วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2566

Vol. 15 No. 2 July - December 2023

JOPN

ISSN 1906-652X (Print)

ISSN 2672-961X (Online)

บทความวิจัย

- การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง — *ดุสิต กล่ำถึก, อารีย์วรรณ อ่วมตานี*
- ผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ — *กมลภู ถนอมสัตย์, จินตนา ยูนิพันธุ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์*
- ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี — *พวงผกา อินทร์เอี่ยม, ชรินทร์พร มะชะรา, พรทิพย์ อนันตกุล, ลัคนา พระแท่น*
- การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ — *ลภิสรา สวัสดิรักษ์, สมดี อนันต์ปฏิเวธ, ภรรวษา จันทศิลป์, พรนิภา ลีละธนาฤกษ์*
- การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี — *ศศิภาส์ อริสริยวงศ์, อารี ชีวเกษมสุข, ดวงกมล วัตราดุลย์*
- ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ — *สุปราณี พลธนะ, สุพัตรา นุชกูล, สาธวี แย้มดอนไพร, สุภัตรา ลิบลับ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์*
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ — *ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, อภิสิทธิ์ ตามสัตย์*
- ผลของการเปรียบเทียบการใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง — *ดวงใจ นาคจู, สุพัตรา เผ่าพันธ์, ศรีวรรณา ทาสันเทียะ, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, โรจนี เลิศบุญเหรียญ, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์*
- ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย : ประสบการณ์ของมารดา — *จิดาภา ผูกพันธ์, รรฤณ แสงแก้ว, ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ, บุญญภัสร์ ภูมิภู, วิภาดา ดวงพิทักษ์*
- ประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน — *เนตรฤทัย ภูนากลม, อภิสิทธิ์ ฉกรรจ์ศิลป์, อรอุมา แก้วเกิด*
- ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก — *ศศิธร ธรรมชาติ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์*
- ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย — *เบญญลักษมิ์ หมุดดี, ญาณัชฌาน์ แก้วตา, สาวิตรี จีระยา*
- การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล — *ชฎาพร คงเพ็ชร์, ภณิภารัศมิ์ ธรรมโยธินกุล, กัญญ์ชิสา สุนทรมาลัย, พรณภัช ชั้นแจ่ม, ฟ้าใส เรืองสารกุล*
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย — *พัชรินทร์ คำแก่น, ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กันย์นิรินท์ ไชยแก้ว, ภรัญยู สุภาตา*
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น — *ณัฐธนาฒย์ เมฆาวรรณ์, วรรณา พาหุวัฒนกร, เอมพร รตินธร*
- การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า — *สุมนา ยวดยง, ปุณณภา ศรีสมบูรณ์, ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์*

TCI กลุ่ม 1

https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/index

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการ ผลงานวิจัยทางด้านการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมการศึกษาค้นคว้า วิจัย การผลิตผลงานวิชาการ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล

เจ้าของวารสาร สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร	ศรีสุพรรณ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา	จีระแพทย์	สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา	ยูนิพันธุ์	ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน	อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พลตำรวจตรีหญิง ยุพิน	เนียมแสง	ข้าราชการบำนาญ โรงพยาบาลตำรวจ

บรรณาธิการ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร. สายสมร เฉลยกิตติ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัณห์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. เอื้อญาติ ชูชื่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม	สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. กัญญ์ฐิตา ศรีภา	คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ
นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์	ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ
นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สินีนุช ศิริวงศ์ (ร.น.)	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ยุวดี แตรประสิทธิ์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. เรวดีทรรศน์ รอบคอบ	มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์ อรรถารส	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
พันตำรวจโทหญิง ธิดารัตน์ เลิศธีรกุล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

ผู้จัดการวารสาร นางสาว จันทร์จิรา อริยะเศรณี
กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ
มกราคม - มิถุนายน และ กรกฎาคม - ธันวาคม
ที่อยู่วารสาร กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ (วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)
เลขที่ 492/1 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร 02-251-0253
E-mail journal@nursepolice.go.th
Website https://he01.tci-thaijo.org/index.php/policenurse/

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 ประจำปี พ.ศ.2566 นี้ เป็นปีสุดท้ายของการใช้เลข ISSN 1906-652X (Print) และ 2672-961X (Online) ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย จำนวน 24 เรื่อง แบ่งออกเป็น กลุ่มที่ 1 การศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการทั้งในการศึกษาองค์ประกอบ การพัฒนา และศึกษาผลของระบบบริการ จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการจัดการระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ และ 3) ผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ กลุ่มที่ 2 การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลและการเสริมสร้างความรอบรู้ จำนวน 5 เรื่อง โดยศึกษาทั้งกับเด็ก ผู้ใหญ่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ 1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2) การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง 3) ผลของการเปรียบเทียบการใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง 4) การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี และ 5) การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มที่ 3 การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการปฏิบัติงานของพยาบาล จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และ 2) ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มที่ 4 การศึกษาเกี่ยวกับบทบาท ประสบการณ์ และความคาดหวังของมารดา จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) ประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน และ 3) ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย : ประสบการณ์ของมารดา กลุ่มที่ 5 การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนผู้ดูแล จำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี และ 2) ผลของโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน กลุ่มที่ 6 การศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจ เจตคติ และพฤติกรรม จำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย 2) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และ 3) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร กลุ่มที่ 7 การศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้และพฤติกรรมของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดที่มีต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล 2) ผลของรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 3) การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 4) สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และ 5) การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล และเรื่องสุดท้ายการศึกษาเกี่ยวกับการนำ

เทคโนโลยีมาใช้ในการพยาบาล ได้แก่ ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

สำหรับบทความวิชาการในวารสารฉบับนี้ มีจำนวน 6 เรื่อง เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน และให้การพยาบาลทั้งในวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุจำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ 2) การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด 4) การพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด 5) บทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น และเรื่องสุดท้าย ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดจากวัคซีนโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลตำรวจ ผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และผู้ทรงคุณวุฒิที่ร่วมพิจารณาบทความวิจัยและบทความวิชาการ ตลอดจนผู้แต่งทุกท่านที่ส่งผลงานมาลงตีพิมพ์ สนับสนุนค่าใช้จ่าย ให้กำลังใจ คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือแก่กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจมาโดยตลอด

