพา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศูนย์ความเป็นเลิศด้าน
 ผู้สูงวัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ที่มอบทุนสนับสนุนบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ
 2564

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). *ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพทางใจ*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27565>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *93 วันสู่สังคม “คนชรา” 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>
- กุลปรียา ศิริพานิช, ธนัช มนัสวีพงศ์สกุล, และสรวิศ รัตนชาติสุขชัย. (2556). *ความสัมพันธ์ระหว่างการหมกมุ่นครุ่นคิดและความวิตกกังวล โดยมีสติเป็นตัวแปรกำกับ*. สืบค้นจาก https://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/44156/1/Kulpariya_si.pdf
- จันทนา สารแสง. (2561). *คุณภาพชีวิตและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- จุฬารัตน์ ทองสลับ. (2560). *โรควิตกกังวลทั่วไป* ดีขึ้นได้ด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 7(1), 40-51.

- ดาราพรรณ ตะปันตา. (2535). *การลดความวิตกกังวลของพยาบาลประจำการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทรงศักดิ์ รักพ่วง, และกุชงค์ เสนานุช. (2562). นวัตกรรมทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ: ความสำคัญต่อสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิชาการนวัตกรรมสื่อสารสังคม*, 7(2), 205–215.
- ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, สุนทรี สิทธิสงคราม, และผกาทิพย์ ปอยสูงเนิน. (2562). บทบาทพยาบาลในการดูแลบุคคลที่มีภาวะวิกฤตทางจิตใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 36(1), 82–89.
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS: ครอบคลุมทุกเวอร์ชัน* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: วี. อินเตอร์ พรินท์.
- จิตพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พินตองกูร, ดันติมา ดวงโยธา, อุบลรัตน์ ฐีรราช, และปิยนุช กิมเสาว. (2559). ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 61(4), 319–330.
- นงศ์นุช เนาะแก้ว. (2560). ความเครียด ความวิตกกังวล และการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(2), 103–108.
- พจณีย์ ดวงจรัส. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลทางความคิดและพฤติกรรมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พรพิมล เพ็ชรบุรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัชรินทร์ ครองธรรม, เพ็ญพักตร์ อุทิศ, และสมรักษ์ สันติเบญจกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดบนพื้นฐานของการเจริญสติต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั่วไป. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(1), 23–34.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- วัชรารักษ์ ชิวโสภิชญ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 6(1), 38–54.
- วาริรัตน์ ถาน้อย, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, Elaine A. Thompson, และเดชารุช นิตยสุทธิ. (2554). แบบวัดความเครียดต่อสถานการณ์ฉบับภาษาไทยสำหรับวัยรุ่น: คุณภาพของเครื่องมือ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(เพิ่มเติม 2), 29–38.
- วิลาสินี ฝนดี, มณญ์ แก้วจินดา, และวรางคณา โสมะนันท์. (2562). การลดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลด้วยการปรึกษาเชิงจิตวิทยาโดยเสริมเทคนิคความมั่นคงภายใน: กรณีศึกษานิสิตระดับปริญญาตรี. *วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์*, 12(2), 3–13.
- วิสาชา แซ่ฮ้อย, และระวีวรรณ วรรณวิไชย. (2560). การเคลื่อนไหวบำบัด : กิจกรรมพัฒนาผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปกรรมศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 3(2), 1–12.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2542). *คู่มือการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สิริพร รังสิตเสถียร. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความจำใช้งาน การควบคุมพฤติกรรมตนเอง การคิดอย่างยืดหยุ่นและความซึมเศร้าโดยมีการหมกมุ่นครุ่นคิดเป็นตัวแปรส่งผ่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา สุทธศิลป์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และสารรัตน์ วุฒิอาภา. (2559). ผลของการบำบัดผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปด้วยโปรแกรมแก้ปัญหา. *พุทธชินราชเวชสาร*, 33(3), 337–346.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ภิรมย์ กมลรัตนกุล, สุนิตย์ จันทร์ประเสริฐ, และศรีจินตรา นูนาค. (2537). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตย. *วารสารจดหมายเหตุทางแพทย์ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 77(5), 231–238.
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ชีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. (2561). ความทุกข์ของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(1), 89–98.
- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology*. St. Louis, MO: Mosby.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Menta, C., Bisol, L. W., Nogueira, E. L., Engroff, P., & Neto, A. C. (2020). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among elderly people in primary health care. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(2), 126–130. doi:10.1590/0047-2085000000267
- Mohlman, J., Eldreth, D. A., Price, R. B., Staples, A. M., & Hanson, C. (2017). Prefrontal- limbic connectivity during worry in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*, 21(4), 426–438. doi:10.1080/13607863.2015.1109058
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11016119/>
- Park, M. J., & Chung, M. Y. (2020). Effects of anxiety on health related quality of life of the elderly: Multiple mediating effects of self-esteem and social support. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 31(1), 24–33. doi:10.12799/jkachn.2020.31.1.24
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist*, 2(4), 6–16.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P., & Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl. 3), 371–382. doi:10.4103/0019-5545.224476

Thai PBS. (2567). *Aging society ไทยเข้าสู่สังคม “แก่เต็มขั้น” สวนทางเด็กเกิดน้อย*. สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/335743>

ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน
ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์
ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2
อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*

The Effectiveness of Applying the Theory of Planned Behavior
to Modify Premature Sexual Intercourse Preventive Behavior
in Female Secondary School Students,
Mueang District, Kamphaeng Phet Province*

สุทธิวรรณ อรามเรือง, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Suttiwan Aramreung, M.P.H. (Public Health)¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ประ.ด. (ประชากรศาสตร์)²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography)²

Received: January 2, 2024

Revised: March 27, 2024

Accepted: March 28, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

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

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

การวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น .77 แบบสอบถามความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .91 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .87 และ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีค่าความเชื่อมั่น .82 ดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.255, p < .01, t = 2.449, p < .05, t = 6.595, p < .001, t = 3.010, p < .01, t = 6.021, p < .001$ และ $t = 8.115, p < .001$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.538, p < .05, t = 3.496, p < .01, t = 7.167, p < .001, t = 2.536, p < .05, t = 5.385, p < .001$ และ $t = 4.130, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมโปรแกรมในการวิจัย ครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่อื่นๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

คำสำคัญ: ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of applying the Theory of Planned Behavior to modify premature sexual intercourse preventive behavior in female secondary school students. The samples were 60 female secondary school students studying at schools in Mueang District, Kamphaeng Phet Province and were equally divided into an experimental group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The research instruments included the applying the Theory of Planned Behavior to modify premature sexual intercourse preventive behavior program, a demographic data form, an attitude towards sexual intercourse in adolescent questionnaire with a reliability of .77, a belief in the expectation of the reference group questionnaire with a reliability of .92, a compliance with the reference group in preventing premature sexual intercourse questionnaire with a reliability of .91, a self-efficacy

in preventing premature sexual intercourse questionnaire with a reliability of .81, an intention in preventing premature sexual intercourse questionnaire with a reliability of .87, and a premature sexual intercourse preventive behavior questionnaire with a reliability of .82. The implementation and data collection were conducted from May to July 2020. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of attitude towards sexual intercourse in adolescent, belief in the expectation of the reference group, compliance with the reference group in preventing premature sexual intercourse, self-efficacy in preventing premature sexual intercourse, intention in preventing premature sexual intercourse, and premature sexual intercourse preventive behavior than those of before the experiment ($t = 4.255$, $p < .01$; $t = 2.449$, $p < .05$; $t = 6.595$, $p < .001$; $t = 3.010$, $p < .01$; $t = 6.021$, $p < .001$; and $t = 8.115$, $p < .001$, respectively) and those of the control group ($t = 2.538$, $p < .05$; $t = 3.496$, $p < .01$; $t = 7.167$, $p < .001$; $t = 2.536$, $p < .05$; $t = 5.385$, $p < .001$; and $t = 4.130$, $p < .001$, respectively).

This research suggests that schools or related agencies should adopt this program for female secondary school students in other settings, in order to enhance premature sexual intercourse preventive behavior.

Keywords: Theory of Planned Behavior, Premature sexual intercourse preventive behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความสำคัญ เป็นวัยที่เปลี่ยนจากความเป็นเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยที่เกิดปัญหาได้มาก เช่น การคบเพื่อน การเข้ากลุ่มเพื่อน การเรียน การใช้สารเสพติด การเปลี่ยนแปลงด้านรูปร่าง การขัดแย้งกับบุคคลสูงวัย การสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนต่างเพศ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร รวมถึงปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งในปัจจุบัน วัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เข้าถึงสื่อได้ง่าย โดยเฉพาะสื่อทางอินเทอร์เน็ต ทำให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลในทางที่ผิด ๆ และทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่สมควร ซึ่งปัญหาที่น่าเป็นห่วงของวัยรุ่นหญิง คือ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร หรือ “แม่วัยใส” (สุชาติ รัตนา, เรขา อรัญวงศ์, และรัชนิ นิธกร, 2558)

การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) หมายถึง การตั้งครรภ์ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยในปัจจุบัน ประเทศไทยมีสถิติแม่วัยรุ่นสูงสุดในภูมิภาคเอเชีย และเป็นอันดับ 2 ของโลก รองจากประเทศแอฟริกาใต้ (สรณ สุวรรณเรืองศรี, โสเพัญ ชุนวล, และวรางคณา ชัชเวช, 2558) ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ “การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปี” เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (millennium development goals [MDGs]) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals [SDGs]) และได้กำหนดให้ “การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10–14 ปี

และอายุ 15-19 ปี” เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของคนทุกเพศทุกวัย ที่นานาชาติต้องการบรรลุเป้าหมายให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นหญิงเริ่มเมื่อเข้าสู่การเป็นวัยรุ่นตอนต้น และเด็กหญิงที่ตั้งครรภ์มีแนวโน้มอายุน้อยลงเรื่อยๆ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2558) สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร ในปี พ.ศ. 2560 พบอัตราคลอดมีชีพเท่ากับ 7.58 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวนพันคน โดยอำเภอเมืองมีอัตราเท่ากับ 35.30 เมื่อแยกเป็นรายตำบลพบว่า ตำบลที่มีอัตราคลอดมีชีพมากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่า 42 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี จำนวนพันคน) ได้แก่ ตำบลฉนวน ตำบลนาบ่อคำ และตำบลนครชุม ซึ่งมีอัตราเท่ากับ 61.54, 59.56 และ 47.62 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2560) จากสถานการณ์ดังกล่าว แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น แต่ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เรื้อรัง ทั้งนี้ วัยรุ่นในปัจจุบันได้รับอิทธิพลจากสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะเพื่อน และมีค่านิยมเสรีทางเพศ ทำให้คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเป็นเรื่องที่พบได้ทั่วไป ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น โดยการส่งเสริมและกระตุ้นให้กลุ่มวัยรุ่นมีการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการลดปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง จึงค้นคว้าทฤษฎีที่เหมาะสมในการประยุกต์ใช้ พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)

ของ Ajzen (1991) มีแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งจากการศึกษาของ Schaalma, Abraham, Gillmore, and Kok (2004) พบว่าเจตคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถตนเอง สามารถทำนายเจตนาในการใช้ถุงยางอนามัยได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง อันนำไปสู่การลดลงของอัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรและอัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นหญิงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความ

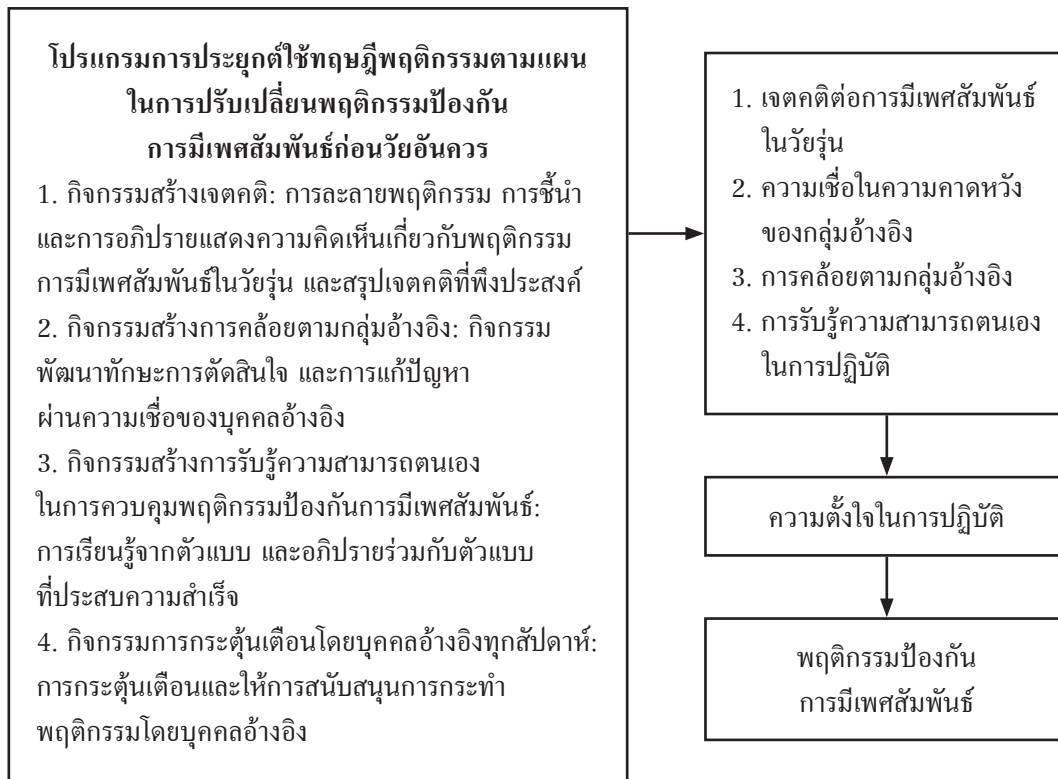
สามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง โดยได้เพิ่มตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดทั้งเจตนาที่จะกระทำพฤติกรรมและการกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน

กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านเจตคติต่อพฤติกรรม 2) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมโดยผ่านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยควบคุม ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม โดยผ่านการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม ทั้งนี้ ตัวแปรต่างๆ ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ รวมทั้งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการนำทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งเน้นกิจกรรมที่ทำให้นักเรียนหญิงเกิดเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้อง มีความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติ และเกิดพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ถูกต้อง สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น นักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียน ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 353 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดี 2) สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียน ภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ 3) มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ 4) ได้รับการยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัยจาก ผู้ปกครอง และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์ การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบ

ตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย คำนวณ ขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการทดสอบสมมติฐาน กรณีส ประชากรสองกลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Bernard, 2000) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการศึกษา ของนพรัตน์ สโมสร (2560) มาร่วมในการคำนวณ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 27 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวม จำนวน 54 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่ มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ประมาณร้อยละ 15 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มละ 30 คน รวมจำนวน 60 คน เลือกโรงเรียนที่ศึกษา จำนวน 2 แห่ง ที่มีการจัดการเรียนการสอนคล้ายคลึงกัน แล้วทำการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้โรงเรียน

แห่งหนึ่งเป็นกลุ่มทดลอง และโรงเรียนอีกแห่งหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างเจตคติ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมละลายพฤติกรรมเพื่อสร้างความเป็นกันเองระหว่างผู้วิจัยกับนักเรียน และ 2) กิจกรรมการชี้แนะในเรื่องการตั้งครกในวัยเรียนทำความเข้าใจปัญหาร่วมกัน และร่วมอภิปรายเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น สะท้อนความคิด และสรุปเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่พึงประสงค์

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที ประกอบด้วย 1) กิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจตามสถานการณ์จำลอง และ 2) กิจกรรมพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ด้วยการให้คำปรึกษาเชิงการศึกษาและจิตวิทยา จัดระบบความเชื่อโดยผ่านบุคคลอ้างอิงที่มีผลต่อความคิดและความเชื่อ ได้แก่ ครูประจำชั้น ผ่านการบรรยาย การใช้สถานการณ์จำลอง หรือการสาธิต เพื่อสะท้อนความคิด และสรุปประมวล

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมเห็นความสำเร็จ โดยให้นักเรียนฝึกตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเอง โดยวิเคราะห์ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำในสถานการณ์เสี่ยง และอภิปรายร่วมกับตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ และ 2) กิจกรรมการเห็นคุณค่า โดยให้นักเรียนบอกประโยชน์ที่ได้รับจากการได้เห็นประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของผู้อื่น และ

บอกแนวทางการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นเตือน โดยบุคคลอ้างอิงทุกสัปดาห์ ใช้เวลา 3 สัปดาห์ เป็นการกระตุ้นเตือนและให้การสนับสนุนการกระทำพฤติกรรมของนักเรียนโดยบุคคลอ้างอิง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 7 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ผลการเรียนเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา ลำดับที่ของบุตร สถานภาพของบิดามารดา การมีแฟน/คนรัก การมีเพื่อนสนิท กิจกรรมในเวลาว่าง กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศ และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศที่ได้รับ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-100 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้อง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ คัดค้านแน่นอน คัดค้าน ไม่แน่ใจ สนับสนุน และสนับสนุนแน่นอน คะแนนรวมอยู่ในช่วง

14-70 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเชื่อในความคาดหวังน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเชื่อในความคาดหวังมาก

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาก

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ คิดว่าไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างแน่นอน คิดว่าไม่สามารถปฏิบัติได้ ไม่แน่ใจ คิดว่าสามารถปฏิบัติได้ และสามารถปฏิบัติได้อย่างแน่นอน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองมาก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความตั้งใจในการป้องกันน้อย และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความตั้งใจในการป้องกันมาก

ชุดที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบ

เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ 2-3 เดือน ต่อครั้ง เดือนละ 1-2 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่ถูกต้อง และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้อง

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น แบบสอบถามความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านประชากรศึกษา อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .68-.82 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร ที่ไม่ใช่โรงเรียนที่ศึกษา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .77, .92, .91, .81, .87 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 145/2019 และ IRB No. 0005/62 วันที่ 10 เมษายน 2562) ผู้วิจัยจึงเริ่ม

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้ง 2 แห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น แบบสอบถามความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที

3. ในสัปดาห์ที่ 1-6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร โดยในสัปดาห์ที่ 1 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสร้างเจตคติ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 2 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 2 กิจกรรมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ใช้เวลา 4 ชั่วโมง 30 นาที ในสัปดาห์ที่ 3 ให้เข้าร่วมกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง และในสัปดาห์ที่ 4-6 ให้เข้าร่วม

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยบุคคลอ้างอิง ทุกสัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตตามปกติ

4. ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่โรงเรียนแต่ละแห่ง ให้ตอบแบบสอบถามเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น แบบสอบถามความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง แบบสอบถามการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แบบสอบถามความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 35 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนการเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.67 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็น

ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01–4.00 คิดเป็นร้อยละ 70 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 40–80 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.67 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว คือ บิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีพี่น้องร่วมบิดามารดาจำนวน 2 คนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.33 เป็นบุตรคนที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67 สถานภาพของบิดามารดาส่วนใหญ่ คือ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 63.33 มีแฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีเพื่อนสนิท คิดเป็นร้อยละ 96.67 ใช้เวลาว่างในการฟังเพลง/ร้องเพลง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่ คือ การฟังเพลง/ร้องเพลง คิดเป็นร้อยละ 83.33 ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา คือ บิดามารดา และเพื่อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.67 เท่ากัน การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นแบบใช้เหตุผล/มีความเข้าใจกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศ คิดเป็นร้อยละ 100 และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เคยได้รับส่วนใหญ่ คือ สื่อออนไลน์ เช่น facebook, instagram, line, twitter คิดเป็นร้อยละ 66.67 ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า ส่วนใหญ่มีอายุ 14 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01–4.00 คิดเป็นร้อยละ 73.33 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวันอยู่ในช่วง 40–80 บาท คิดเป็นร้อยละ 73.33 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยในครอบครัว คือ บิดามารดา คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีพี่น้องร่วมบิดามารดาจำนวน 2 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 เป็นบุตรคนที่ 2 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 สถานภาพของบิดามารดา คือ อยู่ด้วยกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.67 มีแฟน/คนรัก คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทั้งหมดมีเพื่อนสนิท คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างในการฟังเพลง/ร้องเพลง คิดเป็นร้อยละ 63.33 กิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลายความเครียด คือ การฟังเพลง/

ร้องเพลง คิดเป็นร้อยละ 86.67 ผู้ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหา คือ บิดามารดา และเพื่อน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.67 เท่ากัน การอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวเป็นแบบใช้เหตุผล/มีความเข้าใจกัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.33 ทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศ คิดเป็นร้อยละ 100 และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศที่เคยได้รับ คือ สื่อออนไลน์ เช่น facebook, instagram, line, twitter มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.67

2. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.255, p < .01$; $t = 2.449, p < .05$; $t = 6.595, p < .001$; $t = 3.010, p < .01$; $t = 6.021, p < .001$ และ $t = 8.115, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	3.93	1.14	4.86	.34	4.255	.001
ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง	4.40	.67	4.80	.40	2.449	.021
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.66	.92	4.86	.34	6.595	< .001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ	4.06	1.04	4.73	.45	3.010	.005
ความตั้งใจในการปฏิบัติ	4.16	.64	4.83	.38	6.021	< .001
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	4.10	.60	5.00	.00	8.115	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	4.20	.66	4.43	.85	1.489	.147
ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง	4.60	.67	4.36	.66	1.564	.129
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.90	.84	4.16	.53	1.547	.133
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ	4.40	.77	4.50	.50	.532	.599
ความตั้งใจในการปฏิบัติ	4.16	.91	4.33	.47	.740	.465
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	4.06	.74	4.33	.88	1.975	.058

3. การเปรียบเทียบเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.538, p < .05$; $t = 3.496, p < .01$; $t = 7.167, p < .001$; $t = 2.536, p < .05$; $t = 5.385, p < .001$ และ $t = 4.130, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มควบคุม (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	3.93	1.14	4.20	.66	1.092	.284
ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง	4.40	.67	4.60	.67	1.293	.206
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	3.66	.92	3.90	.84	1.191	.243
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ	4.06	1.04	4.40	.77	1.775	.086
ความตั้งใจในการปฏิบัติ	4.16	.64	4.16	.91	.000	1.000
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	4.10	.60	4.06	.74	.162	.873
หลังการทดลอง						
เจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น	4.86	.34	4.43	.85	2.538	.017
ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง	4.80	.40	4.36	.66	3.496	.002
การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง	4.86	.34	4.16	.53	7.167	< .001
การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ	4.73	.45	4.50	.50	2.536	.017
ความตั้งใจในการปฏิบัติ	4.83	.38	4.33	.47	5.385	< .001
พฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์	5.00	.00	4.33	.88	4.130	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คะแนนเฉลี่ยความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการปฏิบัติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับ

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนวัยอันควร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ของ Ajzen (1991) ซึ่งประกอบด้วย 1) กิจกรรมสร้างเจตคติ ได้แก่ การละลายพฤติกรรม การชี้แนะ และให้แสดงเจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร 2) กิจกรรมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ได้แก่ การพัฒนาทักษะการตัดสินใจตามสถานการณ์จำลอง การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ผ่านระบบความเชื่อโดยผ่านบุคคลอ้างอิง และ 3) กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่

การเห็นความสำเร็จและประสบการณ์จากบุคคลอื่น และการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมกับการกระตุ้นเตือน โดยบุคคลอ้างอิงทุกสัปดาห์ จากกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ทำให้กลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้อง มีความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง เกิดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และเกิดความตั้งใจในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร อันส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรที่ถูกต้อง

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ล้วนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจและนำไปสู่การกระทำ พฤติกรรมของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น มีความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง โดยหากบุคคลเชื่อว่า ผู้ที่มีความสำคัญต่อเขามุ่งหวังให้เขากระทำพฤติกรรมนั้น ก็มีแนวโน้มที่จะคล้อยตามโดยผ่านกิจกรรมสร้างเจตคติ และกิจกรรมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ผ่านกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ จึงนำไปสู่ความตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ และเกิดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น (Ajzen, 1991)

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกลักษณ์ ศรีธัญญา, วนลดา ทองใบ, และจิราภรณ์ ธรรมบุตร (2562) ที่พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย สามารถลดภาวะน้ำหนักเกินในเด็กวัยรุ่นตอนปลายได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Darabi et al. (2017) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรม

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพศสัมพันธ์และอนามัยการเจริญพันธุ์ในสตรีวัยรุ่น อายุ 12-16 ปี เมืองเตหะราน ประเทศอิหร่าน กลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ ความเชื่อในความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจในการปฏิบัติ และพฤติกรรมเพศสัมพันธ์และอนามัยการเจริญพันธุ์ดีกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Sabouri et al. (2020) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อสร้างพลังในการดูแลสุขภาพในประชาชน เมืองเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่า กลุ่มทดลองมีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความตั้งใจในการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงเรียนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาในพื้นที่อื่นๆ ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรให้ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาสาธารณสุขของประเทศ

2.2 ควรมีการศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์อื่นๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิง เพื่อเป็นทางเลือกในการนำไปใช้ตามบริบทและความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- นพรัตน์ สโมสร. (2560). *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ศุภลักษณ์ ศรีธัญญา, วนดา ทองใบ, และจิราภรณ์ ธรรมบุตร. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแผนต่อพฤติกรรมเนือยนิ่งของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 12(4), 61–74.
- สรณ สุวรรณเรืองศรี, โสเพ็ญ ชูนวน, และวรางคณา ชัยเวช. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการควบคุมตนเอง ความเครียด กับสมดุลชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 7(3), 1–14.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. (2560). *รายงานสรุปผลงานตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2561*. สืบค้นจาก https://www.kpo.go.th/webkpo/download/kppInspector2561_2_edit25610620.pdf
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2558). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558*. สืบค้นจาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index
- สุชาติ รัตดา, เราชา อรัญวงศ์, และรัชณี นิชากร. (2558). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม*, 9(2), 142–160.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Bernard, H. R. (2000). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks: SAGE.
- Darabi, F., Yaseri, M., Kaveh, M. H., Khalajabadi Farahani, F., Majlessi, F., & Shojaeizadeh, D. (2017). The effect of a Theory of Planned Behavior-based educational intervention on sexual and reproductive health in Iranian adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Research in Health Sciences*, 17(4), e00400. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29233954/>
- Sabouri, M., Shakibazadeh, E., Mohebbi, B., Tol, A., Yaseri, M., & Babaee, S. (2020). Effectiveness of an educational intervention using Theory of Planned Behavior on health care empowerment among married reproductive-age women: A randomized controlled trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 293. doi:10.4103/jehp.jehp_751_20
- Schaalma, H. P., Abraham, C., Gillmore, M. R., & Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: What does it take?. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259–269. doi: 10.1023/B:ASEB.0000026625.65171.1d

ผลของการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย

The Effect of the Daytime Toilet Training Model for Early Childhood

สุภา คำมะณี, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ¹

Supa Khammarit, M.N.S. (Pediatric Nursing) ¹

ปัทมา บุญช่วยเหลือ, ประ.ด. (การพยาบาล) ²

จริยาพร วรรณโชติ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ³

Pattama Boonchuaylua, Ph.D. (Nursing) ²

Jariyaphon Wannachot, M.N.S. (Pediatric Nursing) ³

Received: March 14, 2024

Revised: April 23, 2024

Accepted: April 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จำนวน 30 คู่ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย คู่มือการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย แบบประเมินความพร้อมก่อนฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย แบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง มีค่าความเชื่อมั่น .80 และแบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ one-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

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: pattama1@pnc.ac.th

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ 2) ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน คิดเป็นร้อยละ 90 และ 96.67 ตามลำดับ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ครูปฐมวัยควรนำรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยนี้ ไปประยุกต์ใช้กับเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวัน เด็กปฐมวัย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of the daytime toilet training model for early childhood. The samples were 30 couples of parents and children at the Child Development Center, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. The research instruments consisted of the daytime toilet training model for early childhood, a daytime toilet training for early childhood handbook, a readiness for daytime toilet training for early childhood by teacher assessment form, a demographic questionnaire, a knowledge of daytime toilet training for early childhood of parent assessment form with a reliability of .80, and a daytime toilet training for early childhood by teacher and parent record form. The implementation and data collection were conducted from June to September 2022. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and one-way repeated measures ANOVA with multiple comparisons by Bonferroni method.

The research results revealed that 1) at the 4-week after posttest phase and the 8-week after posttest phase, the parents had statistically significantly higher mean score of knowledge of daytime toilet training for early childhood than that of the pre-test phase ($p < .001$), in addition, at the 8-week after posttest phase, the parents also had statistically significantly higher mean score of knowledge of daytime toilet training for early childhood than that of the 4-week after posttest phase ($p < .05$); and 2) at the 4-week after posttest phase and the 8-week after posttest phase, 90% and 96.67% of the children had ability in daytime urination control.

This research suggests that preschool teachers should utilize this daytime toilet training model for early childhood to care for children at the child development centers. This will help the children enhance their ability in daytime urination control.

Keywords: Toilet training, Daytime, Early childhood

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พัฒนาการด้านการควบคุมการขับถ่าย นับเป็นพัฒนาการที่มีความสำคัญขั้นหนึ่งของเด็ก (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2019) ซึ่งเด็กจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (Albaramki, Allawama, & Yousef, 2017) การฝึกหัดการควบคุมการขับถ่าย (toilet training) คือ ความสามารถในการเริ่มและทำสำเร็จในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระโดยอิสระ เป็นเครื่องหมายที่สำคัญในการพัฒนาของเด็กที่ปกติโดยทั่วไป พัฒนาการด้านการควบคุมการขับถ่ายของเด็กจะเรียงเป็นลำดับจากความสามารถที่ทำได้ คือ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระช่วงเวลากลางคืน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระช่วงเวลากลางวัน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางคืน (จิรนนท์ วีรกุล, 2564) ทั้งนี้ การฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะควรเริ่มเมื่อเด็กมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้นาน และเด็กต้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีด้วยความสมัครใจ ซึ่งตามแนวคิดของ Brazelton's method เชื่อว่า เด็กจะมีความสามารถดังกล่าวและเริ่มแสดงความพร้อมในเรื่องการขับถ่ายเมื่ออายุ 18 เดือน (de Carvalho Mrad et al., 2021) จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า หากเด็กได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ได้รับการฝึกหัดการขับถ่าย หรือได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายที่เข้มงวดเกินไป จะทำให้เกิดปัญหาอื่นตามมา เด็กที่ได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะล่าช้าจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract dysfunction) เช่น การกลั้น

ปัสสาวะไม่อยู่ การปัสสาวะเล็ด การปัสสาวะรดผ้า การไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ซึ่งในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะนั้น หากเริ่มเมื่อเด็กอายุมากกว่า 2 ปี จะพบปัญหาความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเพิ่มขึ้น (Li et al., 2020) โดยร้อยละ 10–15 พบปัญหาดังกล่าวในนักเรียนชาย (Somoza Argibay, Méndez Gallart, Casal Beloy, & García González, 2019) ทั้งนี้ ปัญหาปัสสาวะรดที่นอนเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว ทั้งด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและด้านความเชื่อมั่นในตนเองของเด็ก (อิสราภา ชื่นสุวรรณ, 2561) หากเด็กได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายที่เหมาะสมก็จะสามารถลดปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิต รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับผู้ปกครอง

การศึกษาเกี่ยวกับการฝึกหัดการขับถ่ายในเด็กปฐมวัยที่ผ่านมาพบว่า การให้โปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะในเด็กสุขภาพดี กลุ่มทดลองใช้เวลาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้เวลาประมาณ 5 สัปดาห์ (Van Aggelpoel et al., 2021) และยังสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เมื่อติดตามที่ 6 สัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ de Carvalho Mrad et al. (2021) ที่พบว่า กระบวนการฝึก การให้คำแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู รวมถึงการเสริมแรงทางบวกแก่พ่อแม่เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กปฐมวัยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ โดยผลลัพธ์ยังคงอยู่ตลอด 6 เดือน และ 1 ปี และมีการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลให้การฝึกหัด

การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระของเด็กประสบความสำเร็จ ได้แก่ อายุของแม่ ระดับการศึกษาของพ่อแม่ สถานภาพการทำงานของแม่ และสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว (Netto et al., 2021) โดยหลายๆ การศึกษากล่าวว่า การฝึกหัดการขับถ่ายเป็นสิ่งที่เด็กต้องอาศัยการฝึกหัดจากผู้ปกครองภายใต้ความพร้อมและความรู้ของผู้ปกครองและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย หากผู้ปกครองไม่เข้าใจอาจส่งผลต่อเด็ก ทำให้เกิดปัญหาการปฏิเสธการฝึกหัดการขับถ่ายได้ (Siwi, Cahyaning Ciputri, Rohmah, Mufida, & Istighosah, 2022)

จากข้อมูลของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พบว่า เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-4 ปี ยังใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป (disposable diaper) ขณะมาเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยผลการสำรวจความต้องการของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่า ผู้ปกครองร้อยละ 12.50 มีปัญหาไม่สามารถเลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปช่วงเวลากลางวันกับเด็กได้ และต้องการให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กช่วยเหลือ (จริยาพรวรรณโชติ, 2564) แต่เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนในการแนะนำผู้ปกครองในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็ก เพื่อใช้ในการฝึกหัดเด็กเมื่ออยู่ที่บ้านให้เกิดความต่อเนื่องและเป็นแนวทางเดียวกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยการศึกษาของ Greer, Neidert, and Dozier (2016) พบว่า ผู้ปกครองมากกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่า ในการฝึกหัดการขับถ่ายของเด็ก ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีปฏิสัมพันธ์กันและมีบทบาทหน้าที่ที่เท่ากัน หากเด็กไม่ได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายที่ต่อเนื่อง เด็กจะมีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย ส่งผลให้เลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้ล่าช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ Breinbjerg, Rittig, and Kamperis (2021) ที่พบว่า การที่เด็กใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปนานกว่า 4 ปี มีแนวโน้มที่จะทำให้เด็กเกิดความล่าช้าในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญ

ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะและการเลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปของเด็กปฐมวัยเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งเด็กที่เข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นอกจากจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านอื่นๆ แล้ว ควรได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านการควบคุมการขับถ่าย โดยการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันด้วย และจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เด็กที่ได้รับโปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน ใช้เวลา 2-4 สัปดาห์ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ และยังสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้เมื่อติดตามที่ 6-8 สัปดาห์ (Van Aggelpoel et al., 2021) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ในระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และ 8 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้คาดว่าจะช่วยลดหรือป้องกันการเกิดปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและด้านสุขภาพจิตของเด็ก รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถนำรูปแบบไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติสำหรับครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองในการเตรียมความพร้อมของเด็กก่อนเข้าโรงเรียนเพื่อรับการศึกษาในระดับสูงขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

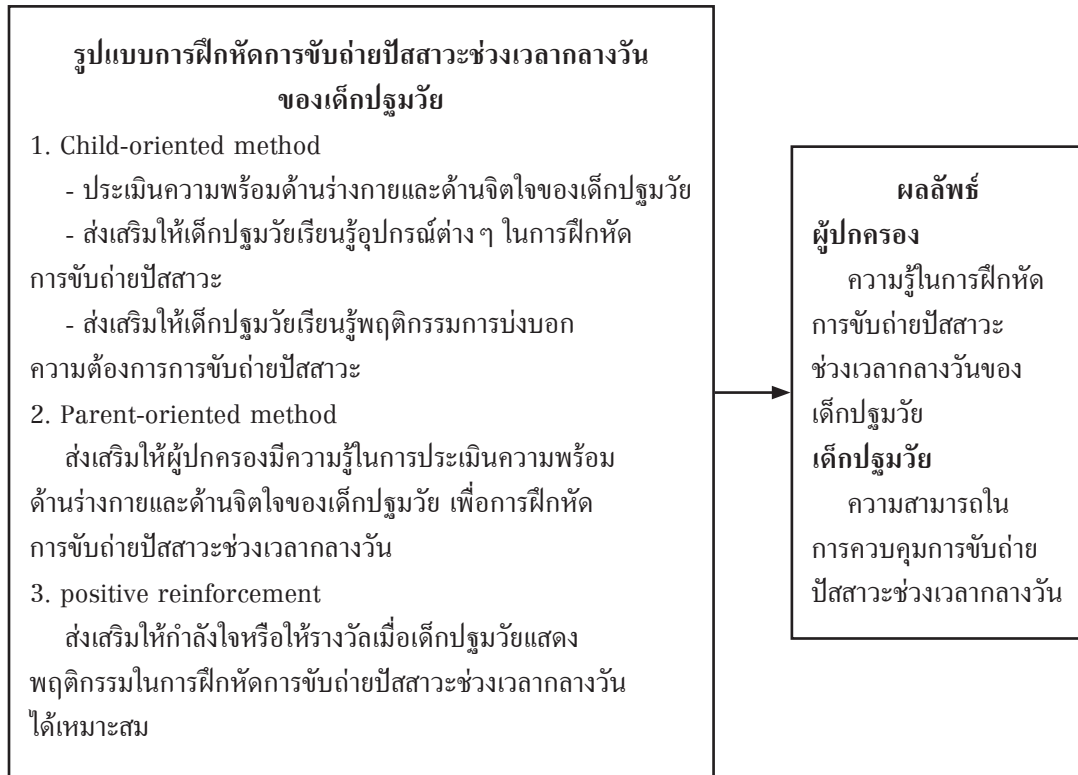
ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะ

หลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ผู้ปกครองมีความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยมากกว่าระยะก่อนการใช้รูปแบบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด Child-oriented method ของ Brazelton (1962) แนวคิด Parent-oriented method ของ Azrin and Foxx (1974) และทฤษฎีการเสริมแรง (Reinforcement Theory of Motivation) ของ Skinner (1953 อ้างถึงใน Petrova, 2017) โดยแนวคิด Child-oriented method กล่าวว่า การฝึกหัดการขับถ่ายต้องเริ่มต้นด้วยความพร้อมและความยินดีที่จะมีส่วนร่วมของเด็กและผู้ปกครอง โดยเน้นให้เด็กพัฒนาความสามารถได้เต็มศักยภาพ ซึ่งเด็กต้องมีความพร้อมทั้งด้านสรีรวิทยาและพฤติกรรมการบ่งบอกความต้องการการขับถ่าย และพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ส่วนแนวคิด Parent-oriented method เน้นให้ผู้ปกครองเตรียมความพร้อมของเด็กด้วยการใช้

เทคนิคและวิธีการต่างๆ เพื่อพัฒนาเด็กให้เต็มศักยภาพ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความพร้อมด้านร่างกาย เป็นความสามารถของเด็กในการเดินเข้าห้องน้ำเอง ถอดกางเกงและนั่งกระโถนเอง และความพร้อมด้านจิตใจ เป็นความสามารถในการเข้าใจคำอธิบายขั้นตอนการฝึกหัด สำหรับทฤษฎีการเสริมแรงเชื่อว่า การเรียนรู้เกิดจากการกระทำของผู้ปฏิบัติที่ถูกต้อง หากได้รับการเสริมแรงทางบวกจะมีแนวโน้มที่จะเกิดการกระทำนั้นอีก ในการฝึกหัดเด็กจะมีการให้รางวัล เช่น คำชม ขนมน ของเล่น ซึ่งการให้แรงจูงใจจะทำให้เด็กเกิดความสนใจ พอใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า หลังการใช้รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย จะช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กเพิ่มมากขึ้น และเด็กมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน-หลังการทดลอง และวัดซ้ำ (one-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-4 ปี ที่เข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการปกติ จากการประเมินตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) 2) เด็กปฐมวัยไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรกระบบทางเดินปัสสาวะผิดปกติ

3) เด็กปฐมวัยยังไม่สามารถเลิกใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้ 4) ผู้ปกครองและเด็กปฐมวัยมีความพร้อมในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความพร้อมก่อนฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยง 5) ผู้ปกครองสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และ 6) ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัยคือ 1) เด็กปฐมวัยเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะหรือระบบอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ 2) ผู้ปกครองหรือเด็กปฐมวัยเข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และ 3) ผู้ปกครองขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และการประมาณขนาดตัวอย่าง ของ Cohen (1988)

โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คู่ และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คู่ เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 รูปแบบการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด Child-oriented method ของ Brazelton (1962) แนวคิด Parent-oriented method ของ Azrin and Foxx (1974) และทฤษฎีการเสริมแรงของ Skinner (1953 อ้างถึงใน Petrova, 2017) โดยรูปแบบประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นขั้นตอนที่เน้นที่เด็กปฐมวัย ดำเนินการโดยผู้วิจัยร่วมกับครูพี่เลี้ยง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจของเด็กปฐมวัย 2) การส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะ และ 3) การส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเรียนรู้พฤติกรรมการบ่งบอกความต้องการการขยับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนที่เน้นที่ผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ปกครอง หากมีความพร้อมในการร่วมกิจกรรมจึงส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการประเมินความพร้อมด้านร่างกายและด้านจิตใจของเด็กปฐมวัย และให้สื่อสารกับเด็กเรื่องการไม่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปในช่วงวันหยุด โดยเริ่มรูปแบบในวันเสาร์-วันอาทิตย์ ที่ผู้ปกครองมีเวลาว่าง โดยผู้ปกครองมีการกระตุ้นให้เด็กจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อให้เด็กมีความรู้สึกปวดปัสสาวะ และผู้ปกครองสอน

ให้เด็กเรียนรู้ความรู้สึกอยากขยับถ่ายปัสสาวะ ทั้งนี้ให้ผู้ปกครองสังเกตเด็กเข้าห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง ไม่ว่าเด็กจะบอกความต้องการการขยับถ่ายปัสสาวะได้หรือไม่ก็ตาม และหากเด็กแสดงอาการหรือสื่อสารเรื่องการขยับถ่ายปัสสาวะ ให้ผู้ปกครองบอกเด็กว่านี่คือ ความรู้สึกปวดปัสสาวะ เพื่อให้เด็กจดจำความรู้สึกนี้ หากเด็กบอกความต้องการการขยับถ่ายปัสสาวะได้ ผู้ปกครองจะมีการเสริมแรงทางบวกด้วยการกล่าวคำชม และให้เด็กติดสติ๊กเกอร์ที่บอร์ดชมเชยด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ผู้ปกครองช่วยเสริมแรงทางบวกให้แก่เด็กปฐมวัย ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมให้กำลังใจหรือให้รางวัลเมื่อเด็กปฐมวัยแสดงพฤติกรรมในการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันได้เหมาะสม เช่น กล่าวคำชม ให้สติ๊กเกอร์สำหรับติดที่บอร์ดชมเชย เมื่อถึงจำนวนที่ตกลงกันได้สามารถแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งของได้ ตามแต่จะตกลงกับเด็ก โดยให้ดำเนินรูปแบบอย่างต่อเนื่องทุกวัน ในวันจันทร์-วันศุกร์ หลังเด็กกลับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในวันเสาร์-วันอาทิตย์ ตลอดทั้งวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.2 คู่มือการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับผู้ปกครองในการประเมินและบันทึกข้อมูลของเด็กปฐมวัย เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะในเด็ก ตารางกิจกรรม และแบบบันทึกการฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะในเด็ก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินความพร้อมก่อนฝึกหัดการขยับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย โดยครูพี่เลี้ยง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การประเมินความพร้อมของเด็กปฐมวัย จำนวน 12 ข้อ และส่วนที่ 2 การประเมินความพร้อมของผู้ปกครอง จำนวน 3 ข้อ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ความพร้อมของเด็กปฐมวัย คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีความพร้อมในการฝึกหัดการขับถ่าย ปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน (น้อยกว่า 9 คะแนน) และมีความพร้อมในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน (มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน) และส่วนที่ 2 ความพร้อมของผู้ปกครอง คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีความพร้อมในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน (น้อยกว่า 2 คะแนน) และมีความพร้อมในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน (มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวน 8 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ และอายุ จำนวน 2 ข้อ รวมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-15 คะแนน สำหรับการแปลผลคะแนน คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้ในการฝึกหัดน้อย และคะแนนรวมสูง

หมายถึง มีความรู้ในการฝึกหัดมาก

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งในการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันขณะเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ในวันจันทร์-วันศุกร์ (สำหรับครูที่เลี้ยง) และจำนวนครั้งในการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันขณะอยู่ที่บ้าน ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ในวันจันทร์-วันศุกร์ หลังกลับจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และในวันเสาร์-วันอาทิตย์ ตลอดทั้งวัน (สำหรับผู้ปกครอง) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ หากเด็กปฐมวัยสามารถถอดผ้าอ้อมสำเร็จรูปได้สำเร็จ โดยไม่ปัสสาวะรดผ้า หรือปัสสาวะรดผ้าในช่วงเวลากลางวันไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน แสดงว่ามีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือั้น ผู้วิจัยนำรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย คู่มือการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย แบบประเมินความพร้อมก่อนฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย แบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย และแบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กและรับผิดชอบงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการ

เด็ก และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็ก ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .83, .88, .88, .91, .83 และ .91 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำรูปแบบการฝึกหัดฯ ไปทดลองใช้กับผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 2-4 ปี ที่เข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำแบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดฯ ไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีบุตรเข้าเรียนที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ COA no. 104/64 วันที่ 24 ธันวาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย และแบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระยะก่อนการใช้

รูปแบบ (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 15 นาที

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย ดำเนินการตามรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยแนะนำผู้ปกครองเป็นรายบุคคลในการศึกษาคู่มือการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย และเรียนรู้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ พร้อมทั้งสาธิตการใช้คู่มือและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น วิธีการบันทึกข้อมูลในคู่มือการเลือกกระโถนที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย การเตรียมเด็กปฐมวัยด้วยการอ่านนิทานเกี่ยวกับการขับถ่าย ใช้เวลารวม 15-30 นาที ในสัปดาห์ที่ 2-3 ให้ผู้ปกครองปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมอุปกรณ์ และการเตรียมเด็กปฐมวัย ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติจริง และขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล และบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ในแบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้ครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองประเมินความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยแต่ละคน โดยใช้แบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตอบแบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยให้ครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองประเมินความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยแต่ละคน โดยใช้แบบบันทึกการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยโดยครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง จากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตอบแบบประเมินความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของ

เด็กปฐมวัย ระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ (follow up after post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กปฐมวัย วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ one-way repeated measures ANOVA โดยทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni ส่วนข้อมูลความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80

มีอายุเฉลี่ย 34.53 ปี ($SD = 8.70$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 63.30 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96.67 มีอาชีพรับราชการมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.30 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 96.67 และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.70

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย พบว่า เด็กปฐมวัยเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 53.30 และมีอายุเฉลี่ย 2.82 ปี ($SD = .18$)

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า ระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 82.585, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ ช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระหว่างระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($n = 30$)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม	60.68	1.20	50.44	82.585	< .001
ความคลาดเคลื่อน	21.31	34.89	.61		

4. การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน

ของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระยะก่อนการใช้รูปแบบ ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ ($n = 30$)

ช่วงเวลา	M	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
		ระยะก่อนการใช้รูปแบบ	ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์	ระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์
ระยะก่อนการใช้รูปแบบ	11.17	-	1.63**	1.83**
ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์	12.80	-	-	.20*
ระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์	13.00	-	-	-

* $p < .05$, ** $p < .001$

5. ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ พบว่า ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน คิดเป็นร้อยละ 90 และ 96.67 ตามลำดับ

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง ระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะก่อน

การใช้รูปแบบ และระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ มากกว่าระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เน้นการเตรียมความพร้อมของเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง รวมถึงการที่ผู้ปกครองได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลในการศึกษาคู่มือการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย และการเรียนรู้อุปกรณ์ต่างๆ ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะ พร้อมทั้งได้รับการสาธิตการใช้คู่มือและอุปกรณ์ต่างๆ เช่น วิธีการบันทึกข้อมูลในคู่มือ การเลือกกระโถนที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย การเตรียมเด็กปฐมวัยด้วยการอ่านนิทานเกี่ยวกับการขับถ่าย และได้ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนของรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย รวมทั้งมีการซักถามผู้วิจัย

เกี่ยวกับข้อสงสัยต่างๆ ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และนำไปใช้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของโมเดลการเรียนรู้ของจริง (experiential learning model) ของ Kolb (2015) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการทำสิ่งต่างๆ เป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติตามเป้าหมาย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการฝึกหัดที่มีหลักการบางส่วนคล้ายคลึงกับในการศึกษาของตุลชาติ ชุ่มชื่น, ประพิมพ์พงศ์ วัฒนะรัตน์, และชนิดา มิตรานันท์ (2562) ที่จัดการเรียนรู้โดยใช้ชุดฝึกการขับถ่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โดยผู้ปกครองได้รับการอธิบายการใช้คู่มือ ได้รับความรู้จากการอบรมด้านทักษะการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะโดยผู้วิจัย ทำให้ผู้ปกครองเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปใช้ในการฝึกการขับถ่ายได้สำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฝึกหัดการขับถ่ายเป็นสิ่งที่เด็กต้องอาศัยการฝึกหัดจากผู้ปกครอง ภายใต้อาการพร้อมของผู้ปกครอง (Siwi et al., 2022) โดยเมื่อผู้ปกครองได้รับรู้ข้อมูลสำหรับการฝึกหัดการขับถ่ายที่เพียงพอและถูกต้อง จะทำให้เกิดการเรียนรู้ความรู้ใหม่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะในเด็กปฐมวัยประสบความสำเร็จ

นอกจากนี้ รูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ยังได้ประยุกต์ใช้การเสริมแรงทางบวก โดยให้ผู้ปกครองนำไปใช้กับเด็ก (Skinner, 1953 อ้างถึงใน Petrova, 2017) โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้ปกครองมีการเสริมแรงทางบวกให้แก่เด็กปฐมวัยเมื่อเด็กปฐมวัยให้ความร่วมมือ และสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ เช่น กล่าวคำชม ให้ขนมหรือของเล่น ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการกระทำของผู้ปฏิบัติที่ถูกต้อง หากได้รับการเสริมแรงทางบวกจะมีแนวโน้มที่จะเกิดการกระทำนั้นอีก เพราะเด็กวัยนี้ต้องการให้ผู้อื่นสนใจหรือเห็นว่าตนเองสำคัญ การให้แรงจูงใจจะทำให้เด็ก

เกิดความสนใจ พอใจที่จะเรียนรู้และปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ de Carvalho Mrad et al. (2021) ที่พบว่า กระบวนการฝึก การให้คำแนะนำ ร่วมกับการเสริมแรงทางบวก ทำให้เด็กปฐมวัยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ ทั้งสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและที่บ้าน และผลลัพธ์ยังคงอยู่ตลอด 6 เดือน และ 1 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Paquet Croteau, Moore, Griffith, and Franco (2023) ที่พบว่า เด็กและผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน ที่ประกอบด้วยขั้นตอนการฝึกหัดทั้งสิ้น 24 ขั้นตอน ร่วมกับการเสริมแรงทางบวกจากผู้ปกครองพบว่า จำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะรดผ้าลดลง เด็กสามารถบอกความต้องการการเข้าห้องน้ำได้เพิ่มมากขึ้น และเด็กสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า วิธีการเสริมแรงทางบวกเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะในเด็กปฐมวัย

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการใช้รูปแบบ 8 สัปดาห์ เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน คิดเป็นร้อยละ 96.67 ซึ่งมากกว่าระยะหลังการใช้รูปแบบ 4 สัปดาห์ ที่พบร้อยละ 90 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะนั้น เด็กปฐมวัยต้องได้รับการประเมินความพร้อมก่อนฝึกหัด เนื่องจากการฝึกหัดการขับถ่ายควรเริ่มเมื่อเด็กมีความสามารถในการกลั้นปัสสาวะได้นาน และเด็กต้องให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีด้วยความสมัครใจ (Baird, Bybel, & Kowalski, 2019) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่เป็น การทบทวนวรรณกรรมแบบเป็นระบบของ Van Aggelpoel et al. (2021) ที่พบว่า การให้โปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะในเด็กสุขภาพดีที่ได้รับการประเมินความพร้อมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม เด็กใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ และยังสามารถควบคุมการขับถ่าย

ปัสสาวะได้เมื่อติดตามที่ 6 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะเมื่อมีความพร้อม ทำให้สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้และมีความคงทนของพัฒนาการดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของ de Carvalho Mrad et al. (2021) ที่พบว่า กระบวนการฝึก การให้คำแนะนำ รวมถึงการเสริมแรงทางบวกให้มีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เด็กปฐมวัยสามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้สำเร็จ และผลลัพธ์ยังคงอยู่ตลอด 6 เดือน และ 1 ปี

นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน ส่งผลดีต่อความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาของ Andriyani, Rahmi, Sulastri, and Darmawan (2021) ที่พบว่า การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการสอน และการฝึกเด็กร่วมกับครู จะช่วยให้เด็กเกิดความผ่อนคลาย มีความเชื่อใจ เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ใกล้ชิดที่อยู่กับเด็กเป็นประจำทุกวัน การใช้วิธีนี้จึงทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ได้ดี มีพัฒนาการที่ดีขึ้น และสามารถฝึกหัดการขับถ่ายได้สำเร็จ และการศึกษาของ Sclar and Mosler (2022) ที่พบว่า การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในโปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายและนำไปใช้ต่อที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านการควบคุมการขับถ่ายที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สนับสนุนว่า การให้โปรแกรมการฝึกหัดการขับถ่ายในเด็กเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เด็กไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมการขับถ่ายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (Law, Yang, Coit, & Chan, 2016)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรนำรูปแบบการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยนี้

ไปเป็นแนวทางในการจัดอบรมครูที่เลี้ยง เพื่อให้สามารถถ่ายทอดการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยให้แก่ผู้ปกครองได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้เด็กปฐมวัยมีความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยติดตามความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัยในระยะยาว เช่น ระยะหลังการใช้รูปแบบ 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงทนของความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวัน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยเปรียบเทียบความรู้ในการฝึกหัดการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของผู้ปกครอง และความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะช่วงเวลากลางวันของเด็กปฐมวัย ระหว่างการใช้รูปแบบในการวิจัยครั้งนี้กับรูปแบบอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

- จริยาพร วรรณโชติ. (2564). เอกสารรายงานผลการสำรวจความต้องการของผู้ปกครองเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2564. วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- จิรนนท์ วีรกุล. (2564). การฝึกขับถ่ายในเด็ก. สืบค้นจาก http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/254_2021-01-07.pdf
- ตุลชาติ ชุ่มชื่น, ประพิมพ์พงศ์ วัฒนะรัตน์, และชนิดา มิตรานันท์. (2562). ผลของการใช้ชุดฝึกการขับถ่าย โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ที่มีต่อทักษะการช่วยเหลือตนเองด้านการขับถ่ายของเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับปานกลาง. วารสารวิจัยและพัฒนาศึกษาพิเศษ, 8(2), 24–40.

- อิสราภา ชื่นสุวรรณ. (2561). ปัญหาการขับถ่ายในเด็ก. ใน สุริย์ลักษณ์ สุจริตพงศ์, รวีวรรณ รุ่งไพรวลัย, ทิพวรรณ ทรัพย์คุณาชัย, บานชื่น เบนจสุวรรณเทพ, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, จริยา จุฑาภิสิทธิ์, และพัญ โรจน์มัทนภมกล (บ.ก.), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4* (น. 545–566). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ พี.เอ.สีฟ้า.
- Albaramki, J. H., Allawama, M. A., & Yousef, A. M. F. (2017). Toilet training and influencing factors that affect initiation and duration of training: A cross sectional study. *Iranian Journal of Pediatrics*, 27(3), e9656. doi:10.5812/ijp.9656
- Andriyani, S., Rahmi, U., Sulastri, A., & Darmawan, D. (2021). The role of parents in implementing toilet training for toddlers. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, 17(Suppl. 4), 44–49. Retrieved from [https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202201011653568\)_2021_0534.pdf](https://medic.upm.edu.my/upload/dokumen/202201011653568)_2021_0534.pdf)
- Azrin, N. H., & Foxx, R. M. (1974). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Baird, D. C., Bybel, M., & Kowalski, A. W. (2019). Toilet training: Common questions and answers. *American Family Physician*, 100(8), 468–474. Retrieved from <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1015/p468.html>
- Brazelton, T. B. (1962). A child-oriented approach to toilet training. *Pediatrics*, 29(1), 121–128. doi:10.1542/peds.29.1.121
- Breinbjerg, A., Rittig, S., & Kamperis, K. (2021). Does the development and use of modern disposable diapers affect bladder control? A systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, 17(4), 463–471. doi:10.1016/j.jpuro.2021.05.007
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Carvalho Mrad, F. C., da Silva, M. E., Moreira Lima, E., Bessa, A. L., de Bessa Junior, J., Netto, J. M. B., & de Almeida Vasconcelos, M. M. (2021). Toilet training methods in children with normal neuropsychomotor development: A systematic review. *Journal of Pediatric Urology*, 17(5), 635–643. doi:10.1016/j.jpuro.2021.05.010
- Greer, B. D., Neidert, P. L., & Dozier, C. L. (2016). A component analysis of toilet-training procedures recommended for young children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 49(1), 69–84. doi:10.1002/jaba.275
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Pearson Education.

- Law, E., Yang, J. H., Coit, M. H., & Chan, E. (2016). Toilet school for children with failure to toilet train: Comparing a group therapy model with individual treatment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 37*(3), 223–230. doi:10.1097/DBP.0000000000000278
- Li, X., Wen, J. G., Xie, H., Wu, X. D., Shen, T., Yang, X. Q., ... Du, Y. K. (2020). Delayed in toilet training association with pediatric lower urinary tract dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pediatric Urology, 16*(3), 352.e1–352.e8. doi:10.1016/j.jpurol.2020.02.016
- Netto, J. M. B., de Paula, J. C., Bastos, C. R., Soares, D. G., de Castro, N. C. T., Sousa, K. K. D. V., ... de Bessa, J. Jr. (2021). Personal and familial factors associated with toilet training. *International Brazilian Journal of Urology, 47*(1), 169–177. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0129
- Paquet Croteau, N., Moore, C., Griffith, A., & Franco, E. (2023). The effects of a caregiver implemented toilet training package. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 53*(11), 4185–4198. doi:10.1007/s10803-022-05703-y
- Petrova, E. (2017). The influence of positive reinforcements on motivation for education and training activities. *Journal of Economic Development, Environment and People, 6*(3), 6–15. doi:10.26458/JEDEP.V6I3.548
- Sclar, G. D., & Mosler, H. J. (2022). Caregiver social support and child toilet training in rural Odisha, India: What types of support facilitate training and how?. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 14*(2), 413–433. doi:10.1111/aphw.12311
- Siwi, R. P. Y., Cahyaning Ciputri, G. A., Rohmah, M., Mufida, R. T., & Istighosah, N. (2022). Analysis of parental awareness of toilet training success in children aged 1–3 years. *Journal for Quality in Women's Health, 5*(2), 141–152. doi:10.30994/jqwh.v5i2.164
- Somoza Argibay, I., Méndez Gallart, R., Casal Beloy, I., & García González, M. (2019). Urinary incontinence and lower urinary tract dysfunction prevalence in schoolchildren: Risk factors. *Cirugia Pediatrica, 32*(3), 145–149. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31486307/>
- Van Aggelpoel, T., De Wachter, S., Neels, H., Van Hal, G., Roelant, E., & Vermandel, A. (2021). Implementing a new method of group toilet training in daycare centres: A cluster randomised controlled trial. *European Journal of Pediatrics, 180*(5), 1393–1401. doi:10.1007/s00431-020-03879-y
- Van Aggelpoel, T., Vermandel, A., Fraeyman, J., Massart, M., & Van Hal, G. (2019). Information as a crucial factor for toilet training by parents. *Child: Care, Health and Development, 45*(3), 457–462. doi:10.1111/cch.12653

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อ สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*

Development of a Video Media in Prevention of Infection for Patients Undergoing Hemodialysis *

อรพรรณ บัวเพ็ง, พย.ม. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ) ¹

Oraphan Buapeng, M.N.S. (Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control) ¹

อะเคื้อ อุณหเลขกะ, Ph.D. (Epidemiology) ²

พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, Ph.D. (Nursing) ³

Akeau Unahalekhaka, Ph.D. (Epidemiology) ²

Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing) ³

Received: January 2, 2024

Revised: March 15, 2024

Accepted: March 22, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียมในโรงพยาบาล 3 แห่ง และคลินิกโรคไตเอกชน 1 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ รวมจำนวน 42 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย บทดำเนินเรื่อง แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าความเชื่อมั่น .71 และแบบสอบถาม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Care for Patient with Infectious Disease and Infection Control, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหำบัณฑิต 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: oraphan.mei@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

ความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์

ผลการวิจัยพบว่า 1) สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความยาว 9 นาที 32 วินาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การติดเชื้อ ผลกระทบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ มีค่า 1.60 3) หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.579, p < .001$) และ 4) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมและรายด้านในระดับมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลห้องไตเทียมควรให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุกครั้งที่มารับการฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the efficiency of a video media in prevention of infection for patients undergoing hemodialysis. The samples were 42 new chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis at hemodialysis units of three hospitals and one private hemodialysis clinic in Chiang Mai Province. The research instruments consisted of a video media storyboard, an opinion towards the developed video media questionnaire, a demographic data questionnaire, a knowledge on prevention of infection for patients undergoing hemodialysis test with a reliability of .71, and a satisfaction towards the video media questionnaire. The implementation and data collection were conducted from January to August 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test. The efficiency of the video media was tested according to Meguigans' standard criteria.

The research results revealed that 1) the video media length was 9 minutes 32 seconds and the content consisted of incidence of infection, impacts of infection, factors related to infection, and infection prevention practices; 2) the efficiency of the video media was 1.60; 3) after watching the video media, patients had statistically significantly higher mean score of knowledge on prevention of infection for patients undergoing hemodialysis than that of before watching the video media ($t = 16.579, p < .001$); and 4) the mean score of satisfaction towards the video media for overall and each domain among patients was at a highest level.

This research suggests that nurses in hemodialysis units should provide this video media for patients undergoing hemodialysis every episode of hemodialysis. This will help patients increase their knowledge on prevention of infection.

Keywords: Development of a video media, Prevention of infection, Patients undergoing hemodialysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นภาวะที่ไตไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างปกติ ทำให้เกิดการคั่งของน้ำและของเสียจำนวนมากในร่างกาย ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต (อานาจ ชัยประเสริฐ, 2561) ซึ่งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นวิธีที่นิยมที่สุดรองลงมา คือ การล้างไตทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) และการปลูกถ่ายไต (kidney transplantation) ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 151,343 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 17.30 โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมถึงร้อยละ 75.50 ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องร้อยละ 20.40 และได้รับการปลูกถ่ายไตร้อยละ 4.10 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2562) ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือด (Mohammadkarimi, Anushiravani, Adibi, & Dalfardi, 2020) โดยเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ

คือ การติดเชื้อในกระแสโลหิต และการติดเชื้อบริเวณทางออกสายสวนหลอดเลือด ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสโลหิต 0.13–0.18 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวน (หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2562) และพบอุบัติการณ์การติดเชื้อบริเวณทางออกสายสวนหลอดเลือดอยู่ในช่วง 0.34–6.80 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวน (หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลจอมทอง, 2560; หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสันป่าตอง, 2562) การติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ตลอดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Mandolfo, Maggio, Forneris, & Galli, 2019; Martin et al., 2020)

การติดเชื้อในผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมอาจเกิดขึ้นได้จากกระบวนการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จากการนำเลือดออกจากร่างกายเพื่อแลกเปลี่ยนของเสียกับน้ำยาฟอกเลือดและดึงน้ำส่วนเกินออกผ่านตัวกรองเลือด ซึ่งต้องใช้เวลา 4–5 ชั่วโมงต่อครั้ง ผู้ป่วยต้องได้รับการฟอกเลือด 2–3 ครั้งต่อสัปดาห์ (คณะกรรมการกำหนดแนวทางการรักษา

ด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) ทั้งนี้ การคายสวนหลอดเลือดเพื่อฟอกเลือด ทำให้มีรูเปิดของผิวหนังบริเวณที่ใส่สายสวนหลอดเลือด ซึ่งอาจเป็นทางเข้าของเชื้อก่อโรคได้ (วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ และสมชาย เอี่ยมอ่อง, 2557) ประกอบกับผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าคนทั่วไป (สิริภา ช้างศิริกุลชัย, 2556) รวมทั้งมีโรคร่วมอื่น เช่น โรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ขาดความรู้ในการดูแลสายสวนหลอดเลือด (Acha, Takouopo, Fotsing, Maimouna, & Ashuntantang, 2020; Cabrera, Marshall, Sadler, & Murea, 2018)

ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมนั้น มูลนิธิโรคไต (National Kidney Foundation [NKF]) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) และสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อและระบาดวิทยา (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology [APIC]) ประเทศสหรัฐอเมริกา และสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ได้แนะนำผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมให้ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมขาดความรู้และมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อไม่ถูกต้อง โดยผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการดูแลสายสวนหลอดเลือด (Cabrera et al., 2018; Fadlalmola & Elkareem, 2020) ไม่ทำความสะอาดมือก่อนและหลังการฟอกเลือด (Ball, George, Duval, & Hedrick, 2016) ทำให้เสี่ยงต่อ

การติดเชื้อ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับสายสวนหลอดเลือดได้อย่างถูกต้อง

การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อแก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีทั้งการให้ความรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม โดยใช้แผ่นพับ โปสเตอร์ และคู่มือ ซึ่งการให้ความรู้ด้วยวิธีการดังกล่าวต้องใช้เวลานาน และผู้ป่วยไม่สามารถจดจำรายละเอียดได้ครบถ้วน จำเป็นต้องให้ความรู้ซ้ำ (Cabrera et al., 2018) อีกทั้งผู้ป่วยยังแสดงความคิดเห็นที่หลากหลายเกี่ยวกับการให้ความรู้ซ้ำว่า ควรให้ความรู้ทุกครั้งที่มาฟอกเลือดทุก 1-3 เดือน และเมื่อผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (See et al., 2014) ทั้งนี้ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านสื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยลดเวลาในการให้ความรู้ของพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากเป็นสื่อที่นำเสนอทั้งภาพและเสียงพร้อมกัน และเป็นภาพเคลื่อนไหวที่แสดงความต่อเนื่องของการกระทำที่เป็นธรรมชาติ มีความเสมือนจริง ช่วยให้เห็นเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น (นงศ์กาญจนา วิเศษกุล, 2562; ปิยะदनัย วิเคียน, 2560) ซึ่งการดูสื่อวีดิทัศน์ซ้ำหลายๆ ครั้ง ทำให้จดจำได้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามสิ่งที่ได้ดูไปโดยไม่รู้ตัว (ปิยะदनัย วิเคียน, 2560)

การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ดังการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์เรื่องการควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือด การรับประทานอาหาร และการควบคุมน้ำหนักในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า หลังได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ ผู้ป่วยมีความรู้และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (อารีรัตน์ ชำนาญ, ศิริลักษณ์ กิจศิริไพศาล, และอดิษฐ์ ทศณรงค์, 2564; Baldwin, 2013; Suk, Park, Jeon, & Kim, 2013) และการศึกษาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้วยสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับการป้องกัน

การติดเชื้อ พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น (คำพองคำนำ, อะเคื่อ อุนหละกะ, และนงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2555; นฤมล ผลดี, 2561)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อด้วยสื่อวีดิทัศน์น่าจะเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งสื่อวีดิทัศน์สำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีอยู่ในปัจจุบันมีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือ การดูแลสายสวนหลอดเลือด และการสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ (CDC, 2020) แต่จากการทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของมูลนิธิโรคไต (Lok et al., 2020) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2017) และสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อและระบาดวิทยาประเทศสหรัฐอเมริกา (APIC, 2010) และชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (2550) พบว่า กิจกรรมสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยตามกิจกรรมสำคัญดังกล่าว เพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม

3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาและออกแบบสื่อ ของ Alessi and Trollip (1991) ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการเตรียมการ (preparation) ขั้นการออกแบบ (design instruction) ขั้นการสร้างบทดำเนินเรื่อง (storyboard display) ขั้นการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน (produce supporting material) และขั้นการประเมินผลและปรับปรุงสื่อ (evaluate and revise) ซึ่งเนื้อหาในสื่อวีดิทัศน์ได้จากการทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ของมูลนิธิโรคไต (Lok et al., 2020) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC, 2017) และสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อและระบาดวิทยา ประเทศสหรัฐอเมริกา (APIC, 2010) และชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (2550) ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน โดยผู้วิจัยประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกวิแกนส์ (Meguigans) จากอัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ หากได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพและประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental

research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ ที่มารับการรักษาที่หน่วยไตเทียมในโรงพยาบาล 3 แห่ง และคลินิกโรคไตเอกชน 1 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านทางสายสวนหลอดเลือด 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีความบกพร่องของสมรรถภาพสมองซึ่งประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (the Mini-Mental State Examination: Thai version [MMSE-Thai 2002]) 3) ไม่มีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ หรือแน่นหน้าอก 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และการพูด และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบรายเดี่ยว จำนวน 2 คน (มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 1 คน และระดับปริญญาตรี 1 คน) 2) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบกลุ่มย่อย จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างในการทดสอบภาคสนาม จำนวน 30 คน รวมจำนวน 42 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยมีดังนี้

1.1 บทดำเนินเรื่องของสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของมูลนิธิโรคไต ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค และสมาคมผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อและระบาดวิทยา ประเทศสหรัฐอเมริกา และชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร

การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน

1.2 แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้สำหรับนำข้อมูลมาปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ระหว่างการพัฒนา โดยใช้ในขั้นตอนการทดสอบแบบรายเดี่ยว และขั้นตอนการทดสอบแบบกลุ่มย่อย แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 5 ข้อ ด้านการลำดับเรื่องและการออกแบบ จำนวน 7 ข้อ และด้านความง่ายของเนื้อหา จำนวน 1 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุง ไม่เห็นด้วย และเห็นด้วย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคร่วม การได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง และการได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน รวมจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกว่าถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หาก

ตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิดหรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (0-11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12-15 คะแนน) และในระดับดี (16-20 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา จำนวน 6 ข้อ ด้านการออกแบบ จำนวน 6 ข้อ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.80 คะแนน) ในระดับน้อย (1.81-2.60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน) ในระดับมาก (3.41-4.20 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำบทดำเนินเรื่อง และแบบวัดความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (2 คน) และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (2 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดความรู้เท่ากับ .97 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ และนำบทดำเนินเรื่อง แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความเหมาะสมของการออกแบบ และความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการออกแบบและจัดทำสื่อ (2 คน) และเจ้าหน้าที่

งานเวชนิทัศน์ของโรงพยาบาล ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบวัดความรู้ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผ่านทางสายสวนหลอดเลือดดำรายใหม่ ที่คลินิกเวชกรรมหมอจุฬารัตน์ จังหวัดนครพนม ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 126/2020 วันที่ 14 ธันวาคม 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 015/2563 วันที่ 30 ธันวาคม 2563) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย (หนังสือราชการ ที่ อว 8393 (7)/1077 วันที่ 31 มีนาคม 2564) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชเวช (หนังสือราชการ ที่ อว 8393 (7)/1076 วันที่ 31 มีนาคม 2564) และผู้บริหารคลินิกโรคไตเอกชน (หนังสือราชการ ที่ อว 8393 (7)/4609 วันที่ 21 ธันวาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ คือ เพื่อให้

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการใส่สายสวน หลอดเลือดสำหรับฟอกเลือดในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และเตรียมความพร้อมของเนื้อหา โดยทบทวนแนวปฏิบัติและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2. ขั้นการออกแบบ ผู้วิจัยทบทวนและปรับปรุงเนื้อหาเพื่อให้มีความกระชับและตรงตามวัตถุประสงค์และเวลาที่ใช้ในแต่ละหัวข้อ โดยหัวข้อที่นำเสนอ ได้แก่ อุตติการณ์การติดเชื้อ ผลกระทบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน

3. ขั้นการสร้างบทดำเนินเรื่อง ผู้วิจัยวางโครงเรื่อง ลำดับเนื้อเรื่องและลำดับภาพในการนำเสนอ โดยนำเสนออุตติการณ์การติดเชื้อ ผลกระทบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ ในลักษณะข้อความ ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยายประกอบ และนำเสนอการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน โดยแสดงวิธีปฏิบัติด้วยภาพเคลื่อนไหว

4. ขั้นการใช้โปรแกรมและเครื่องมือสนับสนุน ผู้วิจัยจัดทำคู่มือการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่ออธิบายเกี่ยวกับลักษณะ เนื้อหา และเวลาที่ใช้ในการนำเสนอ

5. ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงสื่อ

ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบรายเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบแบบกลุ่มย่อย เพื่อปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และผู้บริหารคลินิกโรคไตเอกชน ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการดังนี้

5.1 การทดสอบแบบรายเดี่ยว ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 9 นาที 32 วินาที) เป็นรายบุคคล โดยใช้คอมพิวเตอร์ notebook แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับสื่อวีดิทัศน์ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการลำดับเรื่องและการออกแบบ และด้านความง่ายของเนื้อหา

5.2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้น (ความยาว 9 นาที 32 วินาที) เป็นรายบุคคล โดยใช้คอมพิวเตอร์ notebook แล้วให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะว่า ควรปรับเสียงดนตรีในบางช่วงที่ดังกว่าเสียงบรรยายให้เบาลง ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับระดับเสียงดนตรี

ระยะที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบภาคสนาม โดยพบกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัด

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ (pre-test) โดยใช้เวลา 20 นาที จากนั้นให้ชมสื่อวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงแล้ว (ความยาว 9 นาที 32 วินาที) เป็นรายบุคคล โดยใช้คอมพิวเตอร์ notebook แล้วให้ตอบแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ (post-test) โดยใช้เวลา 25 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ คำนวณจากอัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ หากได้ค่ามากกว่า 1 แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ($n = 42$) พบว่า ผู้ป่วยฯ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.76 มีอายุมากกว่า 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.71 โดยมีอายุเฉลี่ย 53.64 ปี ($SD = 12.73$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 52.38 ไม่มีรายได้ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.47 เท่ากัน ส่วนใหญ่มีโรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 85.71 ไม่เคยได้รับการล้างไตทางหน้าท้อง คิดเป็นร้อยละ 78.57 และไม่เคยได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม คิดเป็น

ร้อยละ 80.95

2. สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความยาว 9 นาที 32 วินาที ประกอบด้วย 1) ส่วนนำ กล่าวถึงความหมายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความยาว 1 นาที 26 วินาที 2) ส่วนเนื้อหา มีความยาว 7 นาที 16 วินาที แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 อุดบัติการติดเชื้อ ผลกระทบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความยาว 2 นาที 42 วินาที นำเสนอในลักษณะข้อความและภาพนิ่ง พร้อมเสียงบรรยาย และตอนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การดูแลสายสวนหลอดเลือด การสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดความผิดปกติขณะอยู่บ้าน มีความยาว 4 นาที 34 วินาที นำเสนอด้วยภาพเคลื่อนไหวแสดงวิธีการปฏิบัติประกอบคำบรรยาย โดยระหว่างเนื้อหาตอนที่ 1 กับตอนที่ 2 มีเสียงดนตรีคั่น ความยาว 3 วินาที และ 3) ส่วนท้าย เป็นบทสรุปข้อปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีความยาว 47 วินาที

3. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์

3.1 การประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของเมกุยแกนส์ พบว่า อัตราส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการชมสื่อวีดิทัศน์กับก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์ มีค่าเท่ากับ 1.60 ซึ่งแสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ

3.2 การเปรียบเทียบความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวีดิทัศน์ พบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ป่วยฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าก่อนการชม

สื่อวิดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.579$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ระหว่างก่อนกับหลังการชมสื่อวิดิทัศน์ ($n = 30$)

ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
ก่อนการชมสื่อวิดิทัศน์	11.13	2.34	16.579	< .001
หลังการชมสื่อวิดิทัศน์	17.77	1.54		

4. ความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวิดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย พบว่า ผู้ป่วยฯ มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวิดิทัศน์ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเนื้อหา ($M = 4.80$, $SD = .41$) ด้านการออกแบบ ($M = 4.75$, $SD = .38$) และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ($M = 4.93$, $SD = .25$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวิดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม ($n = 30$)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านเนื้อหา					
1. เนื้อหาสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการทราบ	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
2. เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
3. เนื้อหาเข้าใจง่าย	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
4. ภาพสอดคล้องกับคำบรรยาย	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
5. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
6. มีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน	24 (80.00)	6 (20.00)	4.80	.41	มากที่สุด
โดยรวม			4.80	.41	มากที่สุด

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำแนกเป็นรายข้อในแต่ละด้าน และโดยรวม (n = 30) (ต่อ)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านการออกแบบ					
1. การลำดับภาพมีความเหมาะสม	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
2. ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
3. ภาพประกอบสื่อความหมายชัดเจน	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
4. เสียงบรรยายมีความชัดเจน	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
5. ดนตรีประกอบมีความเหมาะสม	22 (73.33)	8 (26.67)	4.73	.45	มากที่สุด
6. ความยาวของสื่อวีดิทัศน์มีความเหมาะสม	25 (83.33)	5 (16.67)	4.83	.38	มากที่สุด
โดยรวม			4.75	.38	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ที่ได้รับ					
1. ได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
2. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเอง	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
3. สามารถนำไปปฏิบัติได้	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
4. สะดวกในการนำไปทบทวน ดูซ้ำ	28 (93.33)	2 (6.67)	4.93	.25	มากที่สุด
โดยรวม			4.93	.25	มากที่สุด
โดยรวมทั้งหมด			4.83	.35	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่ผู้วิจัยทบทวนแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากองค์กรต่างๆ และนำเสนอในลักษณะภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ข้อความ เสียงบรรยาย และดนตรีประกอบ โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Alessi and Trollip (1991)

ในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งสอดคล้องกับคุณสมบัติของการสอนผ่านสื่อวีดิทัศน์ คือ ช่วยให้ผู้เรียนเห็นสิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน มีการนำเสนอทั้งภาพและเสียง ทำให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น เรียนรู้ซ้ำได้หลายครั้ง เมื่อผู้เรียนต้องการ (นงศ์กรณ วิเศษกุล, 2562) และผู้วิจัยยังเลือกใช้ภาพจริงที่เป็นภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงบรรยายคำอธิบายแสดงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่สำคัญ คือ การทำความสะอาดมือ และการทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่カサヤสวนหลอดเลือด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีหลายขั้นตอน เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นภาพที่ใกล้เคียงกับเหตุการณ์จริงและนำไปปฏิบัติได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า สื่อวีดิทัศน์ทำให้ผู้เรียนได้เห็นภาพเคลื่อนไหวประกอบเสียงบรรยายได้ยินเสียงที่สอดคล้องกับภาพนั้น ๆ ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ และเกิดการเรียนรู้ (นฤมล ผลดี, 2561) สำหรับความยาวของสื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยพยายามทำให้น่าสนใจมีความกระชับ โดยความยาวของสื่อวีดิทัศน์นี้ไม่เกิน 20 นาที ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้เรียนมีความสนใจและสามารถเรียนรู้ได้ดี (Bradbury, 2016) จึงยังอยู่ในความสนใจที่ผู้ป่วยจะเรียนรู้ได้ ดังนั้น การใช้สื่อวีดิทัศน์นี้จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความรู้ในการดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า สื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของเมทริกซ์ และพบว่า หลังการชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สูงกว่าก่อนการชมสื่อวีดิทัศน์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ร้อยละ 80.95) ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของตนเอง กลุ่มตัวอย่างจึงมีความสนใจและตั้งใจชมสื่อวีดิทัศน์ เสมือนว่ากำลังประสบกับเหตุการณ์จริง จึงเป็นการเพิ่มแรงจูงใจ และทำให้เกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ (Alessi & Trollip, 1991) อีกทั้งสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Knowles, Holton, and Swanson (2005) ที่กล่าวว่า มนุษย์จะเรียนรู้ได้ดีหากเรียนในสิ่งที่ตนต้องการและเรียนรู้ด้วยวิธีการที่ตนพอใจ นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์ยังสามารถ

ถ่ายทอดทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน โดยการฟังและการเห็นพร้อมกันจะทำให้การจดจำดีขึ้นมากกว่าการฟังหรือการเห็นเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง (Masters, 2013) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาจำนวนมากที่ผ่านมา ที่ได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์และส่งผลให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความรู้เพิ่มขึ้น เช่น ความรู้ในการควบคุมระดับฟอสฟอรัสในเลือด (อารีรัตน์ ชำนาญ และคณะ, 2564; Baldwin, 2013) ความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมน้ำหนักและการรับประทานอาหาร (Suk et al., 2013)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมและรายด้านในระดับมากที่สุด ทั้งด้านเนื้อหา ด้านการออกแบบ และด้านประโยชน์ที่ได้รับ ทั้งนี้เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่สอดคล้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ เนื้อหาน่าสนใจ น่าติดตาม เข้าใจง่าย มีภาพที่สอดคล้องกับคำบรรยาย ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม มีการสรุปเนื้อหาที่ชัดเจน และมีความยาวเหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเอง สามารถนำความรู้ในสื่อวีดิทัศน์ไปปฏิบัติได้ และมีความสะดวกในการนำไปทบทวน ดูซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญตา งามพริ้ง (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน เพราะได้รับความรู้และประโยชน์ตรงตามที่ต้องการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลห้องไตเทียมควรให้ผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมได้ชมสื่อวีดิทัศน์เรื่องการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ทุกครั้งที่มารับการฟอกเลือด และจัดทำแผ่นวีดิทัศน์ระบบดิจิทัลมอบให้ผู้ป่วยหรือเผยแพร่ทางสื่อสาธารณะ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการทบทวนความรู้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาความคงอยู่ของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมหลังการชมวีดิทัศน์ โดยการประเมินความรู้เป็นระยะ

2.2 ควรมีการศึกษาโดยเปรียบเทียบการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อจากการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับความรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์กับกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ด้วยวิธีการอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ที่สนับสนุนทุนผู้ช่วยสอน/ผู้ช่วยวิจัย (TA/RA) ซึ่งช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญตา งามพริ้ง. (2562). *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานสำหรับผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). *คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- คำพอง คำนันท์, อะเกื้อ อุนหละกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2555). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่. *พยาบาลสาร*, 39(2), 101-115.
- ชมรมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง*. กรุงเทพฯ: เอส.เอ็ม. การพิมพ์.

- นงศกรานู วิเศษกุล. (2562). *การพัฒนาสื่อการเรียนรู้การสอนทางการพยาบาล: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. เชียงใหม่: โซดนาพรินทร์.
- นฤมล ผลดี. (2561). *การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็ง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะดนัย วิเทียน. (2560). *ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับวีดิทัศน์*. สืบค้นจาก <https://krupiyadanai.wordpress.com/tag/วีดิทัศน์/>
- วิวัฒน์ จันเจริญฐานะ, และสมชาย เอี่ยมอ่อง. (2557). สายฟอกเลือดชนิดเคลือบสารบนพื้นผิว. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 58(5), 511-523.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2562). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2562*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง.
- สิริภา ช้างศิริกุลชัย. (2556). Infection control in hemodialysis. ใน ทวี ศิริวงศ์, จินฉวีภา อนุศรี, และศิริรัตน์ เรืองจ้อย (บ.ก.), *2013 Hemodialysis: Practical advanced course* (น. 231-244). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลจอมทอง. (2560). *รายงานการประเมินตนเอง*. สืบค้นจาก <https://www.chomthonghospital.go.th/cth2015/wp-content/uploads/2018/06/CQI-2560>
- หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. (2562). *รายงานการประเมินตนเอง*. สืบค้นจาก <https://www.chhospital.org/webboard/upload/file/141223854733.docx>
- หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลสันป่าตอง. (2562). *สรุปรายงานการติดเชื้อ โรงพยาบาลสันป่าตอง*. เชียงใหม่: ผู้แต่ง.

- อารีรัตน์ ชำนาญ, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, และอดิษฐ์ ทัศนรงค์. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมฟอสฟอรัสและผลคูณแคลเซียมและฟอสฟอรัสในผู้ป่วยที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 36(2), 49–65.
- อำนาจ ชัยประเสริฐ. (2561). Chronic kidney disease. ใน บัญชา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, และอุปลัมภ์ สุภสินธุ์ (บ.ก.), *Manual of dialysis* (น. 29–43). กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.
- Acha, K., Takouopo, A., Fotsing, P., Kaze, F., Maimouna, M., & Ashuntantang, G. (2020). Incidence and risk factors of non tunneled hemodialysis catheter infections: A follow up study in two hemodialysis centers in Cameroon. *Kidney International Reports*, 5(3), S92. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468024920302837>
- Alessi, S. M., & Trollip, S. R. (1991). *Computer-based instruction: Methods and development*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. (2010). *Guide to the elimination of infections in hemodialysis*. Retrieved from <http://www.apic.org/Resource/EliminationGuideForm/7966d850-0c5a-48ae-9090-a1da00bcf988/File/APIC-Hemodialysis.pdf>
- Baldwin, D. M. (2013). Viewing an educational video can improve phosphorus control in patients on hemodialysis: A pilot study. *Nephrology Nursing Journal*, 40(5), 437–442. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24308110/>
- Ball, L. K., George, C. A., Duval, L., & Hedrick, N. N. F. (2016). Reducing blood stream infection in patients on hemodialysis: Incorporating patient engagement into a quality improvement activity. *Hemodialysis International*, 20(Suppl. 1), S7–S11. doi:10.1111/hdi.12463
- Bradbury, N. A. (2016). Attention span during lectures: 8 seconds, 10 minutes, or more?. *Advances in Physiology Education*, 40(4), 509–513. doi:10.1152/advan.00109.2016
- Cabrera, M. A., Marshall, C. N., Sadler, K. A., & Murea, M. (2018). Vascular access: HD patients' perceived knowledge and practices. *Nursing Management*, 49(11), 31–36. doi:10.1097/01.NUMA.0000547260.22709.0f
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Dialysis safety: Clinician education*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/dialysis/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Dialysis safety: Be a safe patient*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/dialysis/patient/index.html>

- Fadlalmola, H. A., & Elkareem, E. M. A. (2020). Impact of an educational program on knowledge and quality of life among hemodialysis patients in Khartoum state. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 12, 100205. doi:10.1016/j.ijans.2020.100205
- Knowles, M. S., Holton, E. F., & Swanson, R. A. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6th ed.). Boston: Elsevier.
- Lok, C. E., Huber, T. S., Lee, T., Shenoy, S., Yevzlin, A. S., Abreo, K., ... Valentini, R. P. (2020). KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(4 Suppl. 2), S1–S164. doi:10.1053/j.ajkd.2019.12.001
- Mandolfo, S., Maggio, M., Forneris, G., & Galli, F. (2019). Cost analysis of haemodialysis catheter related bloodstream infection through the DRG system, “on behalf of project group of vascular access of Italian Society of Nephrology”. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 36(1), 2019-vol1. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30758153/>
- Martin, K., Lorenzo, Y. S. P., Leung, P. Y. M., Chung, S., O’flaherty, E., Barker, N., & Ierino, F. (2020). Clinical outcomes and risk factors for tunneled hemodialysis catheter-related bloodstream infections. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(6), ofaa117. doi:10.1093/ofid/ofaa117
- Masters, K. (2013). Edgar Dale’s Pyramid of Learning in medical education: A literature review. *Medical Teacher*, 35(11), e1584–e1593. doi:10.3109/0142159X.2013.800636
- Mohammadkarimi, V., Anushiravani, A., Adibi, S., & Dalfardi, B. (2020). Catheter infection among hemodialysis patients: A report from Fars province, Iran. *Avicenna Journal of Clinical Microbiology and Infection*, 7(2), 45–49. doi:10.34172/ajcmi.2020.10
- See, I., Shugart, A., Lamb, C., Kallen, A. J., Patel, P. R., & Sinkowitz-Cochran, R. L. (2014). Infection control and bloodstream infection prevention: The perspective of patients receiving hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 41(1), 37–40. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24689263/>
- Suk, Y. M., Park, J. W., Jeon, M. J., & Kim, C. Y. (2013). Effect of periodic video education on knowledge about hemodialysis, patient role behavior and the physiologic index in patients with hemodialysis. *Journal of Korean Biological Nursing Science*, 15(3), 122–132. doi:10.7586/jkbns.2013.15.3.12

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี
ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
และโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน จังหวัดจันทบุรี

Effect of Promoting Health Literacy Program Based on
the PBRI's Model with Seven Color Ping-Pong Life Traffic on
Health Literacy among Diabetic and Hypertensive Patients
at Community in Chanthaburi Province

เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ¹

Pennapa Pisaipan, M.N.S. (Family Nursing) ¹

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ²

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ²

ยศพล เหลืองโสมนา, ปร.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา) ³

Yosapon Leungsomnana, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science) ³

กรองแก้ว ทรัพย์ประเสริฐ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) ⁴

Krongkaew Subprasert, M.N.S. (Pediatric Nursing) ⁴

จันทร์เพ็ญ อามพัฒน์, พย.ม. (การพยาบาลครอบครัว) ⁵

จรรย์ญา ดิจะโปะ, พย.ม. (การผดุงครรภ์) ⁶

Chanpen Armpat, M.N.S. (Family Nursing) ⁵

Jarunya Deejapo, M.N.S. (Midwifery) ⁶

พกามาศ พิมพิธาร, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ) ⁷

Pakamas Pimtara, M.N.S. (Gerontological Nursing) ⁷

Received: December 31, 2023

Revised: April 24, 2024

Accepted: April 26, 2024

^{1,2} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1,2} Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

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

³⁻⁷ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³⁻⁷ Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 11 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 16 คน รวมจำนวน 27 คน ในตำบลจันทนิมิต อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .49-.98 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.941, p < .01$) และ 2) หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.042, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น
คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สบช.โมเดล

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of promoting health literacy program based on the PBRI's Model with seven color ping-pong life traffic on health literacy among diabetic and hypertensive patients. The 27 samples were composed of 11 diabetic patients and 16 hypertensive patients living in Chanthanimit Sub-district, Mueang Chanthaburi District, Chanthaburi Province. The research instruments included a promoting health literacy program based on the PBRI's Model with seven color ping-pong life traffic and a health literacy assessment form for diabetic and hypertensive patients with reliabilities in the range of .49-.98. The implementation and data collection were conducted from April to October 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Wilcoxon signed-rank test.

The research results revealed that 1) after receiving the program, the diabetic patients had statistically significantly higher score of health literacy than that of before receiving the program ($Z = -2.941, p < .01$), and 2) after receiving the program, the hypertensive patients had statistically significantly higher score of health literacy than that of before receiving the program ($Z = -3.042, p < .01$).

This research suggests that healthcare providers in primary care units should adopt this promoting health literacy program for diabetic and hypertensive patients in their communities. This will help the patients increase their health literacy and modify their health behaviors.