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง *ดุสิต กล่ำถึก, อารีย์วรรณ อ่วมตานี*	143 - 157
ผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ *กมลภู ถนอมสัตย์, จินตนา ยูนิพันธุ์, สุนิดา ปรีชาวงษ์*	158 - 169
ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี *พวงผกา อินทร์เอี่ยม, ชรินทร์พร มะชะรา,* *พรทิพย์ อนันตกุล, ลัคนา พระแท่น*	170 - 181
การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ *ลภิสรา สวัสดิรักษ์, สมดี อนันต์ปฏิเวธ,* *ภรรวษา จันทศิลป์, พรนิภา ลีละธนาฤกษ์*	182 - 194
การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี *ศศิภาส์ อริสริยวงศ์, อารี ชีวเกษมสุข, ดวงกมล วัตราดุลย์*	195 - 207
ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ *สุปราณี พลธนะ, สุพัตรา นุชกูล, สาธวี แย้มดอนไพร,* *สุภัตรา ลิบลับ, ละอองดาว วรรณฤทธิ์*	208 - 218
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ *ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, อภิสิทธิ์ ตามสัตย์*	219 - 232
ผลของการเปรียบเทียบการใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง *ดวงใจ นาคจู, สุพัตรา เผ่าพันธ์, ศรีวรรณา ทาสันเทียะ,* *ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, โรจนี เลิศบุญเหรียญ, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์*	233 - 244

บทความวิจัย	หน้า
ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย : ประสบการณ์ของมารดา *จิดาภา ผูกพันธ์, รรฤณ แสงแก้ว, ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ, บุญญภัสร์ ภูมิภู, วิภาดา ดวงพิทักษ์*	245 - 255
ประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน *เนตรฤทัย ภูนากลม, อภิสิทธิ์ ฉกรรจ์ศิลป์, อรอุมา แก้วเกิด*	256 - 265
ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก *ศศิธร ธรรมชาติ, นภาพร วาณิชย์กุล, สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์*	266 - 278
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย *เบญญลักษมิ์ หมุดดี, ญาณัชฌาน์ แก้วตา, สาวิตรี จีระยา*	279 - 288
การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล *ชฎาพร คงเพ็ชร์, ภณิภารัศมิ์ ธรรมโยธินกุล, กัญญ์ชิสา สุนทรมาลัย, พรณภัช ชั้นแจ่ม, ฟ้าใส เรืองสารกุล*	289 - 294
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย *พัชรินทร์ คำแก่น, ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ, กันย์นิรินท์ ไชยแก้ว, ภรัญยู สุภาตา*	295 - 306
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น *ณัฐธนาฒย์ เมฆาวรรณ์, วรรณา พาหุวัฒนกร, เอมพร รตินธร*	307 - 318
การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า *สุมนา ยวดยง, ปุณณภา ศรีสมบูรณ์, ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์*	319 - 328
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร *รจนาถ หอมดี, กาญจนา ภัทราวิวัฒน์, ฐาศุกร์ จันประเสริฐ*	329 - 337

บทความวิจัย	หน้า
ผลของรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ *กาญจนา คงมั่น, สิทธิพร ครามานนท์, ฐาศุกร์ จันประเสริฐ*	338 - 347
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการจัดการระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน *มัลลิกา จีนาคำ, ประสพชัย พสุนนท์*	348 - 356
การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ *พัชรี กระจ่างโพธิ์, กิตติชัย สุธาสิโนบล, วิไลลักษณ์ ลังกา*	357 - 366
การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง *จารุวรรณ ประดา, ศิริพรรณ แสนลัง, วันทนี ผลสมบูรณ์,* *ณภัทร พรหมชู, โสภณ สวัสดิ์*	367 - 379
ผลของโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน *กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง,* *สุมิศา กุมลา, สมจิตต์ ลุประสงค์*	380 - 390
ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดที่มีต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล *พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน, ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ*	391 - 400
สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ *สิวาภรณ์ เจริญวงค์, ปาริชาติ สุขสวัสดิพร, ทศพร ดิษฐ์ศิริ*	401 - 408
บทความวิชาการ	
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ *เบญญาภา ทนต์ประเสริฐเวช, ลักขณา แพทยานันท์*	409 - 419
การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ *ภานุชนาถ ฟูสี, ศศิวิมล บูรณะเรข*	420 - 428

บทความวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด 429 - 440
พรขวัญ มุ่งกลาง

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดจากวัคซีนโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ 441 - 446
พิมพรรณ ทรัพย์ขำ

บทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น 447 - 453
กฤษณา ปิงวงศ์, ขวัญชนก ยาลมาโซน

การพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด 454 - 462
ปภัชญา สว่างวรรณ, ธิดารัตน์ สิงห์ศรี,
ชุลีรัตน์ เพชรวัชระไพบูลย์, วายุรี ลำโป

ภาคผนวก

ค่าใช้จ่ายสำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ/ บทความวิจัย
แบบคำร้องส่งบทความวิชาการ/ บทความวิจัย เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA 6th edition ของวารสารพยาบาลตำรวจ



การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง[1]

WORKING AS A NURSE IN AN EMERGENCY UNIT AT A GENERAL HOSPITAL

ดุสิต กล่ำถึก[2] อารีย์วรรณ อ่วมตานี[3]

Dusit Klamthuk Areewan Oumtanee

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Part of the thesis, Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

[2]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล)

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Graduated student in Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

[3]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

[3]Corresponding author E-mail: areeday@yahoo.com

Received: *June 22, 2023* Revised: *July 26, 2023* Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาของ Heidegger ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Crist and Tanner การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln

ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประกอบด้วย 1) คัดกรองผู้ป่วยต้องใช้ทักษะที่หลากหลาย 2) เฝ้าสังเกตอาการเพื่อพิจารณารับไว้หรือจำหน่ายกลับบ้าน 3) ช่วยฟื้นคืนชีพรีบเร่งปฏิบัติการ 4) บริการงานรับย้ายและส่งต่อ 5) ไม่รีรอเร่งช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน 6) ดำเนินการช่วยงานสาธารณภัย 7) งานมอบหมายอื่นที่ให้แก่สังคม และ 8) ผลที่ได้จากการปฏิบัติงาน ผลการศึกษานี้ ทำให้เข้าใจลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่ต้องรับผิดชอบงานที่หลากหลาย ดูแลผู้ป่วยทุกโรคและทุกวัย รวมถึงทุกระดับของความเร่งด่วนในการรักษา ดังนั้นพยาบาลในหน่วยงานจึงต้องมีความรู้และทักษะทางการแพทย์ที่หลากหลาย เพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัยและให้การพยาบาลของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและรวดเร็ว

คำสำคัญ : พยาบาล, หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, ปรากฏการณ์วิทยา

Abstract

The purpose of this study was to describe the experiences of team mentors mentoring nurses working in the Emergency Unit. The qualitative research methodology of Heidegger's interpretative phenomenology was employed. Twelve registered nurses with at least 2-year experience in Emergency department work were included. Data were collected through in-depth interviews, voice recordings, field notes, and observations. The data were transcribed verbatim and then analyzed using the interpretative method proposed by Crist and Tanner, ensuring trustworthiness based on the criteria of Guba and Lincoln.

The findings related to experiences with a team mentor could be categorized into eight themes as follows: 1) Screening patients requiring diverse skills, 2) Monitoring symptoms to determine admission or discharge, 3) Assisting in resuscitation and expediting procedures, 4) Referring patients, 5) Providing emergency medical services, 6) Offering disaster services, 7) Performing other assigned tasks, 8) Taking the results from work. The results of this study gain an understanding of the variety of tasks of registered nurses in the Emergency Department. Registered nurses care for patients of all diseases and ages, including all levels of treatment urgency. Therefore, they must have a wide range of medical knowledge and skills to be able to evaluate, diagnose, and provide nursing care appropriately and quickly.

Keywords: registered nurses, emergency unit, phenomenology

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตของชีวิตและทำงานท่ามกลางความคาดหวังของญาติผู้ป่วย ซึ่งในปัจจุบันการทำงานในแผนกดังกล่าวไม่ได้หมายถึงการทำงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเท่านั้น แต่ต้องหมุนเวียนผลัดเปลี่ยนกันทำงานให้ 4 งานหลัก ได้แก่ งานการแพทย์ฉุกเฉิน งานส่งต่อ งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล และ งานการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Department of Medical service, 2018) ซึ่งเป็นงานที่ต้องปฏิบัติทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะแตกต่างจากในอดีตที่มีการแบ่งงานระหว่างให้บริการภายในหน่วยงานและปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าวสะท้อนถึงประสบการณ์ทางบวก ได้แก่ การทำงานที่ท้าทาย และความสุขที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ส่วนประสบการณ์ทางลบ ได้แก่ ความเครียดในการปฏิบัติงาน ความไม่สมดุลของชีวิตและงาน รวมถึง ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ (Ramkaew & Oumtanee, 2014; Somboon & Oumtanee, 2012) อย่างไรก็ตามกระบวนการการทำงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ที่มุ่งเน้นการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการห้องฉุกเฉิน เพื่อตอบสนองความจำเป็นของผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพในผู้ป่วยฉุกเฉิน มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัย เข้ามาปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ (Muneesawang, 2018) และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพมีการเปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือ ต้องใช้ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น (Wongjumpoo, Muangcheun, & Aiumchai,

2022) สำหรับการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่างานวิจัยส่วนหนึ่งสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดในงานของพยาบาลห้องฉุกเฉิน เช่น งานวิจัยในประเทศอินเดีย Ahwal and Arora (2015) พบว่า ความเครียดในการทำงานของพยาบาล ER เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ความตาย และความบีบคั้นทางจิตใจ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมาน การเสียชีวิตของผู้ป่วยอย่างกะทันหัน การช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วย และเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน (violence) เหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้พยาบาลลาออกจากงาน ส่วนงานวิจัยในประเทศออสเตรเลีย พบว่า สาเหตุของความเครียดในงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ได้แก่ การเผชิญกับความต้องการของผู้ป่วยและญาติ ภาระงานที่มากเกินไป และความไม่แน่นอนในแผนการรักษาของแพทย์ (Alomari, Collison, Hunt, & Wilson, 2021) สำหรับประเทศไทย แม้ว่าจะมีงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน และหน่วยแพทย์ฉุกเฉินไว้แล้ว แต่การศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในช่วง 8 - 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งบริบทการทำงานของพยาบาล ER ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงต่างไปจากเดิม เช่น มาตรฐานการทำงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล เครื่องมือและเทคโนโลยีดิจิทัลที่ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติงาน (Annopporncha & Kidhirunkul, 2021) และสถานการณ์ภัยพิบัติทางสาธารณสุข (Wongjumpoo, Muangcheun, & Aiumchai, 2022) ส่งผลต่อการปรับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ดังนั้น การศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามประสบการณ์จริงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานดังกล่าว จะทำให้เข้าใจลักษณะการทำงาน การเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ และเสียงสะท้อนในเรื่องราวต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปวางแผนพัฒนาและส่งเสริมการทำงานของพยาบาล ER ในรูปแบบต่าง ๆ ได้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานจริง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง

คำถามวิจัย

การปฏิบัติงานของพยาบาลงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (hermeneutic phenomenology) บนพื้นฐานแนวคิดของ Martin Heidegger (Thiangtham, 2005) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลหนึ่งซึ่งถือว่าอยู่ในโลกเดียวกับผู้ให้ข้อมูล (being in the world) พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดหนึ่งของภาคกลาง

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูล ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี และ 2) มีความยินดีเข้าร่วมในงานวิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลมีความอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12 คือข้อมูลจากการสัมภาษณ์เริ่มซ้ำ และไม่พบประเด็นใหม่เกิดขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่เกี่ยวกับ

ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 2 ข้อ ข้อคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์จะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย

3. แบบบันทึกภาคสนาม สำหรับเขียนบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกส่วนตัว ความคิดเห็น วัฒนธรรมและความเชื่อ พฤติกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบ

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้โทรศัพท์มือถือ

ส่วนที่สำคัญที่สุดในการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ตัวผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ และทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อในการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ระยะก่อนและระหว่างการดำเนินการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ดำเนินการขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา เลขเอกสารที่ 02/2566 วันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2566 และผ่านการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการสัมภาษณ์อย่างละเอียดทุกครั้ง และดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังจากที่ผู้ให้ข้อมูลลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียง และจดบันทึกขณะสัมภาษณ์ทุกครั้ง ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าระหว่างการสัมภาษณ์สามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ สามารถปฏิเสธการตอบคำถามหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยที่เป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้ว ถือว่าสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ซึ่งมีการใช้การบันทึกเสียงร่วมกับการสังเกตกิริยาท่าทางประกอบการให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลและมีการจดบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย จำนวน 2 - 3 ครั้งต่อผู้ให้สัมภาษณ์ 1 ราย และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 40 - 50 นาที ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ผู้วิจัยดำเนินไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล จนการทั่งข้อมูลอิ่มตัว ใช้เวลาทั้งหมด 40 วัน เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 และสิ้นสุดเมื่อ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ Crist and Tanner (2003) ประกอบด้วย การนำข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์มาถอดเทปมาตรวจสอบความถูกต้องอ่านแล้วดึงประเด็นที่สำคัญออกมา นำข้อค้นพบที่ได้นำมาจับกลุ่มข้อความที่มีความหมายร่วมกันไปให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะกำหนดชื่อประเด็น และเลือกคำให้สัมภาษณ์ที่เป็นข้อมูลสนับสนุนประเด็นนั้น ๆ และนำประเด็นเหล่านั้นมารวมกันเพื่อผูกเป็นเรื่องราวเดียวกันและนำข้อค้นพบที่ได้มาเขียนบรรยายในประเด็นต่าง ๆ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) ดังนี้ 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการทำการวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ผู้วิจัยนำประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล

แต่ละรายไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ผู้วิจัยได้เสนอข้อมูลที่ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึก เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้ผลการวิจัยสามารถนำไปเชื่อมโยงกับประสบการณ์ของตนเองในการประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน 3) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบจากการบันทึกเสียง การถอดคำแบบคำต่อคำ และบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนอีกครั้ง ด้วยการจดบันทึกข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ เช่น วันที่ เวลาและสถานที่ การฟังการบันทึกเสียงซ้ำ และมีการอ้างอิงคำพูด (direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลประกอบการนำเสนอผลการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลการวิจัย 8 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. คัดกรองผู้ป่วยต้องใช้ทักษะที่หลากหลาย ตามเกณฑ์มาตรฐานการคัดกรองของ MOPH ED. TRIAGE เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วยต้องผ่านก่อนเข้าไปในพื้นที่อื่นของห้องฉุกเฉิน คือ โซนคัดกรอง พยาบาลมีหน้าที่ประเมินและคัดแยกผู้ป่วยโดยการซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล สอบถามประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การดูแลตนเองเบื้องต้น และการตรวจร่างกายผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นการรวบรวมข้อมูลและวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อจัดระดับความเร่งด่วนในการรักษา นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย เพราะในขณะที่ผู้ป่วยรอคอยการตรวจรักษาจากแพทย์ อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว หากอาการผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงมากขึ้นจะได้ให้ความช่วยเหลือได้ทันท่วงที ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"...เราคัดกรองไปแล้ว คนไข้อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ในการเจ็บป่วย ทำให้เหมือนระดับของคนไข้สูงขึ้นหรือเท่าเดิมก็ได้ คือเราต้องมีการประเมินคนไข้ตลอดเวลา เช่น เวลาประเมินความเจ็บปวดก็ไม่ถาม pain scale อย่างเดียวก็พยายามประเมินสีหน้า ประเมินสัญญาณชีพร่วมด้วย แต่ก็พยายามเข้าใจว่าอาการของผู้ป่วยเป็น dynamic สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (ID9T1L156-164)"

ในปัจจุบันมีการนำโปรแกรมการคัดกรองมาใช้ทำให้ทุกโซนใน ER สามารถเรียกดูข้อมูลผู้ป่วยได้ และยังสามารถนำมาวิเคราะห์ตัวชี้วัดได้ด้วย ดังเช่นคำให้สัมภาษณ์

"เราใช้ระบบคอมพิวเตอร์มันจะทำให้มีความชัดเจนของข้อมูล ก็จะดี และเวลาที่เราต้องการข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ การเก็บตัวชี้วัดคุณภาพการให้บริการ เช่น เวลาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้าพบแพทย์ เวลาการตรวจรักษาที่เกิน 2 ชั่วโมงในผู้ป่วยฉุกเฉิน ความเหมาะสมการดูแลคนไข้ Trauma การให้ออกซิเจน การดามกระดูก การทำแผลห้ามเลือด เราก็สามารถวิเคราะห์ได้จากการคีย์ข้อมูลโดยไม่ต้องมานั่งเขียน นั่งนับมือเหมือนในสมัยก่อนมันก็มีประโยชน์ (ID2T2L91-104)"

2. เฝ้าสังเกตอาการ เพื่อพิจารณารับไว้หรือจำหน่ายกลับบ้าน เป็นการรับผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤตแล้ว มาสังเกตอาการโดยมีการประเมินอาการผู้ป่วยทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้ป่วยอาการเปลี่ยนแปลงจะมีการประเมินถี่ขึ้น และต้องมีความไวในการประเมินอาการเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วย STEMI ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"การที่เราได้ดูแลคนไข้ Observe อะไม่ได้แปลว่าคนไข้จะปลอดภัยแล้วนะ ฉีดยา รอ Lab ไรงี้นะ คือเขาก็มีโอกาสที่อาการจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอด ฉะนั้นเราต้องเข้าไป Monitor ทุกครึ่งชั่วโมง ทุก 1 ชั่วโมง หรือ ณ เวลา