Keywords: Health literacy, Diabetes mellitus, Hypertension, PBRI's Model

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก สถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมีจำนวน 422 ล้านคน (จิรวัดน์ สีต้อ, 2562) และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน (ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดธัญญกิจ, และนพวรรณ เปียชื่อ, 2560) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 4.80 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มักมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า โรคความดันโลหิตสูงพบได้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างน้อย 2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน (สมจิตต์ สินธุชัย และคณะ, 2565) จากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาระการป่วย การเสียชีวิต และความพิการ (The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease, 2017) ซึ่งหนึ่งในกลยุทธ์ที่ต้องดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงแก่ประชาชน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรค ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) หากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน สูงขึ้น (นสหยม เอโฮย, ธิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และสุรรัตน์ ณ วิเชียร, 2565; Bailey et al., 2014) หน่วยงานด้านสุขภาพและสถาบันการศึกษาต่างๆ จึงได้พยายามเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ในชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการเจ็บป่วยได้

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นต้นสังกัดของวิทยาลัยพยาบาล 30 แห่งทั่วประเทศ ได้มีนโยบายการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดภาระการป่วยและ

การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชนที่ดี โดยใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี และมาตรการ 3อ (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3ลด (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) (สพช.โมเดล) ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ภายใต้โครงการสร้างชุมชนสุขภาวะด้วย สพช.โมเดล 2022: 1 วิทยาลัย 1 ชุมชน เกิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว (2565-2567) และได้มอบหมายให้วิทยาลัยในสังกัดดำเนินการสำรวจและส่งข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเป้าหมายตามโครงการดังกล่าว

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ได้จัดทำโครงการสร้างชุมชนสุขภาวะด้วย สพช.โมเดล 2022: 1 ชุมชน 1 วิทยาลัย โดยบูรณาการความร่วมมือในหลายมิติ และเชื่อมโยงพันธกิจด้านต่างๆ ของวิทยาลัยเข้าด้วยกัน โดยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สพช.โมเดล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งเป็นแนวคิดของศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร และนำมาดำเนินการให้บริการวิชาการที่ตอบสนองปัญหาและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน โดยพยายามให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด โดยเฉพาะทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนนำในการกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งวิทยาลัยได้เลือกพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินการจากการที่ประชาชนในชุมชนมีปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ โดยพื้นที่ที่เลือก คือ หมู่ 5 บ้านท่าเรือจ้าง ตำบลจันทนิมิต อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี ซึ่งมีประชากรประมาณ 680 คน จากการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุ 15-65 ปี ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่มารับ

การรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิตด้วยโรคเบาหวาน จำนวน 11 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 16 คน และโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูง จำนวน 8 คน และมีการใช้แนวคิดป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ในการประเมินสุขภาพของประชาชนว่าอยู่ในกลุ่มใด รวมทั้งใช้กระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายกลุ่มและรายบุคคลตามความเหมาะสม โดยในกลุ่มปกติ (สีขาว) เน้นการเฝ้าระวังโรค ควบคุมป้องกันไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) ในกลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) เน้นการสร้างสุขภาพด้วย 3อ 3ลด เพื่อให้เป็นกลุ่มปกติ (สีขาว) และไม่ให้เป็นกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) ในกลุ่มป่วย (สีเขียวเข้ม สีเหลือง สีส้ม และสีแดง) เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เฝ้าระวังและลดระดับความรุนแรงของโรค เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ด้วยกระบวนการสอบสวนโรค คือ หาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดขึ้น โดยมีการติดตามเฝ้าระวังในทุกกลุ่ม เพื่อให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต่อไป ซึ่งในการจัดโปรแกรมดังกล่าว นอกจากวิทยาลัยจะได้ดำเนินการตามพันธกิจของสถาบันอุดมศึกษาแล้ว ยังก่อให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในชุมชน เกิดชุมชนสุขภาวะต้นแบบด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประชาชน แกนนำในชุมชน และอาจารย์ของวิทยาลัย รวมถึงมีจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงตามระดับสีของป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สพช.โมเดล ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี

2. เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี

สมมติฐานการวิจัย

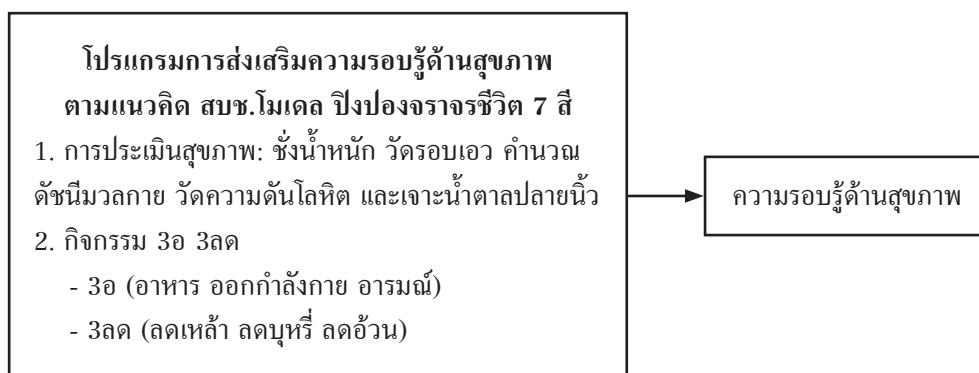
1. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ของศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดย

ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี เป็นเครื่องมือคัดกรองและจัดระดับความรุนแรงของโรค เพื่อแบ่งประชาชนออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ (สีขาว) กลุ่มเสี่ยง (สีเขียวอ่อน) กลุ่มป่วย (ระดับ 0 สีเขียวเข้ม ระดับ 1 สีเหลือง ระดับ 2 สีส้ม และระดับ 3 สีแดง) และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (สีดำ) โดยผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลัก คือ 1) การประเมินสุขภาพ โดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และ 2) กิจกรรม 3อ 3ลด เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร กิจกรรมการบริหารร่างกายด้วย มณีเวช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อันจะนำไปสู่การจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าระวังและลดระดับความรุนแรงของโรค เพื่อไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ไตวาย สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นประชาชนที่มีอายุ 15–65 ปี ในพื้นที่หมู่ 5 บ้านท่าเรือจ้ง ตำบลจันทนิมิต อำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี ที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ สบข.โมเดล ตามกลุ่มป้องกันจากราชวิธี 7 สี ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2566 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อยู่ในกลุ่มป่วย โดยกลุ่มสีเขียวเข้มมีค่า FBS $\leq$ 125 mg/dl และค่า BP $\leq$ 139/89 mmHg กลุ่มสีเหลืองมีค่า FBS 126–154 mg/dl ค่า BP 140/90–159/99 mmHg และค่า HbA1C $<$ 7 % กลุ่มสีส้มมีค่า FBS 155–182 mg/dl ค่า BP 160/100–179/109 mmHg และค่า HbA1C 7–8% และกลุ่มสีแดงมีค่า FBS $\geq$ 183 mg/dl ค่า BP $\geq$ 180/110 mmHg และค่า HbA1C $>$ 8% 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการมองเห็น 4) ไม่มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความบกพร่องในการรู้คิด 6 ข้อ (the Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดย test family เลือก mean: difference from constant (one sample case) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1992) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบข.โมเดล ป้องกันจากราชวิธี 7 สี ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร โดยมีการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและควบคุมโรคแก่ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้หลัก 3อ 3ลด ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

1) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และประเมินสุขภาพโดยการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว คำนวณดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว 2) ผู้วิจัยให้กำหนดเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตรายบุคคล 3) ผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เช่น การควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ค่าปกติของเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย น้ำตาลปลายนิ้ว น้ำตาลสะสม ความดันโลหิต คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ไขมันดี ไขมันเลว 4) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมอาหาร “กินดีได้ดี กินไม่ดีได้โรค” โดยบรรยายเรื่องอาหารที่ควรรับประทานตามธงโภชนาการ การควบคุมแคลอรีอาหารและวิธีการลดน้ำหนัก อาหารที่ควรหลีกเลี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สื่อที่ใช้ คือ แผ่นป้ายอาหาร และธงโภชนาการ จากนั้นแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อเข้าฐาน 2 ฐาน คือ ฐานที่ 1 เล่นเกมเรียงแคลอรีอาหาร หลังเล่นเกม ผู้วิจัยบรรยายสรุปการจัดอาหารแต่ละมื้อสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สื่อที่ใช้ คือ แผ่นป้ายอาหาร และโปสเตอร์ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และฐานที่ 2 อ่านฉลากโภชนาการ จากนั้นผู้วิจัยประเมินชนิดและปริมาณอาหารที่เหมาะสมกับแต่ละคน และแจกคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โปสเตอร์ “ใส่ใจ 3อ บอกลา 2ส ปรับ & เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” แผ่นพับ

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และแผนปฏิบัติการออกกำลังกาย 5) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย โดยสาธิตการบริหารร่างกายด้วย มณีเวช และ SKT ซึ่งเป็นสมาธิบำบัดด้วยเทคนิค การหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตาและ หู ผสมผสานกัน เพื่อลดน้ำตาลในเลือดและความดัน โลหิต และ 6) ผู้วิจัยติดตามการดูแลสุขภาพทางไลน์ ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

1) ผู้วิจัยประเมินสุขภาพ และเปรียบเทียบผลกับครั้งที่ผ่านมา 2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย โดยบรรยายเรื่อง ออกกำลังกายอย่างไรให้เหมาะกับวัยและโรค ทบทวนการบริหารร่างกายด้วยมณีเวช และ SKT และให้ฝึกปฏิบัติ สื่อที่ใช้ คือ กลีปวีดีโอ และแผนพับ จากนั้นให้แลกเปลี่ยนการออกกำลังกายภายในกลุ่ม 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม อ อารมณ์ โดยบรรยายและฝึกปฏิบัติเทคนิควิธีการจัดการความเครียด การสร้างพลัง ในตนเอง และการฝึกคิดบวก 4) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม 3 ลด โดยบรรยายเรื่อง “เหล้า และบุหรี่ ผลร้ายต่อร่างกาย” ทบทวน อ อาหาร วิถีลดน้ำหนัก เกี่ยวกับ หลักการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน ลดอ้วน อาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายในกลุ่ม 5) ผู้วิจัย จัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลผู้ที่สามารถลดน้ำหนัก รอบเอว น้ำตาลในเลือด หรือความดันโลหิตได้ หรือสามารถควบคุมน้ำตาลใน เลือดและความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ 6) ผู้วิจัย ทบทวนเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดและ ความดันโลหิตรายบุคคล และ 7) ผู้วิจัยติดตามการดูแลสุขภาพทางไลน์

ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ 1) ผู้วิจัยประเมินสุขภาพ และเปรียบเทียบผลกับครั้งที่ผ่านมา 2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายแบบไทย ๆ และการบริหารร่างกาย

ด้วยมณีเวช 3) ผู้วิจัยบรรยายเรื่อง “การกินยาเบาหวาน ความดัน ให้ถูกวิธี” 4) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “ต้นกล้าของ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” โดยเลือกผู้เป็นต้นแบบ ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่สามารถลด/ควบคุม น้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และน้ำหนักได้ ให้มา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 5) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมเสริมสร้าง พลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลผู้ที่สามารถ ลดน้ำหนัก รอบเอว น้ำตาลในเลือด หรือความดันโลหิต ได้ หรือสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดัน โลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ 6) ผู้วิจัยทบทวนเป้าหมาย ในการควบคุมน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตราย บุคคล และ 7) ผู้วิจัยติดตามการดูแลสุขภาพทางไลน์ ครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้

1) ผู้วิจัยประเมินสุขภาพ และเปรียบเทียบผลกับครั้งที่ผ่านมา 2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม ออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การบริหารร่างกายด้วยมณีเวช และการทำสมาธิโดยใช้ ท่าประกอบเพลงดังดอกไม้บาน 3) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม เสริมสร้างพลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัล ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติและควบคุมโรค และให้ถ่ายทอดประสบการณ์แก่ผู้ที่ยังควบคุมโรคไม่ได้ และ 4) ผู้วิจัยให้ร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอด บทเรียนที่ได้จากการทำกิจกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยใช้แบบวัด ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ น้ำหนัก การศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความรู้สึกต่อสุขภาพ และ ประสบการณ์การดูแลคนในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะ คำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ตอนที่ 2 ความต้องการความช่วยเหลือ

ด้านข้อมูลสุขภาพ จำนวน 2 ข้อ

ตอนที่ 3 การอ่านศัพท์พื้นฐาน จำนวน 33 ข้อ

ตอนที่ 4 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 5 ความสามารถในการเข้าถึง หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 6 ความรู้ ความเข้าใจโรคและการปฏิบัติตัว ประกอบด้วยข้อคำถามที่ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 16 ข้อ ที่ตอบเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 ข้อ และที่ตอบทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ รวมจำนวน 36 ข้อ

ตอนที่ 7 การปฏิบัติในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 8 การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต จำนวน 11 ข้อ

ตอนที่ 9 การปฏิบัติพฤติกรรม 30 2ส จำนวน 8 ข้อ

ทั้งนี้ ตอนที่ 2, 5 และ 9 มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของครอนบาชเท่ากับ .81, .54 และ .79 ตามลำดับ ส่วนตอนที่ 3, 4, 6, 7 และ 8 มีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) เท่ากับ .98, .82, .78, .97 และ .49 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เอกสารรับรอง เลขที่ CTIREC 021/66 วันที่ 8 เมษายน 2566) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิให้ตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 35 นาที

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต ให้ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบข.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี จำนวน 4 ครั้ง เดือนละ 2 ครั้ง รวมเวลา 2 เดือน

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจันทนิมิต ให้ตอบแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนตุลาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (n = 27) พบว่า ผู้ป่วยฯ เป็น

เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีอายุเฉลี่ย 61.18 ปี ($SD = 9.73$) มีน้ำหนักเฉลี่ย 64.05 กิโลกรัม ($SD = 12.67$) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.16 มีรายได้เฉลี่ย 8,241 บาทต่อเดือน ($SD = 8,478.30$) โดยมีรายได้เพียงพอบางครั้ง และมีรายได้ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 29.63 เท่ากัน มีความรู้สึกต่อสุขภาพ คือ ไม่แข็งแรง ดูแลตัวเองไม่ได้ มี อสม./คนในชุมชน/ญาติช่วยดูแล และไม่แข็งแรง ดูแลตัวเองไม่ได้ และไม่ใครดูแล คิดเป็นร้อยละ 29.63 เท่ากัน และส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การดูแลคนในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

คิดเป็นร้อยละ 74.07

2. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช. โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.941$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ($n = 11$)

ช่วงเวลา	Med	Q3-Q1	Wilcoxon signed-rank test	
			Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	146.00	150.00-135.00	-2.941	.003
หลังได้รับโปรแกรม	160.00	163.00-158.00		

3. การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -3.042$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี (n = 16)

ช่วงเวลา	Med	Q3-Q1	Wilcoxon signed-rank test	
			Z	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	156.50	164.75-147.25	-3.042	.002
หลังได้รับโปรแกรม	167.00	167.75-159.00		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด สบช.โมเดล ปิงปอง จราจรชีวิต 7 สี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตาม แนวคิด สบช.โมเดล ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี นั้นเป็น โปรแกรมที่เน้นการสร้างความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพของผู้ป่วยโดยตรงด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การสร้างความตระหนักรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ตามสัญลักษณ์ “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” การฟัง การบรรยาย การแบ่งกลุ่มย่อยและเข้าฐานเพื่อเรียนรู้ เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค การลดน้ำหนัก มีการสาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการออกกำลังกาย การจัดการความ เครียด มีการแจกคู่มือและโปสเตอร์ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงมีกระบวนการ ติดตามประเมินระดับน้ำตาลปลายนิ้ว การติดตาม วัดความดันโลหิตและคำนวณดัชนีมวลกาย เพื่อ เปรียบเทียบผลกับครั้งที่ผ่านมาเป็นระยะ ควบคู่กับ การบันทึกข้อมูลต่างๆ ในสมุด สบช.โมเดล และที่สำคัญ

คือ เมื่อผู้ป่วยพบปัญหาสุขภาพหรือมีข้อมูลด้านสุขภาพ ไม่เพียงพอเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ยังสามารถสอบถาม ข้อมูลสุขภาพทางไลน์กลุ่มที่ตั้งขึ้นเพื่อใช้เป็นช่องทาง ในการสื่อสารข้อมูลต่างๆ ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ของสมาชิกกลุ่ม และเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วย มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อช่วยในการตัดสินใจด้าน สุขภาพ และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่ง กิจกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่าย เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนและถูกต้อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคัทธิลยา วสุธาดา, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, ดาราวรรณ รองเมือง, อนุชิต สว่างแจ้ง, และโรจน์เมธิษฐ์ ไวยกุล (2565) ที่พบว่า การพัฒนาความรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรค ความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วย การให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อควบคุมความดันโลหิต ตั้งเป้าหมาย จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติตัว ประชุม กลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล จัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ role model ที่ประสบความสำเร็จ ในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ติดตามกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามรายบุคคลที่บ้าน และ สะท้อนกลับผลการพัฒนา ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิต สูง และพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

สูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด จูหว่า, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน (2562) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการสร้างความตระหนักถึงระดับความรุนแรงของโรคโดยใช้เครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของบุญญธิดา ยาอินทร์ (2564) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

นอกจากนี้ การจัดโปรแกรมในการวิจัยครั้งนี้ยังได้รับความร่วมมือจากทีม อสม. ในตำบลจันทนิมิตมาเป็นแกนนำในการกระตุ้นและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้โปรแกรมเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของนสพ.สม เอื้อ และคณะ (2565) ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิชัยโมเดล 7 สี อสม.มีความรู้ การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูง ดีวก่อนได้รับโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญจน์ณัฐ เจริญชัย (2560) ที่พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริหารผู้ป่วยเบาหวาน “DM Excellence Care Giver” พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองหลังได้รับการดูแลจาก อสม. มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสร้างผู้นำชุมชน ได้แก่ อสม. ให้เข้มแข็งและเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพตามแนวคิด สบข.โมเดล ช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของก่อกัด จันทรวิจิตร (2566) ที่พบว่า การใช้แนวคิด “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดัน

โลหิตสูง มีความสำเร็จโดยเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการถอดบทเรียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมโรคได้ดีอย่างต่อเนื่อง ว่าใช้กลยุทธ์ใดจึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพื่อนำกลยุทธ์ไปเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ก่อกัด จันทรวิจิตร. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ CIPP Model. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 6(2), 80–93.
- กัญจน์ณัฐ เจริญชัย. (2560). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักบริหารผู้ป่วยเบาหวาน DM Excellence Care Giver จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(1), 133–151.

- กัทธิยา วสุธาดา, เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, ดาราวรรณ รongเมือง, อนุชิต สว่างแจ้ง, และโรจน์เมธิศรี ไวยกุล. (2565). การพัฒนาชุมชนรอบรู้ทางสุขภาพในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคิดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตำบลหนองบอน อำเภอบ่อไร่ จังหวัดตราด. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(1), 136–152.
- จิรวรรณ สีต้อ. (2562). ความสุขของโรคไตวายเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 27(2), 1–15.
- นสพ. เอโฮ่ย, วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และสุวีรัตน์ ณ วิเชียร. (2565). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามวิธีโมเดล 7 สี ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรอง และการให้คำแนะนำโรคความดันโลหิตสูงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารกองการพยาบาล*, 49(2), 12–22.
- บุญญธิดา ขาอินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โรงพยาบาลชุมชนแสงอำเภอยะรัง จังหวัดนครสวรรค์. *สารวิจัยเวชสาร*, 18(1), 35–48.
- ปวีณา นราศรี, กานต์ ฉลาดชัยกิจ, และนพวรรณ เปียชื่อ. (2560). บทบาทของพยาบาลในการจัดการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฐมภูมิตามแนวคิดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล*, 23(1), 27–43.
- วัชรพร เชยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยธานี*, 44(3), 183–197.
- สมคิด จุฬว้า, รุ่ง วงศ์วัฒน์, และอนุกุล มะโนทน. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเครื่องมือ “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ต่อความรู้ การรับรู้ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมระดับความรุนแรงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแม่กา อำเภอเมืองจังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(2), 127–141.
- สมจิตต์ ลินรัชย์, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญกุล, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, จิราภรณ์ ชื่นน้า, กันยรัตน์ อุบลวรรณ, และปัญญาวรรณ ปรากฏผล. (2565). รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(1), 58–74.
- Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T., Herr, H., Kaphingst, K., ... Schillinger, D. (2014). Update on health literacy and diabetes. *The Diabetes Educator*, 40(5), 581–604. doi:10.1177/0145721714540220
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101. doi:10.1111/1467-8721.ep10768783
- The Policy and Strategy Section, Bureau of Non-Communicable Disease. (2017). *5-Year National NCDs Prevention and Control Plan (2017–2021)*. Retrieved from <https://www.who.int/docs/default-source/thailand/ncds/national-ncd-prevention-and-control-plan-2017-2021-eng.pdf>

ผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ต่อการเสพยาของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน* Effect of the Cognitive Behavioral Therapy Self-help Booklet on Addiction Relapse among Patients with Amphetamine Dependence*

มนทกานต์ อุเต็น, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)¹

Monthakan Uten, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)¹

ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, ค.ด. (จิตวิทยาการศึกษา)²

Darawan Thapinta, Ph.D. (Educational Psychology)²

สมบัติ สกุลพรรณ, ป.ร.ด. (หลักสูตรและการสอน)³

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction)³

Received: January 2, 2024

Revised: April 7, 2024

Accepted: April 9, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 44 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

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

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

กลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลการเสพยาเสพติดในน้ำฉ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, independent *t*-test, McNemar test และ Chi-square test for trend

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาฉ้ำน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) และ 2) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาฉ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรมีคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดลดลง

คำสำคัญ: คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน การเสพยาเสพติด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the cognitive behavioral therapy self-help booklet on addiction relapse among patients with amphetamine dependence. The participants were 44 patients with amphetamine dependence receiving therapy at a hospital in Chiang Mai Province and were equally divided into an experimental group ($n = 22$) and a control group ($n = 22$). The research instruments included the cognitive behavioral therapy self-help booklet, a demographic questionnaire, an amphetamine relapse record form, and a urine methamphetamine test kit. The implementation and data collection were conducted from May 2020 to January 2021. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, independent *t*-test, McNemar test, and Chi-square test for trend.

The research results revealed that 1) at the after posttest phase and the follow up after posttest phase, the experimental group had statistically significantly lower number of patients with amphetamine relapse than that of the pretest phase ($p < .001$ and $p < .05$, respectively); and 2) at the after posttest phase and the follow up after posttest phase, number of patients with amphetamine relapse of the experimental group were not different from the control group.

This research suggests that psychiatric nurses should adopt this cognitive behavioral therapy self-help booklet to care for patients with amphetamine dependence. This will help the patients reduce the amphetamine relapse.

Keywords: Cognitive behavioral therapy self-help booklet,
Patients with amphetamine dependence, Amphetamine relapse

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ยาเสพติดของโลก ประจำปี พ.ศ. 2563 พบผู้ขายยาเสพติดประมาณ 269 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.30 ของประชากรโลก โดยเป็นผู้ขายยาเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของแอมเฟตามีนมากถึง 27 ล้านคน ซึ่งจัดเป็นอันดับ 3 รองจากกัญชาและฝิ่นตามลำดับ และพบว่าสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนมีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มขึ้น (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020) สำหรับปัญหายาเสพติดในประเทศไทย นับวันจะยิ่งรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องก่อให้เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สาธารณสุข และความมั่นคงของประเทศ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรมสุขภาพจิต, 2560) โดยพบผู้เสพเมทแอมเฟตามีนมากที่สุด ซึ่งมีผลต่อร่างกายจิตใจ และกลายเป็นผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในเวลาต่อมา ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีการดูแล (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2559) โดยในช่วงปี พ.ศ. 2559–2560 มีผู้ใช้แอมเฟตามีนเป็นยาเสพติดหลักเข้ารับการบำบัดรักษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 และมีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาซ้ำร้อยละ 21 (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ภาค 5, 2560) โดยการใช้แอมเฟตามีนพบในกลุ่มอายุ 25–29 ปี มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 20–24 ปี และ 30–34 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.34, 18 และ 15.53 ตามลำดับ (สถาบันธัญญารักษ์, 2560) การติดแอมเฟตามีนส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ รวมถึงทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว มีความขัดแย้ง

และครอบครัวขาดความอบอุ่น (จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธุ์เดช และสิวลักษณ์ กาญจนบัตร, 2559; วรรณญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีรชัย, และรัศมีน กัลยาศิริ, 2554; วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) ผู้ติดแอมเฟตามีนจึงควรได้รับการบำบัดรักษาทั้งทางชีวภาพและทางจิต

การบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน การบำบัดทางจิตที่ได้ผลและนิยมใช้ เช่น จิตสังคมบำบัด (Matrix program) การบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) การเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) การบำบัดแนวซาทิเรย (Satir model) การปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2555) ซึ่งการปรับความคิดและพฤติกรรมถือเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและมีการนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศต่างๆ อย่างแพร่หลาย โดยมีหลักการสำคัญคือ ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนกำหนดเป้าหมายในการสร้างแรงจูงใจ เรียนรู้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจในการเลิกยา (สุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ, 2557; McHugh, Hearon, & Otto, 2010) ทั้งนี้เมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์และจำหน่ายแล้ว สถานบำบัดรักษามักพบปัญหาอุปสรรคด้านความพร้อมในการให้บริการหลังจำหน่าย เนื่องจากมีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอต่อการติดตามผลการบำบัด รวมถึงการให้ความช่วยเหลือหลังการบำบัด จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการติดตามผลการกลับไปเสพซ้ำได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2560) หากผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนสามารถควบคุมกำกับตนเองในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ ก็จะส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ และยังเป็นการลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

การปรับความคิดและพฤติกรรม ตามแนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) เกิดจากการที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้นและเข้าไปผ่านกระบวนการคิด ซึ่งอาจติดตามความเป็นจริงหรือบิดเบือนได้ ทำให้เกิดการแสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ และสรีระตามมา พฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนก็เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการคิด ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบความคิดอัตโนมัติทางลบ เนื่องจากไม่ได้ผ่านการกลั่นกรองของผู้คิด และเป็นเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ การลดพฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนตามแนวคิดทางปัญญา บุคคลต้องมีการค้นหาความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสพยาซ้ำ ตรวจสอบความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดหรือแก้ไขปัญหานั้น จะช่วยให้พฤติกรรมเสพยาแอมเฟตามีนลดลง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับความคิดและพฤติกรรมถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยช่วยให้ผู้ป่วยเสพยาแอมเฟตามีนเรียนรู้ในการสร้างพฤติกรรมใหม่มาแทนที่พฤติกรรมเดิม มีความคิดความเชื่อที่บิดเบือนต่อการเสพยาลดลง มีการรับรู้ความสามารถของตนในการเลิกเสพยามากขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยา (รัชนิพร จันทรรัตน์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2558) ซึ่งการประยุกต์ใช้การปรับความคิดและพฤติกรรมดังกล่าว ยังคงต้องอาศัยบุคลากรผู้บำบัดเป็นผู้ดำเนินการ หากมีเครื่องมือสำหรับให้ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่ได้รับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดแล้วนำไปใช้เพื่อช่วยป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำหรือลดการเสพยาแอมเฟตามีนได้ ก็น่าจะเกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วย

ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ดูแลและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนในโรงพยาบาลจิตเวชระดับตติยภูมิ จึงสนใจที่จะนำแนวคิดทางปัญญามาใช้ในการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ โดยนำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน และศึกษาผลที่มีต่อการป้องกันการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งมุ่งหวังว่า ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

สมมติฐานการวิจัย

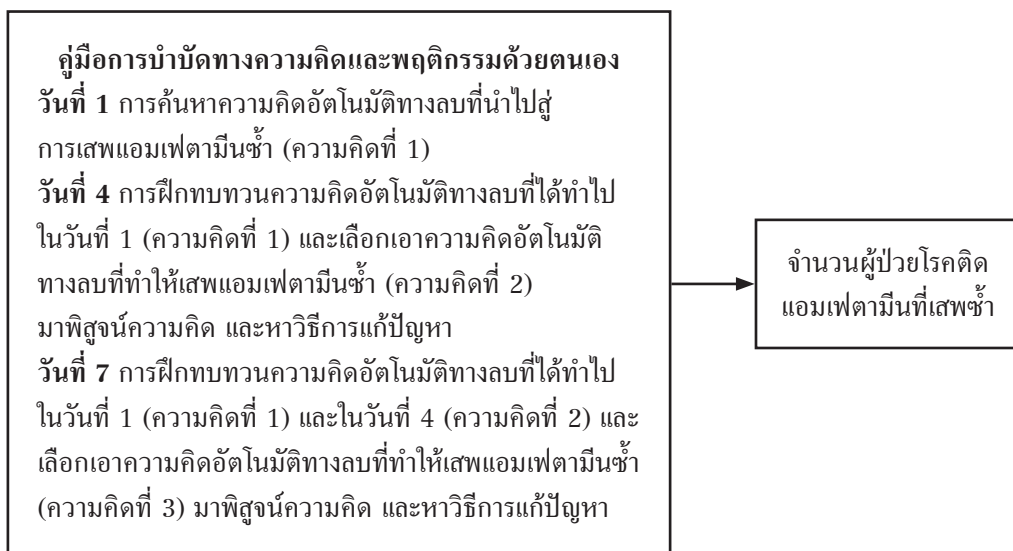
1. ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำน้อยกว่าระยะก่อนการทดลอง
2. ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของแต่ละบุคคลเกิดจากการมีสิ่งเร้ามากระตุ้นและเข้าไปผ่านกระบวนการคิด ซึ่งอาจติดตามความเป็นจริงหรือบิดเบือนได้ พฤติกรรมการเสพยาแอมเฟตามีนเกิดจาก

การถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าของแต่ละบุคคล ทำให้บุคคลเกิดการคิดที่มีลักษณะเป็นแบบความคิดอัตโนมัติทางลบ เนื่องจากไม่ได้ผ่านการกลั่นกรองของผู้คิด และเป็นเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนซ้ำได้ การลดพฤติกรรมการเสพแอมเฟตามีนตามแนวคิดทางปัญญาเสนอให้ค้นหาความคิดที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการเสพซ้ำ ตรวจสอบความคิด และปรับเปลี่ยนความคิดนั้นหรือแก้ปัญห โดยการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ซึ่งดัดแปลงจากคู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ที่ใช้ใน

การลดภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ของดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สกฤตพรณ์, วรวิษ ภูติสัมพันธ์, และเชาวนี ล่องชูผล (Thapinta, Skulphan, Kitsumban, & Longchoopol, 2017) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถช่วยลดปริมาณการดื่มสุราได้ โดยผู้วิจัยดัดแปลงในส่วนเนื้อหาของใบงาน ใบความรู้ และการบ้าน ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ซึ่งคาดว่า คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองจะช่วยป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือลดการเสพแอมเฟตามีนได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อน-หลัง การทดลอง และวัดซ้ำ (two-group repeated measures design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็น

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคติดแอมเฟตามีน ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 20–59 ปี 2) การทำหน้าที่ของการคิดปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินพุทธิปัญญา

(the Montreal Cognitive Assessment [MoCA]) ฉบับภาษาไทย 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ เข้าใจ 4) ผ่านการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดรักษา ในระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ตามรูปแบบ FAST Model ครบกำหนด 5) ไม่มีอาการทางจิต จากการประเมินโดยแพทย์ 6) ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคม อื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การบำบัดเพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และ 7) ยินยอมเข้าร่วม การวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ 1) ถูกดำเนินคดีและถูกตัดสินให้จำคุก 2) เข้ารับ การบำบัดรักษาซ้ำ 3) เข้ารับการรักษาด้วยอาการทาง ภายหรือทางจิต จนไม่สามารถทำกิจกรรมตามคู่มือได้ และ 4) ขอดอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 (Cohen, 1988) ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 44 คน (Burns and Grove, 2009) จับคู่กลุ่มตัวอย่างตาม เพศ อายุ (แตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระดับการศึกษา และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (แตกต่างกัน ไม่เกิน 7 วัน) แล้วจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยดัดแปลงจากคู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิด และพฤติกรรมด้วยตนเอง ที่ใช้ในการลดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ติดสุรา ของดราวารรณ ตะปินตา และคณะ (Thapinta et al., 2017) ที่สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดทางปัญญา ของ Beck (2011) โดย ผู้วิจัยดัดแปลงในส่วนเนื้อหาของใบงาน ใบความรู้ และ การบ้าน ให้มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มผู้ป่วยโรคติด

แอมเฟตามีน ทั้งนี้ คู่มือประกอบด้วย 3 ตอน รวม จำนวน 44 หน้ากระดาษ ใช้เวลาในการทำทั้งสิ้น 7 วัน โดยทำ 1 วัน เว้น 2 วัน หากไม่ได้ทำคู่มือตามเวลา ที่กำหนด สามารถทำได้ในวันนั้นๆ แล้วเว้นระยะใน การทำไปอีก 2 วัน โดยคู่มือมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 เป็นการค้นหาความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่นำไปสู่การเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 1) โดยให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด นั้นๆ และในใบความรู้ การทบทวนความคิดที่ทำให้เกิด พฤติกรรมการเสพยาฯ พร้อมทั้งตัวอย่างสถานการณ์ที่ อาจนำไปสู่การเสพยาฯ ที่ให้พิสูจน์ความคิด การแก้ปัญหา และการให้ความรู้ จากนั้นให้หยุดทำคู่มือ เว้นระยะ ไปทำตอนต่อไปในอีก 2 วันข้างหน้า

วันที่ 4 เป็นการฝึกทบทวนความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่ได้ทำไปในวันที่ 1 (ความคิดที่ 1) และเลือกเอา ความคิดอัตโนมัติทางลบที่ทำให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 2) มาพิสูจน์ความคิด และหาวิธีการแก้ ปัญหา จากนั้นให้หยุดทำคู่มือ เว้นระยะไปทำตอนต่อไป ในอีก 2 วันข้างหน้า

วันที่ 7 เป็นการฝึกทบทวนความคิดอัตโนมัติ ทางลบที่ได้ทำไปในวันที่ 1 (ความคิดที่ 1) และในวันที่ 4 (ความคิดที่ 2) และเลือกเอาความคิดอัตโนมัติทางลบ ที่ทำให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ (ความคิดที่ 3) มาพิสูจน์ ความคิด และหาวิธีการแก้ปัญหา พร้อมกับบันทึกสิ่งที่ ได้เรียนรู้จากคู่มือ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาน ในโรงพยาบาล จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการเสพยาแอมเฟตามีน ซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีข้อคำถาม 1 ข้อ คือ “ท่านมีการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือไม่” มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่

2.3 ชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ เป็นชุดทดสอบสำเร็จรูปที่ใช้ในการตรวจหาสารแอมเฟตามีนและเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ โดยใช้หลักการ competitive binding immunoassay สามารถตรวจสอบได้ด้วยตนเอง โดยการหยดตัวอย่างปัสสาวะลงในหลุมทดสอบ รอผลภายใน 5 นาที หากมีแถบสีขึ้นตรงตำแหน่งควบคุมคุณภาพ (ตำแหน่ง C) และไม่มีแถบสีขึ้นตรงตำแหน่งทดสอบ (ตำแหน่ง T) ถือว่าได้ผลบวก แสดงว่ามีสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ/มีการเสพยาแอมเฟตามีน (สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2559)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง และแบบบันทึกข้อมูลการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (2 คน) และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของคู่มือ เท่ากับ .94 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำคู่มือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 015/2020 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจาก

การวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการแจ้งวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วย

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย ก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-7 วัน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที ชี้แจงการใช้คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างละเอียด อธิบายใบงาน ใบความรู้ และการบ้านให้เข้าใจ แล้วให้อธิบายย้อนกลับ เพื่อประเมินความเข้าใจในการทำคู่มือ จากนั้นชี้แจงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยฝากคู่มือ และชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (3 ชุด) ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมอบให้กลุ่มทดลองในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลที่หอผู้ป่วย ก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3-7 วัน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที จากนั้นชี้แจงวันและเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ผู้วิจัยฝากชุดทดสอบเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ (3 ชุด) ไว้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาลมอบให้กลุ่มควบคุมในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. หลังวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะก่อนการทดลอง (pretest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. หลังวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 วัน เมื่อผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระยะก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองทำคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองที่บ้าน โดยตอนที่ 1 ทำในวันที่ 1 ตอนที่ 2 ทำในวันที่ 4 และตอนที่ 3 ทำในวันที่ 7 (เว้นระยะในการทำแต่ละตอน 2 วัน) พร้อมกับบันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ในคู่มือ ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินชีวิตตามปกติ

7. หลังวันทำคู่มือเสร็จ 7 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะหลังการทดลอง 7 วัน (after posttest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

8. หลังวันทำคู่มือเสร็จ 21 วัน ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล ว่ามีการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหรือไม่ และผลการตรวจแอมเฟตามีนในปัสสาวะเป็นอย่างไร (ขณะตรวจมีบุคคลในครอบครัวอยู่ด้วย เพื่อยืนยันผลการตรวจ) ระยะหลังการทดลอง 21 วัน (follow up after posttest) และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลการเสพแอมเฟตามีนซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test และ independent *t*-test ตามลักษณะข้อมูล การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ส่วนการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test for trend

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.64 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.36 ปี ($SD = 5.21$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 77.27 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 95.45 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 โดยมีอายุเฉลี่ย 31.82 ปี ($SD = 7.93$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 72.73 และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 86.36

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วย

โรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังน้อยกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .05$ ตามลำดับ) แต่พบว่า ระยะหลังการทดลอง 21 วัน

กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง 7 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังของกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

ช่วงเวลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ	<i>p</i>
ระยะก่อนการทดลอง	16	72.73	< .001
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน	4	18.18	
ระยะก่อนการทดลอง	16	72.73	.039
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน	9	40.91	
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน	4	18.18	.063
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน	9	40.91	

3. การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนัง

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน พบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันที่ผิวหนังไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพยาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน

ช่วงเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระยะก่อนการทดลอง						
เสพยา	16	72.73	16	72.73	.000	1.000
ไม่เสพยา	6	27.27	6	27.27		
ระยะหลังการทดลอง 7 วัน						
เสพยา	4	18.18	7	31.82	1.091	.296
ไม่เสพยา	18	81.82	15	68.18		
ระยะหลังการทดลอง 21 วัน						
เสพยา	9	40.91	12	54.55	.820	.365
ไม่เสพยา	13	59.09	10	45.45		

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตาม
สมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน
และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวน
ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพน้อยกว่าระยะก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตาม
สมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้ทำ
คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง
จึงได้ค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบของตนที่เป็นสาเหตุ
ของการเสพยาแอมเฟตามีน เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด
ใหม่ที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ
โดยกระบวนการปรับเปลี่ยนความคิดนั้นได้ผ่าน
การตรวจสอบความคิด พิสูจน์ความคิดว่าตรงกับ
ความเป็นจริง จากนั้นได้นำความคิดที่ผ่านการตรวจสอบ
เรียบร้อยแล้วมาค้นหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ให้
เหมาะสมตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการบำบัดโดย

การปรับความคิดและพฤติกรรม ที่มีการปรับความคิด
ที่บิดเบือน โดยการค้นหาความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น
นำมาทดสอบด้วยวิธีการคิดที่หลากหลาย ตรวจสอบ
ความคิดให้ตรงกับความเป็นจริง และนำไปแก้ไขให้ดีขึ้น
(Beck, 2011; Thapinta et al. 2017) เช่นเดียวกับ
โปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วย
เรียนรู้ในการสร้างพฤติกรรมใหม่มาแทนที่พฤติกรรมเดิม
ส่งผลให้ผู้ที่ใช้โปรแกรมมีความคิดความเชื่อที่บิดเบือน
ต่อการเสพยาลดลง ส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตน
ในการเลิกเสพยามากขึ้น ทำให้เกิดพฤติกรรมไม่เสพยา
(รัชนิพร จันทรณ์ณี และคณะ, 2558) อย่างไรก็ตาม
ผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองบางคนยังคงมี
การเสพยา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ยังไม่
สามารถจัดการกับอาการอยากยาได้ ซึ่งสิ่งกระตุ้นที่
ทำให้ผู้ป่วยมีการเสพยาจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็น
โรคสมองดิดยาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความอยาก
ในการเสพยาได้ การกลับไปอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิม
การถูกชักจูงจากกลุ่มเพื่อนที่เคยเสพยาด้วยกัน การไม่มี

แรงจูงใจและความตั้งใจในการเลิกเสพ รวมทั้งปัญหาเดิมที่ยังมีอยู่และไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกลับไปเสพซ้ำ ดังการศึกษาของเสาวลักษณ์ ทาแจ้ง และคณะ (2566) ที่พบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยยาเสพติดกลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำ คือ เพื่อนชวน มีปัญหาความเครียด เช่น ขาดสภาพคล่องทางการเงิน

ผลการวิจัยพบว่า ระยะหลังการทดลอง 7 วัน และระยะหลังการทดลอง 21 วัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model) จากโรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง อันเป็นการบำบัดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบชุมชนบำบัด ทำให้กลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการไม่เสพซ้ำเช่นกัน ซึ่งวิเคราะห์ได้ว่า คู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองช่วยให้กลุ่มทดลองได้ตระหนักถึงความคิดที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมเสพติด เกิดการปรับเปลี่ยนความคิด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่กลับไปเสพซ้ำ ส่วนการที่กลุ่มควบคุมไม่กลับไปเสพซ้ำอาจเกิดจากการปรับสภาพแวดล้อมใหม่ การมีงานทำ หรือการได้กลับไปอยู่ในครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thapinta et al. (2017) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้คู่มือการบำบัดโดยการปรับความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเอง มีพฤติกรรมการดื่มสุราไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกมา แสงเดือนฉาย และคณะ (2557) ที่พบว่า จากการติดตามหลังการรักษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีนกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีพฤติกรรมการติดซ้ำไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรมีคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดตามรูปแบบปกติของโรงพยาบาล โดยมีการกระตุ้นความคิดในการป้องกันการเสพติดอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของคู่มือการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมด้วยตนเองต่อการเสพติดของผู้ป่วยโรคติดแอมเฟตามีน โดยมีการติดตามผลการเสพติดในระยะยาว และควรมีการวัดผลเรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการเสพติดร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- จุฑารัตน์ ชัยวีรพันธ์เดช, และสิวลักษณ์ กาญจนบัตร. (2559). ผลกระทบต่อทารกจากมารดาที่ใช้สารเมทแอมเฟตามีนก่อนคลอด. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 60(1), 53–64.
- รัชนิพร จันทรมณี, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2558). ผลของโปรแกรมปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองและความตั้งใจเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยชายเสพติดแอมเฟตามีน. *ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 10(4), 155–162.
- วรัญญา จิตรผ่อง, วิโรจน์ วีรชัย, และรัศมีน กัลยาศิริ. (2554). ความรุนแรงของการเสพติดสารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้กำลังรับการบำบัด ณ สถาบันธัญญารักษ์. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 55(2), 153–169.
- วีรพล ชูสันเทียะ, และสมเดช พินิจสุนทร. (2560). ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี: กรณีศึกษา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 523–533.

- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรม
สุขภาพจิต. (2560). สถิติการบำบัดรักษา ระบบ
รายงาน บสต. สืบค้นจาก www.nccd.go.th
- สถาบันวิจัยยาเสพติด. (2560). ข้อมูลสถิติ จำนวนและ
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมด ปีงบประมาณ
2556-2560. สืบค้นจาก [http://www.thanyarak.
go.th/thai/index.php?option=com_content
&task=view&id=2545&Itemid=61](http://www.thanyarak.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=2545&Itemid=61)
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี. (2555). การบำบัดรักษาผู้ติด
ยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอกตามรูปแบบการรู้คิด-
พฤติกรรมบำบัด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
ภาค 5. (2560). สถานการณ์ยาเสพติดพื้นที่
ภาคเหนือตอนบน ห้วงเดือนกรกฎาคม 2560.
สืบค้นจาก [https://www.oncb.go.th/ONCB_
OR5/PublishingImages/Pages/Event/%
E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%A3
%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%
A1%202560.pdf](https://www.oncb.go.th/ONCB_OR5/PublishingImages/Pages/Event/%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A1%202560.pdf)
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2559). แนวทาง
การดำเนินงานยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
สมุทรสาคร: บอรัณ ฑู ปี พับลิชชิง.
- สำนักบริหารการสาธารณสุข. (2560). ผลการดำเนินงาน
การปรับระบบบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดของกระทรวง
สาธารณสุข. นนทบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.
(2559). คู่มือการทดสอบสารเสพติดในปีสวาะ.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กองกียรติการพิมพ์.
- สุกมา แสงเดือนฉาย, ลำเนา นิลบรรพ์, วันเพ็ญ ใจปทุม,
สุวภัทร คงหอม, ญาดา จีนประชา, และธัญญา
สิงห์โต. (2557). ผลของการบำบัดความคิด
และพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดยาของผู้ป่วย
เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบ
ผู้ป่วยใน (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี: สถาบัน
บำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ
บรมราชชนนี.
- เสาวลักษณ์ ทาแจ้ง, สุกัญญา กาญจนบัตร, นภาพันท์
ชาปลิก, จริยา มงคลสวัสดิ์, ธันยาพร โคตรชุม,
และกษนิภา ขาววงษ์. (2566). การศึกษาการ
กลับไปใช้สารเมทแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ป่วย
ยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล
ธัญญารักษ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสาร
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 34(2),
127-136.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy:
Basics and beyond* (2nd ed.). New York:
The Guilford Press.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice
of nursing research: Appraisal, synthesis,
and generation of evidence* (6th ed.).
St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for
the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale,
NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W.
(2010). Cognitive behavioral therapy for
substance use disorders. *The Psychiatric
Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
doi:10.1016/j.psc.2010.04.012

Thapinta, D., Skulphan, S., Kitsumban, V., & Longchoopol, C. (2017). Cognitive behavior therapy self-help booklet to decrease depression and alcohol use among people with alcohol dependence in Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(11), 964–970. doi:10.1080/01612840.2017.1332700

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World drug report 2020*. Retrieved from https://www.unodc.org/documents/scientific/ATS/2020_ESEA_Regonal_Synthetic_Drug_Report_web.pdf

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดา ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน Effectiveness of a Supportive-Educative Nursing System Program on Knowledge and Maternal Behavior in Care for Children with Post-COVID-19 at Home

จารุวรรณ สอนงญาติ, ศษ.ด. (การบริหารการศึกษา)¹

Jaruwan Sanongyard, Ed.D. (Educational Administration)¹

ลักขณา ศิริศิริกุล, ปร.ด. (การพยาบาล)²

สุทัศน์ เหมทานนท์, ศษ.ม. (การบริหารการศึกษา)³

Lakana Siratirakul, Ph.D. (Nursing)²

Sutat Hemtanon, M.Ed. (Educational Administration)³

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)⁴

Khunruethai Thammakijpirote, M.N.S. (Adult Nursing)⁴

Received: March 5, 2024 Revised: April 28, 2024 Accepted: April 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน จำนวน 80 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลบุตร

^{1, 2, 4} อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1, 2, 4} Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: lakana@snc.ac.th

³ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น .79 และแบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น .84 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.298, p < .001$ และ $t = 15.325, p < .001$ ตามลำดับ) และ 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.688, p < .001$ และ $t = 14.176, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้กับมารดาที่ดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพื่อให้มารดามีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มารดา ความรู้ในการดูแลบุตร พฤติกรรมในการดูแลบุตร โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a supportive-educative nursing system program on knowledge and maternal behavior in care for children with post-COVID-19 at home. The samples were 80 mothers caring for children with post-COVID-19 at home and were equally divided into an experimental group ($n = 40$) and a control group ($n = 40$). The research instruments included a supportive-educative nursing system program, a general information questionnaire, a maternal knowledge in care for children with post-COVID-19 at home assessment form with a reliability of .79, and a maternal behavior in care for children with post-COVID-19 at home measurement form with a reliability of .84. The implementation and data collection were conducted from January to August 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, paired *t*-test, and independent *t*-test.

The research results revealed that 1) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of knowledge in care for children with post-COVID-19 at home and behavior in care for children with post-COVID-19 at home than those of before the experiment ($t = 5.298, p < .001$ and $t = 15.325, p < .001$, respectively); and 2) after the experiment, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of knowledge in care for children with post-COVID-19 at home and behavior in care for children with post-COVID-19 at home than those of the control group ($t = 4.688, p < .001$ and $t = 14.176, p < .001$, respectively).

This research suggests that nurses should utilize this supportive-educative nursing system program for mothers caring for children with post-COVID-19 at home. This will help mothers improve their knowledge and behavior in care for the children.