นั้นอาการมีการเปลี่ยนแปลง เราก็ต้องเข้าไปดูเขาและรายงานแพทย์ค่ะ (ID4T1L259-269)"

เมื่อครบกำหนดเวลา 4 ชั่วโมงแล้ว พยาบาลแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทำการวินิจฉัยและพิจารณารับเข้ารักษาต่อในหอผู้ป่วยใน หรือจะจำหน่ายกลับบ้าน นอกจากนี้ ยังรับดูแลสังเกตอาการผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหลังจากแผนกผู้ป่วยนอกปิดทำการแล้ว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"ห้องตรวจ GP รับตรวจไม่เกิน 2 ทุ่มครึ่ง ปัญหา คือ ผลเลือดยังออกไม่หมด เคสที่เหลือพยาบาลทางห้องตรวจ GP จะเดินมาส่งเวรกับทาง ER ว่ายังเหลือเคสอะไรบ้าง เช่น รอผลเลือด รอ Admit ซึ่งจะต้องให้แพทย์ของห้องตรวจ GP มาตรวจดูต่อที่ ER ซึ่งเราก็ต้องดูทั้งคนไข้ของ GP และของ ER ซึ่งก็ต้องคอยเดินตามแพทย์ Round และที่สำคัญหัตถการต่าง ๆ ของเคส GP ที่เหลือมาจะต้องใช้เจ้าหน้าที่ของ ER ช่วยทำหัตถการทั้งหมด และถ้ามีแพทย์ต้องการ Admit ก็จะทำการ Admit จากห้องฉุกเฉิน และคนไหนอาการทุเลา ก็จะ Discharge กลับบ้าน (ID12T1L77-86)"

3. ช่วยฟื้นคืนชีพ รีบเร่งปฏิบัติการ

การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นพื้นที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย โดยปกติจะมีพยาบาลประจำเพียงคนเดียว แต่เมื่อมีเหตุการณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ พยาบาล ณ จุดนี้สามารถขอความช่วยเหลือจากพยาบาลโซนอื่น ๆ ได้ แต่ในเบื้องต้น พยาบาลต้องเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อน หากเกิดเหตุการณ์นี้กับผู้ป่วยหลายคน พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่สุดก่อน เรียงลำดับตามความรุนแรง หลังจากผู้ป่วยฟื้นแล้ว พยาบาลยังต้องดูแลอาการผู้ป่วยจนกว่าอาการจะดีขึ้นและคงที่จึงจะย้ายไปหอผู้ป่วยวิกฤตได้ ในการช่วยฟื้นคืนชีพแต่ละครั้ง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"เจอคนไข้ MI ที่ Arrest และอีกคนนึงเป็น Post Arrest...ต้องดูสถานการณ์ว่า ตอนนั้นพี่อยู่ใกล้ Case ไหนมากที่สุด หรือ Case ไหนรู้ข้อมูลมากที่สุด พี่ก็จะเข้าไปดู Case นั้น หรือถ้า Case ไหนที่เรา Concern ว่าฉุกเฉินมาก เราก็เลือกเข้าไปดู Case นั้น Case ที่เราเข้าไม่ถึงก็ต้องให้คนอื่นเข้ามาช่วยดู ... ส่วนใหญ่จะมีหมอ 2 คน 2 ทีม หมอก็จะแบ่งไป คนละคน และพยาบาลก็จะแบ่งเป็น 2 ทีม เข้า CPR ค่ะ (ID6T2L102-109)"

นอกจากนี้ พยาบาลห้องฉุกเฉินยังย้ำว่าการบันทึกทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่สำคัญมาก พยาบาลจะละเลยไม่ได้ เนื่องจากเป็นหลักฐานสำคัญในการยืนยันการพยาบาลผู้ป่วยทั้งขณะอยู่ที่ห้องฉุกเฉินและขณะนำส่งผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤต ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"พี่อะ จะบันทึกไว้ และในการนำส่งผู้ป่วยก็จะมีใบ record ระหว่างนำส่ง เพื่อเวลาไปถึงหอผู้ป่วยเราจะสามารถยืนยันอาการ และการเปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งผู้ป่วย โดยใบ record เราจะใช้ในผู้ป่วยที่เป็นประเภท Resuscitation และ Emergency ที่พยาบาลจะต้องเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยเวลา Admit (ID11T2L82-89)"

4. ให้บริการงานรับย้ายและส่งต่อผู้ป่วย

การรับย้ายและส่งต่อผู้ป่วย จะเริ่มจากระบบ Doctor to Doctor กล่าวคือ แพทย์จะพูดคุยกันตกลงกันก่อน หลังจากนั้น พยาบาลจากโรงพยาบาลต้นทางจะติดต่อประสานงานกับพยาบาลศูนย์ส่งต่อเพื่อแจ้งประวัติและอาการเพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางได้เตรียมพร้อมในการรับผู้ป่วย สำหรับการรับย้ายผู้ป่วยมารักษาต่อ พยาบาลโรงพยาบาลต้นทางซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลทั่วไป หากเป็นการย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลศูนย์ พยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยพร้อมส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Three Refer เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางได้เตรียมอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยและประมาณเวลาที่ใช้ในการเดินทาง และเนื่องจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปไปยังโรงพยาบาลศูนย์เป็นการย้ายข้ามจังหวัด ในขณะ