Keywords: Supportive-educative nursing system, Mother, Knowledge in care for children, Behavior in care for children, COVID-19

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 มีระยะฟักตัว 2-14 วัน สามารถแพร่กระจายผ่านทางละอองเสมหะจากการไอหรือจามของผู้ที่มีเชื้อ และการสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจะทำให้มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ หายใจลำบาก หลายรายอาจมีภาวะปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ (สมหมาย หิรัญนุช, ลีริกาญจน์ กระจำโพธิ์, และไพลิน นุกุลกิจ, 2564) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบเด็กติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงมากที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหืด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคทางพันธุกรรม โรคเมตาบอลิก ภาวะอ้วน และภาวะผิดปกติทางระบบประสาท ทั้งนี้ เด็กเล็กที่อายุต่ำกว่า 1 ขวบ หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการมากกว่าเด็กโต เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันร่างกายยังพัฒนาไม่สมบูรณ์และช่องทางเดินหายใจยังมีขนาดเล็ก เมื่อติดเชื้อแล้วจะทำให้หายใจลำบาก เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ง่ายกว่า

เด็กโต อาการโดยทั่วไปมีลักษณะเหมือนเด็กที่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งจะมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจ ส่วนเด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียที่รุนแรง ก็จะป้องกันได้เฉพาะเชื้อที่ฉีดวัคซีนป้องกันเท่านั้น (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์, 2563) ในส่วนสภาพแวดล้อมที่เด็กจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้นั้น ก็ไม่แตกต่างจากในผู้ใหญ่ คือ การอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ การอยู่ในพื้นที่ที่มีผู้คนรวมกันอยู่มาก การพบปะผู้คนโดยไม่มีการป้องกันโรค การไม่สวมหน้ากากอนามัย การไม่ทำความสะอาดร่างกาย และการไม่รักษาระยะห่าง ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อทั้งที่มีและไม่มีอาการก็อาจติดเชื้อได้หากไม่มีการป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสม ไม่เว้นแม้แต่บิดามารดาที่อาจติดเชื้อจากบุตรที่ป่วยได้ ซึ่งการกลับเป็นโรคติดเชื้อที่ปอดซ้ำในเด็กยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สุทธิณี สุปรียาพร, 2560) และทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (Huang et al., 2015)

จากรายงานของกรมอนามัย (2565) พบว่าในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจังหวัด

ที่มีการระบาดสูงสุด 10 อันดับแรก ทั้งที่ใช้แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมือนกันทั้งประเทศ โดยการระบาดมักเกิดในสังคมชนบทที่มีการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างใกล้ชิด เช่น การรับประทานอาหารร่วมวง การเปิดหน้าต่างอนามัยขณะรับประทานอาหาร ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครราชสีมา เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัวในด้านวิถีชีวิต คนในชุมชนเกือบทั้งหมดเป็นเกษตรกร และมีวิถีชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ในครอบครัวขยาย และเป็นจังหวัดที่มีการระบาดสูงสุด 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ. 2565 หากเด็กเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบจากการเจ็บป่วยของเด็กย่อมมีผลต่อบิดามารดาโดยตรง เนื่องจากเด็กต้องการการดูแลจากบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง (จารุวรรณ สอนงูญาติ, 2567; พัทธกรณ์ อารีย์, สุภาพร เษยจิต, บุษบา ทิพย์เงิน, และพรศิริ สรมยุธา, 2562) ทั้งนี้ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีส่วนต่อการเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะพฤติกรรมการรักษาสุขอนามัยของมารดาในเรื่องการล้างมือบ่อยๆ การสวมหน้ากากอนามัย และการรักษาระยะห่างทางสังคม จะช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อสู่บุตรได้ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทดี (นิสากร เขียวรัตน์, ศรีณธร มังคะมณี, และพัชรินทร์ วิหคหาญ, 2565)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Orem, Taylor, and Renpenning (2001) มาเป็นกรอบในการศึกษา และนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้พัฒนาความสามารถของมารดา เพื่อให้มารดาสามารถดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างเหมาะสม ผ่านโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็น

การปฏิบัติของพยาบาล/เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด และเพิ่มความสามารถในการดูแลบุตรที่ได้รับ การดูแล ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) เพื่อสนับสนุนและสร้างความมั่นใจให้แก่มารดา ทำให้มารดาสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตร ได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมหลักประกอบด้วย 1) การสนับสนุนให้มารดาคงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง 2) การชี้แนะแนวทางในการดูแลบุตรด้วยตนเอง 3) การสอนให้ความรู้และการสาธิตเกี่ยวกับการดูแลบุตรด้วยตนเอง และ 4) การจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรด้วยตนเอง รวมทั้งมีการติดตามปัญหาการดูแลบุตรทางแอปพลิเคชันไลน์และ/หรือทางโทรศัพท์ เพื่อเอื้อให้มารดาเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้มารดายังสามารถขอความช่วยเหลือได้ทันทีกรณีฉุกเฉิน ผ่านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศออนไลน์ที่เหมาะสม ภายใต้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะทำให้มารดามีความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน อย่างถูกต้องและเหมาะสม อันจะส่งผลให้บุตรที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการฟื้นหายจากโรคและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลบุตรหลัง

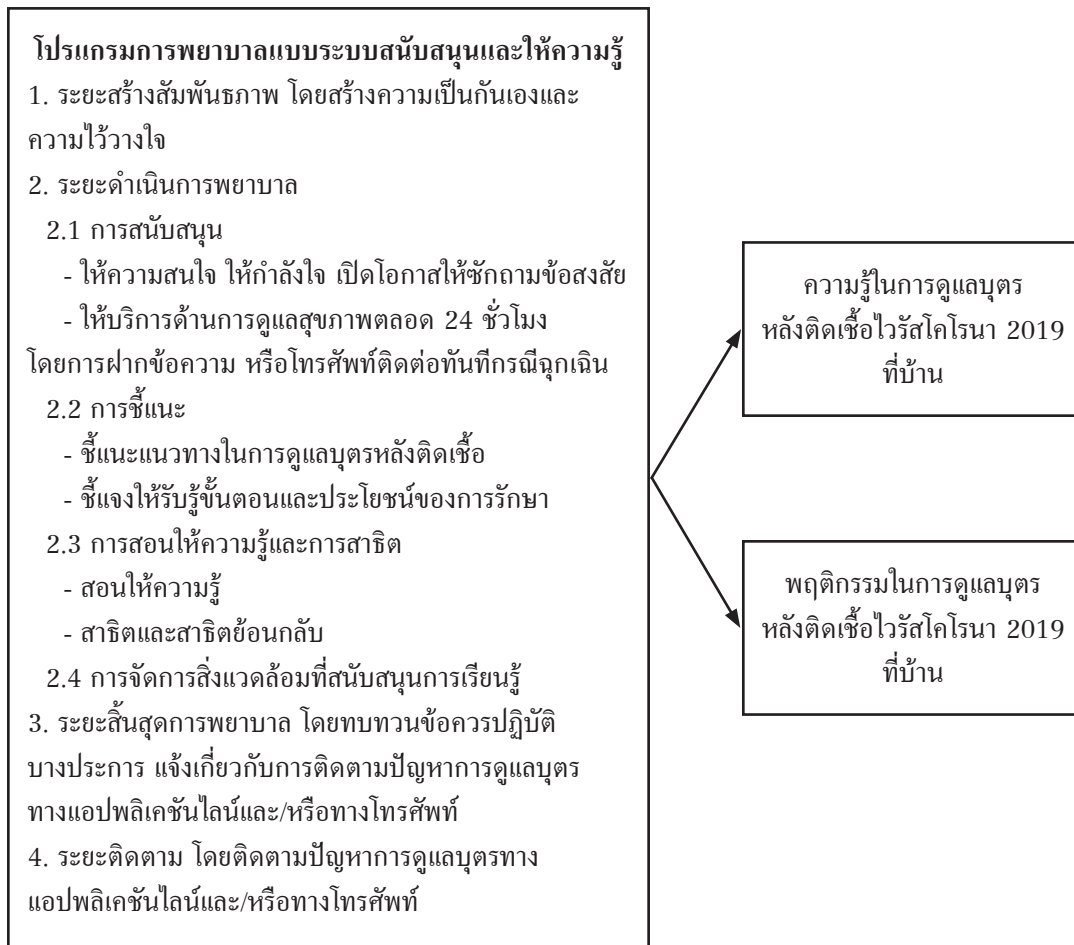
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Orem et al. (2001) ในการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการสนับสนุน การชี้แนะ การสอนให้ความรู้ และการสาธิต และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน โดยให้มารดาได้เรียนรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรเพื่อตอบสนองความต้องการของบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งคาดว่า โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ จะช่วยให้มารดามีความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพิ่มมากขึ้น โดยบุตรไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีสุขภาพที่ดี สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นมารดาที่ดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้านในพื้นที่ที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสีแดงเข้ม ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2566 รวมจำนวน 95 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ดูแลบุตรเป็นประจำ อย่างน้อย 3 วัน

ต่อสัปดาห์ 3) บุตรไม่มีประวัติเป็นโรคระบบทางเดินหายใจในระยะ 1 สัปดาห์ ก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) บุตรได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาการทำงานของปอดระยะฟื้นฟู โดยใช้เกณฑ์จากค่าสมรรถภาพปอด FEV1 และ FVC (lung function test) ที่วัดด้วยวิธีสไปโรเมตรี (spirometry) ต่ำกว่าปกติ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด และขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 โดยกำหนดขนาด

อิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 70 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2004) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นกลุ่มละ 40 คน รวมจำนวน 80 คน จัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ตามช่วงอายุและระดับการศึกษา โดยกลุ่มทดลองประกอบด้วยมารดาที่บุตรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับการรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แห่งละ 20 คน ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบด้วยมารดาที่บุตรติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอของจังหวัดสุพรรณบุรี และโรงพยาบาลอำเภอของจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดละ 20 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Orem et al. (2001) โดยมีการพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยสร้างความเป็นกันเอง และสร้างความไว้วางใจให้กับมารดา

2. ระยะดำเนินการพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

2.1 การสนับสนุน ใช้เวลา 15 นาที โดยผู้วิจัยสนับสนุนให้มารดาคงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยให้ความสนใจ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรหลังติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่วิจารณ์หรือโต้แย้งมารดา รวมทั้งให้บริการด้านการดูแลสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง โดยการฝากข้อความ หรือโทรศัพท์ติดต่อทันทีกรณีฉุกเฉิน

2.2 การชี้แนะ ใช้เวลา 45 นาที โดยผู้วิจัยชี้แนะแนวทางในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเอง และชี้แจงให้รับรู้ขั้นตอนและประโยชน์ของการรักษาประคับประคอง สนับสนุนมารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยตนเอง

2.3 การสอนให้ความรู้และการสาธิต ใช้เวลา 2 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยสอนให้ความรู้ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับการดูแลเมื่อมีไข้ โดยการเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การจัดทำของบุตรในการดูแลน้ำมูก/เสมหะ การดูแลน้ำมูก/เสมหะอย่างถูกวิธี โดยสาธิตกับบุตรให้มารดาดู และให้มารดาปฏิบัติจริงกับบุตร อธิบายเพิ่มเติมในเรื่องที่มารดายังไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง และแจกคู่มือการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้มารดาสามารถอ่านทบทวนวิธีปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.4 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรด้วยตนเอง คือ การจัดบรรยากาศที่เหมาะสมในการได้รับโปรแกรมแต่ละระยะ

3. ระยะสิ้นสุดการพยาบาล ใช้เวลา 10 นาที โดยผู้วิจัยทบทวนข้อควรปฏิบัติบางประการ แจ้งเกี่ยวกับการติดตามปัญหาการดูแลบุตรทางแอปพลิเคชันไลน์ และ/หรือทางโทรศัพท์หลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์ และเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก

4. ระยะติดตาม ใช้เวลา 2 สัปดาห์ เมื่อมารดาพานบุตรกลับไปดูแลที่บ้าน โดยผู้วิจัยติดตามปัญหาการดูแลบุตรทางแอปพลิเคชันไลน์และ/หรือทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัว จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การทำลายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การฟื้นฟูปอดหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเลือกอาหารเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฟื้นฟูภูมิคุ้มกันหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมจำนวน 38 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกรับรองว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-38 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ไม่ถูกต้อง (น้อยกว่า 29 คะแนน) และมีความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ถูกต้อง (มากกว่าหรือเท่ากับ 29 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ด้านการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ด้านการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ จำนวน 9 ข้อ และด้านการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 37 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อยที่สุด ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อย ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงปานกลาง ปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมาก และปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมากที่สุด ส่วนเกณฑ์

การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมเหมาะสมในระดับน้อยที่สุด (1.00-1.50 คะแนน) ในระดับน้อย (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) ในระดับมาก (3.51-4.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.51-5.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พร้อมคู่มือการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และแบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กโรคติดเชื้อ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก และอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เชี่ยวชาญด้านสื่อเทคโนโลยี ได้คำตัดสินความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินความรู้ของมารดา และแบบวัดพฤติกรรมของมารดา เท่ากับ .80 และ .87 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินความรู้ของมารดา และแบบวัดพฤติกรรมของมารดา ไปทดลองใช้กับมารดาที่ดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ของมารดา ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .79 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมของมารดา ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี (เอกสารรับรอง เลขที่ YM016/2565 วันที่ 8 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลอง

และเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะ นำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี และนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอน การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาล วิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเคียน อำเภอมืองนครศรีธรรมราช ที่ผ่านการอบรมจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บ รวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่ โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของ มารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และแบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมที่ โรงพยาบาล แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้ตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ของ มารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และแบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร หลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาล ให้

ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ เพื่อเตรียมมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเนื่องที่บ้าน โดยวันที่ 1 จัด กิจกรรมระยะสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 30 นาที วันที่ 2 จัดกิจกรรม 2 ระยะ คือ 1) ระยะดำเนินการพยาบาล ประกอบด้วย การสนับสนุน ใช้เวลา 15 นาที การชี้แนะ ใช้เวลา 45 นาที การสอนให้ความรู้และการสาธิต ใช้ เวลา 2 ชั่วโมง และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน การเรียนรู้ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 4 ชั่วโมง และ 2) ระยะสิ้นสุดการพยาบาล จากนั้นเมื่อมารดาพบุตร กลับไปดูแลที่บ้าน จัดกิจกรรมระยะการติดตาม ใช้ เวลา 2 สัปดาห์ โดยติดตามปัญหาการดูแลบุตรทาง แอปพลิเคชันไลน์และ/หรือทางโทรศัพท์ และเปิดโอกาส ให้แสดงความรู้สึกโดยการฝากข้อความแล้วผู้วิจัย ติดต่อกลับ กรณีเร่งด่วนสามารถโทรศัพท์ติดต่อผู้วิจัย ได้โดยตรง ส่วนกลุ่มควบคุมให้ได้รับการพยาบาลตาม ปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการสาธิตการเคาะ ปอด การดูดน้ำมูก/เสมหะ

6. เมื่อครบ 4 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยส่งแบบประเมินความรู้ของมารดา ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และแบบวัดพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลัง ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ให้กลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมตอบ หลังการทดลอง (post-test) และให้ ส่งกลับคืนทางไปรษณีย์

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วย สถิติความถี่และร้อยละ การเปรียบเทียบความรู้ใน การดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่าง ก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ส่วนการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลบุตรหลัง

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 15–20 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีการศึกษาระดับ ปวส./อนุปริญญา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80 มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.50 และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 45 ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 26–30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.50 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.50 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็น

ร้อยละ 40 และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 37.50

2. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.298, p < .001$ และ $t = 15.325, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
กลุ่มทดลอง (n = 40)						
ความรู้ในการดูแลบุตร	3.53	2.53	4.68	2.69	5.298	< .001
พฤติกรรมในการดูแลบุตร	2.08	.16	4.60	.12	15.325	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 40)						
ความรู้ในการดูแลบุตร	3.55	2.89	3.53	2.69	.140	.806
พฤติกรรมในการดูแลบุตร	2.92	.14	2.34	.18	.270	.790

3. การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน

ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.688, p < .001$ และ $t = 14.176, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 40)		กลุ่มควบคุม (n = 40)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลบุตร	3.53	2.53	3.55	2.89	.340	.916
พฤติกรรมในการดูแลบุตร	2.08	.16	2.92	.14	1.522	.295
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลบุตร	4.68	2.69	3.53	2.69	4.688	< .001
พฤติกรรมในการดูแลบุตร	4.60	.12	2.34	.18	14.176	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Orem et al. (2001) โดยการพยาบาลแบบระบบสนับสนุน

และให้ความรู้เป็นกระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลและความรู้ด้วยการสนับสนุนประคับประคอง การชี้แนะการสอนและสาธิต และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยมีการชี้แนะแนวทางแก่มารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยตนเองที่บ้าน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเมื่อมีไข้ การเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การจัดท่าของบุตรในการดื่มน้ำนม/นมผง การดื่มน้ำนม/นมผงอย่างถูกวิธี รวมทั้งมีการแจกคู่มือการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพื่อให้มารดาอ่านทบทวนได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ซึ่งช่วยส่งเสริมให้มารดามีความรู้

ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ทำให้มีความรู้ในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสาธิมา สงทิพย์, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์ธนิตย์ (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของจาวรธรรม สอนองญาติ, ลักขณา ศิริถิรกุล, เนติยา แจ่มทิม, ยุคนธ์ เมืองช้าง, และภาวดี เหมทานนท์ (2566) ที่พบว่า หลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ Orem et al. (2001) โดยโปรแกรมเน้นการพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน สนับสนุนให้คงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับปัญหาการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สาธิตเกี่ยวกับการเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี การดัดนมูก/เสมหะอย่างถูกวิธี โดยสาธิตกับบุตรให้มารดาดู และให้มารดาปฏิบัติจริงกับบุตร รวมทั้งมีการแนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ และแจกคู่มือการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพื่อให้อ่านทบทวนวิธีปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง

โดยการฝากข้อความ หรือโทรศัพท์ติดต่อได้ทันทีกรณีฉุกเฉิน จึงช่วยส่งเสริมให้มารดาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น การที่มารดาได้รับการสนับสนุนและสร้างความมั่นใจตลอดระยะเวลาในการดูแลบุตรที่บ้านจากผู้วิจัย ทำให้มารดาสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง (Orem et al., 2001) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสาธิมา สงทิพย์ และคณะ (2558) ที่พบว่า หลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของวลัทธินี นาคศรีสังข์ (2564) ที่พบว่า หลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของจาวรธรรม สอนองญาติ และคณะ (2566) ที่พบว่า หลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรนำโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้นี้ไปใช้กับมารดาที่ดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน เพื่อให้มารดามีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยที่บ้านได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อประเมินประสิทธิผล

ของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ และควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่มอบทุนสนับสนุนการวิจัย ประจำปี 2566

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2565). รายงานสถานการณ์ โควิด-19 ทั่วโลก. สืบค้นจาก <https://covid19.anamai.moph.go.th/th/>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนพพร คำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92–103.
- จารุวรรณ สอนงญาติ. (2567). ผลของนวัตกรรมสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 ของเด็กนักเรียนประถมศึกษา. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 18(1), 46–57.
- จารุวรรณ สอนงญาติ, ลักขณา ศิริธิกุล, เนติยา แจ่มทิม, ยุคนธ์ เมืองช้าง, และภาวดี เหมทานนท์. (2566). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสู่พรรณบุรี*, 6(1), 42–57.

- นิสากร เขาวรัตน์, ศรีนคร มังคะมณี, และพัชรินทร์ วิหคหาญ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), e 258069.
- พัชราภรณ์ อารีย์, สุภาพร เชยชิด, บุญบา ทิเบเงิน, และพรศิริ ศรีมยุรา. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของผู้ดูแลในโรงพยาบาล เขต 5 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 13(4), 150–164.
- วัลลภ นาคศรีสังข์. (2564). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 82–98.
- สมหมาย หิรัญนุช, สิริกาญจน์ กระจ่างโพธิ์, และไพลิน นุกุลกิจ. (2564). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(2), 61–70.
- สาธิตา สงทิพย์, วนิดา เสน่สุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิธย์. (2558). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 0–2 ปี. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 26(2), 25–38.
- สุทธินี สุปรียาพร. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Huang, C. Y., Chang, L., Liu, C. C., Huang, Y. C., Chang, L. Y., Huang, Y. C., ... Huang, L. M. (2015). Risk factors of progressive community-acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 48(1), 36–42. doi:10.1016/j.jmii.2013.06.009
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
-

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย* Factors Affecting the Behavior of Using Herbal Medicines to Relieve Muscle Aches among Farmers in Si Samrong District, Sukhothai Province *

อภิรุจน์ รุ่งเรือง, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Aphirut Rungrueang, M.P.H. (Public Health)¹

วฐุ พรหมพิทยารัตน์, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)²

Watoo Phrompittayarat, Ph.D. (Pharmaceutical Sciences)²

Received: January 3, 2024

Revised: April 1, 2024

Accepted: April 2, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรในอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 317 คน เครื่องมือการวิจัยการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .72 แบบสอบถามทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .94 แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .92 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลใน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: aphirut2165@gmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

ช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง ($M = 37.29, SD = 6.63$) ทักษะคิดต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเพศชาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ร้อยละ 47.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .475, p < .05$) โดยความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้มากที่สุด ($Beta = .380, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความเชื่อมั่น เพิ่มความพึงพอใจ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ แก่เกษตรกร เพื่อให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรม ยาสมุนไพร อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เกษตรกร

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the factors affecting the behavior of using herbal medicines to relieve muscle aches among farmers. The samples were 317 farmers in Si Samrong District, Sukhothai Province. The research instruments included a demographic questionnaire, a knowledge regarding herbal medicines relieving muscle aches test with a reliability of .72, an attitude towards herbal medicines relieving muscle aches questionnaire with a reliability of .84, a satisfaction towards herbal medicines relieving muscle aches questionnaire with a reliability of .94, a trustworthiness towards herbal medicines relieving muscle aches questionnaire with a reliability of .92, and a behavior of using herbal medicines to relieve muscle aches questionnaire with a reliability of .92. Data were collected from October to November 2022. 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 behavior of using herbal medicines to relieve muscle aches among farmers was at a moderate level ($M = 37.29, SD = 6.63$). Attitude towards herbal medicines relieving muscle aches, satisfaction towards herbal medicines relieving muscle aches, trustworthiness towards herbal medicines relieving muscle aches, and male gender could statistically significantly co-predict the behavior of using herbal medicines to relieve muscle aches among farmers at 47.50% ($R^2 = .475, p < .05$).

The most predicting factor was trustworthiness towards herbal medicines relieving muscle aches (Beta = .380, $p < .001$).

This research suggests that related agencies should enhance trustworthiness, satisfaction, and attitude towards herbal medicines relieving muscle aches among farmers. This will help farmers increase the behavior of using herbal medicines to relieve muscle aches.

Keywords: Behavior, Herbal medicines, Muscle aches, Farmers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 167.22 ต่อแสนประชากร ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ที่พบอัตราป่วย 135.26 ต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอาชีพที่ผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 62.34 (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค, 2562) เนื่องจากอาชีพเกษตรกรมีลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงาน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน อันมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมด้านอาชีวอนามัยในการทำงานที่ต้องยกของหนักหรืออยู่ในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกษตรกรมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือปวดกล้ามเนื้อมากที่สุด (ประกาศิต ทอนช่วย และ กิติณี สุตะ, 2563)

จากข้อมูลของกลุ่มรายงานมาตรฐานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2564 ประเทศไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน 292.25, 270.85 และ 237.07 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยภาคเหนือพบอัตราป่วย 45.15, 55.70 และ 54.01 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับจังหวัดสุโขทัยพบอัตราป่วย 76.99, 75.87 และ 39.39 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยมีมูลค่าการใช้จ่าย

สมุนไพร 9,642,303.04 บาท 9,041,134.44 บาท และ 7,940,074.38 บาท ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง แต่มีมูลค่าการใช้จ่ายแผนปัจจุบัน 471,368,006.74 บาท 478,377,631.08 บาท และ 491,336,082.30 บาท ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย พบมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร 2,201,763.59 บาท 2,291,790.99 บาท และ 2,137,753.55 บาท ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีมูลค่าสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับอำเภออื่นๆ เมื่อพิจารณาข้อมูลการใช้จ่ายสมุนไพร 20 อันดับ พบว่า อำเภอศรีสำโรงมีมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรกลุ่มบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ 255,997.01 บาท 267,467.62 บาท และ 279,034.80 บาท ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคิดเป็น 1 ใน 7 ของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรทั้งหมด (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประชาชนมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับปานกลาง (กฤษณี วจันติก, 2562) มีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับปานกลาง และมีความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับสูง (ปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย, 2563) โดยยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ซึ่งเกษตรกรส่วนใหญ่ที่มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ จะใช้ยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการของตนเอง โดยการวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice

(KAP) ที่อธิบายว่า ความรู้เป็นผลที่ได้จากการเรียนรู้ ทักษะคิดมีรากฐานมาจากความเชื่อหรือความรู้สึกที่ สัมผัสทั้งทางบวกและทางลบ เชื่อมโยงระหว่างความรู้ กับการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วยการสังเกต การลงมือปฏิบัติ ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และ ความเป็นธรรมชาติ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยครั้งจะ เกิดเป็นทักษะ (Bloom, 1965) ประยุกต์ใช้แนวคิด ความพึงพอใจของผู้บริโภค ที่อธิบายว่า ความรู้สึกที่ ได้รับหลังจากมีพฤติกรรมการใช้สินค้าหรือบริการเป็น ผลจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อพฤติกรรม ของผู้ให้บริการหรือคุณภาพของสินค้ากับความคาดหวัง ของลูกค้า (Kotler & Keller, 2016) และประยุกต์ ใช้แนวคิดความเชื่อมั่นของผู้บริโภค ที่อธิบายว่า ความเชื่อมั่นเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ดีของผู้บริโภค หลังได้รับบริการที่ตรงตามวัตถุประสงค์เมื่อเปรียบ เทียบกับข้อตกลงก่อนการใช้บริการที่กำหนดไว้ (Morgan & Hunt, 1994) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษา ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากรที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึง สนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอ ศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย โดยคัดสรรตัวแปรอิสระ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรอาหารการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ทักษะคิดต่อยาสมุนไพรอาหารการปวด เมื่อยกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริม และสนับสนุนให้เกษตรกรมีการใช้ยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นและใช้อย่างสมเหตุผล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง

จังหวัดสุโขทัย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ ยาสมุนไพรอาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของ เกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

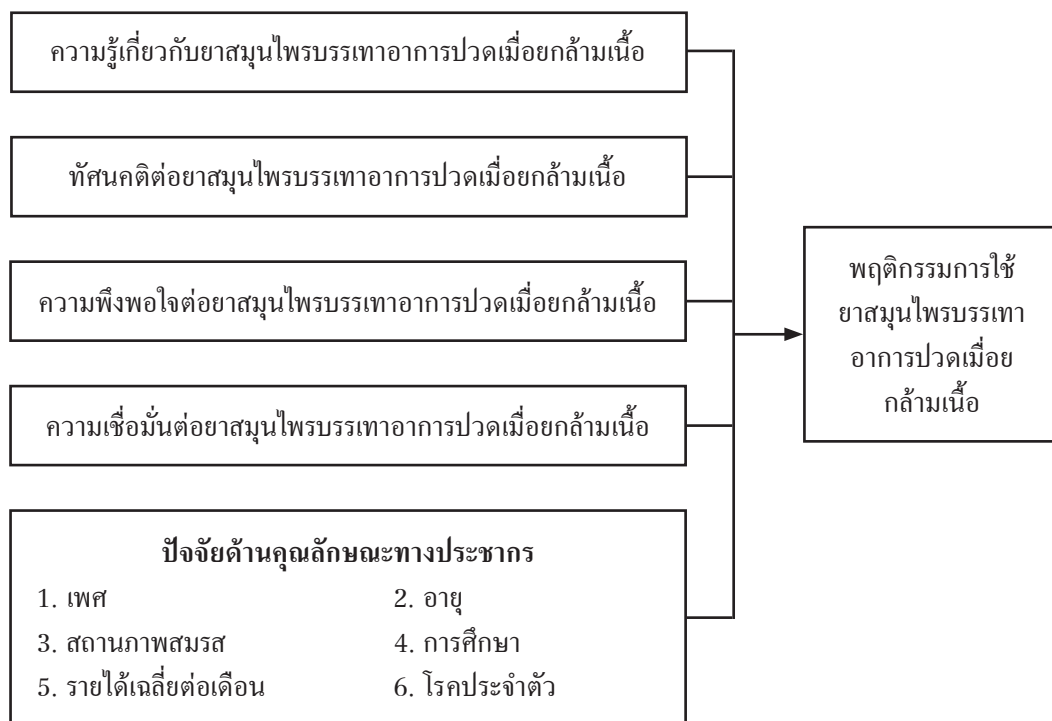
ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรอาหารการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ทักษะคิดต่อยาสมุนไพรอาหารการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรอาหารการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร อาหารการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปัจจัยด้านคุณลักษณะ ทางประชากร (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว) สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอาหารการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎี Knowledge Attitude Practice ที่อธิบายว่า ความรู้เป็นผลที่ได้ จากการเรียนรู้ ทักษะคิดมีรากฐานมาจากความเชื่อหรือ ความรู้สึกที่สัมผัสทั้งทางบวกและทางลบ เชื่อมโยง ระหว่างความรู้กับการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อปฏิบัติ พฤติกรรมบ่อยครั้งจะเกิดเป็นทักษะ (Bloom, 1965) แนวคิดความพึงพอใจของผู้บริโภค ที่อธิบายว่า ความรู้สึก ที่ได้รับหลังจากมีพฤติกรรมการใช้สินค้าหรือบริการเป็น ผลจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อพฤติกรรม ของผู้ให้บริการหรือคุณภาพของสินค้ากับความคาดหวัง ของลูกค้า (Kotler & Keller, 2016) และแนวคิด ความเชื่อมั่นของผู้บริโภค ที่อธิบายว่า ความเชื่อมั่น เกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ดีของผู้บริโภคหลังได้รับบริการ ที่ตรงตามวัตถุประสงค์เมื่อเปรียบเทียบกับข้อตกลงก่อน การใช้บริการที่กำหนดไว้ (Morgan & Hunt, 1994) ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะ ทางประชากรที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยคาดว่า ตัวแปรอิสระ

ที่คัดสรรจะมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทา
อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร สรุปเป็น

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นเกษตรกรในอำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 16,028 คน (สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสุโขทัย, 2562) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) มีทะเบียนราษฎรอยู่ในอำเภอศรีสำโรง 3) มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือเคยมีอาการภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (กัลยา วาณิชขันธ์ และจิตา วาณิชขันธ์, 2558) แทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ 82.26 (จากการศึกษานำร่อง) และกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 317 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยเรียงลำดับรายชื่อเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้าน กำหนดหมายเลขประจำตัว จากนั้นหาอัตราส่วนระหว่างประชากรกับขนาดตัวอย่าง ได้เท่ากับ 51 แล้วสุ่มเลขเริ่มต้น ได้เลข 30

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของเกษตรกร ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice ของ Bloom (1965) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้ เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และ หากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ส่วนเกณฑ์การแปลผล คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับ ยาสมุนไพรในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) และในระดับสูง (10-12 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อยาสมุนไพร บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice ของ Bloom (1965) จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณ ค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนน ในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติต่อยาสมุนไพร ในระดับต่ำ (15-44 คะแนน) ในระดับปานกลาง (45-59 คะแนน) และในระดับสูง (60-75 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความพึงพอใจ ของ Kotler

and Keller (2016) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรในระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ในระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และในระดับสูง (40-50 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความเชื่อมั่น ของ Morgan and Hunt (1994) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรในระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ในระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และ ในระดับสูง (40-50 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎี Knowledge Attitude Practice ของ Bloom (1965) จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคย น้อยครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในระดับต่ำ (10-29 คะแนน) ในระดับปานกลาง (30-39 คะแนน) และในระดับสูง (40-50 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ของเกษตรกร แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร แบบสอบถามทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร แบบสอบถามความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ของเกษตรกร แบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร

บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เกษตรกรที่เชี่ยวชาญด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และเกษตรกรที่เชี่ยวชาญด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและสุขภาพ ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ในช่วง .67–1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับเกษตรกรในอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพร ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .72 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติต่อยาสมุนไพรแบบสอบถามความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรแบบสอบถามความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพร และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพร ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84, .94, .92 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 018/2022 และ IRB No. P2-0184/2564 วันที่ 7 มกราคม 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย อำเภอศรีสำโรง และสาธารณสุขอำเภอศรีสำโรง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ช่วยพาไปที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 15–20 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อมูลทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อมูลความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อมูลความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และข้อมูลพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของเกษตรกรพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.44 มีอายุอยู่ในช่วง 50–59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.12 โดยมีอายุเฉลี่ย 51.72 ปี ($SD = 9.65$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 70.35 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.37 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 64.98 โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 5,878.86 บาท ($SD = 5,376.28$) และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 56.15

2. ความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทา

อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับยาสมุนไพรฯ คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อยาสมุนไพรฯ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรฯ และคะแนนเฉลี่ยความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรฯ ในระดับปานกลาง ($M = 9.39, SD = 1.31$; $M = 50.17, SD = 4.72$; $M = 35.95, SD = 6.55$ และ $M = 37.13, SD = 6.36$ ตามลำดับ)

3. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรฯ ในระดับปานกลาง ($M = 37.29, SD = 6.63$)

4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร พบว่า

ทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเพศชาย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ร้อยละ 47.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .475, p < .05$) โดยความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้มากที่สุด (Beta = .380, $p < .001$) รองลงมา คือ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Beta = .259, $p < .001$) ทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Beta = .143, $p < .01$) และเพศชาย (Beta = .083, $p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกร (n = 317)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	.396	.074	.380	5.322	< .001
ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	.262	.070	.259	3.729	< .001
ทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	.200	.062	.143	3.219	.001
เพศชาย (กลุ่มอ้างอิง = เพศหญิง)	1.601	.798	.083	2.007	.046

Constant = 2.890, R = .689, $R^2 = .475$, adj. $R^2 = .468$, F = 70.524, $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และเพศชาย

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ร้อยละ 47.50 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่า เกษตรกรที่มีความเชื่อมั่นต่อยา

สมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เกษตรกรมีความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง โดยมีความเชื่อมั่นในสรรพคุณความปลอดภัย เป็นผลิตภัณฑ์ที่มาจากธรรมชาติ มีมาตรฐานการผลิตที่น่าเชื่อถือ ผ่านการรับรองมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือโดยมีงานวิจัยรับรอง ได้รับรางวัลหรือการรับรองจากหน่วยงานที่น่าเชื่อถือ และวางจำหน่ายในร้านที่น่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Morgan and Hunt (1994) ที่อธิบายว่า ความเชื่อมั่นเกิดขึ้นจากประสบการณ์ที่ดีของผู้บริโภคหลังได้รับบริการที่ตรงตามวัตถุประสงค์เมื่อเปรียบเทียบกับข้อตกลงก่อนการใช้บริการที่กำหนดไว้ ดังนั้น เมื่อเกษตรกรมีความเชื่อมั่นต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ก็จะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่พบว่า ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า เกษตรกรที่มีความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เกษตรกรมีความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง โดยมีความพึงพอใจในสรรพคุณ ประโยชน์ ความปลอดภัย คุณภาพ สีและกลิ่น มีความสะดวกต่อการใช้งาน มีความคุ้มค่าและราคามีความเหมาะสม รวมถึงมีรูปลักษณ์บรรจุภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Kotler and Keller (2016) ที่อธิบายว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่ได้รับหลังจาก

มีพฤติกรรมการใช้สินค้าหรือบริการ ซึ่งเป็นผลจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการหรือคุณภาพของสินค้ากับความคาดหวังของลูกค้า ดังนั้น เมื่อเกษตรกรมีความพึงพอใจต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2563) ที่พบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพรในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่พบว่า ความพึงพอใจในผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะคิดต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า เกษตรกรที่มีทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เกษตรกรมีทัศนคติต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง ซึ่งทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก และประสบการณ์ที่สั่งสมมาทั้งทางบวกและทางลบที่มีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ประกอบกับจังหวัดสุโขทัยมีประวัติศาสตร์การใช้สมุนไพรในการรักษาโรคมายาวนาน ตั้งแต่สมัยกรุงสุโขทัยจนถึงปัจจุบัน (ปิยทัศน์ ใจเย็น และยุทธนา แยกคาย, 2563) และประชาชนได้ให้ความสำคัญกับการใช้สมุนไพรมายาวนาน จึงมีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี Knowledge Attitude Practice (KAP) ของ Bloom (1965) ที่อธิบายว่า ทักษะคิดมีรากฐานมาจากความเชื่อหรือความรู้สึกที่สั่งสมมาทั้งทางบวกและทางลบ เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย การสังเกต การลงมือปฏิบัติ

ความถูกต้อง ความต่อเนื่อง และความเป็นธรรมชาติ เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมบ่อยครั้งจะเกิดเป็นทักษะ ดังนั้นเมื่อเกษตรกรมีทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อก็จะทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนกร อินทจักร์ (2564) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประไพศรี และคณะ (2564) ที่พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยทัศน์ ไชยเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่พบว่า ทัศนคติต่อผลิตภัณฑ์สมุนไพรไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน

ผลการวิจัยพบว่า เพศชายสามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรได้ โดยเกษตรกรเพศชายมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมากกว่าเกษตรกรเพศหญิง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.44) ซึ่งมักใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพ การปรับสมดุลร่างกาย การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งใช้ในการดูแลสุขภาพ และความงาม โดยเฉพาะเครื่องสำอางจากสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากสมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เสริมความงาม และประพินผิว มากกว่าเพศชาย ดังการศึกษาของปิยทัศน์ ไชยเย็น และยุทธนา แยกคาย (2565) ที่พบว่า เพศหญิงมีโอกาสใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรมากกว่าเพศชาย 3.76 เท่า ส่วนเกษตรกรที่เป็นเพศชายมักใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในการบำรุงกำลัง เพิ่มขนาดและเสริมสมรรถภาพทางเพศ และการรักษาโรค โดยเกษตรกรเพศชายจะมุ่งเน้นการใช้ในการรักษาโรคมากกว่าเกษตรกรเพศหญิง ดังนั้น เมื่อเกษตรกรเพศชายมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำเกษตรกรรม จึงมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อย

กล้ามเนื้อมากกว่าเกษตรกรเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนกร อินทจักร์ (2564) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสาโรจน์ เพชรมณี, จินตนา เพชรมณี, ศิราสณัฏ บรจกเกลี้ยง, อัจฉรา ศรีแสง, และศรัณญา สิททอง (2564) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประไพศรี และคณะ (2564) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเผยแพร่และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแก่เกษตรกรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น เพิ่มความพึงพอใจ และสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งจะช่วยให้เกษตรกรมีพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อของเกษตรกรโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการศึกษาในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป เพื่อให้ได้ข้อค้นพบเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อที่กว้างขวางยิ่งขึ้น

2.2 ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในเกษตรกรโดยออกแบบกิจกรรมที่เน้นการสร้างเชื่อมั่น การเพิ่มความพึงพอใจ และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อยาสมุนไพรบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เพื่อส่งเสริมให้เกษตรกรใช้ยาสมุนไพรบรรเทาอาการ

ปวดเมื่อยกล้ามเนื้ออย่างสมเหตุสมผล

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2557). ข้อมูลการบริการด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สืบค้นจาก <http://hs.dtam.moph.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คลังข้อมูลสุขภาพ (Health data center). สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรค. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/does/pagecontent.php?page=888&dept=does>
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์, นวรัตน์ เข้มทอง, สุชาติพิศ ศรีอ่อนจันทร์, กิ่งแก้ว มาพงษ์, ธนิสสา รามฤทธิ์, และพัชรพร ดิษฐ์. (2564). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารทันตภิบาล*, 32(2), 70–82.
- ทัศนกร อินทจักร. (2564). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (รายงานผลการวิจัย). วิทยาลัยแม่ฮ่องสอน มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน. ประกาศิต ทอนช่วย, และกณิณี สุตะ. (2563). ปัจจัยเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่ออาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการปลูกข้าวโพดของเกษตรกรกลุ่มชาติพันธุ์ จังหวัดเชียงราย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 27(1), 27–39.
- ปิยทัศน์ ใจเย็น, และยุทธนา แยกคาย. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 18(1), 122–134.
- ปิยทัศน์ ใจเย็น, และยุทธนา แยกคาย. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชน จังหวัดสุโขทัย. *เชิงวิจัยวารสาร*, 14(3), 18–32.
- ภิญณี วิจิตรทิ. (2562). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 244–254.
- สาริณี เพชรหมื่น, จินตนา เพชรหมื่น, ศิราสรณ์ บรรจงเกลี้ยง, อัจฉรา ศรีแสง, และศรีธัญญา สีทอง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนชุมชนประจักษ์ตึก ตำบลไทยบุรี อำเภอบ้านลาด จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรนบุรี*, 4(2), 5–22.
- สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดสุโขทัย. (2562). แผนพัฒนาการเกษตรและสหกรณ์ของจังหวัดสุโขทัย (พ.ศ. 2561–2565). สุโขทัย: ผู้แต่ง.
- Bloom, B. S. J. (1965). The role of educational science in curriculum development. *International Journal of the Educational Sciences*, 1(1), 5–15.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (15th ed.). Harlow, UK: Pearson Education.
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). The commitment-trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), 20–38. doi:10.2307/1252308

การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีใน สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี Assessment of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Antenatal Care Clinic and Well Child Clinic Services in Primary Care Unit in U Thong District, Suphan Buri Province

จารีศรี กุลศิริปัญญา, ปร.ด. (การบริหารการศึกษา) ¹

Jareesri Kunsiripunyo, Ph.D. (Educational Administration) ¹

ณัฐฉิณี อ็อกซู, พย.ม. (การจัดการการพยาบาล) ²

Nutchavee Oksue, M.N.S. (Nursing Management) ²

อัมพร สัจจวีรวรรณ, ปร.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) ³

Amporn Sajjaweerawan, Ph.D. (Public Health) ³

นาวรัตน์ พระเทพ, ปร.ด. (หลักสูตรและการสอน) ⁴

Nawarat Phrathet, Ph.D. (Curriculum and Instruction) ⁴

Received: January 16, 2024

Revised: April 12, 2024

Accepted: April 21, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวนกลุ่มละ 22 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิก

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing Kanchanaburi, Western University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jareesri2511@gmail.com

²⁻⁴ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ กาญจนบุรี มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

²⁻⁴ Instructor, Faculty of Nursing Kanchanaburi, Western University

ฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า การให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีได้รับผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 2) การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค เช่น ชุด PPE 3) การขาดแคลนงบประมาณ 4) การงานที่เพิ่มขึ้น และ 5) จำนวนผู้ใช้บริการที่ลดลง โดยคลินิกฝากครรภ์หยุดให้บริการฝากครรภ์ แต่มีการโทรศัพท์หรือใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ ส่วนคลินิกเด็กสุขภาพดีมีการปรับเปลี่ยนการบริการเป็นการเยี่ยมบ้านเชิงรุก

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรปรับเปลี่ยนการให้บริการโดยนำโซเซียลมีเดียรูปแบบต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้สามารถให้บริการที่จำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

การให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

Abstract

This descriptive research aimed to assess the impact of the COVID-19 pandemic on antenatal care clinic and well child clinic services in primary care unit. The participants consisted of 22 directors, 22 heads of antenatal care clinic, and 22 heads of well child clinic in sub-district health promoting hospitals in U Thong District, Suphan Buri Province. The research instrument was a semi-structured interview form of assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on antenatal care clinic and well child clinic services in primary care unit. Data were collected from October to November 2022. Data were analyzed by content analysis, frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results revealed that there were five main impacts on antenatal care clinic and well child clinic services, including 1) no compliance with the measures of COVID-19 prevention; 2) lack of protective equipment such as PPE set; 3) lack of budget; 4) increase staff workload; and 5) decrease number of clients. However, antenatal care clinic had to stop the antenatal care service, whereas telephone or line application following was provided. For well child clinic, the service pattern was modified to active home visit approach.

This research suggests that in case of the pandemic of any communicable disease, the healthcare workers in sub-district health promoting hospitals should modify the service pattern by applying various social medias in order to provide the essential basic services continuously.