นำส่งผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ พยาบาลจะต้องสั่งการให้พนักงานขับรถแวะช่วยชีวิตผู้ป่วย ณ โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดก่อน หลังแก้ไขปัญหาได้แล้ว จึงเดินทางต่อพร้อมทั้งรายงานเหตุการณ์กับพยาบาลโรงพยาบาลปลายทางให้รับทราบด้วย นอกจากพยาบาลจะต้องรับผิดชอบชีวิตผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังต้องรับผิดชอบชีวิตตนเองด้วย เนื่องจากการไปกับรถฉุกเฉิน อุบัติเหตุสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาโดยเฉพาะพนักงานขับรถที่ขับรถเร่งรีบจนเกินไป ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"...คนไข้ที่ Refer ไป แล้วสุดท้ายไป Arrest ระหว่างทาง หลัก ๆ คือ เราก็ทำการช่วยชีวิตเบื้องต้น และหาโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และขอเขาไป Resuscitate ที่โรงพยาบาลนั้น การไป refer ก็กลัวอุบัติเหตุเหมือนกัน เราก็ต้องดูว่าพนักงานขับรถที่ไปกับเราเป็นใคร ขับรถยังไง บางคนเราก็รู้ว่าเขาไม่ได้เร่งรีบเท่าไร หรือบางคนก็รีบจนน่ากลัวก็มี กลัวเหมือนกัน ก็เลยไม่อยากอยู่ Refer อันตราย (ID3T3L77-81)"

5. ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน การออกช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโดยการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 เมื่อได้รับแจ้งเหตุ พยาบาลจะมีการซักประวัติผู้ป่วยจากญาติหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ เกี่ยวกับลักษณะของการเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่นำไปสู่การเจ็บป่วย โรคประจำตัว พร้อมทั้งข้อมูลการติดต่อกลับ เพื่อสะดวกต่อการไปรับมารักษา และพยาบาลจะจำแนกความรุนแรงตามกลุ่มอาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสั่งการให้ทีมออกปฏิบัติการในพื้นที่ ในระหว่างรอทีมปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ พยาบาลแจ้งเหตุจะโทรกลับไปหาญาติเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ โดยการสอบถามจากญาติหรือผู้พบเหตุ และสอนให้ญาติหรือผู้พบเหตุปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปก่อน หากผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น พยาบาลจะสอนการทำ CPR เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยก่อนที่ทีมปฏิบัติการที่ออกช่วยเหลือจะไปถึง ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์

"...พยาบาลก็จะโทรกลับไปหาญาติที่โทรแจ้ง เช่นถ้าญาติโทรเข้ามาผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ เราจะสอบถามก่อนว่าญาติเต็มที่หรือเปล่า ญาติต้องการให้ปั๊มหัวใจ ระหว่างที่ทีมกำลังเดินทาง ต้องอธิบายกับญาติว่าการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ญาติต้องมีการปั๊มหัวใจรอ ขณะที่รถออกไป เราก็จะมีการสอน ก่อนสอนเราต้องสร้างความมั่นใจให้เค้าก่อน คนไข้จะรอดถ้าญาติทำการ CPR รอทีมเราจะสอนการ CPR ทางโทรศัพท์เลย... (ID5T1L345-355)"

ส่วนพยาบาลที่ออกไปช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เมื่อได้ข้อมูลการเจ็บป่วย ต้องมีการวางแผนการออกปฏิบัติการโดยมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ช่วยเหลือ ถ้าสถานการณ์ไม่ปลอดภัยหรือมีผู้ไม่เกี่ยวข้องล้อมดูผู้ป่วย ทีมต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตำรวจ ผู้ใหญ่บ้าน ชาวบ้าน เพื่อช่วยให้ทีมกู้ชีพสามารถทำงานได้สะดวกขึ้น ในกรณีที่ช่วยเหลือผู้ป่วยได้แล้ว ในขณะอยู่ในรถพยาบาลผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจหยุดเต้นได้ ต้องเร่งรีบให้การช่วยเหลือในรถพยาบาลและรายงานเหตุการณ์ ต่อศูนย์สั่งการเพื่อเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ไว้รับผู้ป่วย ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์

"...พอประเมินคนไข้ยังมีชีพจร ก็เลยรีบนำผู้ป่วยใส่ Hard collar และเคลื่อนย้ายโดยการใช้ Long spinal Board ซึ่งพอขึ้นรถผู้ป่วยวัดความดันไม่ได้ก็รีบ Monitor EKG เป็น Asystole ก็รีบทำการปั๊มหัวใจทันที ก็จะแบ่งหน้าที่กัน อาจจะให้ EMT Hold Ambu bag ให้พี่อีกคนเจาะเลือดและ On IV อีกคนปั๊มหัวใจ และคนเจาะ IV ก็เตรียมยาให้คนไข้ไปด้วย และให้คนขับรถประสานศูนย์สั่งการให้ทีมในห้องฉุกเฉินเตรียมห้อง Resuscitation เตรียมอุปกรณ์ รอเมื่อผู้ป่วย (ID4T2L121-131)"

6. บริการงานสาธารณภัยพร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น การปฏิบัติงานในด้านสาธารณภัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การออกปฏิบัติการ

เชิงรุกในการจัดทีมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติออกช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อน และการปฏิบัติการเชิงรับในการเตรียมแผน การซ้อมแผน ในการรับมือภาวะภัยพิบัติ การออกไปช่วยเหลืองานสาธารณภัยที่ผ่านมา ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมในจังหวัดภาคใต้ และการส่งพยาบาลไปช่วยดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่โรงพยาบาลสนามจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งทำให้พยาบาลที่ไปช่วยเหลือมีประสบการณ์นำวิธีบริหารจัดการมาใช้กับโรงพยาบาลสนามที่โรงพยาบาลพื้นที่ศึกษารับผิดชอบในสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ส่วนการรับมือเชิงรับ เป็นการซ้อมแผนอุบัติภัยต่าง ๆ ซึ่งจะมีการซ้อมทุกปี แต่ในระยะหลังมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ จึงต้องไปซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยกับหน่วยงานอื่น ๆ ทำให้เวลาปฏิบัติงานจริงไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ เนื่องจากการซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานอื่น ไม่ได้เน้นงานที่พยาบาลห้องฉุกเฉินต้องรับผิดชอบโดยตรง ดังคำให้สัมภาษณ์