Keywords: Impact of the COVID-19 pandemic,

Antenatal care clinic and well child clinic services, Primary care unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดสุพรรณบุรีมีมาตรการเฝ้าระวัง ติดตามเจ้าหน้าที่และประชาชนที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งได้รับความร่วมมือทั้งจากหน่วยงานฝ่ายปกครอง หน่วยงานด้านสาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยวันที่ 11 มีนาคม 2563 จังหวัดพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 คนแรก ซึ่งสัมผัสโรคจากเจ้าหน้าที่ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ และวันที่ 24 เมษายน 2563 จังหวัดมี ยอดผู้ป่วยโรคโควิด-19 รวม 6 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่อาศัยอยู่ในอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดจึงประกาศ มาตรการล้อมกรอบอำเภออุทุมพรพิสัยเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคโควิด-19 และต้องยกระดับมาตรการ การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคที่เข้มข้นขึ้น โดยจังหวัดสุพรรณบุรีมีมติให้กำหนดและขอความร่วมมือ ชาวอำเภออุทุมพรพิสัยงดการเดินทางออกนอกพื้นที่ที่ไม่จำเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) ซึ่งการประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการ การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (Li, Wang, Xue, Zhao, & Zhu, 2020) รวมถึงสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก็จำเป็นต้องมีมาตรการ รับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันนี้เช่นกัน ทำให้เกิดความท้าทายในการให้บริการสุขภาพที่สำคัญ

หลายด้าน รวมถึงการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ (antenatal care clinic [ANCI]) และคลินิกเด็ก สุขภาพดี (well child clinic [WCC]) ที่ถูกกำหนดเป็น เครื่องบ่งชี้สถานะสุขภาพของประชากรและการพัฒนา ประเทศที่สำคัญ โดยบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ การเข้าถึง บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ ประชากร แต่เนื่องจากการให้บริการต้องเผชิญกับ ผลกระทบ จึงจำเป็นต้องมีการปรับในเรื่องต่างๆ เช่น การปรับรูปแบบการให้บริการ (กรมอนามัย, 2563; จาริศรี กุลศิริปัญญา และปริศนา มีหินกอง, 2563; ชลธิชา ชุมอินทร์ และคณะ, 2564) เช่น คลินิกฝากครรภ์ อาจต้องส่งหญิงตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ สถานพยาบาลยังต้องบริหารจัดการเรื่อง ภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น การจัดการเดินทาง การบำรุง รักษาวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากมีข้อจำกัดในการจัดหา วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคโควิด-19 และงบประมาณ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับโรค

สำนักโภชนาการ และคลัสเตอร์สตรีและเด็ก ปฐมวัย กรมอนามัย ได้ร่วมมือกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย ทำการสำรวจเบื้องต้น (rapid survey) เพื่อประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ และ คลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ใน ด้านการไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค ด้านการขาดแคลนงบประมาณ ด้านภาระงานที่เพิ่มขึ้น และด้านจำนวนผู้ใช้บริการที่ลดลง เพื่อให้มั่นใจได้ว่า

หญิงตั้งครรภ์และเด็กจะได้รับบริการขั้นพื้นฐานและบริการที่มีความจำเป็นครบถ้วน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2022) เช่น หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจเลือดเพื่อค้นหาภาวะโลหิตจาง เด็กได้รับการประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ซึ่งสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ทำให้นักวิชาการด้านสาธารณสุขได้เรียนรู้วัฒนธรรม/รูปแบบการให้บริการตามวิถีชีวิตใหม่ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ จากรายงานผลการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้น (rapid survey assessment) ของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ซึ่งดำเนินการสัมภาษณ์นักวิชาการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนมกราคม 2564 พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในด้านต่าง ๆ แตกต่างกันไปตามภูมิภาค โดยความรุนแรงของการระบาดมีความสัมพันธ์กับที่ตั้งของจังหวัดที่ติดพรมแดนระหว่างประเทศ ตลอดจนจำนวนผู้อพยพจากต่างประเทศที่เข้ามาในประเทศไทย (กรมอนามัย และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2564)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยงานที่ต้องทำงานรองรับการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี ซึ่งต้องให้บริการทั้งในสถานพยาบาลและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ดังนั้น ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีจึงได้รับผลกระทบอย่างมาก ต้องมีการปรับระบบบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ และเด็ก (อังลินี กันสุขเจริญ และวรวรรณ เจริญสุข, 2563) ซึ่งการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่มีโอกาสเกิดขึ้นได้เสมอ ดังนั้น การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของ

โรคโควิด-19 จึงมีความสำคัญ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนปรับระบบการให้บริการภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในอำเภออุทุมพร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรงที่สุดในจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนารูปแบบการให้บริการตามวิถีชีวิตใหม่ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หรือโรคระบาดอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดจากแผนดำเนินงานต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตกรณีโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ของสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร (2564) โดยองค์การต้องมีการปรับตัวเมื่อเผชิญกับความท้าทายที่คาดการณ์ได้ยากจากการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งประเทศไทยต้องให้ทรัพยากรส่วนใหญ่ในการรับมือกับการระบาดดังกล่าว โดยการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก สถานพยาบาลระดับต่างๆ จำเป็นต้องมีการปรับตัวในทุกด้าน เพื่อยังคงสามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ใช้บริการได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ในอำเภออุทุมพร จังหวัด

สุพรรณบุรี โดยผู้ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ คือ หญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด ส่วนผู้ให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดี คือ เด็ก ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเปราะบาง (vulnerable group) และมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรประกอบด้วยผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 22 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในอำเภออุ้มทอง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 22 คน รวมจำนวน 66 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสำรวจในการศึกษาของสำนักโภชนาการ และคลัสเตอร์สตรีและเด็กปฐมวัย กรมอนามัย ร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (กรมอนามัย และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2564) มีลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และงานที่รับผิดชอบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ประเด็นคำถาม 7 ประเด็น ได้แก่

- 1) การรับรู้ความรุนแรงของการระบาดของโรคโควิด-19
- 2) การรับรู้ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอ

- และระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี
- 3) ผลกระทบต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี
- 4) ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี
- 5) ผลกระทบต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์
- 6) ผลกระทบต่องบประมาณ และ
- 7) การรายงานและการสื่อสารกับบุคลากรและผู้ให้บริการ โดยประเด็นที่ 1 และ 2 มีการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ระบุระดับการรับรู้เป็นตัวเลข จาก 1-4 คะแนน ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (1-1.50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.51-2.50 คะแนน) ในระดับมาก (2.51-3.50 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (3.51-4.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การประเมินผลกระทบของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุขที่เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น (เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2565-0128 วันที่ 22 กันยายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดย

จะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี และประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ นัดหมายวันและเวลาในการสัมภาษณ์ ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เวลาคนละ 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ผู้อำนวยการ ($n = 22$) พบว่า ผู้อำนวยการส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 68.18 รองลงมา คือ พยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 22.72 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 20 ปีขึ้นไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.72 และงานที่รับผิดชอบ คือ งานบริหารทั่วไป ส่วนพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบในการตรวจรักษาเบื้องต้นด้วย

1.2 หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ ($n = 22$) พบว่า หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 81.82 รองลงมา คือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 13.64 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.45 รองลงมา คือ 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.27 และงานที่รับผิดชอบ คือ การรับฝากครรภ์ การบริการวางแผน

ครอบครัว และการเชื่อมมารดาหลังคลอด

1.3 หัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ($n = 22$) พบว่า หัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดีมีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 40.91 เท่ากัน และเป็นนักวิชาการสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 18.18 มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 1–5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา คือ 6–10 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.27 และงานที่รับผิดชอบ คือ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก การประเมินพัฒนาการเด็ก การตรวจสุขภาพช่องปาก และการเยี่ยมบ้าน

2. ผลการวิจัยตามประเด็นที่ศึกษา มีดังนี้

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของการระบาดของโรคโควิด-19 (คะแนนเต็มเท่ากับ 4) พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 4 ($SD = 0$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 12 แห่ง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ เท่ากับ 3.67 ($SD = .44$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด จำนวน 3 แห่ง และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ เท่ากับ 3.33 ($SD = .44$) ซึ่งอยู่ในระดับมาก จำนวน 7 แห่ง โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.74 ($SD = .02$) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

2.2 การรับรู้ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอและระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี (คะแนนเต็มเท่ากับ 4) พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอและระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการฯ เท่ากับ 3.36 ($SD = .49$) และ 3.32 ($SD = .65$) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับมาก หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอและระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการฯ เท่ากับ 3.36 ($SD = .49$) เท่ากัน ซึ่งอยู่ในระดับมาก และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดีมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้

ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอและระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการฯ เท่ากับ 3.67 ($SD = .43$) เท่ากัน ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 ผลกระทบต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี มีดังนี้

2.3.1 การไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ามีการไม่สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า หรือการสวมหน้ากากไม่ถูกต้อง การไม่เว้นระยะห่าง การไม่การล้างมือ ซึ่งสะท้อนถึงความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากโรคของผู้ใช้บริการและพบปัญหาไม่มีหน้ากากอนามัยขนาดที่เหมาะสมกับเด็ก

2.3.2 การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีปัญหาการขาดแคลนชุด PPE และ ATK โดยเฉพาะในช่วงแรกที่มีการระบาดหนักในพื้นที่ เนื่องจากระบบการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์มีความล่าช้า ทำให้วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จึงแก้ปัญหาด้วยการขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลชุมชน หรือขอรับบริจาคจากหน่วยงานเอกชน ส่วนเวชภัณฑ์ยาคุมกำเนิด ถุงขยะติดเชื้อ ถุงมือต่างๆ ก็ขาดแคลนและได้รับล่าช้า อีกทั้งการที่สามีภรรยาหรือคู่รักได้ใช้เวลาอยู่ด้วยกันที่บ้านมากขึ้นเนื่องจากการล็อกดาวน์ส่งผลให้มีความต้องการยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ทำให้ยาคุมกำเนิดยิ่งขาดแคลน แต่ไม่มีรายงานการเพิ่มจำนวนของผู้ตั้งครรภ์ นอกจากนี้ การขนส่งที่หยุดชะงักทำให้ได้รับเวชภัณฑ์และวัคซีนล่าช้า ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ

2.3.3 การขาดแคลนงบประมาณ พบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้รับผลกระทบด้านงบประมาณในการบริหารจัดการ เนื่องจากเป็นสถานการณ์ของโรคอุบัติใหม่ที่มีการระบาดในวงกว้างซึ่งไม่ได้ตั้งงบประมาณไว้ล่วงหน้าในการดำเนินการเรื่องนี้ จึงทำให้งบประมาณไม่เพียงพอ

2.3.4 ภาระงานที่เพิ่มขึ้น พบว่า เจ้าหน้าที่ได้รับมอบหมายงานที่เพิ่มขึ้นจากงานประจำ เช่น การปฏิบัติงาน ณ จุดตรวจคัดกรองของชุมชน ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น มีการทำงานเกินเวลาราชการ จึงมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเจ้าหน้าที่และครอบครัว

2.3.5 จำนวนผู้ใช้บริการที่ลดลง พบว่าจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการลดลง เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องหยุดให้บริการแต่ยังคงมีการโทรศัพท์หรือใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการไปรับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้านและผลการตรวจครรภ์ รวมทั้งให้ อสม.ช่วยติดตามดูแล ส่วนเด็กที่มารับบริการฉีดวัคซีนตามนัดนั้น มีจำนวนลดลงอย่างมาก เนื่องจากผู้ปกครองไม่กล้านำเด็กมารับบริการ เพราะกลัวว่าเด็กจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 หญิงให้นมบุตรบางคนกลัวว่าหากพาเด็กมารับบริการ เด็กอาจติดเชื้อโรคโควิด-19 จากคนอื่น ๆ ที่มารับบริการด้วยกัน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ใช้บริการลดลง เช่น ขั้นตอนที่มากขึ้น ทำให้ใช้เวลาเพิ่มขึ้น การที่ต้องเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลขณะรอรับบริการ ซึ่งคลินิกเด็กสุขภาพดีมีการปรับรูปแบบการบริการเป็นการเชื่อมบ้านเชิงรุกโดย อสม. เป็นหลัก ส่วนเจ้าหน้าที่คลินิกเด็กสุขภาพดีมีการสอบถามข้อมูลจากผู้ปกครองทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินพัฒนาการและสุขภาพช่องปากของเด็ก

2.4 ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี มีความเห็นว่าทุกคนในหน่วยงานมีภาระงานเพิ่มขึ้น รวมถึงมีการใช้เวลาในการทำงานมากขึ้น จำนวนหรือความถี่ของขั้นตอนการทำงานเพิ่มขึ้น และได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่อื่นๆ เพิ่มเติม ส่งผลให้เกิดความเครียดเนื่องจากภาระงานล้นมือ

2.5 ผลกระทบต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์พบว่า วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ขาดแคลนมากที่สุด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง คือ ชุด PPE และ ATK นอกจากนี้ยังขาดแคลนหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะชนิด N95 เจ้าหน้าที่บางคนต้องใช้หน้ากากผ้าแทน อีกทั้งยังขาดแคลนแผ่นปิดหน้า (face shield) เจลล้างมือแอลกอฮอล์ หมวก ซึ่งแก้ปัญหาด้วยการขอรับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (อบจ./ อบต./ เทศบาล) และการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน ซึ่งช่วยบรรเทาปัญหาได้บางส่วน นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่งยังได้หาคนมาสอนการทำหน้ากากอนามัย แผ่นปิดหน้า และเจลล้างมือแอลกอฮอล์ ส่วนวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ (นอกเหนือจากวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19) ก็ขาดแคลนและมีความล่าช้าในการส่ง โดยยาที่ขาดแคลนอย่างมาก ได้แก่ ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก และยาคุมกำเนิด ส่วนวัคซีนมีความล่าช้าในการส่ง ทำให้บางครั้งต้องขอยืมโรงพยาบาลชุมชนมาใช้ก่อน

2.6 ผลกระทบต่องบประมาณพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งได้รับผลกระทบด้านงบประมาณในการบริหารจัดการ ซึ่งไม่ได้เตรียมการไว้ก่อนเนื่องจากเป็นสถานการณ์ที่ไม่คาดคิด โดยทุกแห่งต้องการงบประมาณเพิ่มเติมให้เพียงพอต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี รวมทั้งในการดำเนินงานอื่นๆ ของหน่วยงาน

2.7 การรายงานและการสื่อสารกับบุคลากรและผู้ใช้บริการพบว่า การรายงานปัญหาการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี มีการรายงานในแนวดิ่ง (vertical reporting) กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้กลุ่มไลน์ เดือนละ 2 ครั้ง ส่วนการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น อสม. มีการสื่อสารในแนวนอน (horizontal

reporting) ในรูปแบบออนไลน์ โดยใช้กลุ่มไลน์ระหว่างหัวหน้าคลินิกฝากครรภ์กับ อสม. และกลุ่มไลน์ระหว่างหัวหน้าคลินิกสุขภาพเด็กดีกับ อสม. ซึ่งการสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ช่วยในการปฏิบัติงานและการสื่อสารได้ดีมากภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งเรื่องการติดตามงานและการขอความช่วยเหลือต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการประชุมเพื่อพัฒนาตนเองผ่านระบบ Zoom และอื่นๆ ส่วนการรายงานข้อมูลสู่ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center [HDC]) มีการรายงานผลการดำเนินงานของพื้นที่ที่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ โดยมีการแจ้งข้อมูลทุกสัปดาห์หรือถี่กว่านั้นหากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 เบลอ ส่วนการสื่อสารกับผู้ใช้บริการ (หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด ผู้ปกครองเด็ก) พบว่ามีการใช้กลุ่มไลน์ระหว่างหัวหน้าคลินิกกับผู้ใช้บริการ เช่น ผู้ปกครองเด็ก โดยมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้บริการโดยภาพรวม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี มีความพึงพอใจมากต่อการรายงานและการสื่อสารที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางคนกล่าวถึงประเด็นการฝากครรภ์ที่ต้องหยุดให้บริการเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ว่าควรให้บริการเท่าที่จำเป็นไปก่อน และควรปรับรูปแบบการให้บริการผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น การใช้แอปพลิเคชันไลน์/โซเชียลมีเดียอื่นๆ หรือการให้อสม. ช่วยติดตาม

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีความเห็นตรงกันว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีความรุนแรงในระดับมากถึงระดับมากที่สุด ทั้งนี้

เนื่องจากการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสถานการณ์ใหม่และไม่ได้ถูกเตรียมการไว้ก่อน ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประสบปัญหาในการดำเนินงานอย่างมาก โดยอำเภออุทองเป็นอำเภอแรกในจังหวัดสุพรรณบุรีที่พบผู้ติดเชื้อมากถึง 6 คน ระหว่างวันที่ 11 มีนาคม ถึงวันที่ 24 เมษายน 2563 ทางจังหวัดจึงได้ออกแถลงการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่ และมีมาตรการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มข้นขึ้น (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความตระหนักของผู้บริหารระดับอำเภอและระดับจังหวัดเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อการให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีในระดับมากถึงระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากอำเภออุทองเป็นอำเภอแรกและอำเภอเดียวที่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 มากถึง 6 คน ในช่วงแรกของการระบาด จังหวัดจึงประกาศมาตรการล้อมกรอบอำเภออุทองเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคโควิด-19 และยกระดับมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคที่เข้มข้นขึ้น และขอความร่วมมือชาวอำเภออุทองงดเว้นการเดินทางออกนอกพื้นที่โดยไม่จำเป็น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) ซึ่งการประกาศพื้นที่เสี่ยงและยกระดับมาตรการการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ที่เข้มข้นขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (Li et al., 2020) และหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีบทบาทโดยตรงที่ต้องเข้ามาดูแลประชาชนในส่วนนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีความเห็นตรงกันว่า การให้บริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดีได้รับผลกระทบทั้งด้านการไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการขาดแคลน

วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรค ด้านการขาดแคลนงบประมาณ ด้านภาระงานที่เพิ่มขึ้น และด้านจำนวนผู้ใช้บริการที่ลดลง โดยคลินิกฝากครรภ์ต้องหยุดให้บริการ ส่วนคลินิกเด็กสุขภาพดีมีผู้ใช้บริการลดลงอย่างมาก ซึ่งสาเหตุหลัก คือ ความกลัวของผู้ใช้บริการต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อเมื่อมารับบริการ โดยความกลัวว่าจะติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นความท้าทายหลักที่ส่งผลกระทบต่อการมารับบริการคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี ดังรายงานที่ระบุว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากสถานบริการต่างๆ จึงเก็บตัว ไม่ออกจากบ้าน (สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี, 2564) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อมูลว่า ผู้ใช้บริการมักปกปิดข้อมูล ไม่มารับบริการตามนัด หรือมารับบริการล่าช้ากว่ากำหนดนัดเนื่องจากกังวลว่าการมารับบริการมีความเสี่ยงที่จะใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่ที่มีผลการตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก ความกลัวนี้มีมากขึ้นในพื้นที่ที่มีรายงานการติดเชื้อ และเห็นได้ชัดเจนที่สุดในกรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีสถิติการระบาดมากกว่าแห่งอื่น ยิ่งหากเจ้าหน้าที่มีผลการตรวจโรคโควิด-19 เป็นบวก ผู้ใช้บริการก็ยิ่งมีความลังเลที่จะมารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของกรมอนามัย และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย (2564) ที่พบว่า สถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 ต้องปิดให้บริการ เนื่องจากขาดบุคลากร และประชาชนเกิดความกลัวและขาดความเชื่อมั่นในการไปรับบริการ นอกจากนี้ การมารับบริการที่ลดลงยังเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแนวทางรับมือของโรคโควิด-19 ซึ่งเจ้าหน้าที่คลินิกได้พยายามลดความถี่ในการเข้ารับบริการของผู้ใช้บริการ ให้เข้ารับการรักษาเฉพาะกรณีเร่งด่วน และหยุดการให้บริการบางอย่างที่ไม่จำเป็นและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 (จารีศรี กุลศิริปัญญา และปริศนา มีหินกอง, 2563; Tadesse, 2020)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีความเห็นตรงกันว่า ทุกคนในหน่วยงานมีภาระงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นบุคลากรด่านหน้าที่มีหน้าที่เป็นกำลังหลักในการปฏิบัติทั้งการคัดกรอง การเฝ้าระวังโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยง การส่งตัวเข้ารับการรักษา ตลอดจนการติดตาม เพื่อชะลอภาระงานการรักษาพยาบาลในระดับจังหวัดไม่ให้สูงขึ้นจนถึงขั้นวิกฤตหรือเกิดภาวะเตียงล้น ซึ่งสาเหตุที่การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก มี 2 ประการคือ 1) ระยะเวลาที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินการตามมาตรการการทำความสะอาดและฆ่าเชื้ออุปกรณ์ และการสุกัภิบาลสถานบริการ และ 2) มาตรการและขั้นตอนการคัดกรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการคัดกรองสอบสวนโรคในชุมชนที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม การที่เจ้าหน้าที่พบปัญหาเกี่ยวกับการส่งเสริมและการป้องกันโรคในสถานบริการแบบปกติ จึงมีการปรับตัวโดยเปลี่ยนไปให้บริการออนไลน์ เพื่อช่วยลดผลกระทบจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นในระดับหนึ่ง และเสนอแนะว่าควรมีการวางแผนการดำเนินงานในอนาคต เพื่อจัดสรรจำนวนเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับความต้องการของภาระงานในกิจกรรมการป้องกันโรคที่เพิ่มขึ้นในภาวะฉุกเฉิน และลดความเสี่ยงที่จะเพิ่มความเครียดหรือความลำบากให้แก่บุคลากรอันจะส่งผลต่อสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2564) ที่ศึกษาการประเมินกำลังคนระดับปฐมภูมิในการควบคุมสถานการณ์โควิด-19 พร้อมรองรับอนาคต โดยวิเคราะห์ภาระงานขั้นต่ำของบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการรักษา ส่งเสริมป้องกัน และมีบทบาทในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 แล้วคำนวณชั่วโมงการทำงานที่เหลือหลังหักด้วยภาระงานขั้นต่ำ พบว่า ในระดับจังหวัดสามารถติดตามผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกได้ประมาณ 5,000 คนต่อวัน หากระดมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัด ในขณะที่ระดับอำเภอสามารถติดตาม

ผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกได้ประมาณ 430 คนต่อวัน หากระดมบุคลากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอ และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) สามารถติดตามผู้สัมผัสหรือค้นหาเชิงรุกได้ 20-80 คนต่อวัน แต่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 10 ที่มีปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอที่จะดำเนินการควบคุมโรคได้ตามลำพัง ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพในการควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ได้ในระดับหนึ่ง โดยอาจต้องมีการระดมบุคลากรในระดับอำเภอหรือระดับจังหวัดหากการระบาดของโรครุนแรงขึ้น หรือขอให้ อสม./จิตอาสา เข้ามาช่วยเหลือ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีความเห็นตรงกันว่า วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ขาดแคลนมากที่สุด คือ ชุด PPE และ ATK ซึ่งปัญหาการขาดแคลนส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไขในระยะสั้น โดยการจำกัดการเบิกจ่ายบางรายการ การขอรับการสนับสนุนจากองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น หรือการขอรับบริจาคจากภาคเอกชน สอดคล้องกับการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรี และบุญมา สุนทรวีรัตน์ (2564) ที่พบว่า วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19 และอื่นๆ ที่ขาดแคลนอย่างมาก ได้แก่ อุปกรณ์ป้องกันขั้นพื้นฐาน เช่น หน้ากากอนามัย เจลทำความสะอาดมือ ถุงมือ ชุดคลุม หมวก ชุด PPE โดยการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีวัสดุอุปกรณ์จำนวนจำกัด และกระบวนการขออนุมัติเวชภัณฑ์ค่อนข้างล่าช้า สอดคล้องกับที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2565) ระบุว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพของไทยต้องปรับตัวครั้งใหญ่เพื่อสร้างมาตรการการส่งเสริมและป้องกันโรค มีการปรับปรุงระบบการเบิกจ่าย การจัดซื้อจัดจ้าง การจัดหาวัคซีน ยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ รวมถึงมีการบริหารจัดการที่ทำให้การกระจายอุปกรณ์ทางการแพทย์

สามารถเข้าถึงหน่วยบริการได้อย่างเพียงพอ และเสนอแนะว่าควรมีการจัดหาและสำรองวัสดุอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับผู้ใช้งาน เช่น หน้ากากอนามัยสำหรับเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคตหรือโรคระบาดอื่นๆ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิก ผ่าศรรักษ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง มีความเห็นตรงกันว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับผลกระทบด้านงบประมาณในการบริหารจัดการ ซึ่งต้องการงบประมาณที่เพียงพอต่อการให้บริการคลินิก ผ่าศรรักษ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี รวมทั้งในการดำเนินงานอื่นๆ ของหน่วยงาน เพื่อลดความกังวลและความเครียดให้แก่บุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ ชำรงเกียรติ อุทัยสง (2564) ที่พบว่า การขาดแคลนงบประมาณส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีความกังวลและความเครียดมากขึ้น ซึ่งรัฐบาลให้ความสำคัญกับเรื่องการจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอเพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิก ผ่าศรรักษ์ และหัวหน้าคลินิกเด็กสุขภาพดี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการรายงานในแนวดิ่งกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้กลุ่มไลน์ เดือนละ 2 ครั้ง และมีการสื่อสารในแนวนอนกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ และภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ โดยใช้กลุ่มไลน์ ซึ่งในอนาคตแพลตฟอร์มออนไลน์รูปแบบต่างๆ จะเข้ามามีบทบาทต่อการทำงานมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างหลายคนมีความเห็นว่าจำเป็นต้องเพิ่มช่องทางและรูปแบบการสื่อสารให้หลากหลายขึ้น เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีความแตกต่างกันทั้งระดับการศึกษา การเข้าถึงอุปกรณ์สื่อสาร และทักษะการใช้เทคโนโลยี เช่น สมาร์ทโฟน หรือแอปพลิเคชันที่เกี่ยวข้อง โดยควรจัดทำเป็นหนังสือแนวปฏิบัติ คู่มือ รวมถึงมี

การฝึกอบรมเพิ่มเติม อาจเป็นในรูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ นอกจากนี้ การสื่อสารกับผู้ให้บริการคลินิก ผ่าศรรักษ์และคลินิกเด็กสุขภาพดี ควรเปลี่ยนไปเป็นการนัดหมายรายบุคคลแทนรายกลุ่ม ซึ่งน่าจะมีประโยชน์ในการเพิ่มความเข้าใจและการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านต่างๆ ของผู้ให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรปรับรูปแบบการให้บริการโดยนำโซเซียลมีเดียรูปแบบต่างๆ มาประยุกต์ใช้ เช่น การใช้กลุ่มไลน์ การให้คำปรึกษารายกลุ่มผ่านระบบ Zoom และปรับปรุงระบบการส่งต่อที่รวดเร็ว เพื่อให้สามารถให้บริการที่จำเป็นได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรมีแผนการจัดหาวัสดุอุปกรณ์กรณีฉุกเฉิน และมีการสำรองเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการปรับตัวหลังเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีต่อการให้บริการคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น คลินิก ผ่าศรรักษ์ คลินิกเด็กสุขภาพดี คลินิกผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *New normal ชีวิตวิถีใหม่*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>
- กรมอนามัย. (2563). *การจัดระบบบริการ ผ่าศรรักษ์ ตรวจหลังคลอด ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19*. สืบค้นจาก https://www.anamai.moph.go.th/download/2563/Covid_19/people/.pdf

- กรมอนามัย, และองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2564). รายงานการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้นของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยต่อการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC). สืบค้นจาก <https://www.unicef.org/thailand/media/8121/file/First%201,000%20days%20assessment.pdf>
- กายสิทธิ์ แก้วยาศรี, และบุญมา สุนทรวิรัตน์. (2564). แนวทางการดำเนินงานและผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) จังหวัดเลย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(1), 16–34.
- จารีศรี กุลศิริปัญญา, และปริศนา มีหินกอง. (2563). ระบบบริการฝากครรภ์ที่ปลอดภัยและตอบสนองความต้องการในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19). *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.)*, 9(1), 54–66.
- ชลธิชา ชุมอินทร์, ศิริรัตน์ อินทร์ตัน, สุธิมาภรณ์ วินฉ้วน, ชีรภัทร ปานคำ, อภิษฎา นุ้ยผุด, และฮาซันอักริม ดงนะเต็ง. (2564). กลไกการให้บริการในวิกฤตโควิด-19 กรณีศึกษา: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองมวน ตำบลหนองปรือ อำเภอรัญญา จังหวัดตรัง. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 7(5), 295–309.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 33–48.
- ธำรงเกียรติ อุทัยสา. (2564). COVID-2019: การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์. *วารสาร มจร. ทรัพยากรบริหาร*, 5(2), 94–107.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). “วิจัยภาระงานรพ.สต.”: ประเมินกำลังคนระดับปฐมภูมิในการควบคุมสถานการณ์โควิด-พร้อมรองรับอนาคต. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13401>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). “โควิด-19” เปลี่ยนโฉมระบบบริการสุขภาพไทย เรียนรู้วิกฤต-ต่อยอดโอกาส-เติมเต็มศักยภาพกำลังคนสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://www.hsri.or.th/news/1/3617>
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร. (2564). แผนดำเนินงานต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤตกรณีโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ. สืบค้นจาก <http://www.msdbangkok.go.th/news/bcp64.pdf?usp=sharing>
- สำนักงานสถิติจังหวัดกาญจนบุรี. (2564). รายงานวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดกาญจนบุรี พ.ศ. 2564. กาญจนบุรี: ผู้แต่ง.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). รายงานการติดเชื้อโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://sp.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- อังลินี กันสุขเจริญ, และวรรณณ เจริญสุข. (2563). การจัดการบริการฝากครรภ์ ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลหัวหิน. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 5(1), 39–49.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2032. doi:10.3390/ijerph17062032

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2022). *Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy*. Retrieved from <https://www.rcog.org.uk/media/ftzilsfj/2022-12-15-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v16.pdf>

Tadesse, E. (2020). Antenatal care service utilization of pregnant women attending antenatal care in public hospitals during the COVID-19 pandemic period. *International Journal of Women's Health*, 12, 1181–1188. doi:10.2147/IJWH.S287534

**ผลของการจัดบริการสุขภาพทางไกลต่อวินัยในการรับประทานยา
และปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่
ในคลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด**
**Effect of Telehealth Service Delivery on Medication Adherence
and Viral Load among Stable People Living with HIV
at the Antiretroviral Clinic, Borai Hospital, Trat Province**

สิริรัตน์ เหลืองโสมนภา, ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา)¹

Sirirat Leangsomnapa, M.A. (Social Sciences for Development)¹

ยศพล เหลืองโสมนภา, ป.ด. (การวิจัยและสถิติทางวิทยาการปัญญา)²

Yosapon Leangsomnapa, Ph.D. (Research and Statistics in Cognitive Science)²

สมบัติ เหลืองโสมนภา, พย.บ.³ ฤทธิชัย สุวรรณรัตน์, ภ.บ. (เภสัชศาสตร์)⁴

Sombut Leangsomnapa, B.N.S.³ Rittichai Suwannarat, B.Sc. (Pharmacy)⁴

ศุภณัฐ จงประกอบกิจ, พ.บ. (แพทยศาสตร์)⁵

Suppanat Chongprakobkit, M.D. (Doctor of Medicine)⁵

Received: March 9, 2024 Revised: April 12, 2024 Accepted: April 14, 2024

¹ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

¹ Registered Nurse, Borai Hospital, Trat Province

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² Instructor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

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

³ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทับทิมสยาม 01 จังหวัดตราด

³ Registered Nurse, Ban Thapthim Siam 01 Sub-district Health Promoting Hospital, Trat Province

⁴ เภสัชกร โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

⁴ Pharmacist, Borai Hospital, Trat Province

⁵ แพทย์ โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

⁵ Physician, Borai Hospital, Trat Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการจัดบริการสุขภาพทางไกลต่อวินัยในการรับประทานยาและปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในคลินิกต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด จำนวน 20 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย การจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกต้านไวรัส แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินวินัยในการรับประทานยา แบบบันทึกปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกต้านไวรัส ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์ Wilcoxon signed-rank test และ McNemar test

ผลการวิจัยพบว่า 1) หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนวินัยในการรับประทานยาไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล 2) หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับ undetectable ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล และ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดต้องการให้คลินิกต้านไวรัสจัดบริการสุขภาพทางไกลเช่นนี้ต่อไป

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลบ่อไร่ควรสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพทางไกลให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ต่อไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสะดวกในการรับบริการมากขึ้น

คำสำคัญ: การจัดบริการสุขภาพทางไกล เอชไอวี วินัยในการรับประทานยา ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of telehealth service delivery on medication adherence and viral load among stable people living with HIV. The samples consisted of 20 stable people living with HIV at the antiretroviral clinic, Borai Hospital, Trat Province. The research instruments were composed of the telehealth service delivery of the antiretroviral clinic, a demographic record form, a medication adherence assessment form, a viral load record form, and an opinion on telehealth service delivery of the antiretroviral clinic questionnaire. The implementation and data collection were conducted from January to December 2023. Data were analyzed using frequency, percentage, median, interquartile range, Wilcoxon signed-rank test, and McNemar test.

The research results revealed that 1) after receiving the telehealth service delivery, the score of medication adherence among people living with HIV was not different from that of before receiving the telehealth service delivery, 2) after receiving the telehealth service delivery, the undetectable viral load among people living with HIV was not different from that of before receiving the telehealth service delivery, and 3) all people living with HIV needed the same telehealth service delivery of the antiretroviral clinic.

This research suggests that the executives of Borai Hospital should promote this telehealth service delivery for stable people living with HIV. This will help stable people living with HIV obtain more convenient services.

Keywords: Telehealth service delivery, HIV, Medication adherence, Viral load

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ หากมีการรับประทานยาและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 การจัดบริการเป็นรูปแบบการมารับบริการด้วยตนเอง ที่คลินิก มีการบริการทั้งการประเมินสภาพ การติดตาม การรับประทานยาและอาการ การพบแพทย์และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง รวมถึงการนัดมารับบริการ ต่อเนื่อง ซึ่งการนัดมารับบริการของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จะนัดนานที่สุดไม่เกินระยะเวลา 3 เดือน เนื่องจากต้องการประเมินวินัยในการรับประทานยา (medication adherence) และโอกาสในการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) ของผู้รับบริการ ข้อมูลผลการบริการของคลินิกยาด้านไวรัสที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดเชื้อสามารถควบคุมปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (viral load) น้อยกว่า 50 copies/ml ได้มากกว่า 90% มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 และมากกว่า 95% มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนวินัยในการรับประทานยาที่ดีของผู้รับบริการ รวมถึงไม่พบการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้รับบริการที่มีอาการคงที่ที่ได้รับยาต่อเนื่องมากกว่า 1 ปี (โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด, 2563)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีแนวคิดให้หน่วยบริการจัดบริการสุขภาพทางไกล (telehealth service delivery) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอาการคงที่สามารถควบคุมโรคได้ดี เพื่อให้การรักษาระยะห่างในพื้นที่ของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพ ลดความแออัด ลดระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้รับบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง ดังนั้น หากมีการจัดบริการรูปแบบใหม่ที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่และมีที่พักอาศัยนอกเขตอำเภอบ่อไร่ซึ่งมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการ ได้รับการประเมินและติดตามอาการ ตลอดจนได้ยารับประทานโดยไม่ต้องเดินทางมาที่คลินิกยาด้านไวรัส ทุก 3 เดือน น่าจะเป็นสิ่งที่ส่งผลดีทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติข้างต้น และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งผลักดันให้โรงพยาบาลจัดบริการการแพทย์ทางไกล (The coverage, 2565) รวมทั้งสอดคล้องกับการจัดระบบการให้บริการยาด้านไวรัสที่มีข้อกำหนดการจ่ายยาด้านไวรัสได้สูงสุดถึง 6 เดือน (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข, 2563) ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพทางไกล

ในคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ให้แก่ผู้รับบริการที่มีอาการคงที่จึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ

การจัดบริการสุขภาพทางไกล เป็นแนวคิดที่มี การจัดการให้แกผู้รับบริการโดยที่ทั้งสองฝ่ายไม่ต้อง มาเผชิญหน้ากันในพื้นที่ การบริการครอบคลุมถึง การรักษาและบริการอื่น เช่น การให้ความรู้ การเฝ้าระวัง ติดตามอาการ (Pro Health, 2018) การจัดบริการ สุขภาพทางไกลสามารถจัดได้ผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น การใช้ไลน์แอปพลิเคชัน การใช้ระบบ Zoom หรือ Webex ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยบริการนั้น ๆ รูปแบบของการจัดบริการสุขภาพทางไกลแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) telehealth visit โดยผู้ให้บริการ และผู้รับบริการสามารถพูดคุยและให้บริการผ่านทั้ง เสียงและภาพวิดีโอแบบเป็นปัจจุบัน (real time) 2) virtual check in โดยผู้ให้บริการจะให้ข้อมูลสั้น ๆ แก่ผู้รับบริการ ผ่านทางการโทรศัพท์หรือช่องทางอื่น แบบไม่เห็นภาพ และ 3) E visit โดยผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการสนทนากันผ่านระบบออนไลน์ แต่ไม่เห็น หน้ากัน (GreenwayHealth, n.d.) ประโยชน์ของ การจัดบริการสุขภาพทางไกลมีหลายประการ เช่น เพิ่ม ความสะดวกสบายและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ลดต้นทุนต่าง ๆ ทั้งค่าเดินทางและต้นทุนการบริการ รวมถึงยังเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การควบคุมอาการ ของโรค คุณภาพการดูแล (Dandachi et al., 2019)

สำหรับการจัดบริการสุขภาพทางไกลในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีการจัดบริการสุขภาพทางไกล ในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีประโยชน์ทั้งการป้องกัน และการดูแลผู้รับบริการ (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) สอดคล้องกับการศึกษา ที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่า การจัด บริการสุขภาพทางไกลมีประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นการลด เวลาการเดินทาง การวางแผนตารางการดำเนินชีวิต ตนเองได้ดีขึ้น (Dandachi, Dang, Lucari, Teti, & Giordano, 2020) รวมถึงการจัดบริการสุขภาพทางไกล ยังเพิ่มการเข้าถึงคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี

ปัญหาเรื่องการเดินทาง หรือผู้ที่มีปัญหาการตีตราจาก สังคม (Dandachi, Freytag, Giordano, & Dang, 2020) ประกอบกับยังไม่พบรายงานการศึกษาใน ประเทศไทยเกี่ยวกับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ วินัยในการรับประทานยา และ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญใน การประเมินผลการจัดบริการในคลินิกยาด้านไวรัส

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของ การจัดบริการสุขภาพทางไกลต่อวินัยในการรับประทาน ยาและปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการคงที่ในคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด โดยกิจกรรมการให้บริการยึดตามรูปแบบ การจัดบริการสุขภาพทางไกล ตามรูปแบบการจัดบริการ ยาต้านเอชไอวีนอกหน่วยบริการสุขภาพ (out of facility ART delivery model) (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565ก) ประกอบ ด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส การประเมินวินัยในการรับประทานยา การให้ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และการจัดส่งยา ทางไปรษณีย์ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์ต่อ การพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามนโยบาย ของประเทศ และเป็นการจัดบริการที่เหมาะสมกับกลุ่ม ผู้รับบริการที่มีอาการคงที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

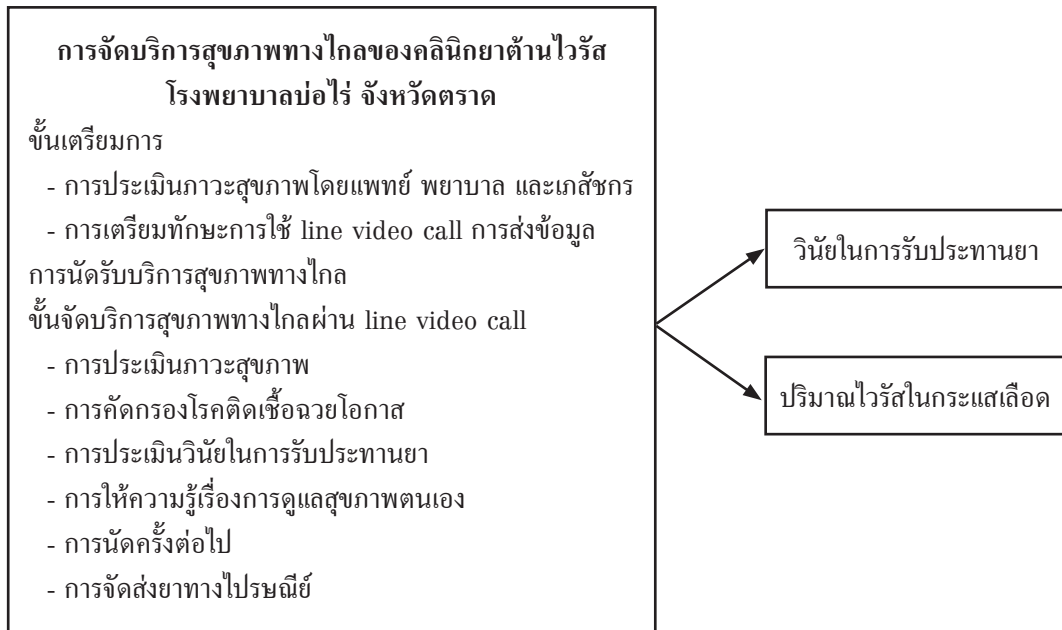
1. เพื่อเปรียบเทียบวินัยในการรับประทานยาของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่างก่อนกับหลัง ได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้าน ไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
2. เพื่อเปรียบเทียบปริมาณไวรัสในกระแสเลือด ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่างก่อนกับ หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิก ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอาการคงที่ต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกลของ

คลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิด telehealth service ในรูปแบบ telehealth visit ที่พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ สามารถพูดคุยและประเมินสภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่และมารับบริการจากคลินิกดังกล่าว ผ่านทั้งเสียงและภาพวิดีโอแบบเป็นปัจจุบัน ผ่าน line video call ซึ่งภายหลังการพบ การประเมินผู้บริการที่คลินิก และการตัดสินใจให้บริการสุขภาพทางไกลร่วมกันแล้ว จะให้บริการตามขั้นตอนของ telehealth service 4 ขั้นตอน ดังนี้ (GreenwayHealth, n.d.) ขั้นตอนที่ 1 ส่งข้อความนัดวันและเวลาที่ต้องรับบริการสุขภาพทางไกลแก่ผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 2 ในวันก่อนรับบริการ พยาบาลส่งข้อความเตือนให้ผู้รับบริการทราบว่าต้องมารับบริการ

ผ่านระบบออนไลน์ในวันรุ่งขึ้น โดยเน้นย้ำเวลาที่ต้อง line video call และติดตามการส่งภาพการวัดสัญญาณชีพ ข้อมูลการรับประทานยาและอาการ ผ่าน google form ที่จัดให้ ขั้นตอนที่ 3 การจัดบริการผ่าน telehealth โดยพยาบาลประจำคลินิก line video call หาผู้รับบริการตามนัด จากนั้นให้บริการตามรูปแบบการจัดบริการยาด้านเอชไอวีนอกหน่วยบริการสุขภาพ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565ก) ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การประเมินวินัยในการรับประทานยา การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การนัดครั้งต่อไป และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ และขั้นตอนที่ 4 ส่งข้อความนัดครั้งต่อไปผ่าน line ของผู้รับบริการ และข้อความที่แจ้งว่าผู้รับบริการสามารถสอบถามข้อมูลหรือปรึกษาได้หากมีอาการผิดปกติสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ในคลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 212 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ของกลุ่มอาการคงที่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข, 2563) ร่วมกับคุณสมบัติและความพร้อมของผู้รับบริการสุขภาพทางไกล ดังนี้ 1) รับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อย 1 ปี 2) มารับบริการตามนัดทุกครั้ง 3) ผลการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดย้อนหลัง 2 ปี มีค่าน้อยกว่า 50 copies/ml 4) มีประวัติวินัยในการรับประทานยาดี (adherence > 95%) 5) ไม่ตั้งครรภ์ 6) ไม่มีโรคร่วม หรือมีโรคร่วมที่อยู่ในระยะควบคุมอาการได้ เช่น PCP, cryptococcal meningitis เบาหวานที่มีค่า HbA1C น้อยกว่า 7% ความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg 7) ไม่อยู่ในระยะปรับเปลี่ยนการใช้ยาชนิดที่ต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการข้างเคียงของยา 8) ไม่อยู่ในช่วงการเจ็บป่วยวิกฤต 9) ปัจจุบันไม่ได้อาศัยอยู่ในอำเภอบ่อไร่ 10) มีคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และสื่อสารกับผู้ให้บริการได้ 11) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 12)ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย

คือ 1) ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้บริการสุขภาพทางไกลที่กำหนด 2) เกิดการเจ็บป่วยที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด เช่น วัณโรค โรคหัวใจ โรคปอด 3) วินัยในการรับประทานยาลดลง (adherence < 95%) 4) ตั้งครรภ์ และ 5) ขอดอนตัวจากการวิจัย โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง เนื่องจากใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกทางด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขั้นตอนของ telehealth service (GreenwayHealth, n.d.) กิจกรรมเป็นการให้บริการที่ยึดตามรูปแบบการจัดบริการยาต้านเอชไอวีนอกหน่วยบริการสุขภาพ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565ก) ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การประเมินวินัยในการรับประทานยา การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การนัดครั้งต่อไป และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ โดยทำการนัดกลุ่มตัวอย่างมารับบริการทุก 3 เดือน หลังจากมารับบริการครั้งล่าสุดที่โรงพยาบาล และนัดมารับบริการที่โรงพยาบาลในอีก 3 เดือนถัดไป รวมระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี แนวทางการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกทางด้านไวรัส มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด่านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

ครั้งที่รับบริการ	กิจกรรม
ขั้นเตรียมการ ครั้งที่ 1 (เดือนที่ 1) รับบริการที่โรงพยาบาล	1. พยาบาลติดตามผลการตรวจเลือด CD4/ ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด และผลเอกซเรย์ปอดประจำปี ของกลุ่มตัวอย่าง (ก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล) 2. กลุ่มตัวอย่างพบแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีของคลินิกยาด่านไวรัส (แกนนำผู้ติดเชื้อ 2 คน ผ่านการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีจาก สปสช.) โดยแกนนำผู้ติดเชื้อติดตามอาการของกลุ่มตัวอย่างและให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 3. กลุ่มตัวอย่างพบพยาบาล พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพ (คัดกรองสุขภาพจิต/ มะเร็งปากมดลูก/ วัณโรค) คัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเมินวินัยในการรับประทานยา (โดยใช้แบบประเมินวินัยในการรับประทานยา) ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และนัดครั้งต่อไป 4. กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ แพทย์แจ้งผลเลือด และตรวจรักษา 5. กลุ่มตัวอย่างพบเภสัชกร เภสัชกรประเมินวินัยในการรับประทานยาเข้าร่วมกับจัดยา 6. กลุ่มตัวอย่างรับยา และพบพยาบาล พยาบาลชี้แจงขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติในการรับบริการผ่าน telehealth service ฝึกทักษะการใช้ line video call รวมทั้งให้เลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการสนทนาติดตามอาการ เพื่อป้องกันการเปิดเผยข้อมูล 7. พยาบาลนัดครั้งต่อไป และส่งภาพใบนัดทาง line
ขั้นจัดบริการ สุขภาพทางไกล ครั้งที่ 2 (เดือนที่ 3) รับบริการผ่านระบบ บริการสุขภาพทางไกล	1. พยาบาลส่งข้อความทาง line และติดตามให้กลุ่มตัวอย่างส่งข้อมูล ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ อาการ พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลการรับประทานยา ทาง google form ล่วงหน้า 3 วัน 2. พยาบาลตรวจสอบข้อมูล และโทร/ไลน์แจ้งวันและเวลานัดในการ video call ทาง line ล่วงหน้า 1 วัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัว และเลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการสนทนา 3. พยาบาล video call ทาง line ประเมินภาวะสุขภาพ (คัดกรองสุขภาพจิต/ มะเร็งปากมดลูก/ วัณโรค) คัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเมินวินัยในการรับประทานยาด้วยวิธีการเดียวกับที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง นัดครั้งต่อไป และส่งภาพใบนัดทาง line 4. แพทย์ video call ทาง line แจ้งผลเลือดที่เหลือ ชักถามอาการ และสั่งยา 5. เภสัชกร video call ทาง line ประเมินวินัยในการรับประทานยาเข้าร่วมกับจัดยา 6. แกนนำผู้ติดเชื้อจัดส่งยาทางไปรษณีย์ พร้อมใบนัดแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามที่อยู่แจ้งไว้ 7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่จัดส่งเรียบร้อยแล้ว รายงานผลการได้รับทาง line ให้พยาบาลทราบ
ครั้งที่ 3 (เดือนที่ 6) มารับบริการที่ โรงพยาบาล	1. พยาบาลโทรและส่งข้อความทาง line เพื่อเตือนการมารับบริการที่โรงพยาบาล ล่วงหน้า 3 วัน 2. กลุ่มตัวอย่างมารับบริการเจาะเลือดตรวจ lipid profile/ FBS/ Cr/ SGOT/ SGPT 3. กลุ่มตัวอย่างพบแกนนำผู้ติดเชื้อ แกนนำผู้ติดเชื้อติดตามอาการและให้ความรู้ 4. กลุ่มตัวอย่างพบพยาบาล พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพ (คัดกรองสุขภาพจิต/ มะเร็งปากมดลูก/ วัณโรค) คัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเมินวินัยในการรับประทานยา ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง นัดครั้งต่อไป และส่งภาพใบนัดทาง line 5. กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ แพทย์แจ้งผลเลือด และตรวจรักษา 6. กลุ่มตัวอย่างพบเภสัชกร เภสัชกรประเมินวินัยในการรับประทานยาเข้าร่วมกับจัดยา และกลุ่มตัวอย่างรับยากลับบ้าน

ตารางที่ 1 แนวทางการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด่านไรรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด (ต่อ)

ครั้งที่รับบริการ	กิจกรรม
ครั้งที่ 4 (เดือนที่ 9) รับบริการผ่านระบบ บริการสุขภาพทางไกล	1. พยาบาลส่งข้อความทาง line และติดตามให้กลุ่มตัวอย่างส่งข้อมูล ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ อาการ พฤติกรรมเสี่ยง และข้อมูลการรับประทานยา ทาง google form ล่วงหน้า 3 วัน 2. พยาบาลตรวจสอบข้อมูล และโทร/ไลน์แจ้งวันและเวลานัดในการ video call ทาง line ล่วงหน้า 1 วัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมตัว และเลือกสถานที่ที่เหมาะสมในการสนทนา 3. พยาบาล video call ทาง line ประเมินภาวะสุขภาพ (คัดกรองสุขภาพจิต/ มะเร็งปากมดลูก/ วัณโรค) คัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเมินวินัยในการรับประทานยาด้วยวิธีการเดียวกับที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง นัดครั้งต่อไป และส่งภาพใบนัดทาง line 4. แพทย์ video call ทาง line แจ้งผลเลือดที่เหลือ ชักถามอาการ และสั่งยา 5. เกสเซอร์ video call ทาง line ประเมินวินัยในการรับประทานยาเข้าร่วมกับจัดยา 6. แกนนำผู้ติดตามจัดส่งยาทางไปรษณีย์ พร้อมใบนัดแก่กลุ่มตัวอย่าง ตามที่อยู่ที่ได้แจ้งไว้ 7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับยาที่จัดส่งเรียบร้อยแล้ว รายงานผลการได้รับทาง line ให้พยาบาลทราบ
ครั้งที่ 5 (เดือนที่ 12) รับบริการที่โรงพยาบาล	1. พยาบาลโทรและส่งข้อความทาง line เพื่อเตือนการมารับบริการที่โรงพยาบาล ล่วงหน้า 3 วัน 2. กลุ่มตัวอย่างรับการเจาะเลือดตรวจ CD4 /ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล โดยเจาะเลือดปริมาณ 2-3 มิลลิลิตร และ 1.50 มิลลิลิตร ตามลำดับ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565ข) และพยาบาลติดตามผลเลือดของกลุ่มตัวอย่างในเดือนถัดไป (การตรวจ CD4 /ปริมาณไวรัสในกระแสเลือด จะส่งไปตรวจที่หน่วยบริการอื่น) 3. กลุ่มตัวอย่างพบพยาบาล พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินวินัยในการรับประทานยา หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง นัดครั้งต่อไป 4. กลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ แพทย์แจ้งผลเลือด และตรวจรักษา 5. กลุ่มตัวอย่างพบเกสเซอร์ เกสเซอร์ประเมินวินัยในการรับประทานยาเข้าร่วมกับจัดยา และกลุ่มตัวอย่างรับยากลับบ้าน

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และจำนวนปีที่รับประทานยาด่านไรรัส จำนวน 6 ข้อ โดยดูจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ HOSxP

ชุดที่ 2 แบบประเมินวินัยในการรับประทานยา ผู้วิจัยประเมินตามแนวทางของสำนักโรคเอดส์

วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค (2549) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 การนับเม็ดยาคงเหลือ (pill count) โดยให้ผู้ติดตามนับเม็ดยาที่เหลือ คำตอบมีหน่วยเป็น % หากยาเหลือสำหรับการรับประทานได้อีก 7 วัน (เนื่องจากการส่งยาล่วงหน้า 1 สัปดาห์) จะได้คำตอบเป็น 100% หากยาเหลือเกินหรือขาดมากกว่า 1 วัน จะคำนวณคำตอบเป็น % ดังนี้

(จำนวนยาที่ได้รับครั้งก่อน - จำนวนยาที่เหลือ

ณ วันมาตามนัด) * 100 / จำนวนยาที่ต้องรับประทาน
ตามแผนการรักษาจนถึงวันที่มาตามนัด

2.2 แบบประเมินการรับประทานยา
ด้วยตนเอง มี 2 ข้อ ดังนี้

2.2.1 ในการรับยาครั้ง
ล่าสุดจนถึงวันนี้ ได้รับประทานยาหรือไม่ หากลิ้ม
ลิมก็ครั้ง โดยคำนวณคำตอบเป็น % ดังนี้

(จำนวนยาที่ได้รับครั้งก่อน - จำนวนมียาที่
ลิ้มรับประทาน) * 100 / จำนวนยาที่ต้องรับประทาน
ตามแผนการรักษาจนถึงวันที่มาตามนัด

2.2.2 เคยรับประทานยา
ก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดเกิน 30 นาที หรือไม่ โดย
คำนวณคำตอบเป็น % ดังนี้

(จำนวนยาที่ได้รับครั้งก่อน - จำนวนมียาที่
รับประทานก่อนหรือหลังเวลาที่กำหนดเกิน 30 นาที)
* 100 / จำนวนยาที่ต้องรับประทานตามแผนการรักษา
จนถึงวันที่มาตามนัด

2.3 แบบประเมินความสม่ำเสมอ
และความตรงเวลาในการรับประทานยา มีลักษณะเป็น
มาตรวัดด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS])
โดยให้ผู้ติดเชื่อประเมินตนเอง มี 2 ส่วน ดังนี้

2.3.1 ความสม่ำเสมอ
ในการรับประทานยา มีคะแนน 0-100

2.3.2 ความตรงเวลา
ในการรับประทานยา มีคะแนน 0-100

ทั้งนี้ ในการนับเม็ดยาของเหลือ ผู้วิจัยให้กลุ่ม
ตัวอย่างถ่ายภาพยาที่เหลือให้ดู ส่วนการรับประทานยา
ด้วยตนเอง และความสม่ำเสมอและความตรงเวลาใน
การรับประทานยา ผู้วิจัยทำเป็น google form ให้
กลุ่มตัวอย่างตอบ จากนั้นนำคำตอบที่ได้ในข้อ 2.1,
2.2.1, 2.2.2, 2.3.1 และ 2.3.2 มาหาค่าเฉลี่ยคำตอบ
วินัยในการรับประทานยา ส่วนเกณฑ์การแปลผล
แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีวินัยในการรับประทานยา
ไม่ดี (< 95%) และมีวินัยในการรับประทานยาดี
(95-100%)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกปริมาณไวรัสในกระแส
เลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้สำหรับบันทึกปริมาณไวรัสใน
กระแสเลือด โดยดูจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ HOSxP
ซึ่งปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจะตรวจด้วยวิธี HIV
RNA หากได้ค่า < 40-50 copies/ml จะรายงานว่ามี
not detectable แสดงว่าร่างกายกดปริมาณไวรัสได้
(ประพันธ์ ภาณุภาค, 2565)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อ
การจัดการบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด่านไวรัส
โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน
1 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำแนวทางการจัดการบริการสุขภาพทางไกลของ
คลินิกยาด่านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด และ
แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการบริการสุขภาพ
ทางไกลของคลินิกยาด่านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัด
ตราด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย
แพทย์ทั่วไป (2 คน) และอาจารย์พยาบาลด้านการ
พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้คำดัชนีความตรงตาม
เนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้งสองเครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก
โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดตราด (เอกสาร
รับรอง เลขที่ 32/2565 วันที่ 21 ธันวาคม 2565) ผู้วิจัย
จึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ
2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ
ได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่า
ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้
ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจาก
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อไร่ เข้าพบหัวหน้าหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกยาด้านไวรัส แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จากนั้นดูข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ HOSxP บันทึกข้อมูลวินัยในการรับประทานยา และดูผลปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (ครั้งล่าสุดซึ่งตรวจในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2565) จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ HOSxP ก่อนการทดลอง (pre-test)

3. ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด ในเดือนที่ 1, 3, 6, 9 และ 12 (เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2566)

4. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลวินัยในการรับประทานยา และดูผลปริมาณไวรัสในกระแสเลือดจากข้อมูลที่บันทึกไว้ในระบบ HOSxP หลังการทดลอง (post-test) รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลวินัยในการรับประทานยา วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ การเปรียบเทียบวินัยในการรับประทานยาระหว่างก่อนกับหลังได้รับ

การจัดบริการสุขภาพทางไกล วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ การเปรียบเทียบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดระหว่างก่อนกับหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล วิเคราะห์ด้วยสถิติ McNemar test ส่วนข้อมูลความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละของคำตอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ พบว่า ผู้ติดเชื้อฯ เป็นเพศชายและเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน มีอายุต่ำสุด-สูงสุด คือ 23-55 ปี (Med = 41, IQR = 11.75) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 มีรายได้ต่ำสุด-สูงสุด คือ 3,000-35,000 บาทต่อเดือน (Med = 11,800, IQR = 6,500) และจำนวนปีที่รับประทานยาด้านไวรัสต่ำสุด-สูงสุด คือ 2-17 ปี (Med = 6, IQR = 7.50)

2. การเปรียบเทียบวินัยในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่า หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อฯ มีคะแนนวินัยในการรับประทานยาไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนวินัยในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่าง ก่อนกับหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด (n = 20)

ช่วงเวลา	วินัยในการรับประทานยาดี (> 95%)				p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Med	IQR	
ก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล	20	100.00	99.75	.36	.222
หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล	20	100.00	99.81	.69	

3. การเปรียบเทียบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่า

หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อฯ มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับ undetectable ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ ระหว่าง ก่อนกับหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด (n = 20)

ช่วงเวลา	undetectable		detectable		p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล	20	100.00	0	.00	1.000
หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล	20	100.00	0	.00	

4. ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด พบว่า ผู้ติดเชื้อฯ ทั้งหมดต้องการให้จัดบริการสุขภาพทางไกลเช่นนี้ต่อไป คิดเป็นร้อยละ 100 โดยเหตุผลที่ผู้ติดเชื้อฯ คิดว่าควรจัดบริการสุขภาพทางไกลมากที่สุด คือ สะดวกในการ

รับบริการรักษาและรับยา คิดเป็นร้อยละ 80 รองลงมา คือ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 70 และมีเวลาในการทำงานจากการไม่ต้องลาไปพบแพทย์มากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 25 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกลของคลินิก
ยาต้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด (n = 20)

ความคิดเห็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องการให้จัดบริการสุขภาพทางไกลเช่นนี้ต่อไป	20	100.00
เหตุผลที่คิดว่าควรจัดบริการสุขภาพทางไกล		
- สะดวกในการรับบริการรักษาและรับยา	16	80.00
- ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล	14	70.00
- มีเวลาในการทำงานจากการไม่ต้องลาไปพบแพทย์มากขึ้น	5	25.00
- บริการดี ให้คำปรึกษาดี ไม่ต่างจากตอนไปโรงพยาบาล	4	20.00
- ชอบการรักษาแบบนี้ เพราะง่ายในการเข้าถึงและรับบริการ	2	10.00

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่มีคะแนนนิยมในการรับประทานยาไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ มีความเข้าใจใน ความสำคัญของการรับประทานยาด้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นอย่างดี (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข, 2563) และการจัดบริการสุขภาพทางไกลครั้งนี้ ผู้วิจัยยังคงมาตรฐานการจัดบริการของคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ ที่ไม่แตกต่างจากเดิม ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการบริการที่ โรงพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การประเมินวินัยในการรับประทานยา และความรู้ในการดูแลตนเองจากพยาบาลและเภสัชกร และกิจกรรมการบริการสุขภาพทางไกลในรูปแบบ telehealth visit ที่พยาบาลประจำคลินิกยาด้านไวรัส โรงพยาบาลบ่อไร่ สามารถพูดคุยและประเมินสภาพกลุ่มตัวอย่างผ่านทั้งเสียงและภาพวิดีโอแบบเป็นปัจจุบัน ผ่าน line video call ตาม

ขั้นตอนของ telehealth service (GreenwayHealth, n.d.) ทั้งการนัดวันและเวลาการรับบริการสุขภาพทางไกล การส่งภาพการวัดสัญญาณชีพ ข้อมูลการรับประทานยา และอาการ ทาง google form การ video call ทาง line หากกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนตามนัด เพื่อให้บริการตามรูปแบบการจัดบริการยาด้านเอชไอวีนอกหน่วยบริการสุขภาพ (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2565ก) ไม่ว่าจะเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การประเมินวินัยในการรับประทานยา การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การนัดครั้งต่อไป และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ซึ่งกิจกรรมทั้งหมดทำให้กลุ่มตัวอย่างยังคงได้รับคำแนะนำและการประเมินวินัยในการรับประทานยาจากแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพดังเดิม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีวินัยในการรับประทานยาหลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกลไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผลการวิจัยครั้งนี้จึงช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาแบบการวิเคราะห์อภิมานของ Esmaeili, Azizi, Dastgiri, and Kalankesh (2023) ที่พบว่า การจัดบริการสุขภาพทางไกลสามารถเพิ่มวินัยในการรับประทานยาหรือความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระดับ undetectable ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการจัดบริการสุขภาพทางไกล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับบริการสุขภาพทางไกลและมีวินัยในการรับประทานยาดีทุกคน โดยยาต้านไวรัสที่กลุ่มตัวอย่างรับประทาน คือ acriptega ซึ่งจะยับยั้ง HIV-1 reverse transcriptase ทำให้เชื้อเอชไอวีแบ่งตัวไม่สมบูรณ์และลดจำนวนลงได้ (Vinmec, 2019) ส่งผลให้มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำจนถึงระดับ undetectable สอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิมา เจียวไกล และดลวิวัฒน์ แสนโสม (2565) ที่พบว่า วินัยในการรับประทานยาเป็นหนึ่งในปัจจัยทำนายปริมาณไวรัสในกระแสเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการบริหารจัดการของคลินิกยาด้านไวรัสในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ส่วนใหญ่จะมีพยาบาลเป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV coordinator) ดังนั้น การออกแบบหรือวางแผนการบริการในคลินิกยาด้านไวรัสจึงเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยคิดริเริ่มได้ ดังการวิจัยครั้งนี้ที่พยาบาลเป็นผู้ริเริ่มออกแบบการให้บริการใหม่ที่สนับสนุนแนวคิดการจัดบริการยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ และมีการปรึกษากับทีมสุขภาพของคลินิกยาด้านไวรัส โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย (differentiated care for antiretroviral treatment [ART] service delivery) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในระยะยาว ลดระยะเวลาการรอคอยในคลินิก เพิ่มความสะดวก และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแต่ละคน อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์การรักษาที่ดีและความพึงพอใจในบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข, 2563) ซึ่งตรงกับผลการประเมินความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพทางไกล

ในครั้งนี้นำพบว่า กลุ่มตัวอย่างต้องการให้จัดบริการสุขภาพทางไกลเช่นนี้ต่อไป โดยมีเหตุผลสนับสนุน 2 ประการแรก คือ สะดวกในการรับบริการรักษาและรับยา และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Dandachi, Dang, Lucari, Teti, and Giordano (2020) ที่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่าการบริการสุขภาพทางไกลมีประโยชน์ เพราะช่วยลดระยะเวลาในการเดินทาง และทำให้สามารถวางแผนตารางการดำเนินชีวิตของตนเองได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารโรงพยาบาลบ่อไร่ควรสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพทางไกลให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ตามกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ต่อไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสะดวกในการรับบริการรักษาและรับยา และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามวินัยในการรับประทานยาและปริมาณไวรัสในกระแสเลือดในระยะยาว และควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดบริการสุขภาพทางไกลให้แก่ผู้ติดเชื้อที่มีความเสี่ยงต่อการดื้อยา โดยมีการกำหนดระยะเวลาการติดตามที่เหมาะสมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2565ก). การจัดระบบบริการเพื่อสนับสนุนการป้องกันดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. ใน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565* (น. 229–249). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.

- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2565). การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจติดตามการรักษา. ใน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, *แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565* (น. 23–56). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการจัดบริการรับยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการคงที่ โดยมีผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตามบริบทของหน่วยบริการสุขภาพในไทย*. กรุงเทพฯ: เรดิเอชั่น.
- กุลธิดา เขียวไกล, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2565). ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส คลินิกโรคติดต่อ โรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 40(4), e258816
- ประพันธ์ ภาณุภาค. (2565). *ไม่เจอเท่ากับไม่แพร่ (Undetectable = Untransmittable, U = U)*. สืบค้นจาก <https://www.thaiaidsociety.org/uncategorized/undetectable-equals-untransmittable/>
- โรงพยาบาลบ่อไร่ จังหวัดตราด. (2563). *รายงานตัวชี้วัดของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลบ่อไร่ พ.ศ. 2555–2563*. ตราด: ผู้แต่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *สปสช. นำร่องจ่ายค่าบริการ Telemedicine เฟสแรกรับมือโควิด-19 รอบใหม่*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/news/3745>
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2549). *แนวทางการติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Telehealth for HIV prevention and care services*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/effective-interventions/treat/telehealth/index.html>
- Dandachi, D., Dang, B. N., Lucari, B., Teti, M., & Giordano, T. P. (2020). Exploring the attitude of patients with HIV about using telehealth for HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 34(4), 166–172. doi:10.1089/apc.2019.0261
- Dandachi, D., Freytag, J., Giordano, T. P., & Dang, B. N. (2020). It is time to include telehealth in our measure of patient retention in HIV care. *AIDS and Behavior*, 24(9), 2463–2465. doi:10.1007/s10461-020-02880-8
- Dandachi, D., Lee, C., Morgan, R. O., Tavakoli-Tabasi, S., Giordano, T. P., & Rodriguez-Barradas, M. C. (2019). Integration of telehealth services in the healthcare system: With emphasis on the experience of patients living with HIV. *Journal of Investigative Medicine*, 67(5), 815–820. doi:10.1136/jim-2018-000872

- Esmaeili, E. D., Azizi, H., Dastgiri, S., & Kalankesh, L. R. (2023). Does telehealth affect the adherence to ART among patients with HIV? A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 23(1), 169. doi:10.1186/s12879-023-08119-w
- GreenwayHealth. (n.d.). *From start to finish, a telehealth visit in 4 steps*. Retrieved from <https://www.greenwayhealth.com/knowledge-center/greenway-blog/start-finish-telehealth-visit-4-steps>
- Pro Health. (2018). *ความแตกต่างระหว่าง Telemedicine และ Telehealth*. Retrieved from <https://prohealthware.com/th/difference-between-telemedicine-and-telehealth/>
- The Coverage. (2565). 'ไต่เชทซ์' ซูแพลตฟอร์ม 'Telemedicine เฉพาะโรค' รับนโยบายดิจิทัล การแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ. สืบค้นจาก <https://www.thecoverage.info/news/content/4183>
- Vinmec. (2019). *What is acriptega? Side effects*. Retrieved from <https://shorturl.at/iovOR>
-

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง ของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด*

Factors Related to Palliative Care Practices of Nurses in Neonatal Intensive Care Unit*

สุทธธีรัตน์ เจริญพรพงศ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Sutthirat Charoenphornphong, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

จุฑารัตน์ มีสุขโข, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)²

ณัฐฐณิชา ศรีบุญยวัฒน์, ประ.ด. (พยาบาลศาสตร์)³

Jutarat Mesukko, Ph.D. (Nursing)²

Nuttanicha Sriboonyawattana, Ph.D. (Nursing)³

Received: March 16, 2024

Revised: April 15, 2024

Accepted: April 17, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ทักษะคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง กับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง รวมจำนวน 97 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองใน

* 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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

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

² ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: jutarat.m@cmu.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

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

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าความเชื่อมั่น .93 และแบบสอบถามการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนเมษายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.70 ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .200, p < .05$) ทักษะคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .450, p < .001$) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .550, p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และสนับสนุนให้ได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

คำสำคัญ: การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาล หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประสบการณ์ การได้รับการอบรม ทักษะคติ สมรรถนะแห่งตน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate the relationship among experience of palliative care, palliative care training, attitude toward palliative care, self-efficacy in palliative care, and palliative care practices in neonatal intensive care unit (NICU) of nurses. The samples were 97 registered nurses working in NICUs at five tertiary hospitals in Northern Thailand. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, an attitude toward palliative care in NICU assessment form with a reliability of .81, a self-efficacy in palliative care in NICU assessment form with a reliability of .93, and a palliative care practices in NICU questionnaire with a reliability of .92. Data were collected from January to April 2022. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, Spearman rank correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that 88.70% of nurses had palliative care practices in NICU at a high level. Experience of palliative care was positively statistically significantly related to palliative care practices of nurses ($\eta = .200, p < .05$). Attitude toward palliative care was positively statistically significantly related to palliative care practices of nurses ($r_s = .450, p < .001$). In addition, self-efficacy in palliative care was positively statistically significantly related to palliative care practices of nurses ($r = .550, p < .001$).

This research suggests that nurse executives should promote palliative care practices to nurses as well as provide palliative care training. This will help nurses enhance their competency in palliative care practices in NICU.

Keywords: Palliative care practices, Nurses, Neonatal intensive care unit, Experience, Training, Attitude, Self-efficacy

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดให้การดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือมีความผิดปกติที่ต้องได้รับการรักษาภายหลังเกิด ได้แก่ ทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดอย่างรุนแรง ทารกที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ทารกที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงจากการคลอด และทารกเกิดก่อนกำหนด (Quinn & Gephart, 2016) ถึงแม้ปัจจุบัน ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์จะสามารถเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของทารก แต่ทารกแรกเกิดที่มีความผิดปกติหรือเจ็บป่วยอย่างรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือการรักษานั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับทารก ทารกอารอดชีวิตแต่มีความพิการอย่างรุนแรงจนในที่สุดทารกเสียชีวิตในเวลาต่อมา (Parravicini, 2017) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในช่วงปี ค.ศ. 2019–2021 มีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดทั่วโลกเท่ากับ 18.10, 17.90 และ 17.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต (World Health Organization, 2024) โดยร้อยละ 66 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Quinn & Gephart, 2016) และจากสถิติของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566) พบว่า ในช่วงปี

พ.ศ. 2563–2565 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดเท่ากับ 2.90, 3 และ 2.90 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต จากสถิติข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพจะต้องเผชิญกับการดูแลทารกเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ทารกเจ็บป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ทารกที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยด้วยโรค ทำให้ระบบต่างๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยแพทย์ลงความเห็นว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (Cordeiro, Oliveira, Giudice, Fernandes, & Oliveira, 2020; Parravicini, 2017) เมื่อทารกอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การรักษาเพื่อยืดชีวิตจึงเป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้แก่ทารกและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นแนวทางการดูแลสำหรับทารกกลุ่มนี้ (Carter, 2018) ซึ่ง British Association of Perinatal Medicine (BAPM, 2010) ได้กำหนดลักษณะความเจ็บป่วยในทารกที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนหรือหลังเกิดว่าไม่มีโอกาสรอดชีวิตในระยะยาว เช่น ปอดฝ่อทั้ง 2 ข้าง 2) ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยก่อนหรือหลังเกิดว่ามีภาวะเสี่ยงสูงที่จะเกิดความพิการอย่างรุนแรงหรือ

เสียชีวิต เช่น ภาวะน้ำคั่งในสมองที่รุนแรงมากจนเหลือสมองน้อยมาก 3) ทารกที่อายุครรภ์น้อยมากเกินกว่าที่จะรอดชีวิต หรือรอดชีวิตแล้วจะมีความพิการอย่างรุนแรง 4) ทารกที่หลังเกิดมีภาวะผิดปกติซึ่งมีโอกาสเกิดความพิการอย่างรุนแรง เช่น โรคสมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยงรุนแรง และ 5) ทารกที่หลังเกิดมีความเจ็บป่วยที่การรักษาไม่สามารถทำให้ทารกรอดชีวิตหรือกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ เช่น ภาวะลำไส้อักเสบเน่าตายรุนแรง ซึ่งพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับทารกและครอบครัวมากที่สุด (Kilcullen & Ireland, 2017)

การปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นกิจกรรมการดูแลทารกและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของทารกและครอบครัว (National Consensus Project for Quality Palliative Care [NCP], 2018) จากแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง (NCP, 2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล 2) การดูแลด้านร่างกาย 3) การดูแลด้านจิตใจ 4) การดูแลด้านสังคม 5) การดูแลด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 6) การดูแลด้านวัฒนธรรม และ 7) การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวาง แต่การปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในหลายประเทศยังมีน้อย สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารก

แรกเกิด แต่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและแบบประคับประคองในบางหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโต การไม่ปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดส่งผลกระทบต่อทารก ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อทารก เนื่องจากลักษณะการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นการดูแลแบบครอบคลุมและเข้มข้น (intensive care) มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตเมื่อไม่สามารถช่วยเหลือทารกได้และทารกเสียชีวิตขณะได้รับการรักษาและการทำหัตถการ ส่งผลให้ทารกได้รับความทุกข์ทรมานและไม่ได้รับการจัดการความปวด (Gilmour, Davies, & Herbert, 2017) ส่วนผลกระทบต่อครอบครัว คือ มารดาอาจรู้สึกกว่าตนเองล้มเหลวในบทบาทของความเป็นมารดา บิดาอาจรู้สึกล้มเหลวเพราะไม่สามารถปกป้องทารกได้ (Kenner, Press, & Ryan, 2015) ทำให้ผู้ปกครองบางคนไม่เข้าใกล้ทารกเพื่อป้องกันตนเองจากความเจ็บปวดที่กำลังจะเกิดขึ้นเมื่อทารกเสียชีวิต (Foster, Kain, & Patterson, 2016) และเกิดความเครียดเมื่อทารกมีความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Petteys, Goebel, Wallace, & Singh-Carlson, 2015) สำหรับผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล การเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์สูญเสียในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทำให้พยาบาลเกิดความรู้สึกล้มเหลวในบทบาทของการปฏิบัติงาน (Almeida, Moraes, & Cunha, 2016) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่นำไปสู่สาเหตุของความเบื่อหน่ายในการทำงาน (burnout) ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และลาออกจากการทำงานในที่สุด (Mills & Cortezzo, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ทักษะ และสมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง และการได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง โดยประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการเรียนรู้จากการได้ดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองที่สะสมตามระยะเวลาการทำงานและจำนวนผู้ป่วยที่ให้การดูแลของพยาบาล (Kilcullen & Ireland, 2017; Kim et al., 2019) และการได้รับการอบรมด้านการดูแลแบบประคับประคอง เป็นช่องทางหนึ่งของการได้มาซึ่งความรู้ที่เพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน (Dehghani, Barkhordari-Sharifabad, Sedaghati-Kasbakh, & Fallahzadeh, 2020)

ทัศนคติ เป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความคิดเห็นส่วนบุคคล ที่เป็นสิ่งจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เกิดได้ทั้งทางบวกและทางลบ (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975; Triandis, 1971) โดยความเชื่อจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีความเห็นว่าสิ่งที่ควรกระทำบุคคลจะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งเกิดได้ทั้งทางบวกและทางลบ (Fishbein & Ajzen, 1975) ดังนั้น การมีทัศนคติที่ดีในการดูแลแบบประคับประคองจะส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉิลาพิชญากัก มีสมศักดิ์, จุฑารัตน์ มีสุขโข, และศรีมณา นิยมคำ (2564) ที่พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะในสถานการณ์ต่างๆ ได้ ทั้งนี้ การเกิดพฤติกรรมของบุคคลประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือความเชื่อในความสามารถของตนเองในการกระทำ

สิ่งใดสิ่งหนึ่งและคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติจะส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1997) ดังการศึกษาของ Kurnia, Trisyani, and Prawesti (2019) เกี่ยวกับสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลในประเทศไทย แต่พบการศึกษาในต่างประเทศซึ่งมีรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่แตกต่างจากประเทศไทย ร่วมกับความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา ค่านิยมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และความแตกต่างทางวัฒนธรรมของครอบครัวทารก (NCP, 2018) ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ทัศนคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบ

ระดับประคอง กับ การปฏิบัติ การดูแลแบบประคอง
ประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล

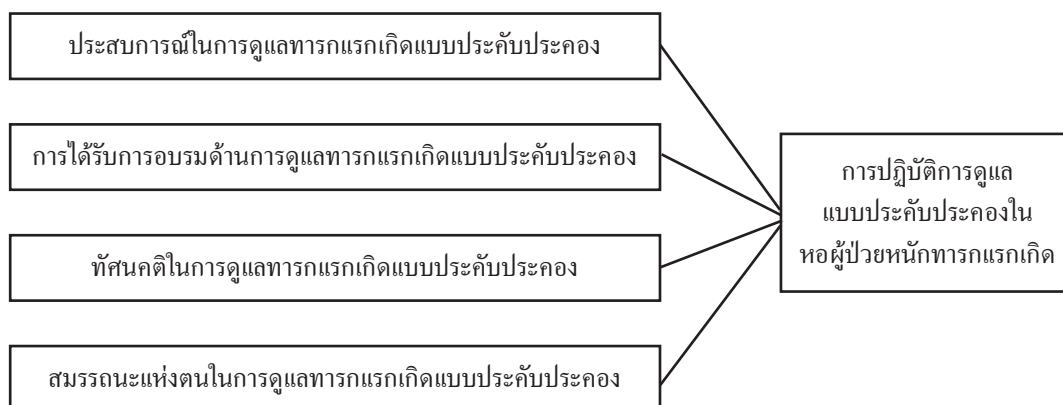
สมมติฐานการวิจัย

ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบ
ระดับประคอง การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารก
แรกเกิดแบบระดับประคอง ทักษะในการดูแลทารก
แรกเกิดแบบระดับประคอง และสมรรถนะแห่งตนใน
การดูแลทารกแรกเกิดแบบระดับประคอง มีความสัมพันธ์
ทางบวกกับการปฏิบัติ การดูแลแบบระดับประคอง
ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ National
Consensus Project for Quality Palliative Care
ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการปฏิบัติ การดูแล
แบบระดับประคองแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้าน
โครงสร้างและกระบวนการดูแล 2) การดูแลด้านร่างกาย
3) การดูแลด้านจิตใจ 4) การดูแลด้านสังคม 5) การดูแล
ด้านศาสนาและจิตวิญญาณ 6) การดูแลด้านวัฒนธรรม
และ 7) การดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต ซึ่งมีปัจจัย
ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสบการณ์ การได้รับการอบรม

ทัศนคติ และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิด
แบบระดับประคอง โดยประสบการณ์ในการดูแล
แบบระดับประคองเป็นการเรียนรู้จากการได้ดูแลทารก
แรกเกิดแบบระดับประคองที่สะสมตามระยะเวลา
การทำงาน ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีทักษะและความชำนาญ
ในการปฏิบัติงาน การได้รับการอบรมด้านการดูแล
แบบระดับประคองเป็นช่องทางหนึ่งของการได้มา
ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน
ส่วนทัศนคติเป็นความเชื่อ ความรู้สึก ความคิดเห็น
ส่วนบุคคล ที่เป็นสิ่งจูงใจให้แสดงพฤติกรรมต่อสิ่งใด
สิ่งหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับ
เรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นอย่างดีจะส่งผลให้มีการแสดง
ความรู้สึกทางบวกออกมา ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะ
แสดงพฤติกรรมหรือพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงาน
นั้นๆ เช่นเดียวกับสมรรถนะแห่งตน ที่มีความสำคัญต่อ
การนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ
ซึ่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวว่า เมื่อ
บุคคลมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำ
สิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถของตนเอง จะส่งผล
ให้เกิดความมั่นใจและมีการแสดงออกในการปฏิบัติ
สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอย่างน้อย 1 ปี 2) มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 คน และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (Polit, 2010) และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบประเมินไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 102 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และการได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแปลแบบประเมินทัศนคติในการดูแลแบบประคับประคองในทารกแรกเกิด (the Neonatal Palliative Care Attitude Scale [NiPCAS]) ที่พัฒนาโดย Kain, Gardner, and Yates

(2009) เป็นภาษาไทย โดยใช้หลักการแปลย้อนกลับ (back translation) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีทัศนคติที่ไม่ดีอย่างยิ่ง (1.00-1.50 คะแนน) มีทัศนคติที่ไม่ดี (1.51-2.50 คะแนน) มีทัศนคติปานกลาง (2.51-3.50 คะแนน) มีทัศนคติที่ดี (3.51-4.50 คะแนน) และมีทัศนคติที่ดีอย่างยิ่ง (4.51-5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 23 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่นั่นใจเลย มั่นใจเล็กน้อย มั่นใจปานกลาง มั่นใจมาก และมั่นใจมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำ (23-53 คะแนน) ในระดับปานกลาง (54-84 คะแนน) และในระดับสูง (85-115 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติกรดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP, 2018) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล จำนวน 9 ข้อ การดูแลด้านร่างกาย จำนวน 7 ข้อ การดูแลด้านจิตใจ จำนวน 9 ข้อ การดูแลด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ การดูแลด้านศาสนาและจิตวิญญาณ จำนวน 4 ข้อ การดูแลด้านวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ

และการดูแลทารกในระยะใกล้เสียชีวิตและครอบครัว จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 46 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 0-3 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการปฏิบัติการดูแล แบบประคับประคองในระดับน้อย (0-46 คะแนน) ในระดับปานกลาง (47-92 คะแนน) และในระดับมาก (93-138 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินสมรรถนะแห่งตนของพยาบาล ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด และแบบสอบถามการปฏิบัติารดูแลแบบ ประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับ ประคอง อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ทารกแรกเกิด พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ทารกแรกเกิด และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแล แบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (2 คน) ได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .98 และ .96 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบประเมินทัศนคติของพยาบาลในการดูแล แบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด แบบประเมินสมรรถนะแห่งตนของพยาบาลฯ และ แบบสอบถามการปฏิบัติารดูแลแบบประคับประคองฯ ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอ ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วย วิธีกรรของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81, .93 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 118/2564 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564) และคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 007/65COA-NUR 118/64 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2564 เอกสารรับรอง เลขที่ 13/65 วันที่ 7 มกราคม 2565 เอกสารรับรอง เลขที่ EC 015/65 วันที่ 24 มกราคม 2565 เอกสาร รับรอง เลขที่ EC CRH 004/65 Ex วันที่ 30 มกราคม 2565 และเอกสารรับรอง เลขที่ 9/2565 วันที่ 25 เมษายน 2565) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะ ได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิใน การถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนิน การวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิใน ภาคเหนือ จำนวน 5 แห่ง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลที่มีการศึกษาาระดับ ปริญญาโท ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ จำนวน 4 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน เพื่อช่วย เก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 1 แห่ง) โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการ เก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยหนัก ทารกแรกเกิด แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ กลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ มอบ แบบสอบถามและแบบประเมินให้กลุ่มตัวอย่างนำไปตอบ และส่งคืนในกล่องรับเอกสาร ภายในเวลา 2 สัปดาห์ ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนเมษายน 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูล

ทัศนคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ข้อมูลสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และข้อมูลการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และการได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง กับ การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) การหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ปกติ ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นปกติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามและแบบประเมินที่สมบูรณ์ จำนวน 97 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.10

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 99 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 38.25 ปี ($SD = 9.54$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 84.50 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 15 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.10 ปี ($SD = 8.81$) มีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.60 และส่วนใหญ่

ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 73.20

2. ทัศนคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง คิดเป็นร้อยละ 80.40 และมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองในระดับมีทัศนคติที่ดี ($M = 3.78, SD = .35$) และพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 73.20 และมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองในระดับสูง ($M = 92.30, SD = 12.54$)

3. การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโดยรวมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 88.70 และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโดยรวมในระดับมาก ($M = 114.07, SD = 16.81$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในระดับมาก 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล คิดเป็นร้อยละ 89.70 การดูแลด้านร่างกาย คิดเป็นร้อยละ 99 การดูแลด้านจิตใจ คิดเป็นร้อยละ 81.40 การดูแลด้านสังคม คิดเป็นร้อยละ 71.10 การดูแลด้านศาสนาและจิตวิญญาณ คิดเป็นร้อยละ 67 และการดูแลทารกในระยะใกล้เสียชีวิตและครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 61.90 และพบว่า พยาบาลมีการปฏิบัติการดูแลด้านวัฒนธรรมในระดับมาก เพียงร้อยละ 56.70

4. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ทัศนคติ

ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง กับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล พบว่าประสพการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta^2 = .200, p < .05$) ทักษะคิดในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบ

ประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .450, p < .001$) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .550, p < .001$) แต่การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง ทักษะคิดในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง กับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล ($n = 97$)

ตัวแปร	การปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง	
	η	p
ประสพการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง	.200	.048
การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง	.060	.525
	r_s	p
ทักษะคิดในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง	.450	< .001
	r	p
สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง	.550	< .001

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโดยรวมในระดับมาก (ร้อยละ 88.70) และมักจะเน้นเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง

ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดโดยรวมในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 36.10) และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า 15 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 33) โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 13.10 ปี ซึ่งการพยาบาลเป็นการบูรณาการความรู้ ทักษะ และประสพการณ์ เพื่อการดูแลผู้ป่วย ประสพการณ์

ทำให้นักดูแลเกิดการเรียนรู้ มีทักษะ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน วิเคราะห์และมองปัญหาได้กว้างขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานได้ดี โดยพยาบาลที่มีอายุมากกว่าย่อมมีโอกาที่จะเรียนรู้หรือมีประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาและจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้มากกว่า และมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะ ทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคอง (Kim, Kim, & Gelegjams, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของณิศาพิชญาก์ มีสมศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้ายในระดับสูง

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมากกว่า 10 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 54.60) ย่อมทำให้มีการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพตามความสามารถ ของ Benner (1984) ที่ว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 10 ปี จะมีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถคาดการณ์ถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim et al. (2019) ที่พบว่า การดูแลด้านจิตใจของบิดามารดาในช่วงเวลาที่ทารกเสียชีวิตเป็นเรื่องยากสำหรับพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี พยาบาลที่มีอายุและประสบการณ์มากกว่าย่อมมีโอกาที่จะเรียนรู้ มีความพร้อมด้านวุฒิภาวะในการแก้ไขปัญหา และสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ดีกว่า ซึ่งประสบการณ์ในการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นการเรียนรู้จากการได้ดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองที่สะสมตามระยะเวลาการทำงานและจำนวนผู้ป่วยที่ให้การดูแลของ

พยาบาลแต่ละบุคคล (Kim et al., 2020)

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง (ร้อยละ 80.40) เมื่อนักดูแลมีความคิดความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง และมีการแสดงความรู้สึกทางบวกออกมา จะส่งผลให้นักดูแลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมหรือพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงาน (Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975; Triandis, 1971) พยาบาลที่ให้การดูแลแบบประคับประคองจึงควรมีทัศนคติที่ดีในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต (พุทธวรรณ ชูเชิด, เพ็ญสุข ไพศาลกอบฤทธิ์, และนิสาพร สलगสิงห์, 2562) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของณิศาพิชญาก์ มีสมศักดิ์ และคณะ (2564) ที่พบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมรรถนะแห่งตนในการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองในระดับสูง (ร้อยละ 73.20) โดยสามารถอธิบายตามแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (1997) ได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางพฤติกรรม และปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อารมณ์ ความคิด ความรู้สึกต่อสิ่งต่างๆ ที่แสดงออกมาในรูปแบบของการรับรู้ โดยพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างที่ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน การที่บุคคลจะแสดง

พฤติกรรมการปฏิบัติออกมา จะต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองหรือความเชื่อในความสามารถของตนเอง และคาดหวังในผลลัพธ์ เพื่อให้บุคคลแสดงพฤติกรรมการปฏิบัตินั้นให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kurnia et al. (2019) ที่พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยหนัก

ผลการวิจัยพบว่า การได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล ทั้งนี้อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคอง (ร้อยละ 73.20) แต่เคยได้รับการอบรมในระยะเวลาสั้นๆ เพียง 1-3 วัน ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การได้รับการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญ 4 แนวทาง ได้แก่ การฝึกอบรม (training) การศึกษา (education) การพัฒนา (development) และการเรียนรู้ (learning) ที่มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงระดับความตระหนักรู้ในตนเอง เพิ่มพูนทักษะการทำงาน และเพิ่มพูนแรงจูงใจ ซึ่งทำให้การปฏิบัติงานเกิดผลดี (Swanson, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารการพยาบาลควรกำหนดแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน รวมทั้งสนับสนุนให้พยาบาลได้รับ

การอบรมด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด รวมทั้งศึกษาผลของการอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลทารกแรกเกิดแบบประคับประคองแก่พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf>
- ณิศาพิชญากัก มีสมศักดิ์, จุฑารัตน์ มีสุขใจ, และศรีมนานิชยมคำ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการตายดีในผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย. *พยาบาลสาร*, 48(2), 220-231.
- พุทธวรรณ ชูเชิด, เฟื่องสุข ไพศาลกอบฤทธิ์, และนิสาพร สलगสิงห์. (2562). บทบาทของพยาบาลในการดูแลทารกแรกเกิดที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(2), 69-81.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Almeida, F. de A., Moraes, M. S., & Cunha, M. L. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 50, 122-129. doi:10.1590/S0080-623420160000300018

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- British Association of Perinatal Medicine. (2010). *Palliative care (supportive and end of life care): A framework for clinical practice in perinatal medicine*. Retrieved from https://hubble-live-assets.s3.eu-west-1.amazonaws.com/bapm/file_asset/file/72/Palliative_care_final_version__Aug10.pdf
- Carter, B. S. (2018). Pediatric palliative care in infants and neonates. *Children*, 5(2), 21. doi:10.3390/children5020021
- Cordeiro, F. R., Oliveira, S. G., Giudice, J. Z., Fernandes, V. P., & Oliveira, A. T. (2020). Definitions for “palliative care”, “end-of-life” and “terminally ill” in oncology: A scoping review. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 205–228. doi:10.22235/ech.v9i2.2317
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbakh, M., & Fallahzadeh, H. (2020). Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses. *BMC Palliative Care*, 19(1), 63. doi:10.1186/s12904-020-00567-4
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Foster, J., Kain, V., & Patterson, T. (2016). Parents’ and families’ experiences of palliative and end-of-life neonatal care in neonatal settings: A systematic review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(11), 99–105. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003175
- Gilmour, D., Davies, M. W., & Herbert, A. R. (2017). Adequacy of palliative care in a single tertiary neonatal unit. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(2), 136–144. doi:10.1111/jpc.13353
- Kain, V., Gardner, G., & Yates, P. (2009). Neonatal palliative care attitude scale: Development of an instrument to measure the barriers to and facilitators of palliative care in neonatal nursing. *Pediatrics*, 123(2), e207–e213. doi:10.1542/peds.2008-2774
- Kenner, C., Press, J., & Ryan, D. (2015). Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: A family-centered integrative approach. *Journal of Perinatology*, 35(Suppl. 1), S19–S23. doi:10.1038/jp.2015.145
- Kilcullen, M., & Ireland, S. (2017). Palliative care in the neonatal unit: Neonatal nursing staff perceptions of facilitators and barriers in a regional tertiary nursery. *BMC Palliative Care*, 16(1), 32. doi:10.1186/s12904-017-0202-3

- Kim, J. S., Kim, J., & Gelegjamts, D. (2020). Knowledge, attitude and self-efficacy towards palliative care among nurses in Mongolia: A cross-sectional descriptive study. *PLoS One*, 15(7), e0236390. doi: 10.1371/journal.pone.0236390
- Kim, S., Savage, T. A., Song, M. K., Vincent, C., Park, C. G., Ferrans, C. E., & Kavanaugh, K. (2019). Nurses' roles and challenges in providing end-of-life care in neonatal intensive care units in South Korea. *Applied Nursing Research*, 50, 151204. doi:10.1016/j.apnr.2019.151204
- Kurnia, T. A., Trisyani, Y., & Prawesti, A. (2019). The relationship between nurses' perceptions and self-efficacy in implementing palliative care in the intensive care unit. *Belitung Nursing Journal*, 5(1), 41–46. doi:10.33546/bnj.607
- Mills, M., & Cortezzo, D. E. (2020). Moral distress in the neonatal intensive care unit: What is it, why it happens, and how we can address it. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 581. doi:10.3389/fped.2020.00581
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). *Clinical practice guidelines for quality palliative care*. Retrieved from https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
- Parravicini, E. (2017). Neonatal palliative care. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(2), 135–140. doi:10.1097/MOP.00000000000000464
- Petteys, A. R., Goebel, J. R., Wallace, J. D., & Singh-Carlson, S. (2015). Palliative care in neonatal intensive care, effects on parent stress and satisfaction: A feasibility study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(8), 869–875. doi:10.1177/1049909114551014
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.
- Quinn, M., & Gephart, S. (2016). Evidence for implementation strategies to provide palliative care in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 16(6), 430–438. doi:10.1097/ANC.0000000000000354
- Swanson, R. A. (2022). *Foundations of human resource development* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2024). *Neonatal mortality rate*. Retrieved from [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-\(per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births))

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก*

Factors Influencing Dengue Hemorrhagic Fever Prevention and Control Behavior among Village Health Volunteers in Wang Thong District, Phitsanulok Province*

อนุดิตา เปรมโยธิน, ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)¹

Anutida Pramyothin, M.P.H. (Public Health)¹

รุ่ง วงศ์วัฒน์, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์)²

Rung Wongwat, Dr.P.H. (Public Health)²

Received: March 21, 2024

Revised: April 5, 2024

Accepted: April 18, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 255 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .71 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .82 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น .92 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

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

¹ มหบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

¹ Master, Faculty of Public Health, Naresuan University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร: อาจารย์ที่ปรึกษา

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

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

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ($M = 30.40$, $SD = 7.45$) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 52.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .526$, $p < .05$) โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .443$, $p < .001$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น
คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค โรคไข้เลือดออก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This predictive correlational research aimed to study the factors influencing dengue hemorrhagic fever (DHF) prevention and control behavior among village health volunteers. The participants were 255 village health volunteers in Wang Thong District, Phitsanulok Province. The research instruments included a personal factor questionnaire, a knowledge about DHF test with a reliability of .71, a health belief model questionnaire with a reliability of .88, a social support questionnaire with a reliability of .82, and a DHF prevention and control behavior questionnaire with a reliability of .92. Data were collected from June to July 2022. 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 DHF prevention and control behavior among village health volunteers was at a moderate level ($M = 30.40$, $SD = 7.45$). Duration of work, perceived susceptibility of DHF, socioemotional aid, and information aid were statistically significantly accounted for 52.60% of the variance of DHF prevention and control behavior among village health volunteers ($\text{adj. } R^2 = .526$, $p < .05$). The most predicting factor was information aid ($\text{Beta} = .443$, $p < .001$).

This research suggests that related agencies should provide information aid regarding DHF prevention and control as well as promote socioemotional aid and enhance the perceived susceptibility of DHF among village health volunteers.