"... ในระบบสาธารณภัยเราก็มีการจัดซ้อมแผนสำหรับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา เราก็จะมีแผนเกี่ยวกับการรับมือภัยหมู่ แผนอุทกภัย โรคติดต่อ แผนไฟไหม้... ถ้าเป็นสาธารณภัยเราก็จะตั้งไว้ซ้อมปีละ 1 ครั้ง โดยเป็นแบบ Table exercise (การซ้อมโต๊ะ) หรือการซ้อมเสมือนจริงขึ้นอยู่กับความพร้อมในแต่ละปี (ID2T1L396-400)"

"ติดงบ มีปัญหาเรื่องงบประมาณ มันก็ทำให้ไปต่อไม่ได้... เมื่อได้รับแจกงานแล้ว ทีมที่ออก Pre-Hospital ก็ต้องรู้บริบทของตัวเองแล้วว่า เป็นอะไร ออกไปเนี่ยก็ต้องรู้ละว่า ต้องออกไป Manage ข้างนอก อย่าหลงลืมบริบท ทุกวันนี้อาจมีหลงลืมบริบทตัวเองบ้าง ว่าตนเองเป็นแค่ทีมรักษาพยาบาล (ID8T1L289-294,305-309)"

7. บริการความรู้เพื่อประโยชน์ต่อสังคม

นอกเหนือจากงานประจำ งานสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและทักษะการกู้ชีพขั้นพื้นฐานเป็นงานที่ให้บริการตามที่หน่วยงานต่าง ๆ ขอความร่วมมือรวมถึงการออกหน่วยปฐมพยาบาลในงานต่าง ๆ เช่น งานฟุตบอล งานมหกรรมต่าง ๆ ของจังหวัด พยาบาลผู้ออกปฏิบัติการจะมีการเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับงานนั้น ๆ และมีการจัดสถานที่ให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานและเมื่อมีผู้บาดเจ็บจะให้การดูแลเบื้องต้น หากเกินความสามารถของหน่วยปฐมพยาบาลจะประสานงานกับรถพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ดังคำให้สัมภาษณ์

"...การออกหน่วยการปฐมพยาบาลหน่วยปั่นจักรยานก็จะมีหน่วยเคลื่อนที่ตามขบวนปั่น ซึ่งตอนนั้นเราก็ต้องมีการเตรียมของและอุปกรณ์สำหรับเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุรถล้ม เราก็จะมีการเตรียมอุปกรณ์ทำแผล การดาม เป็นลมแดด เราก็มีการเตรียมยาดม ผ้าเย็น ยารักษาโรคเบื้องต้น เครื่อง AED ในกรณีที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ไว้ในรถ คือ เราต้องมีการเตรียมพร้อม (ID2T2L117-142)"

"... แต่สำหรับส่วนตัวที่เคยได้ไปดูแลเองเลยเนี่ยนะคะ จะเป็นคนไข้ที่เป็นลม และก็ DTX ต่ำดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น และผู้ป่วยรู้สึกตัวเลยให้ดื่มน้ำหวาน ก็คือ ณ ตอนนั้นไม่ได้โทร 1669 แต่เรานำส่งโรงพยาบาลเองเลย (ID4T2L110-119)"

นอกจากนี้ มีการจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาได้รับการรับรองมาตรฐานการเป็นองค์กรฝึกอบรมจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อผลิตผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลักสูตร Emergency Medical Technician และ Emergency Medical Responder เป็นแหล่งให้ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน ER ให้มีความรู้ในการดูผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์

"จะมีการสอนหลักสูตร EMR (Emergency Medical Responder) และหลักสูตร EMT (Emergency Medical Technician) สอนในเรื่องการออกเหตุ การประเมินผู้ป่วย ประเมินก่อนการออกเหตุไรงี้ค่ะ ประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย Scene size-up การป้องกันตัวเอง การดูสถานที่ให้ปลอดภัย การให้มีความรู้เบื้องต้น แยกคนไข้ระหว่างคนไข้อุบัติเหตุและคนไข้ป่วย รู้จำนวนคนไข้เบื้องต้น และก็อาจต้องขอแหล่งสนับสนุนอะไรหรือไม่ระหว่างออกเหตุ ซึ่งปกติในการสอนในหลักสูตร EMR และ EMT ขององค์กรฝึกอบรมของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาจะเป็นคนรับผิดชอบสอนเรื่องนี้ โดยจะเป็นการสอนทฤษฎี และการปฏิบัติในการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วย (ID9T1L430-440)"

8. ผลที่ได้จากการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีทั้งผลทางบวกและทางลบได้แก่เครียดจากการบริหารจัดการ เนื่องจากพยาบาลที่ทำหน้าที่หัวหน้าเวรจะมีความเครียดกับการบริหารจัดการงานทุกอย่างในเวร บางส่วนอาจจัดการได้ บางเรื่องอาจจะจัดการได้ยากเนื่องจากสาเหตุมาจากการตรวจรักษาในขณะที่ผู้ป่วยและญาติรู้สึกไม่พอใจต่อการตรวจรักษาที่รอนาน นอกจากนี้การประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าต้องใช้เวลาเนื่องจากต้องติดต่อโรงพยาบาลนอกเครือข่าย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"...มีปัญหาเกี่ยวกับโรคที่เป็นโรคที่ขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง เช่น Vascular อย่าง STEMI Stroke MI เราก็มี MOU กับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อที่จะให้เราสามารถมีช่องทาง refer ได้ แต่ใน case vascular เงี้ยะ แพทย์เฉพาะทางมันน้อย มันก็จะค้างอยู่ที่เรา ทำให้เราไม่สามารถ refer ไปได้ส่วนมากก็จะเป็นคนไข้อุบัติเหตุและมีปัญหาเรื่องการขาดของเส้นเลือด คือ ผู้ป่วยมีแผลฉีกขาดที่ขาประมาณเกือบ 10 cms เวลาที่แพทย์วินิจฉัยก็จะมีทั้งการตรวจร่างกาย การส่ง CT หลอดเลือด ซึ่งก็ใช้เวลาประมาณ 2 - 3 ชั่วโมงในการรอผล เมื่อผลออกเราต้องติดต่อหาที่ refer ถ้าแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ที่จังหวัดนครสวรรค์ไม่มีเราก็ต้องหว่านล้อม ในจังหวัดอื่น เช่น กรุงเทพมหานคร โรงเรียนแพทย์ ซึ่งต้องผ่านศูนย์ refer การรอการตอบกลับ ใช้เวลาเกือบ 1 เวรในการที่จะส่งต่อผู้ป่วยได้ บางทีก็เกิดปัญหาเรื่องญาติไม่พอใจที่รอนาน เราก็พยายามอธิบายให้เค้าเข้าใจนะว่ากระบวนการมันติดอยู่ที่ตรงไหน คนไข้ก็อยู่กับเรานานมากจริง ๆ เราก็เครียดนะ ไหนจะเครียดที่หาที่ refer ให้คนไข้ไม่ได้ เราต้องพยายามหา refer แบบไม่สิ้นสุด ไหนจะเครียดจากการที่ญาติกดดันเราในการรอคอย ไหนคนไข้ในห้องฉุกเฉินมันก็เยอะทำให้เราเครียดมากเวลาที่เราเป็นหัวหน้าเวร (ID6T1L329-377)"