Keywords: Prevention and control behavior, Dengue hemorrhagic fever, Village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง (สฤกษ์เดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, และมาสริน สกุลปักข์, 2563) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่อยู่ในระยะรุนแรงอาจมีภาวะช็อกและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว โรคไข้เลือดออกส่งผลกระทบต่อการศึกษา การทำงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของครอบครัว และยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ โรคไข้เลือดออกมีอยู่หลายบ้านและอยู่หลายสวนเป็นพาหะนำโรค ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการระบาด ได้แก่ การเพิ่มจำนวนประชากรในชุมชน และการมีอยู่หลายที่เป็นพาหะนำโรคเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่มนุษย์สร้างขึ้น (ญาดา ขลัง, นุชฎาภรณ์ สังสอน, เกตุศิริรินทร์ รัตนน้ำเพชร, คมกฤต ก้อนแก้ว, และพิษณุกรักษ์ กันทวิ, 2560)

จังหวัดพิษณุโลกยังคงเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาโรคไข้เลือดออก โดยในช่วงปี 2558-2562 มีการระบาดในลักษณะปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี โดยมีอัตราป่วยสูงถึง 142.33, 65.87, 70.38, 145.31 และ 77.70 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยในปี 2558 และปี 2561 พบผู้ป่วยมากที่สุด และมีผู้ป่วยเสียชีวิตในปีดังกล่าวด้วย ส่วนในปี 2563 พบอัตราป่วย 103.84 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง คือ 77.70 จึงมีความจำเป็นต้องเฝ้าระวังในปีต่อไป (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก, 2563) ทั้งนี้ ในปี 2562 อำเภอมังทองพบผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด โดยมีอัตราป่วย 121.12 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2563 พบผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 2 ของจังหวัด โดยมีอัตราป่วย 144.33 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดคือ มัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ในช่วงปี 2558-2562 เท่ากับ 121.12 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2563)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การควบคุมโรคไข้เลือดออกที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยหน้าที่ความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน ให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านหรือชุมชน เพราะเป็นแกนนำที่ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานต่างๆ เช่น รมรงค์ให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือนเพื่อนบ้าน และชุมชนให้กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านของตนเองและชุมชน รวมทั้งติดตามสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในบ้านที่รับผิดชอบและสถานที่สำคัญในชุมชน ค้นข้อมูลให้เจ้าบ้าน รายงานผลการสำรวจให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในช่องทางต่างๆ (กรมควบคุมโรค, 2558)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ยานพาหนะที่มี และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (ภิรมย์รัตน์ เกียรติชนบดี, วิโรจน์ ไวยานิชกิจ, และเจตต์ ดิอิ่ง, 2558; Prabaningrum, Fitryasari, & Wahyudi, 2020) โดยมีปัจจัยร่วม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (กรรณิการ์ จารี, 2559; ประเทือง ฉ่ำน้อย,

2558; ภิรมย์รัตน์ เกียรติชนบดี และคณะ, 2558; ศาคร อาจศรม, 2558) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (ภิรมย์รัตน์ เกียรติชนบดี และคณะ, 2558; สุรพล สิริปยานนท์, 2563)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Strecher and Rosenstock (1996) เพื่ออธิบายพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเลือกศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก เป็นความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก เป็นการรับรู้ถึงปัญหาหรือผลกระทบจากการป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นความเชื่อว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในทางลบ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ของ Thoits (1982) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความรักและความเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ

เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 2) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของเงินทอง ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถดำรงบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ และ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ รวมทั้งได้รับการป้อนกลับข้อมูล ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการพัฒนาหรือการจัดกิจกรรมของอำเภอวังทองและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

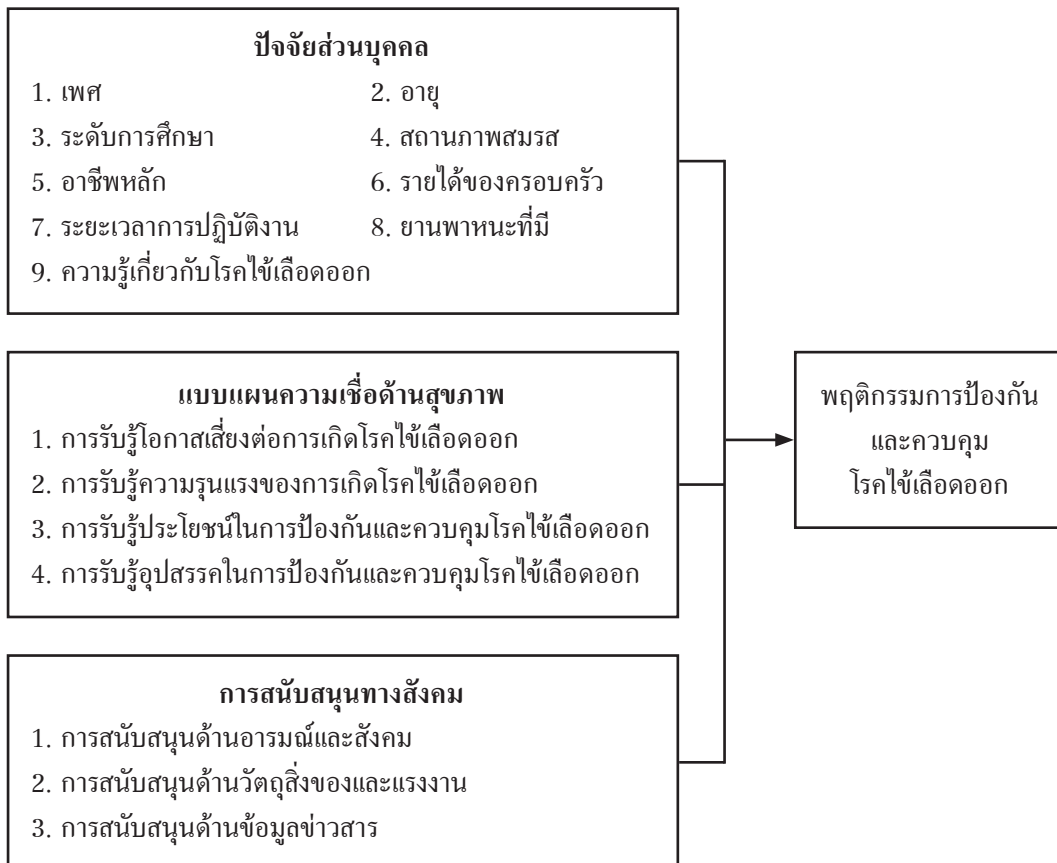
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ยานพาหนะที่มี และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก) และการสนับสนุนทางสังคม (การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ของ Strecher and Rosenstock (1996) โดยเลือกศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ Thoits (1982) โดยศึกษาการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

และแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ร่วมกับการทบทวนปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ยานพาหนะที่มี และความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โดยผู้วิจัยคาดว่า ตัวแปรอิสระที่ศึกษาจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสว่างทอง จังหวัดพิษณุโลก ปี 2563 จำนวน 2,203 คน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะดี และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (นิคม ถนอมเสียง, 2561) แทนค่าสัดส่วนของพฤติกรรมที่สนใจศึกษาเท่ากับ .76 (จากการศึกษาของประเทือง นำน้อย [2558]) และค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าเท่ากับ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 249 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่แบบสอบถามหรือแบบทดสอบไม่สมบูรณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 274 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละตำบล จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ โดยหาอัตราส่วนระหว่างประชากรในแต่ละตำบลกับขนาดตัวอย่าง แล้วสุ่มหมายเลขเริ่มต้น

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และยานพาหนะที่มี จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้

เลือกตอบว่าใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับต่ำ (0–6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7–8 คะแนน) และในระดับสูง (9–11 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 9 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออก จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 7 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 5 ข้อ รวมจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 21 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (9–21 คะแนน) ในระดับปานกลาง (22–33 คะแนน) และในระดับมาก (34–45 คะแนน) การรับรู้ความรุนแรงฯ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (8–18 คะแนน) ในระดับปานกลาง (19–29 คะแนน) และในระดับมาก (30–40 คะแนน) การรับรู้ประโยชน์ฯ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (7–16 คะแนน) ในระดับปานกลาง (17–25 คะแนน) และในระดับมาก (26–35 คะแนน) และการรับรู้อุปสรรคฯ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ในระดับน้อย (5–11 คะแนน) ในระดับปานกลาง (12–18 คะแนน) และในระดับมาก (19–25 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน จำนวน 4 ข้อ และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง และเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน มีดังนี้ การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย (0-3 คะแนน) ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) และในระดับมาก (7-10 คะแนน) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงาน และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย (0-2 คะแนน) ในระดับปานกลาง (3-5 คะแนน) และในระดับมาก (6-8 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติ บางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในระดับน้อย (13-25 คะแนน) ในระดับปานกลาง (26-38 คะแนน) และในระดับมาก (39-52 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านอนามัยชุมชน อาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านการสาธารณสุข และอาจารย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคติดต่อ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง

(IOC) ของแบบสอบถามและแบบทดสอบอยู่ในช่วง .66-1.00 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .71 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .88, .82 และ .92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (เอกสารรับรอง เลขที่ COA No. 136/2021 และ IRB No. P3-0058/2564 วันที่ 21 เมษายน 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอวังทอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ และขอความร่วมมือในการนำลงพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านแนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ

แบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามและแบบทดสอบที่สมบูรณ์ จำนวน 255 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.07

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.53 มีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.53 ปี ($SD = 9.95$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.69 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 71.37 มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 63.14 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000–9,999 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.63 โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,284.90 บาทต่อเดือน ($SD = 15,924.39$) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 4–18 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.51 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 10.79 ปี ($SD = 8.31$) และยานพาหนะที่มี คือ รถจักรยานยนต์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.27

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.26 และมีคะแนน

เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ($M = 8.18, SD = 1.07$)

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 72.16 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($M = 35.55, SD = 3.86$) มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.22 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ($M = 28.90, SD = 3.09$) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก ($M = 26.37, SD = 3.95$) และมีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.07 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับน้อย ($M = 11.80, SD = 4.10$)

4. การสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 84.32 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคมในระดับมาก ($M = 8.24, SD = 1.65$) ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงานในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 61.96 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแรงงานในระดับปานกลาง ($M = 4.17, SD = 1.67$) และส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 78.82 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ($M = 6.68, SD = 1.48$)

5. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 70.59 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ($M = 30.40, SD = 7.45$)

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม และการสนับสนุนด้านข้อมูล

ข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 52.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{adj. } R^2 = .526, p < .05$) โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด ($\text{Beta} = .443, p < .001$) รองลงมา คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ($\text{Beta} = .319, p < .001$) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($\text{Beta} = .149, p < .01$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก ($\text{Beta} = .104, p < .05$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($n = 255$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.238	.280	.443	8.002	< .001
การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม	1.437	.243	.319	5.920	< .001
ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	.134	.039	.149	3.406	.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก	.200	.086	.104	2.322	.021

Constant = -7.624, $R = .732, R^2 = .536, \text{adj. } R^2 = .526, F = 54.573, p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 52.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค

ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มากที่สุด โดยมีผลทางบวก แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายตามทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมได้ว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารโดยการให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ สามารถช่วยให้นุคคลนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ (Thoits, 1982) ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจและการแสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็จะทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพล สิริปิยานนท์ (2563) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุน สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ และสังคมสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนด้าน อารมณ์และสังคมเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายตาม ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมได้ว่า การสนับสนุนด้าน อารมณ์เป็นการให้การช่วยเหลือบุคคลด้านอารมณ์ ให้การยอมรับ เห็นคุณค่า และทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม (Thoits, 1982) ทั้งจากคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่จากภาคส่วนต่าง ๆ รวมถึงการได้รับการยกย่องชมเชยจากคนในชุมชน ซึ่ง นับเป็นแรงจูงใจทางบวกที่ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้เสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ร่วมดำเนินงานพัฒนา สุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน หรือชุมชน เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้าน สุขภาพอนามัยของประชาชน ดังนั้น เมื่ออาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนด้าน อารมณ์และสังคมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออก ก็จะทำให้มีพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของสุรพล สิริปิยานนท์ (2563) ที่พบว่า การได้รับ แรงจูงใจสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านได้

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน สามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น จะมี พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านมีหน้าที่ร่วมดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เมื่อได้ปฏิบัติหน้าที่เป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจเกิด ความรู้สึกผูกพัน ห่วงใยคนในชุมชน ได้รับการยอมรับ จากคนในชุมชน และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของ ชุมชน ประกอบกับระยะเวลาการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ย่อมทำให้มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรม การ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น สอดคล้อง กับการศึกษาของกรณีการ จารี (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคไข้เลือดออกสามารถทำนายพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านได้ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรม การ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ อธิบายตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ว่า กระบวนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ๆ คือ คุณค่าของผลลัพธ์จาก การกระทำที่มีต่อบุคคล และการคาดคะเนของบุคคล ต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ (Strecher & Rosenstock, 1996) ซึ่งการรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเป็นความเชื่อหรือ

การคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคนั้นๆ เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง นำน้อย (2558) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสอดคล้องกับการศึกษาของกรณิการ์ จารี (2559) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทของชุมชนที่แตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกและครอบคลุมงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2558). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2558*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *รายงานแสดงระยะเวลาการเป็น อสม. อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นจาก <http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/index/index.php>

กรณิการ์ จารี. (2559). *การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาโทบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยพะเยา.

ญาดา ข้าง, นุชฎาภรณ์ สังสอน, เกตุศิรินทร์ รัตนน้ำเพชร, คมกฤต ก้อนแก้ว, และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมหัดบายวนลมหอมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในบ้านหัดบาย ตำบลริมโขง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนเรศวรวิจัย ครั้งที่ 13: วิจัยและนวัตกรรมขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม* (น. 664-677). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิคม ถนอมเสียง. (2561). *การคำนวณขนาดตัวอย่าง*. สืบค้นจาก https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf/

ประเทือง นำน้อย. (2558). *การศึกษาระดับความรู้การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ภูมิศึกษา: อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร* (รายงานผลการวิจัย). สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.

ภิรมย์รัตน์ เกียรติชนบท, วิโรจน์ วัฒนกิจ, และเจตต์ ดิยัง. (2558). พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายสุขภาพในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 10(2), 84-91.

- สฤณีเดช เจริญไชย, วิชัย สุขภาคกิจ, และมาสริน สุกตปักษ์. (2563). การพัฒนารูปแบบกิจกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบ บูรณาการในพื้นที่เสี่ยงสูงเขตอำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 517–527.
- สาคร อาจสร. (2558). *ความสัมพันธ์ของความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ตำบลท่าแขก อำเภอเมือง จังหวัด สระแก้ว* (ภาคินพนธ์ปริญญาโท). ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก. (2563). *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 2563*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/odpc2>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2563). *รายงาน ประจำปี 2563*. สืบค้นจาก <https://cloud.plkhealth.go.th/index.php/s/n8krGbogyJ3miyA>
- สุรพล สิริปยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(8), 85–103.
- Prabaningrum, A., Fitryasari, R., & Wahyudi, A. S. (2020). Analysis of dengue hemorrhagic fever prevention behavior factors based on the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(9), 2926–2932. doi:10.37200/IJPR/V24I9/PR290321
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1996). The Health Belief Model. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 41–59). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145–159. doi:10.2307/2136511

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: การประเมินความเสี่ยงและการป้องกัน Depression in the Elderly: Risk Assessment and Prevention

กฤษฎิ์ ศรีใจ, ส.ด. (สาธารณสุขศาสตร์) ¹

Kridanai Srijai, Dr.P.H. (Public Health) ¹

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, ป.ร.ด. (ประชากรศาสตร์) ²

Pramote Wongsawat, Ph.D. (Demography) ²

Received: January 19, 2024

Revised: March 18, 2024

Accepted: April 19, 2024

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจที่พบได้บ่อย ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การสูญเสียการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ และนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสภาพสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที ก่อนที่ผู้สูงอายุจะเกิดโรคซึมเศร้า ด้วยการสังเกตอาการที่แสดงออกทางความรู้สึก ได้แก่ ความเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ลึกลับ หวัง ไร้คุณค่า ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง รวมถึงอาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม เช่น นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป ตื่นนอนยาก เมื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากขึ้น เคลื่อนไหวช้าลงหรือมากขึ้น กระวนกระวาย อ่อนเพลีย หากมีอาการดังกล่าว สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นได้ด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และหากพบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการส่งต่อเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต แม้ผลการประเมินจะพบว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า แต่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า การป้องกันภาวะซึมเศร้า

¹ อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Instructor, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kridanai.s@scphpl.ac.th

² รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² Associate Professor, Faculty of Public Health, Naresuan University

Abstract

Depression is a common mood disorder that affects the mind. It affects daily life, loss of function in various domains, and leads to a higher risk of death from suicide. The depression problem in the elderly is increasing according to the trend of the aging society. This is a problem that people who are involved, especially those who are close or responsible for caring for the elderly, may provide care immediately before the elderly develops depression, by observing emotional symptoms such as sadness, boredom, disillusionment, hopelessness, worthlessness, and decreased interest in things together with observing behavioral symptoms such as insomnia or oversleeping, sleepy, lose their appetite or overeating, slow or increased movement, restlessness, lack of strength, and fatigue. If such symptoms are found, the elderly can be assessed the risk of depression by a 2-question depression screening (2Q). If it is found to be at risk of depression, they will be referred for further depression assessment by healthcare professionals following the guidelines of the Department of Mental Health. Although the assessment results showed no depression, this will help the elderly at risk can raise awareness individuals and those who are responsible for caring for the elderly provide care for preventing depression and will help the elderly have a good quality of life.

Keywords: Depression, The elderly, Risk assessment of depression, Prevention of depression

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีในปัจจุบันอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จนเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่หลายคนมักมองข้าม เพราะไม่ใช่โรคที่แสดงอาการทางร่างกายอย่างชัดเจน แต่หากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ อาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงคนในครอบครัวและสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562)

การดำเนินของโรคซึมเศร้าเริ่มจากการมีภาวะอารมณ์เศร้า (sadness) นำไปสู่ภาวะซึมเศร้า และป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (depressive disorder) ดังนั้น การป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าควรดำเนินการตั้งแต่วัยก่อนที่จะเป็นโรค โดยเริ่มจากการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุสามารถทำได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอทุก 2 สัปดาห์ หากพบว่ามีความเสี่ยงผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันโรคอย่างรวดเร็ว (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาระเกี่ยวกับ สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้อ่านได้แนวทางในการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในการปรับตัว ประกอบกับเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง ทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ รวมถึงการตีบทบาททางสังคมลดลงและอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายและเพิ่มมากขึ้น (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เกลยกิตติ, 2557) จากการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ 3.70–45.00 สำหรับประเทศไทย มีการศึกษาที่พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร้อยละ .08 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา และมีช่วงค่อนข้างกว้าง เนื่องจากการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง พบความชุกร้อยละ 20.00–36.90 และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนภาคเหนือ พบความชุกร้อยละ 6.50 (ปิติกุณ เสดะประ และ ณัฐธฤต ไชยสงคราม, 2565) จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในช่วงปี พ.ศ. 2558–2562 พบร้อยละ 2.28, 2.59, 2.95, 3.42 และ 3.49 ตามลำดับ (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2565) และจากการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 33 (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.30 (วิชาภรณ์ กันทะมูล และ

ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559) และร้อยละ 56.30 (กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล, 2562) โดยภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากรไทย คิดเป็นร้อยละ 5.40 ในเพศหญิง และร้อยละ 2.90 ในเพศชาย และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะของโรคซึมเศร้าสูงสุดในโลก (วิรมณ กาสิวงศ์, 2556; สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2566) โดยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหย่าร้าง อยู่คนเดียว หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ยิ่งมีอายุมากขึ้นความเสี่ยงก็จะยิ่งเพิ่มขึ้น และพบว่า ความสำเร็จในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยวัยอื่นๆ (ทิปภา ชุตติกาญจน์โกศล, 2563)

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะได้รับผลกระทบทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง คลื่นไส้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากเกินไป มีการขับถ่ายไม่ดี ทำให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่วนผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ ทำให้มีอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย โกรธ กระวนกระวาย น้อยใจง่าย เหนื่อย เบื่อหน่าย รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า เสียสมาธิ การคิดและตัดสินใจแย่ลง มีความคิดต่อตนเองในทางลบ หรืออาจมีความคิดอยากตาย สำหรับผลกระทบทางสังคม ทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นแย่ลง การแสดงออกทางพฤติกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูงกว่าการเป็นโรคอื่นๆ นอกจากนี้ จากการศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ามีค่าใช้จ่ายต่อคนสูงถึง 36,599 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นๆ โรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 5 และการฆ่าตัวตายเป็นอันดับ 4 ของค่าใช้จ่ายสูงสุดในผู้ป่วยจิตเวช (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เกลยกิตติ, 2557; มาติกา รัตนะ, 2559) ทั้งนี้ ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจ

ไม่รุนแรงในระยะแรก แต่หากปล่อยให้มีภาวะซึมเศร้าเป็นเวลานานจนถึงระดับเป็นโรคซึมเศร้า อาจทำให้มีอาการของโรคความจำเสื่อมในระยะแรก และมีความรุนแรงขึ้นจนกลายเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออัลไซเมอร์ได้ และร้อยละ 25 ของผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะซึมเศร้ามาก อาจมีอาการทางจิตเวช (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559) ซึ่งทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วย และนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้ยาเสพติด การเกิดปัญหาครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด หรือการแยกตัวจากสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน รวมถึงเป็นภาระในการหาค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการดูแลรักษาด้วย (World Health Organization [WHO], 2021) และหากไม่ได้รับการดูแลป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 9.16 (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2565 จาก 6.03 ต่อแสนประชากร เป็น 6.32, 6.64, 7.37, 7.38 และ 7.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559; สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การที่บุคคลในครอบครัวและสังคมสามารถรับรู้ถึงปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุด้วยการประเมินจากการคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุไม่ให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมาได้

อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

อาการของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สังเกตได้ยากกว่าบุคคลวัยอื่น จากการที่ผู้สูงอายุมักไม่แสดงความรู้สึกให้ผู้อื่นได้รับรู้ ทำให้ไม่ทราบอย่างชัดเจนว่าเกิดอาการขึ้นเมื่อใด ซึ่งการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุต้องอาศัยการสังเกตอาการที่แสดงออก ดังนี้ (กรมกิจการ

ผู้สูงอายุ, 2565; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

1. อาการที่แสดงออกทางอารมณ์และความคิด (expression of emotions and thoughts) ได้แก่ มีความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจง่าย น้อยใจง่าย หรือหงุดหงิดฉุนเฉียว โมโหง่าย มีเหตุผลน้อยลง ขาดสมาธิ หลงลืมบ่อย โดยเฉพาะหลงลืมเรื่องใหม่ๆ ใจลอย คิดไม่ค่อยออก บางครั้งบ่นว่าไม่สบาย ปวดส่วนนั้นส่วนนี้ตลอดเวลา ทั้งที่ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ มีความรู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดกับตัวเอง คิดว่าตนเป็นภาระของลูกหลาน ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลงหรือหมดความสนใจ เบื่อหน่าย ไม่สนใจที่จะดูแลตัวเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง รู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ มีความคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายตัวเอง

2. อาการที่แสดงออกทางพฤติกรรม (behavioral symptoms) ได้แก่ การนอนไม่หลับ หลับๆ ตื่นๆ บางคนตกใจตื่นตอนดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก หรืออาจนอนมากขึ้น นอนหลับทั้งวันทั้งคืน รับประทานอาหารได้น้อยลง เบื่ออาหารหรือไม่รับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักลดลงและมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร บางคนรับประทานอาหารมากขึ้น การเคลื่อนไหวช้าลงหรือมากขึ้น กระวนกระวาย ไม่ค่อยแข็งแรง อ่อนเพลีย

3. อาการที่แสดงออกเกี่ยวกับสัมพันธ์ทางสังคม (symptoms related to social relationships) ได้แก่ การแยกตัวจากสังคม พูดคุยน้อยลง ไม่อยากพบปะพูดคุยหรือร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ไม่อยากออกจากบ้าน

ทั้งนี้ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) แสดงถึงอาการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ในลักษณะเศร้า เบื่อหน่าย และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความคิดช้า คิดเรื่องที่เป็นด้านลบ รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง ความสนใจในกิจกรรมรอบตัวลดน้อยลง พบปัญหาการนอนน้อยลง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารน้อยลง ผู้อื่นอาจสังเกตเห็นว่าพูดน้อยลง ซึมลง เก็บตัว ครุ่นคิด หรือ

ร้องไห้บ่อยๆ อาการมักเกิดต่อเนื่องทุกวัน เป็นช่วงๆ โดยแต่ละช่วงมีอาการนานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และอาการอาจยาวนานได้ถึง 6 เดือน โดยเกณฑ์การวินิจฉัย ประกอบด้วยอาการสำคัญ ดังนี้

A. มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ร่วมกันนาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลง ในด้านต่างๆ ต่างไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการอย่างน้อย 1 ข้อ ของ (1) อารมณ์ซึมเศร้า หรือ (2) เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข ทั้งนี้ไม่รวมอาการที่เห็นชัดว่าเป็นจาก ภาวะความเจ็บป่วยทางกาย

A1. มีอารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย เช่น รู้สึก เศร้า หรือจากการสังเกตของผู้อื่น เช่น เห็นว่าร้องไห้

A2. ความสนใจหรือความสุขใจในกิจกรรม ต่างๆ ทั้งหมดหรือแทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก เป็น ส่วนใหญ่ของวัน แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่า ของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น

A3. น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้มาจากการคุม อาหาร หรือเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน หรือ มีการเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารแทบทุกวัน

A4. นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป เกินแทบ ทุกวัน

A5. psychomotor agitation หรือ retardation แทบทุกวัน โดยได้จากการสังเกตของผู้อื่น ไม่ใช่เพียง จากความรู้สึกของผู้ป่วยว่ากระวนกระวายหรือช้าลง

A6. อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรงแทบทุกวัน

A7. รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกผิดอย่างไม่ เหมาะสมหรือมากเกินไป อาจถึงขั้นหลงผิด แทบ ทุกวัน ไม่ใช่แค่การโทษตนเองหรือรู้สึกผิดที่ป่วย

A8. สมาธิหรือความสามารถในการคิดอ่าน ลดลง หรือตัดสินใจอะไรไม่ได้ แทบทุกวัน โดยได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือจากการสังเกตของผู้อื่น

A9. คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ ไม่ใช่แค่ กลัวว่าจะตาย คิดอยากตายอยู่เรื่อยๆ โดยมีได้วางแผน แน่แน่นอน หรือพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนในการ

ฆ่าตัวตายไว้แน่นอน

B. อาการก่อให้เกิดความทุกข์อย่างมาก หรือ ทำให้กิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านที่สำคัญ ต่างๆ บกพร่องไป

C. อาการไม่ได้เป็นจากผลทางด้านสรีรวิทยา จากสาร หรือจากภาวะความเจ็บป่วยทางอื่น

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อาจเกิดจากโรคทาง จิตเวชหรือปัจจัยอื่นๆ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า มีดังนี้ (ทิปภา ชูติกาญจน์โกศล, 2563; สำนักส่งเสริมและ พัฒนาสุขภาพจิต, 2560; สุชาดา แซ่ลิ่ม, 2562)

1. ปัจจัยทางร่างกาย (physical factors) ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรค หัวใจ การเป็นโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง การเป็นโรคที่ ทำให้ทุพพลภาพหรือพิการ การเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ การควบคุมอารมณ์ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน ทำให้มีความคิดช้ากว่าปกติ ความจำแย่ลง ไม่ค่อยมีแรง หรือมีความสนใจในสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง มีการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์หรือรับประทานยาบางชนิด

2. ปัจจัยทางจิตใจ (emotional factors) เป็น ปัจจัยที่ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนต่อความรู้สึก ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต หรือคนใน ครอบครัว ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองต่ำจากการพึ่งพา หรือเป็นภาระของบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ความรู้สึก ไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือสังคม

3. ปัจจัยทางสังคม (social factors) ได้แก่ การสูญเสียสถานะในครอบครัว เครือญาติ หรือในสังคม การปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตไม่ได้ มีปัญหาหนี้สิน รายได้ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเครียด หรือ มีสัมพันธภาพกับครอบครัวไม่ดี

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าใน

ผู้สูงอายุ และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า เป็นเพศหญิง เป็นม่ายหรือหย่าร้าง อยู่เพียงลำพัง ขาดการออกกำลังกาย มีข้อจำกัดในการทำงานหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ดื่มสุราหรือติดสารเสพติด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น (วิชาการณ์ คันทะมูล

และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2559; Girgus, Yang, & Ferri, 2017; National Institutes of Health, 2021) การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า (ที่มา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

ทำเครื่องหมาย ✓	ปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้า
	เพศหญิง
	เป็นม่ายหรือหย่าร้าง
	เป็นโรคสมองเสื่อม
	มีปัญหาด้านการเงิน เช่น เงินไม่พอใช้ มีภาระหนี้สินหรือปัญหาโรค
	ต้องใช้ชีวิตโดยพึ่งพาผู้อื่น
	ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี
	ชอบปลีกตัวหรือไม่ร่วมกิจกรรมในชุมชน
	บทบาทหน้าที่ต่างๆ ลดลงจากเดิม
	มีเหตุการณ์ที่ทำให้สะเทือนใจคอยรบกวนจิตใจอยู่ตลอดเวลา
	สิ่งของหาย แม้จะเป็นสิ่งของที่ไม่มีราคา
	มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช
	มีนิสัยเครียดง่าย กังวลง่าย อารมณ์แปรปรวน
	มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด ไตวาย หรือมีโรคร้ายแรงหรือโรคที่รักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง เอ็ดส์
	มีความพิการทางร่างกาย
	ติดสุรา บุหรี่ ฝิ่น กระท่อม ยาสูบกำลัง ยาอนหลับ ยาแก้ปวด

การที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุรับรู้ถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อย่างชัดเจนตามปัจจัยข้างต้น จะสามารถนำไปใช้ในการประเมินเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

นอกจากการสังเกตอาการแล้ว ยังสามารถประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้หลากหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิตที่สามารถทำได้แบบง่าย ๆ ด้วยตนเองหรือคนใกล้ชิด ประกอบด้วย 2 คำถาม คือ 1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และ 2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ สำหรับการแปลผล คือ หากตอบว่า “ไม่ใช่” ทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่หากตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะต้องแจ้งผลและส่งต่อเพื่อพบบุคลากรสาธารณสุขหรือแพทย์เฉพาะทางต่อไป (จุลารักษ์ เทพกลาง, 2562) ทั้งนี้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม มีความจำเพาะสูงโดยการตอบข้อใดข้อหนึ่งว่า “ใช่” จะมีค่าความไวร้อยละ 96.50 ค่าความจำเพาะร้อยละ 44.60 และความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 1.74 เท่า ส่วนการตอบทั้ง 2 ข้อว่า “ใช่” จะเพิ่มค่าความจำเพาะขึ้นเป็นร้อยละ 85.10 และความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเท่ากับ 4.82 เท่า (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2560) จะเห็นว่า การประเมินด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม ช่วยให้ทราบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ และต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุร่วมด้วย เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือและป้องกัน

ปัญหาดังกล่าวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

แนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ดีและได้ผลที่สุด คือ การค้นหาและป้องกันตั้งแต่แรกก่อนที่ผู้สูงอายุจะเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าควรได้รับการส่งเสริมดูแลป้องกันก่อนที่จะเกิดโรคซึมเศร้าและมีความรุนแรงถึงขั้นที่ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งแนวทางการป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ มีดังนี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565; ทิปภา ชุตินาญจนโกศล, 2563; รุจิวรรณ สอนสมภาร, 2561; Lee, Yu, Wu, & Pan, 2018)

1. การดูแลสุขภาพ (physical care)

1.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารให้เพียงพอและมีประโยชน์ จะช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร การได้รับสารอาหารสำคัญอย่างเพียงพอและเหมาะสม เช่น โปรตีน การลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กาแฟ หรือน้ำตาลในปริมาณมาก จะทำให้สมรรถภาพทางสมองและสุขภาพจิตดีขึ้น โดยผู้ดูแลอาจปรับเปลี่ยนเมนูอาหารให้น่ารับประทานขึ้น เลือกเมนูอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และไม่กระทบต่อโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ

1.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพักผ่อนให้เพียงพอ โดยการชวนทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง อ่านหนังสือ หรือฟังธรรมะ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุสามารถนอนกลางวันได้ แต่ไม่ควรมากเกินไป โดยในแต่ละวันควรได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอ คือ 6-8 ชั่วโมง

1.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง เพราะจะช่วยให้อาหารเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) ที่ช่วยให้รู้สึกมีความสุขหลั่งออกมา และช่วยกระตุ้นสมองให้ตื่นตัวมากขึ้นในระยะยาว การเข้าร่วมกิจกรรมยามว่างที่หลากหลายและใช้เวลาออกกำลังกายนานขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุ

มีความสุขทางใจและช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้

1.4 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ตั้งแต่แรก ไม่ปล่อยไว้จนเกิดความรุนแรง

2. การดูแลทางจิตใจ (emotional care)

2.1 ผู้ดูแลควรปรับตัว ทำความเข้าใจและใส่ใจผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดมากขึ้น เช่น การพูดคุยเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจ รับฟังเรื่องต่างๆ อย่างเข้าใจ ให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกออกมา เพื่อลดภาวะทางอารมณ์ไม่ควรขัดจังหวะ ตัดบท หรือโต้เถียง เพราะผู้สูงอายุอาจมีอาการหงุดหงิด โมโหมากขึ้น รวมถึงไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพัง

2.2 ผู้สูงอายุที่มีความจำไม่ค่อยดี สมาชิกในครอบครัว ควรหากิจกรรมฝึกสมาธิ เช่น การต่อภาพจิกซอร์ และควรสร้างความสงบสุขทางใจด้วยการทำสมาธิ สวดมนต์ ศึกษาธรรมะจากหนังสือหรือการสนทนาธรรม

2.3 ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกไม่อยากทำอะไรเฉื่อยชา หรือสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง ผู้ดูแลควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมง่าย ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ายังมีความสามารถที่จะทำได้ สร้างกำลังใจและความภาคภูมิใจในตัวเองมากขึ้น

2.4 ผู้สูงอายุที่ชอบเก็บตัว แยกตัวจากผู้อื่น ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ผู้ดูแลควรหากิจกรรมให้ทำ โดยควรเริ่มจากการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว และชักชวนหรืออำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นในชุมชนหรือสังคม

2.5 ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระของครอบครัว คนในครอบครัวควรสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ ด้วยการยกย่องชื่นชมในการให้ความช่วยเหลือ คนในครอบครัวตามศักยภาพ ให้ได้รับการยกย่องในการส่งเสริมให้ความช่วยเหลือชุมชนและสังคม ซึ่งผู้สูงอายุไม่ควรเครียดหรือวิตกกังวลถึงสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุและการสร้างการยอมรับจากผู้สูงอายุด้วยกัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น

3. การดูแลทางสังคมและชุมชน (social and community care)

3.1 สร้างระบบสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สร้างกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในครอบครัวกับบุตรหลาน

3.2 จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือกองทุนชุมชน เพื่อเป็นสวัสดิการดูแลช่วยเหลือด้านการเงินและสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

3.3 สร้างบริการเชิงรุก โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรคหรือการเจ็บป่วย

3.4 จัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น เชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมงานบุญประเพณี การสวดมนต์ ไหว้พระ ฟังธรรม นั่งสมาธิ ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจสงบ และมีเพื่อนร่วมทำกิจกรรม

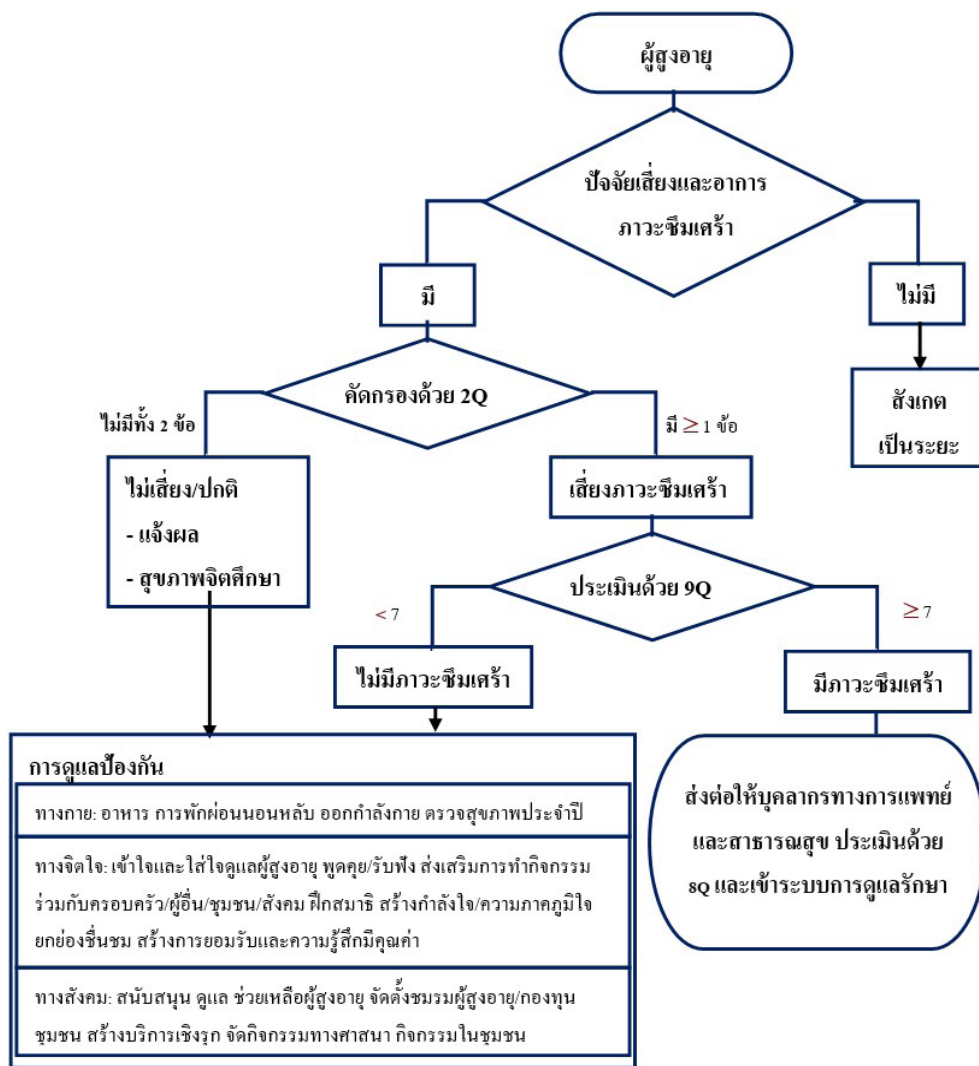
3.5 ส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในชุมชน เช่น จัดให้มีสวนสาธารณะหรือลานออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเพื่อนบ้านมากขึ้น

4. การดูแลเฝ้าระวัง

ผู้ดูแลในครอบครัวควรเฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นประจำ ทุก 2 สัปดาห์ หากพบว่ามีความเสี่ยง ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อติดตามให้การดูแลอย่างเหมาะสม ส่วนกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับการติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2021) ทั้งนี้ การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ามีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรู้จักกลุ่มเป้าหมาย นำไปสู่การค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าด้วยการคัดกรอง แล้วนำเข้าระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า มีระบบส่งต่อให้การดูแลช่วยเหลือ

ส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนั้น การป้องกันจำเป็นต้องบูรณาการหลายๆ ด้าน

และควรมีการกำกับติดตามการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งระบบการเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ แสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 ระบบการเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
(ที่มา: ประยุกต์จากกรมสุขภาพจิต, 2557; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)

สรุป

ภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัญหาทางจิตใจที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การเฝ้าระวังโดยการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถามอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ทราบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรก ร่วมกับการสังเกตความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ และทางสังคม รวมถึงปัจจัยอื่นที่เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า เช่น ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า เป็นเพศหญิง เป็นม่ายหรือหย่าร้าง ดื่มสุราหรือติดสารเสพติด ทั้งนี้ การป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการตั้งแต่ในระลอกก่อนที่จะเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่าย ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักบริบาล ผู้นำชุมชน บุคลากรส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข ที่จะต้องช่วยกันป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สังเกตอย่างไร เมื่อผู้สูงวัยมี “ภาวะซึมเศร้า”*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/news/1/3658>
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3/2557)*. สืบค้นจาก <http://www.thaidepression.com/www/58/guidebookdepress.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562*. กรุงเทพฯ: ละม่อม.

- กานต์พิชญา เนตรพิสิทธิ์กุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: บ้านมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(1), 89–103.
- จุลารักษ์ เทพกลาง. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(1), 70–77.
- ทิปภา ชุตติกาญจน์โกศล. (2563). *อาการซึมเศร้าในผู้สูงวัยอันตรายกว่าที่คิด*. สืบค้นจาก <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ซึมเศร้าในผู้สูงอายุ>
- นริสา วงศ์พนารักษ์, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า: ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 24–31.
- ปิติคุณ เสดะประ, และณัฐกุล ไชยสงคราม. (2565). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070–1084.
- มาติกา รัตนะ. (2559). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (การค้นคว้าอิสระปริญญาโท)*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561*. กรุงเทพฯ: ฟรินเทอรี่.
- รุจิวรรณ สอนสมภาร. (2561). *แนวทางการส่งเสริมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 4(1), 77–89.

- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2560). แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้า สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ฉบับปรับปรุง ปี 2560. อุบลราชธานี: ผู้แต่ง.
- โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. (2565). รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 60 ปีขึ้นไป. สืบค้นจาก https://thaidepression.com/www/report/main_report/
- วิชาการณั คันทะมูล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 10(3), 83–92.
- วิรมณ กาสิวงส์. (2556). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ: ปัญหาสำคัญที่คนใกล้ชิดมองข้าม. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 132–140.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วย: สูตรคลายซึมเศร้า. นนทบุรี: โอเพ่นเวิลด์สพับลิชชิง เฮาส์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2566). การสูญเสียสุขภาพ รายงานภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดี เพรส.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2566. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=7924&filename=social_outlook
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2560). คู่มือวิทยาการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. นครปฐม: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สุชาดา แซ่ลิ้ม. (2562). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 193–202.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5™)* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C. V. (2017). The gender difference in depression: Are elderly women at greater risk for depression than elderly men?. *Geriatrics*, 2(4), 35. doi:10.3390/geriatrics2040035
- Lee, H. Y., Yu, C. P., Wu, C. D., & Pan, W. C. (2018). The effect of leisure activity diversity and exercise time on the prevention of depression in the middle-aged and elderly residents of Taiwan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 654. doi:10.3390/ijerph15040654
- National Institutes of Health. (2021). *Depression and older adults*. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
- World Health Organization. (2021). *Depression*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

Guideline of Writing Clinical Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing) ¹

Rungnapha Khiewchaum, Ph.D. (Nursing) ¹

Received: January 6, 2024

Revised: March 25, 2024

Accepted: April 4, 2024

บทคัดย่อ

การพัฒนาแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก นำไปสู่การตัดสินใจในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมและแม่นยำมากขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ถูกต้องตามหลักการจะเพิ่มมาตรฐานการดูแลให้กับวิชาชีพการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในคุณภาพการดูแลที่มีมาตรฐาน การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่มีคุณภาพประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การตั้งหัวข้อการวินิจฉัยการพยาบาล ควรประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ปัญหา สาเหตุ และพยาธิสภาพ 2) ข้อมูลสนับสนุน มีที่มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น การซักประวัติ การตรวจร่างกาย สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 3) วัตถุประสงค์ เป็นสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล 4) เกณฑ์การประเมิน ซึ่งต้องสอดคล้องกับข้อมูลสนับสนุน 5) กิจกรรมการพยาบาล ควรเป็นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และ 6) การประเมินผล ซึ่งต้องสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: ข้อวินิจฉัยการพยาบาลทางคลินิก การวางแผนการพยาบาล กระบวนการพยาบาล

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

Abstract

Developing guideline of writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan is significant to be a guide or tool in writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan for nurses and nursing students. When nurses and nursing students use this guideline, it can help them in improving optimal decision making, planning, and implementation. Moreover, writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan based on accuracy will increase the standard of care for the nursing profession. As a result, patients are safe and have no complications, as well as patients and families are satisfied with the quality of care that is more standard. Writing clinical nursing diagnosis and nursing care plan being high quality should comprise 6 domains, including 1) setting topics of nursing diagnosis that have 3 parts including problems, causes, and pathologies; 2) supportive data come from a variety of resources such as history, physical examination, vital signs, and laboratory results; 3) purpose of nursing diagnosis is what expects will occur after providing nursing activities; 4) evaluation criteria that should be related with supportive data; 5) nursing activities that should be holistic care including physical, psychological, emotional, social, and spiritual care; and 6) evaluation that should be related with evaluation criteria.

Keywords: Clinical nursing diagnosis, Nursing care plan, Nursing process

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (quality of care) ให้มีมาตรฐานและปลอดภัย เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องใช้ความรู้ (literacy) สมรรถนะ (competency) และความสามารถ (efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ที่ดี และที่สำคัญคือเพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ซึ่งจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล (nursing process) ในการแก้ไข ป้องกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพ อันแสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพการพยาบาล โดยกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสุขภาพ (health assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล

(planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (evaluation) (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2560) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยการพยาบาล ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญสำหรับการวางแผนการพยาบาล นอกจากนี้ การวินิจฉัยการพยาบาลยังเป็นสิ่งที่พยาบาลใช้ในการตัดสินใจ (decision making) โดยอิสระ ในการระบุหรือกำหนดปัญหาสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (พรศิริ พันธสี, 2562) ทั้งนี้ การนำข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจง (specific nursing diagnosis) และสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย จะทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปตามกฎหมายและได้มาตรฐาน และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิด

ภาวะแทรกซ้อน การที่จะเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ที่ถูกต้องและเหมาะสมได้นั้น พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลต้องมีความรอบรู้ ทักษะ ตลอดจนสมรรถนะ ในการประเมินสภาพที่ถูกต้อง โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลเป็นการอธิบายปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว สิ่งที่เกี่ยวข้อง หรือปัจจัยของการเกิดโรค และการกำหนด ลักษณะของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีความสอดคล้อง และเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งจะสะท้อนถึงความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง (the requirement of stakeholder) ดังนั้น พยาบาลและ นักศึกษาพยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก ได้แก่ ความหมาย ลักษณะ และประเภทของ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หลักการและขั้นตอนการเขียน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หลักการพิจารณาความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล และแนวทางการเขียน ข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลที่ประยุกต์สู่การปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองและได้รับการแก้ไข นำไปสู่ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

ความหมายของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล คือ การใช้วิจารณ์ญาณทางคลินิกเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเลือกวิธีให้การพยาบาล ซึ่งอยู่ในขอบเขตความรู้รับผิดชอบของพยาบาล (North American Nursing Diagnosis Association International [NANDA-I], 2008)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่ระบุถึงปัญหาสุขภาพ ซึ่งเป็นการตัดสินใจทางคลินิก

ในรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย เป็นทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วและอาจเกิดขึ้น หรือเสี่ยงต่อการเกิด จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นขั้นตอนการนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ แปลผล และตัดสินใจ สรุปให้ทราบถึงภาวะสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาล ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ภายใต้ขอบเขตวิชาชีพ (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564)

ดังนั้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่ระบุปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของผู้ป่วยหรืออาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีหลายลักษณะ ซึ่งควรครบถ้วนและสมบูรณ์ เพื่อสะท้อนปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรมีลักษณะดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564)

1. เป็นข้อความที่แสดงถึงสุขภาพของผู้ใช้บริการในภาวะสุขภาพดี
2. เป็นข้อความสรุปภาวะสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย
3. ระบุถึงความแตกต่างจากปกติ อาจเป็นปัญหาในปัจจุบันที่เป็นอยู่หรือมีโอกาสเกิดขึ้น
4. มีขอบเขตครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
5. เกิดจากการตัดสินใจอย่างมีวิจารณ์ญาณของพยาบาล
6. มีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพ/คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการที่มีภาวะสุขภาพดีแต่ต้องการการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งใช้คำว่า “เนื่องจาก (related to)” เชื่อมข้อความทั้ง 2 ส่วน

ประเภทของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 ประเภท

ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงบวก (positive nursing diagnosis) วัตถุประสงค์ของข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ คือ เพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสิ่งที่ดีอยู่แล้วให้คงอยู่หรือให้เพิ่มมากขึ้น เช่น ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงบวกประกอบด้วย 1) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในมิติดิบทาพยาบาลชุมชนด้านการส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสภาพ 2) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ใน grade 1-2 ซึ่งพร้อมวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน และ 3) ข้อมูลสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงบวก (positive data) (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564; อร์นันท์ หาญยุทธ, 2565)

2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบ (negative nursing diagnosis) วัตถุประสงค์ของข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ คือ เพื่อลดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยลักษณะข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบประกอบด้วย 1) การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลในมิติดิบทาพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกที่อยู่ใน grade 3-5 และ 2) ข้อมูลสนับสนุนต้องเป็นข้อมูลเชิงลบ (negative data) โดยการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลเชิงลบสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564; อร์นันท์ หาญยุทธ, 2565)

2.1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้ว (problem-based nursing diagnosis) มีลักษณะการเขียน คือ 1) ต้องสัมพันธ์กับหลักฐานทางคลินิก (clinical evidence) 2) มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจนเพียง 1 ผลลัพธ์ ก็สามารถตัดสินใจได้ว่ามีปัญหามาจริง และ 3) มักขึ้นต้นด้วยคำว่า “ภาวะ” เช่น “ภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากปริมาณของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดิวรา”

2.2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มี

ความเสี่ยง (possible problem-based nursing diagnosis) มีลักษณะการเขียน คือ 1) ต้องสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีความชัดเจนรองลงมา 2) ต้องมีหลักฐานของผลลัพธ์ทางคลินิกมากพอที่จะสามารถตัดสินใจได้ว่ามีปัญหามาจริง และ 3) มักขึ้นต้นด้วยคำว่า “เสี่ยงต่อ/โอกาสเกิด” เช่น “เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากภาวะ Cushing triad จากการบาดเจ็บที่สมอง”

หลักการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล (a nursing diagnostic statement) ยังมีบางส่วนที่มีความสับสน เพราะมีความซับซ้อนเกี่ยวกับการใช้ภาษา จึงควรมีหลักการเขียนดังนี้ (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลิต ทองวิเชียร, 2564)

1. ใช้ข้อความหรือภาษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการทางการพยาบาล หรือใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ไม่ใช่ความต้องการการพยาบาล เช่น “ต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น” “ต้องการไอและหายใจลึกๆ” ไม่ใช่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพราะไม่ใช่ข้อความที่สรุปถึงภาวะสุขภาพ แต่เป็นการบอกกิจกรรมการพยาบาล อาจปรับเป็น “การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ” “การขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ”

2. ใช้ข้อความที่ชัดเจน มีความเข้าใจง่ายสำหรับสมาชิกอื่นๆ ในทีมสุขภาพ

3. ใช้ข้อความที่ไม่เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย ไม่ควรใช้ข้อความที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อความผิดทางกฎหมาย เช่น “เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายเนื่องจากไม่ค่อยได้รับการพลิกตัว” อาจปรับเป็น “เสี่ยงต่อผิวหนังเสียหายเนื่องจากภาวะจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกายเพราะภาวะอ่อนแรงของแขนและขาทั้งสองข้าง”

4. ใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้เป็นพื้นฐานในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล อย่างนำคุณค่าและมาตรฐาน

ของตัวพยาบาลมีอิทธิพลต่อการวินิจฉัยการพยาบาล เช่น “บทพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากเกียจคร้าน” อาจปรับเป็น “บทพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากอยู่ในภาวะหมดหวัง”

5. หลีกเลี่ยงการสลับข้อความในข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วยข้อความที่เชื่อมกันด้วยคำว่า “เนื่องจาก” ส่วนแรกบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพ และส่วนหลังเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

6. หลีกเลี่ยงการใช้อาการและอาการแสดงเป็นส่วนแรกของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

7. ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องไม่ใช่สิ่งเดียวกัน เช่น “ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้เนื่องจากมีปัญหในการรับประทานอาหาร” อาจปรับเป็น “ไม่สามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้เนื่องจากปวดมือทั้งสองข้าง”

8. ใช้ข้อความที่ถูกต้อง/แม่นยำและมีความเป็นไปได้ ข้อความทั้งสองส่วนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ เช่น “ปวดเรื้อรังเนื่องจาก rheumatoid arthritis” ควรเปลี่ยนเป็น “ปวดเรื้อรังเนื่องจากกระบวนการอักเสบ” เพราะพยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขได้

9. หลีกเลี่ยงข้อความการวินิจฉัยโรคในข้อวินิจฉัยการพยาบาล

10. หลีกเลี่ยงการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลซ้ำไปซ้ำมา หากเป็นปัญหาเดียวกันควรรวบให้เป็นปัญหาเดียว

11. เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลไปในทิศทางเดียวกับแผนการรักษาหรือสอดคล้องกับแผนการรักษา

12. หลีกเลี่ยงการนำมาตรฐานการรักษายาบาลหรือนโยบายการดูแลผู้ป่วยมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล เช่น ไม่ผ่านเกณฑ์การเข้ารับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีในโครงการใช้ยาบัญชี

ขั้นตอนการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (อรนันท ชาญยุทธ, 2565)

1. การค้นหาประเด็นปัญหา ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งการค้นหาประเด็นปัญหาทำได้โดยการนำข้อมูลทั้งข้อมูลอัตนัย (subjective data; S) และข้อมูลปรนัย (objective data; O) เช่น ข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษต่างๆ มาพิจารณาว่ามีข้อมูลที่แสดงถึงความผิดปกติหรือแนวโน้มที่แสดงถึงความผิดปกติอย่างไรบ้าง และนำมาวิเคราะห์ปัญหา

2. การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลสนับสนุนปัญหาและสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล

3. การระบุข้อวินิจฉัยการพยาบาล ภายหลังการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งที่มาของข้อมูลให้ครอบคลุมปัญหาและเชื่อมโยงกับพยาธิสภาพของผู้ป่วย จึงกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งข้อวินิจฉัยการพยาบาลนี้ควรมีความเป็นไปได้และสามารถแก้ไขหรือลดปัญหาด้วยกิจกรรมการพยาบาล (nursing activities)

4. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อวินิจฉัยการพยาบาลกับปัญหา เป็นการตรวจสอบว่าการกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลมีความสอดคล้องกับปัญหาหรือพยาธิสภาพของโรคหรือไม่ และมีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอและครบถ้วนหรือไม่

หลักการพิจารณาความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลควรมีความจำเพาะเจาะจงและสะท้อนระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ดังนั้น การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นการพิจารณาว่าปัญหาของผู้ป่วยหรือข้อวินิจฉัย

การพยาบาลที่ระบุไว้ทั้งหมดของผู้ป่วยคนหนึ่งๆ นั้น มีความครอบคลุมองค์รวม โดยหลักการพิจารณา ความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

1. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับแรก เป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากหรือปัญหาที่มีความเร่งด่วน เนื่องจากมีอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย จึงต้องการความช่วยเหลือทันที เพราะหากปล่อยไว้ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือเกิดความพิการได้

2. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับสอง เป็นปัญหาที่มีความสำคัญระดับปานกลาง ไม่จำเป็นต้องช่วยเหลือเร่งด่วนเหมือนปัญหาที่มีความสำคัญอันดับแรก แต่ก็ต้องให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว เนื่องจากหากปล่อยไว้นานอาจเกิดปัญหาที่รุนแรงขึ้น

3. ปัญหาที่มีความสำคัญอันดับหลัง เป็นปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือแต่สามารถรอได้ เนื่องจากการดำเนินของปัญหาเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่ได้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยในระยะเวลานั้น

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล: การประยุกต์สู่การปฏิบัติ

แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล เป็นคู่มือสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล โดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า นักศึกษายังขาดทักษะการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในคลินิกหรือในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ขาดทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย รวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่ครอบคลุม ขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่สามารถนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้ป่วยมาสนับสนุนให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ กำหนดเป้าหมายของการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลไม่ถูกต้องหรือไม่สอดคล้องกับปัญหา กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

โดยไม่ทราบเหตุผลหรือไม่ใช้เหตุผลเชิงวิชาการที่ถูกต้อง รวมทั้งนักศึกษามีทัศนคติทางลบต่อการใช้กระบวนการพยาบาล โดยคิดว่าเป็นเรื่องยากและเป็นเพียงการเรียนรู้ในห้องเรียนเท่านั้น ไม่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ ดังนั้นเพื่อให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องครอบคลุม และลดทัศนคติทางลบในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้เขียนจึงได้พัฒนาแนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก โดยใช้กระบวนการใช้เหตุผลทางคลินิก (clinical reasoning) ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก (clinical evidence) เพื่อให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาลเกิดจากการคิดที่มีวิจารณญาณ เพื่อตัดสินใจว่าอะไรที่ควรเชื่อและอะไรที่ควรปฏิบัติหรือแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดง (เรวดี ศรีสุข, 2564) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่อไปนี้

1. กำหนดส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีตำราหลายเล่มได้เขียนไว้อย่างหลากหลาย แต่วิธีการสอนการวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ควรใช้รูปแบบการอุปถัมภ์ด้วยสายตา (guided visual metaphor [GVM]) ที่มีการใช้ทั้งภาพหรือแผนภูมิและคำพูดในการสอน ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นกระบวนการคิดเชิงเปรียบเทียบข้อความรู้ใหม่เข้ากับความรู้เดิม (metaphorical thought process) ทำให้เข้าใจความหมายของสิ่งนั้น แม้จะอธิบายภายใต้ข้อความหรือคำอื่นที่แตกต่างจากเดิม (วิพร เสนารักษ์, 2556) เพื่อให้เป็นการง่ายต่อการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1 (วิจิตรา กุสมภ์ และสุลธิ์ ทองวิเชียร, 2564; Ackley & Ladwig, 2006)

ตารางที่ 1 ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ส่วนที่ 1 Problem = P	ส่วนที่ 2 Etiology = E	ส่วนที่ 3 Signs & Symptoms = S
เป็นส่วนแรกของข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเจ็บป่วย	เป็นส่วนหลักของข้อความที่บอกสาเหตุ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ เพื่อบอกให้ทราบว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทางช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้นได้ตรงเป้าหมาย สาเหตุของปัญหานี้สามารถประเมินได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย (พยาธิสรีรวิทยา) จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ หรือสิ่งแวดล้อมก็ได้ โดยใช้คำว่า “เนื่องจาก” เชื่อมข้อความส่วนที่ 1 กับส่วนที่ 2	เป็นข้อความที่ขยายส่วนที่ 2 ให้เห็นปัญหาชัดเจนมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นข้อมูลเกี่ยวกับอาการ หรืออาการแสดงทางคลินิกที่รวบรวมได้จากผู้ป่วย หรืออาจเป็นการวินิจฉัยโรคของแพทย์ เพื่อช่วยให้เห็นปัญหาชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้คำว่า “จาก” “เพราะ” หรือ “เป็นผลจาก” เชื่อมข้อความส่วนที่ 2 กับส่วนที่ 3

สรุป ส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีดังนี้

ส่วนที่ 1 Problem	เนื่องจาก	ส่วนที่ 2 Etiology	จาก/เพราะ	ส่วนที่ 3 Signs & Symptoms
----------------------	-----------	-----------------------	-----------	-------------------------------

หมายเหตุ: กรณีปัญหาสุขภาพมีความชัดเจนอยู่แล้ว โดยไม่จำเป็นต้องกล่าวถึงอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพ อาจเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีข้อความเฉพาะส่วนที่แสดงถึงปัญหาสุขภาพและสาเหตุเท่านั้น เช่น ปวดแผลเนื่องจากได้รับการผ่าตัดนำไส้ติ่งออก

2. กำหนดข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งได้มาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลอดีตและข้อมูลปรนัย ข้อมูลสนับสนุนเป็นสิ่งที่ชี้หรือสนับสนุนว่าผู้ป่วยมีสุขภาพหรือไม่มี

อย่างไร ซึ่งแหล่งที่มาของข้อมูลสนับสนุนของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1) อาการและอาการแสดงที่เล่าโดยผู้ป่วย 2) การซักประวัติ 3) การตรวจร่างกาย (ดู คลำ เคาะ ฟัง) 4) สัญญาณชีพ 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6) การตรวจพิเศษต่างๆ 7) แบบบันทึกต่างๆ และ 8) แผนการรักษา โดยเฉพาะประเด็นที่ทำให้เกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย เช่น อาการข้างเคียงของยา หรือภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ แต่ต้องไม่ละเมิดบทบาทของสาขาวิชาชีพอื่นในทีมการรักษา ทั้งนี้ ลักษณะข้อมูลสนับสนุนต้องสอดคล้องกับส่วนประกอบของข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยแต่ละส่วนอาจมีข้อมูลสนับสนุนจากแหล่งที่มาครบถ้วนทั้ง 8 แหล่ง หรือไม่ครบก็ได้

ชนิดของหลักฐานทางคลินิกที่ใช้ในการกำหนดข้อมูลสนับสนุน

หลักฐานทางคลินิก คือ ข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้จากการประเมินอาการแบบจำเพาะเจาะจง (focus assessment) ซึ่งข้อมูลนี้ ทั้งพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถวิเคราะห์และตัดสินใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยหลักฐานทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 1) ข้อมูลอันทันที ประกอบด้วย (1) อาการหรืออาการแสดงที่ผู้ป่วยเล่าและแสดงถึงความรู้สึกและการตอบสนองในสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น เจ็บปวด กลัว ท้อแท้ เหงื่อ วิตกกังวล เครียด (2) ข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วย ครอบครัว หรือนุคลิกที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา ที่มาของข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ชักประวัติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และสะท้อนการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย ครอบครัว หรือนุคลิกที่เกี่ยวข้อง และ 2) ข้อมูลปรนัย เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกต วัดและประเมินได้ ซึ่งได้จาก 1) การสังเกต 2) การตรวจร่างกาย 3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4) ผลการตรวจพิเศษ 5) บันทึกต่างๆ ของทีมสุขภาพ เช่น บันทึกทางการแพทย์ แบบประเมินต่างๆ และ 6) แผนการรักษา (วิจิตร กุสุมภ์ และ สุธิ ทองวิเชียร, 2564)

ระดับของหลักฐานทางคลินิก

หลักฐานทางคลินิกที่ใช้ในการพิจารณา กำหนดข้อมูลสนับสนุน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับมาก (strong evidence) เช่น อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษ สัญญาณชีพ แผนการรักษา 2) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับปานกลาง (moderate evidence) ขึ้นอยู่กับทักษะการประเมินของผู้ตรวจ เช่น การตรวจร่างกาย การชักประวัติ และ 3) หลักฐานทางคลินิกที่มีความชัดเจนระดับอ่อน (mild evidence) เป็นหลักฐาน

ที่มาจากเอกสารต่างๆ จากการใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น บันทึกทางการแพทย์ OPD card แบบประเมินต่างๆ

3. กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล

วัตถุประสงค์การพยาบาลเป็นความคาดหวังให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร ซึ่งเป็นแนวทางกว้างๆ ในการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ตรงประเด็น โดยพยายามปิดช่องว่างที่ยังคงเป็นปัญหาเพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น โดยวัตถุประสงค์การพยาบาลต้องมีความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

4. กำหนดเกณฑ์การประเมินผล

การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล คือ การกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง เป็นการพิจารณาว่าการที่จะประเมินผลการพยาบาลหรือการเกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังจะประเมินได้จากข้อบ่งชี้หรือพฤติกรรมใดของผู้ป่วยภายหลังให้กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลหรือไม่ ซึ่งเกณฑ์การประเมินผลต้องชัดเจน สามารถวัดและประเมินได้ตลอดจนครอบคลุมปัญหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาล โดยใช้แนวทางจากแหล่งที่มาของข้อมูลสนับสนุนทั้ง 8 ข้อ เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังที่จะให้เกิดขึ้น

5. กำหนดกิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนบทบาทของพยาบาลในการทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสภาพได้เร็วหรือช้า ซึ่งขึ้นอยู่กับว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้นมีประสิทธิภาพหรือไม่ ในปัจจุบันพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญจำเป็นต้องใช้ความรู้จากการวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อันจะส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2556) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในกิจกรรมการพยาบาลสามารถช่วยให้พยาบาลและทีมสุขภาพมั่นใจว่ากิจกรรมการพยาบาลนั้นๆ ปลอดภัยเมื่อปฏิบัติกับผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการกำหนดกิจกรรม

การพยาบาลประกอบด้วย 1) กำหนดให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวัตถุประสงค์การพยาบาล 2) กำหนดให้ครอบคลุมบทบาท 4 มิติ ของการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ 3) กำหนดให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ 4) ควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติหรือการดูแลตนเอง เพื่อให้การแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายได้มากที่สุด 5) กำหนดให้ครอบคลุมกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาความปลอดภัยหรือการป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วยจากภาวะเสี่ยงต่าง ๆ (risk management) 6) ควรเป็นกิจกรรมที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์นั้น ๆ โดยพิจารณาตามความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม 7) ควรประยุกต์จากตำราให้เหมาะสมกับสถานการณ์และความเป็นปัจเจกของผู้ป่วย ไม่ใช่กำหนดตามทฤษฎีหรือตำราทั้งหมด 8) เป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ 9) เป็นกิจกรรมที่ไม่ขัดกับความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมของผู้ป่วย และ 10) คำนึงถึงจริยธรรมทางการพยาบาลและสิทธิผู้ป่วย

6. กำหนดการประเมินผลการพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาลควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การพยาบาลและเกณฑ์การประเมินผลที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้การประเมินผลครบถ้วนและถูกต้อง

ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย ดื่มน้ำสุรา เมามาก กระโดดลงจากรถจักรยานยนต์ สลบประมาณ 2 นาที ญาตินำส่งโรงพยาบาลตราด แรกได้รับประเมิน neurological signs พบว่า GCS = 14 ($E_4 V_4 M_6$), pupil Rt 3 mm. RTL, pupil Lt 2 mm. RTL ขณะสังเกตอาการที่โรงพยาบาล

ตราด พบว่า GCS = 3 ($E_1 V_1 M_1$), pupil Rt 3 mm. RTL, pupil Lt 2 mm. RTL ใส่ท่อช่วยหายใจ และส่ง CT brain พบ EDH at occipital and posterior fossa

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดورا

ข้อมูลสนับสนุน

S: ไม่มี

O1: ข้อมูลใน chart พบว่า ผู้ป่วยเมามากแล้วกระโดดลงจากรถจักรยานยนต์ รู้สึกตัว $E_1 V_1 M_4$ แขนขาทั้งสองข้าง mild weakness, pupil Rt 3 mm. RTL, pupil Lt 2 mm. RTL

O2: CT brain พบ epidural hematoma (20 สิงหาคม 2566)

O3: ผ่าตัด craniotomy with clot remove (20 สิงหาคม 2566)

O4: มีไข้ T = 39.8 °C (30 สิงหาคม 2566)

O5: แรกได้รับ HR = 106 /min, BP = 193/113 mmHg, RR = 12 /min

O6: มีอาการสะอึก

เมื่อเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่กิจกรรมในขั้นตอนต่อไป ของกระบวนการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม เช่น ชี้น อ้าเจียน

2. motor power ไม่ลดลงจากเดิม คือ motor power ≥ 4 คะแนน

3. ขนาด pupil ไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่

เลวลง คือ ขนาด pupil ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2–3 mm.

4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ RR = 20–24 /min, P = 60–100 /min, PP ≤ 40 mmHg

5. Glasgow coma scale ≥ 6 คะแนน

การวิเคราะห์ ภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นดราเป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดง middle meningeal และหลอดเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic เกิดหลอดเลือดฉีกขาดจนทำให้เกิดก้อนเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ปริมาตรของสมองเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่า สมองประกอบด้วย 3 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่ เนื้อสมอง ร้อยละ 80–85 น้ำหล่อเลี้ยงสมอง ร้อยละ 8–12 และเลือดในหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำที่มาเลี้ยงสมอง ร้อยละ 3–7 เมื่อส่วนประกอบหนึ่งเพิ่มปริมาตรขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม ย่อมทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น (Hickey & Strayer, 2020) เช่น การไอ จาม การดูดเสมหะ ทำให้เกิด Valsalva maneuver ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะสูงได้

กิจกรรมการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดและป้องกันภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ มีดังนี้ (รุ่งนภา เขียวชะอำ, 2567)

1. สังเกตและบันทึกอาการและอาการแสดงทางระบบประสาทและสัญญาณชีพที่เป็นสัญญาณเตือนของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง (early warning sign of increased intracranial pressure) และต้องรายงานแพทย์ทันทีหากพบความผิดปกติ ประกอบด้วย 1) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองโดยประเมินอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง หากคะแนนระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ต้องรายงานแพทย์ทันที และ 2) สังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่มีปัญหาทางระบบประสาท ประกอบด้วย (1) สับสน กระสับกระส่าย ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่

บุคคล หรือมีอาการง่วงซึม (2) แขนขาอ่อนแรง แผลงจากเดิมตั้งแต่ 1 grade มีอาการตาพร่ามัว พุดลำบาก (3) ขนาด pupil ที่เปลี่ยนแปลง 2 ข้าง แตกต่างกันเกิน 1 mm. ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสง หรือมีลักษณะเป็น pinpoint (4) ปวดศีรษะมากขึ้น รับประทานยาบรรเทาปวดแล้วอาการไม่ทุเลา และ (5) ค่า ICP ≥ 20 mmHg (กรณีมี ICP monitoring) (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

2. ดูแลติดตามและสังเกตค่าความดันในกะโหลกศีรษะ แบ่งออกเป็น 1) ผู้ป่วยที่มี ICP monitoring โดยตรง และ 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำไขสันหลังที่อยู่ในโพรงสมอง (ventriculostomy หรือ external ventricular drainage [EVD]) ซึ่งพยาบาลต้องสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สายเข้าไปในโพรงสมอง (intraventricular catheter) ดังนี้ (1) การติดเชื้อที่บริเวณเยื่อหุ้มสมอง (2) เลือดออกในโพรงสมอง (3) การอุดตัน (occlusion) และ (4) ตำแหน่งการวางสายไม่เหมาะสม

3. ดูแลให้มีการระบายอากาศในปอดอย่างเพียงพอและป้องกันการอุดตันในทางเดินหายใจ เนื่องจากภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างและภาวะขาดออกซิเจนทำให้หลอดเลือดสมองขยายตัว จึงมีปริมาณเลือดไหลเวียนเพิ่มขึ้น เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จึงควรปฏิบัติดังนี้

3.1 ดูแลเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ประกอบด้วย 1) จำกัดการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 10 วินาที และก่อนดูดเสมหะครั้งที่ 2 ให้พัก 30 วินาที 2) ให้ผู้ป่วยพักอย่างน้อย 2 นาที ก่อนดูดเสมหะในรอบต่อไป 3) ดูดเสมหะไม่เกิน 1–2 ครั้ง ในแต่ละรอบของการดูดเสมหะ และใช้ความดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 mmHg เพราะหากความดันมากเกินไปจะทำให้มีการหดเกร็งของหลอดลม (bronchospasm) และเกิดอาการไออย่างรุนแรงระหว่างการดูดเสมหะ ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องอก เพิ่ม

ความดันโลหิตอย่างกะทันหัน ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง (cerebral perfusion) เพิ่มขึ้น และเกิดการหดเกร็งของหลอดเลือดสมอง (cerebral vasospasm) ส่งผลให้เกิดความดันกะโหลกศีรษะสูง 4) ใช้สายดูดเสมหะที่มีขนาดไม่เกิน 1/2 หรือ 2/3 ของเส้นผ่าศูนย์กลางของท่อช่วยหายใจ และ 5) จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา และแนวตรง ในขณะที่ดูดเสมหะเพื่อช่วยให้เลือดดำจากศีรษะไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น

3.2 จัดทำนอนตะแคงหรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อไม่ให้ลิ้นตกไปอุดกั้นทางเดินหายใจ และช่วยให้เสมหะ น้ำลายไหลออกได้สะดวก

3.3 พลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อระบายเสมหะ ป้องกันเสมหะคั่งค้างที่ใดที่หนึ่งในปอด และป้องกันปอดแฟบ

3.4 ติดตามภาวะขาดออกซิเจน

4. เพิ่มการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง เนื่องจากการที่เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจไม่สะดวกเป็นสาเหตุที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น และพบว่า การขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำเฉพาะแห่งที่ทำให้เกิดภาวะสมองบวม เป็นผลให้การไหลเวียนเลือดดำหยุดชะงัก ซึ่งวิธีการที่ช่วยให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจได้สะดวก มีดังนี้ 1) จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศา 2) จัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกับลำตัว (the neutral position) เพื่อไม่ให้ jugular vein ถูกกดทับ 3) หลีกเลี่ยงการจัดทำนอนศีรษะต่ำปลายเท้าสูง (Trendelenburg position) 4) ดูแลไม่ให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา และ 5) ดูแลไม่ให้ปลายเท้าชิดปลายเตียง ไม่วางไม้กระดานที่ปลายเท้า

5. จัดการสาเหตุที่ทำให้ความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งนำมาสู่ภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง โดยปฏิบัติดังนี้ 1) หลีกเลี่ยงการผูกมัด (restraint) โดยไม่จำเป็น 2) ดูดเสมหะด้วยความนุ่มนวล เพื่อลด

การกระตุ้นการไอ 3) ไม่ใช่แผ่นยันปลายเท้าเพื่อป้องกันปลายเท้าตกในผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งร่วมด้วย เพราะจะทำให้เพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้อง 4) ในการพลิกตะแคงตัว ต้องจัดหลังผู้ป่วยให้ตรงตลอดแนว และไม่ให้คอพลิกหรือเอียง 5) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้เกิดแรงเบ่ง เช่น การเบ่งอุจจาระ การเบ่งปัสสาวะ และ 6) ดูแลการตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจ (positive end expiratory pressure [PEEP]) ให้อยู่ระหว่าง 5-10 cmH₂O หาก PEEP มากกว่า 10 cmH₂O จะเพิ่มความดันในช่องอกและช่องท้อง

6. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นผู้ป่วยบ่อยๆ เพราะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนเลือด ได้แก่ ความดันเลือดแดง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจ และอัตราการเต้นของหัวใจ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เช่น การจัดทำนอน การดูดเสมหะ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลช่องปาก การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ดังนั้น พยาบาลต้องปฏิบัติการพยาบาลด้วยความนุ่มนวลและเท่าที่จำเป็น เช่น จำกัดจำนวนครั้งของการดูดเสมหะและการเพิ่มปริมาตรปอดเท่าที่จำเป็น จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมการพยาบาลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ดังนี้ 1) กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลระบบทางเดินหายใจให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 7-12 mmHg 2) การจัดทำนอนของผู้บาดเจ็บที่สมองทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 6-12 mmHg 3) การเคลื่อนไหว และการพูดคุยของผู้ป่วย ทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 7-9 mmHg และ 6-8 mmHg ตามลำดับ และ 4) การทำความสะอาดช่องปาก หากทำความสะอาดช่องปากเป็นเวลา 294 วินาที จะทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น 12 mmHg

7. จัดการภาวะไข้ เพื่อลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง โดยปฏิบัติดังนี้ 1) ประเมินอุณหภูมิ

กายอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง หรือตามอาการทางคลินิก โดยอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1°C ทำให้เพิ่มเมตาบอลิซึมในสมอง ส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดสู่สมองเพิ่มขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจึงไม่ควรีอุณหภูมิเพิ่มขึ้นเกิน 0.5°C ในเวลา 4 ชั่วโมง 2) เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับผู้บาดเจ็บที่สมองควรอยู่ระหว่าง $32-36^{\circ}\text{C}$ จะช่วยลดการใช้ออกซิเจนอย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ ซึ่งจะช่วยลดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง และช่วยรักษาระดับความดันกะโหลกศีรษะได้ โดยการเช็ดตัวลดไข้สามารถลดอุณหภูมิได้ $0.42-1.78^{\circ}\text{C}$ และ 3) หลีกเลี่ยงการห่มผ้าให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะรายที่มีไข้ตั้งแต่ 38°C ขึ้นไป เพราะทำให้เกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง

8. ดูแลให้สวมอุปกรณ์พยุงคอ (hard or soft collars) อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่สงสัยมีกระดูกคอหักร้าวด้วย โดยสวมไม่แน่นหรือหลวมเกินไป หากสวมแน่นเกินไปจะทำให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจไม่ได้ ทำให้ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้าม หากสวมหลวมเกินไปจะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ซึ่งวิธีการทดสอบว่าสวมอุปกรณ์เหมาะสมหรือไม่ โดยใช้นิ้วมือ 2 นิ้ว สอดเข้าไปด้านล่างของอุปกรณ์ หากสอดได้แสดงว่าเหมาะสม

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะท้อนแนวโน้มการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง ดังนี้ 1) ติดตามค่า ischemic modified albumin (IMA) ซึ่งเป็น biomarker โดยค่าจะเพิ่มขึ้นภายใน 6-12 ชั่วโมง หลังจากสมองขาดเลือด และจะกลับสู่ระดับปกติภายใน 24 ชั่วโมง (Coverdale et al., 2018) จากการศึกษาของ Radwan et al. (2021) พบว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองมีค่า IMA เพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามพบว่า ค่า IMA จะลดลงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อเกิดการบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลให้เกิด

oxygen free radical ซึ่งทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดพร่องออกซิเจน เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (acidosis) และการไหลเวียนเลือดในสมองลดลง (reperfusion) ดังนั้น ค่า IMA จะสามารถช่วยทำนายการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงและอัตราการเสียชีวิตได้ หากค่า IMA เพิ่มขึ้น จะสัมพันธ์กับการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น และ 2) ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยดูแลให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ $80-110\text{ mg\%}$ เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองจะเกิดภาวะ posttraumatic stress response ส่งผลให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดภาวะเลือดเป็นกรด หรือสมองบวม และทำให้ความดันกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า $200\text{ mg\%}$ จะเพิ่มอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองได้

10. ดูแลให้ได้รับ 20% mannitol และสารละลายชนิด hypertonic solution และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าโซเดียม ค่าโพแทสเซียม

การประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม
2. motor power อยู่ระหว่าง 4-5 คะแนน
3. ขนาด pupil ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2-3 mm.
4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ RR = $18-24/\text{min}$, P = $64-86/\text{min}$, PP = $32-40\text{ mmHg}$
5. Glasgow coma scale = 6-8 คะแนน

ข้อเสนอแนะในการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก

จากประสบการณ์การสอนการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกให้แก่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล พบว่า พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง ทักษะการตรวจร่างกาย

ที่จำเพาะเจาะจง (focus assessment) และการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถใช้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการระบุข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกได้ หากพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุม ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหา จะเป็นการช่วยคัดกรอง (early detection) ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ส่งผลให้สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

สรุป

การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกที่ครอบคลุมและถูกต้อง จะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาลในการตัดสินใจตั้งแต่การรวบรวมข้อมูลทางคลินิกที่ถูกต้องและครอบคลุมและนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ และประเมินได้อย่างครอบคลุมว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยนั้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์การพยาบาลที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนยังคงต้องดำเนินการต่อ จนกว่าปัญหาของผู้ป่วยจะดีขึ้นหรือหมดไป ดังนั้น การเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิก พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลจำเป็นต้องทบทวนและศึกษาเพิ่มเติมในองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย และมีการฝึกฝนการเขียนข้อวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาลทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยทำให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญคือ ทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15–28.
- พรศิริ พันธสี. (2562). *กระบวนการพยาบาล & แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 23). กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2560). *กระบวนการพยาบาล และการบันทึกทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2), 94–108.
- รุ่งนภา เขียวชะอำ. (2567). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง: การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), e267053.
- เรวดี ศรีสุข. (2564). การประยุกต์ใช้กระบวนการให้เหตุผลทางคลินิกในการเขียนวินิจัยทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 4(1), 5–21.
- วิจิตรา กุศลภักดิ์, และสุลลิตา ทองวิเชียร. (บ.ก.). (2564). *ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: พี.เค.เค. พรินท์ติ้ง.
- วิพร เสนารักษ์. (2556). *การวินิจัยการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 17). ขอนแก่นการพิมพ์.
- อรนนท์ หาญยุทธ. (2565). *กระบวนการพยาบาล: ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนอรุณการพิมพ์.

- Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2006). *Nursing diagnosis handbook: A guide to planning care* (7th ed.). St. Louis: Mosby, Elsevier.
- Coverdale, J. P. C., Katundu, K. G. H., Sobczak, A. I. S., Arya, S., Blindauer, C. A., & Stewart, A. J. (2018). Ischemia-modified albumin: Crosstalk between fatty acid and cobalt binding. *Prostaglandins, Leukotrienes & Essential Fatty Acids*, 135, 147–157. doi:10.1016/j.plefa.2018.07.014
- Hickey, J. V., & Strayer, A. L. (2020). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- North American Nursing Diagnosis Association International. (2008). *Nursing diagnoses definition and classification*. Retrieved from <http://www.Nanda.or/htm/TaxonomyII.html>
- Radwan, T. A. M., Fahmy, R. S., El Emady, M. F. M., Khedr, A. S. E. D. M., Osman, S. H., ElSonbaty, M. I., ... Elkatatny, A. M. (2021). Ischemia-modified albumin as a biomarker for prediction of poor outcome in patients with traumatic brain injury: An observational cohort study. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 33(3), 254–257. doi:10.1097/ANA.0000000000000647
-

**การพัฒนามาตรฐานอาจารย์: การเปลี่ยนแปลงเป็น
อาจารย์มืออาชีพโดยการผสมผสานการคิดเชิงออกแบบ
และการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมทักษะ 4Cs
ของนักศึกษาพยาบาล สำหรับนวัตกรรมด้านสุขภาพ
Development of the Instructor Standard: Transitioning to
Professional Instructor through Blending Design Thinking
and Interprofessional Education to Enhance
Nursing Students' 4Cs Skills for Health Innovation**

รุ่งนภา เขียวชะอำ, Ph.D. (Nursing)¹

Rungnapha Khiewcham, Ph.D. (Nursing)¹

Received: April 8, 2024 Revised: April 22, 2024 Accepted: April 23, 2024

หลักการและแนวคิดการเป็นอาจารย์มืออาชีพ

ในยุคประเทศไทย 4.0 มีการปฏิรูปการศึกษาให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและเน้นการพัฒนาความสามารถของอาจารย์ให้เป็นผู้สอนมืออาชีพ เรื่องนี้มีความสำคัญมากในการเสริมสร้างคุณภาพการสอนและการเรียนรู้ในสถาบันการศึกษาระดับสูง ซึ่งนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้เรียนในศตวรรษที่ 21 โดยเฉพาะทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรม 4 ด้าน หรือทักษะ 4Cs ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญของผู้เรียนในยุคปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม (creativity and innovation) 2) การคิดอย่างวิเคราะห์และการแก้ปัญหา (critical thinking and problem solving) 3) การ

สื่อสาร (communication) และ 4) การร่วมมือกัน (collaboration) การส่งเสริมให้เกิดทักษะ 4Cs นี้ อาจเริ่มต้นจากการเตรียมความพร้อมให้แก่อาจารย์ในการสอนอย่างมืออาชีพ กรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพ (professional standard framework (PSF)) ได้นำมาจากแนวการปฏิบัติระดับนานาชาติ ซึ่งในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา สถาบันการศึกษาของไทยได้เริ่มใช้กรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพ เพื่อประเมินและเสริมสร้างคุณภาพการสอนมากขึ้น กรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการสอนอย่างมืออาชีพ เช่น ความรู้เชิงวิชาการ วิธีการสอน

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Assistant Professor, Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, E-mail: rungnapha@pnc.ac.th

ความรับผิดชอบต่ออาชีพ เมื่อนำกรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพมาใช้ สถาบันการศึกษาสามารถจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพและเป็นประโยชน์สูงสุดให้แก่ผู้เรียนได้อย่างเต็มที่ เพื่อให้พร้อมที่จะเผชิญกับความซับซ้อนแห่งโลกในศตวรรษที่ 21

กรอบมาตรฐานวิชาชีพกับการจัดระดับความเป็นอาจารย์มืออาชีพ

กรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพ เป็นแนวทางสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนอาจารย์ให้มีสมรรถนะและประสิทธิภาพในการจัดการเรียนการสอน สอดคล้องกับการส่งเสริมผลลัพธ์การเรียนรู้ของนักศึกษาตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ (knowledge) อาจารย์จำเป็นต้องมีความรู้ในสาขาวิชาเฉพาะที่ตนเองรับผิดชอบ รวมถึงความรู้ด้านการสอนและการจัดการเรียนรู้ 2) สมรรถนะ (competencies) อาจารย์ต้องสามารถออกแบบและวางแผนการจัดการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน รวมถึงสามารถวัดและประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียน พร้อมให้ข้อมูลป้อนกลับที่เป็นประโยชน์ และ 3) ค่านิยม (values) อาจารย์ต้องให้คุณค่ากับการพัฒนาวิชาชีพและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังต้องธำรงไว้ซึ่งจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพอาจารย์อีกด้วย องค์ประกอบมาตรฐานวิชาชีพสำหรับอาจารย์มืออาชีพทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ ได้ถูกจัดระดับตามระดับของคุณภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ครูที่มีคุณภาพ (beginner/fellow teacher) เป็นอาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีค่านิยมในการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ระดับที่ 2 ครูที่เกื้อกูลให้เพื่อนร่วมวิชาชีพเป็นครูที่มีคุณภาพ (competent/ professional teacher) เป็นอาจารย์ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม สนับสนุน และ

พัฒนาเพื่อนร่วมงานให้ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการเป็นพี่เลี้ยง ให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับเพื่อนร่วมงาน ระดับที่ 3 ครูที่สร้างครูที่มีคุณภาพในองค์กร (proficient/ scholarly teacher) เป็นผู้นำในการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการเรียนการสอนและการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์ในองค์กร โดยริเริ่มและผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับคุณภาพการศึกษา และมักมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางและนโยบายด้านการเรียนการสอน และการพัฒนาวิชาชีพของสถาบัน และระดับที่ 4 ครูที่เป็นผู้นำในการพัฒนาวิชาชีพครูในระดับชาติหรือนานาชาติ (mastery teacher) เป็นอาจารย์ผู้มีความสามารถในการจัดการเรียนการสอนที่เป็นที่ยอมรับทั้งภายในและภายนอกองค์กร เป็นผู้นำในศาสตร์ของตนเอง และการจัดการเรียนรู้ข้ามศาสตร์ รวมถึงมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาองค์ความรู้ และการจัดการเรียนรู้ระดับชาติและนานาชาติ ดังนั้น กรอบการพัฒนาอาจารย์มืออาชีพจึงเป็นแนวทางที่จำแนกระดับความสามารถของอาจารย์อย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นจนถึงระดับที่เป็นผู้นำในวงการวิชาการ ทั้งด้านการสอน การวิจัย และการพัฒนาวิชาชีพครู เพื่อให้อาจารย์สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

บทบาทของอาจารย์มืออาชีพในศตวรรษที่ 21

การเป็นอาจารย์มืออาชีพในศตวรรษที่ 21 เป็นความรับผิดชอบที่มีความหนักและสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวกระโดดอย่างรวดเร็วในด้านเทคโนโลยี วงการธุรกิจ และสังคมทั่วโลก อาจารย์ต้องเตรียมความพร้อมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนและสังคมได้อย่างเหมาะสม บทบาทของอาจารย์มืออาชีพในศตวรรษที่ 21 สรุปได้ดังนี้

1. ผู้กระทำการเรียนรู้: บทบาทหลักของอาจารย์

คือ การเป็นผู้สร้างสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียน ตั้งแต่การออกแบบกิจกรรมที่น่าสนใจหรือสร้างแรงจูงใจให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

2. ผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำ: อาจารย์มีบทบาทในการช่วยผู้เรียนในด้านการวางแผนอนาคตและการพัฒนาทักษะชีวิต นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำและสนับสนุนการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองของผู้เรียน

3. ผู้เป็นแรงบันดาลใจ: อาจารย์มีบทบาทในการเป็นแรงบันดาลใจและกระตุ้นให้ผู้เรียนมีความต้องการในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองอย่างไม่หยุดนิ่ง

4. ผู้นำทางวิชาการ: อาจารย์มีบทบาทในการสร้างและแบ่งปันองค์ความรู้ใหม่ๆ ผ่านงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และกระตุ้นให้ผู้เรียนประยุกต์ใช้องค์ความรู้นั้นในชีวิตประจำวัน

5. ผู้เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต: อาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านคุณธรรมและความเป็นผู้ดำเนินชีวิตที่ดีต่อผู้เรียน ทำให้ผู้เรียนได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตอย่างเหมาะสม

6. ผู้เชื่อมโยงการเรียนรู้กับชีวิตจริง: อาจารย์มีบทบาทในการเชื่อมโยงการเรียนรู้ของผู้เรียนให้สัมพันธ์กับชีวิตจริงและบริบททางสังคม เพื่อให้การเรียนรู้มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

7. ผู้สร้างเครือข่ายการเรียนรู้: อาจารย์มีบทบาทในการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ที่กว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8. ผู้สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลง: อาจารย์เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนมีความสนใจในการเรียนรู้ และกระตุ้นให้พัฒนาองค์ความรู้และทักษะต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

9. ผู้ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย: อาจารย์มีบทบาทในการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับสังคม

อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

จะเห็นได้ว่า บทบาทของอาจารย์มีอาชีพในศตวรรษที่ 21 ไม่เพียงแต่เกี่ยวข้องกับการสอนและถ่ายทอดความรู้เท่านั้น แต่ยังเน้นที่การสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เต็มไปด้วยแรงบันดาลใจ การกระตุ้นให้เกิดความต้องการในการเรียนรู้ และการส่งเสริมให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะและความสามารถต่างๆ อย่างเป็นระบบและครอบคลุม

การพัฒนาวิชาชีพอาจารย์อย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาวิชาชีพอาจารย์เป็นเรื่องสำคัญที่ช่วยให้อาจารย์สามารถรักษามาตรฐานการทำงานและตอบสนองบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องได้ กระบวนการพัฒนาวิชาชีพควรเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตการทำงาน ซึ่งขอกกล่าวถึงแนวทางการพัฒนาวิชาชีพอาจารย์ ดังนี้

1. การพัฒนาความรู้ มีดังนี้

1.1 การค้นคว้าความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งความรู้ต่างๆ เช่น ตำรา สื่อออนไลน์

1.2 การเข้าร่วมการอบรม สัมมนา และประชุมวิชาการทั้งในและต่างประเทศ

1.3 การศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น เพื่อเสริมความรู้และทักษะ

1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเพื่อนร่วมงาน เพื่อเสริมสร้างความรู้และประสบการณ์

2. การพัฒนาทักษะในการสอนและการจัดการเรียนรู้ มีดังนี้

2.1 การสร้างผลงานทางวิชาการด้านการสอน เช่น บทความ หนังสือ ตำรา สื่อการสอน

2.2 การนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสอนและการจัดการเรียนรู้

2.3 การทดลองใช้รูปแบบการสอนและการประเมินผล เพื่อปรับปรุงความเข้าใจของการเรียนรู้

2.4 การศึกษาดูงานจากสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์

ของผู้อื่นและนำไปใช้ในการพัฒนาตนเอง

3. การพัฒนางานวิจัย มีดังนี้

3.1 การผลิตงานวิจัยเพื่อสร้างความรู้ใหม่ที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสาขาวิชาและชุมชนวิชาการ

3.2 การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการสอนและการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่มีความหลากหลายและมีคุณค่า

3.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางวิชาการเชิงวิจัย เพื่อนำเสนอผลงานวิจัยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักวิจัยอื่นๆ ทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

4. การมีส่วนร่วมในชุมชนวิชาชีพ มีดังนี้

4.1 การเข้าร่วมและเป็นสมาชิกขององค์กรวิชาชีพ สมาคมวิชาการ หรือองค์กรทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

4.2 การให้บริการวิชาการแก่ชุมชนและสังคม เช่น การอบรม การเผยแพร่ความรู้ หรือการให้คำปรึกษาทางวิชาการ

4.3 การแบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญในสาขาวิชากับเพื่อนร่วมวิชาชีพ

5. การเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรม มีดังนี้

5.1 การเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมที่แสดงถึงศักยภาพและสร้างมาตรฐานที่ดีในวงการวิชาการ

5.2 การแสดงความรับผิดชอบและความซื่อสัตย์ในการปฏิบัติงานทางวิชาการและวิชาชีพ

5.3 การเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมและมีคุณธรรมที่ดีต่อผู้เรียนและสังคมโดยรวม

จะเห็นได้ว่า การพัฒนาวิชาชีพเป็นภาระที่สำคัญและเป็นความรับผิดชอบของอาจารย์ทุกคน ตั้งแต่ระดับเริ่มต้นจนถึงระดับเชี่ยวชาญ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์สูงสุดต่อผู้เรียนและสังคม สถาบันการศึกษาจำเป็นต้องมีระบบสนับสนุนและสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนาวิชาชีพของอาจารย์ เช่น การจัดสรรงบประมาณและทุนการศึกษา การจัดกิจกรรม การสนับสนุนการพัฒนาตนเอง เพื่อให้

สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ด้านการศึกษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาอื่นๆ และหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาวิชาชีพของอาจารย์ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ระหว่างองค์กรกับสถาบันการศึกษาที่ต่างกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการปฏิบัติงานของอาจารย์และสร้างผลการเรียนรู้ที่มีคุณค่าแก่ผู้เรียนในอนาคต

ตัวอย่างการเปลี่ยนแปลงเป็นอาจารย์มืออาชีพในการสอนโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมทักษะ 4Cs ของนักศึกษาพยาบาลในวิชาวิจัยและนวัตกรรม

สำหรับการสอนภาคทฤษฎีวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาลที่ผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบหลักนั้น ประกอบด้วยผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (program learning outcomes (PLOs)) ได้แก่ PLO1 การประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาล การผดุงครรภ์ และบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการสุขภาพทุกช่วงวัยในภาวะปกติและเจ็บป่วย PLO3 แสดงออกถึงพฤติกรรมด้านคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ เจตคติที่ดีต่อวิชาชีพและการปกป้องสิทธิผู้รับบริการ PLO4 แสดงออกถึงทักษะการคิดขั้นสูงในการตัดสินใจแก้ปัญหา การคิดอย่างมีวิจารณญาณและสร้างสรรค์ PLO5 ประยุกต์ความรู้ ระเบียบวิธีวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล การผดุงครรภ์ และในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ PLO7 ใช้ภาษาในการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและเป็นสากล PLO8 ใช้สื่อสารสนเทศและเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการเรียนรู้และปฏิบัติการพยาบาล และการผดุงครรภ์ และ PLO10 ประยุกต์แนวคิดการเป็นผู้ประกอบการด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม

ผู้เขียนและอาจารย์ผู้สอนได้ออกแบบการเรียนรู้

การสอนเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับหลักสูตร (PLOs) และผลลัพธ์การเรียนรู้ระดับรายวิชา (course learning outcomes [CLOs]) โดยในช่วงปีการศึกษา 2563–2565 การเรียนการสอนยังคงใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้การวิจัยและปัญหาเป็นฐาน (research based and problem based learning) จากการสอบถามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต (user needs) เช่น โรงพยาบาล หรือชุมชน พบว่าต้องการนวัตกรรมที่สามารถนำไปแก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนที่ไม่สามารถใช้ศาสตร์ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียวได้ ซึ่งสิ่งประดิษฐ์หรือนวัตกรรมที่แก้ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนนั้นจำเป็นต้องอาศัยการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ (interprofessional education [IPE]) โดยความร่วมมือจากวิชาชีพต่างๆ เช่น วิศวกรรมศาสตร์ เกษตรศาสตร์ แพทย์แผนไทย ดังนั้น ผู้เขียนในฐานะผู้รับผิดชอบวิชาจึงเริ่มการพัฒนานวัตกรรมโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) ร่วมกับการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ กับอาจารย์ประจำกลุ่มพัฒนานวัตกรรมทั้ง 15 กลุ่ม เพื่อให้มีการใช้รูปแบบการเรียนรู้หรือเทคนิคการเรียนการสอนเพื่อให้ นักศึกษาได้บรรลุผลลัพธ์ทักษะ 4Cs โดยผู้เขียนเป็นผู้นำร่องการใช้แนวคิดนี้ร่วมกับนักศึกษาที่เรียนวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ จำนวน 9 คน และนักศึกษาวิทยาลัยเทคนิคจันทบุรี ในการพัฒนานวัตกรรม “วอล์กเกอร์เตือนภัยเหตุฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุที่พร้อมการเคลื่อนไหวและอาศัยอยู่ที่บ้านคนเดียว” และนำนวัตกรรมไปทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า คะแนนความมั่นใจในการอยู่บ้านคนเดียวของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน นอกจากนี้ยังได้ส่งนวัตกรรมเข้าประกวดในเวทีระดับนานาชาติ คือ Share and Show 2023 และคว้ารางวัลรองชนะเลิศอันดับ 4 จะเห็นได้ว่า การเรียนรู้แบบสหวิชาชีพช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเพิ่มการเรียนรู้ และเพื่อยืนยันว่านักศึกษابรรลุผลลัพธ์ทักษะ 4Cs

ผู้เขียนจึงให้นักศึกษาประเมินตนเองเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมโดยกระบวนการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ พบว่า นักศึกษามีทักษะ 4Cs สำหรับการพัฒนานวัตกรรมโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพในระดับมากถึงระดับมากที่สุด โดยรายการประเมินที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($M = 4.67, SD = .47$) มี 3 รายการ ได้แก่ “สามารถติดต่อสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมและสหวิชาชีพอื่นเมื่ออยู่ในขั้นตอนของการพัฒนานวัตกรรม” “เมื่องานที่ได้รับมอบหมายเกี่ยวกับการพัฒนานวัตกรรมมีข้อแก้ไข ได้มีการปรับปรุงโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบเพื่อให้วัตตกรรมนั้นดีขึ้น” และ “นักศึกษามีการช่วยเหลือและมีความรับผิดชอบร่วมกันในระหว่างการพัฒนาวัตตกรรม”

การพัฒนาการเรียนการสอนวิชาวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างมากในการเตรียมความพร้อมให้แก่ นักศึกษาในฐานะผู้นำด้านนวัตกรรมในอนาคตของวงการสุขภาพ การใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบและการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างผู้เรียนให้มีทักษะ 4Cs ที่เป็นประโยชน์สำหรับการประกอบวิชาชีพในอนาคต และการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพช่วยให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการทำงานร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ นำไปสู่ความเข้าใจและการแก้ปัญหาที่ซับซ้อนในสาขาที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การพัฒนาอาจารย์ผู้สอนหลักและอาจารย์ผู้สอนประจำกลุ่มให้เป็นอาจารย์มืออาชีพยังเป็นการพลิกโฉมการสอนให้เป็นประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความหมายและมีคุณค่า เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์การทำงานของอุตสาหกรรม 4.0 และทักษะที่ต้องการในอนาคต เพื่อให้สามารถออกแบบและนำเสนอหลักสูตรที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาดแรงงาน และสามารถสร้างนักศึกษาให้มีความพร้อมที่จะทำงานในสายอาชีพที่กำลังเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