นอกจากนี้ พยาบาลยังบอกเล่าถึงการขาดสมดุลชีวิตกับงาน เนื่องจากภารกิจในห้องฉุกเฉินมีจำนวนมากไม่สอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ ทำให้พยาบาลต้องขึ้นปฏิบัติงานมากขึ้น จนทำให้มีวันหยุดพักผ่อนน้อย ไม่มีเวลาอยู่กับครอบครัว ไม่ได้หยุดงานวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ ดังนั้น พยาบาลจึงปรับเปลี่ยนการเดินทางไปหาครอบครัวเป็นการพูดคุยทางโทรศัพท์แทน ส่วนพยาบาลที่มีครอบครัวใช้วิธีแลกเวรให้ได้หยุดวันเสาร์หรืออาทิตย์ และบางรายใช้วิธีขายเวรเพื่อให้ตนเองได้ใช้ชีวิตส่วนตัวกับครอบครัวดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"...รู้สึกว่าเราทำงานมากเกินไป ทำงานเยอะเกินไป มันก็ส่งผลต่อความสุขในชีวิตบ้างอย่างช่วงเทศกาลวันหยุด เราก็เห็นคนอื่นได้หยุดได้ไปไหนต่อไหน ครอบครัวเราก็จะนัดเจอกันในช่วงเทศกาล พร้อมหน้าพร้อมตากัน แต่เราดันต้องมาขึ้นเวร ต้องทำงานก็รู้สึกแย่ค่ะ เราก็รู้สึกว่าเออเราไม่ได้หยุดเหมือนเขา ต้องไปหาเวลาหยุดหลังเทศกาล เข้าใจว่าเราเป็นน้องใหม่เพิ่งจบมาและในวันหยุดส่วนมากก็จะเป็นพี่อาวุโสก็จะได้หยุดกัน แล้วในเทศกาลส่วนมากต้องจับเวรเสริมเพื่อรองรับการเก็บข้อมูลอุบัติเหตุในวันหยุดยาว เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ ทำให้ทุกคน

แทบไม่ได้หยุด ขึ้นเวร 8 ชั่วโมง พัก 8 ชั่วโมง วนกันไป และด้วยความเราเป็นน้องใหม่วันหยุดเราก็จะน้อยกว่าพี่ ๆ ในหน่วยงานอยู่แล้ว เดือนหนึ่งจะหยุด 5 - 6 วัน ทุกวันก็พยายามสร้างความสุขในการที่เราต้องทำงานเยอะ เจอครอบครัวน้อย โดยการโทรคุยกับที่บ้านบ่อย มีอะไรก็ปรึกษาครอบครัว เราอาจจะเป็นการนัดเจอครอบครัววันอื่น โอกาสอื่นที่หยุดค่ะ (ID12T1L149-160)"

อย่างไรก็ตาม พยาบาลผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่าการทำงานที่ห้องฉุกเฉิน แม้ว่าจะเป็นงานที่มีความเครียดและไม่สามารถรักษาสมดุลชีวิตกับงานได้ แต่พยาบาลห้องฉุกเฉินก็มีความสุขกับการมีเพื่อนร่วมงานที่ดีและมีความสุขที่ได้ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติได้อีกครั้งหนึ่ง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"...ความสุขที่ได้เพื่อนร่วมงานที่ดีในการทำงานในห้องฉุกเฉิน การมีเพื่อนร่วมงานที่ดีรู้สึกว่าเป็นความสุขมาก การทำงานในห้องฉุกเฉินถึงแม้ในแต่ละเวรจะมีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอยู่แล้ว แต่ละคนต่างมีหน้าที่หลัก แต่เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการ โดยที่ทุกคนช่วยกันดูแลผู้ป่วย เช่น ในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยหนัก มีผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมา ซึ่งเป็นการดูแลของพยาบาลประจำห้อง Resuscitation แต่พยาบาลในทีมที่ว่างงานก็ไปช่วยกันดูแลคนไข้ ช่วย Resuscitation ร่วมกัน ทำงานเป็นทีม ให้งานสำเร็จ จนบางครั้งรู้สึกว่าเหนื่อยกาย แต่สุขใจที่ทุกคนช่วยกัน (ID1T2311-315)"

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่างานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีลักษณะเฉพาะเนื่องจากต้องการการปฏิบัติงานที่รวดเร็วและมีการตัดสินใจที่ดีในเวลาอันสั้น ทั้งยังต้องมีความรับผิดชอบสูงและเชื่อมโยงกับส่วนอื่น ๆ ของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้การรักษาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่มาถึงในสภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยงานของพยาบาลห้องฉุกเฉินจะเน้นไปที่การให้การดูแลและการรักษาที่มีภาวะเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล โดยเริ่มจากงานที่ปฏิบัติ ดังนี้

1) การคัดกรองผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องใช้ทักษะที่หลากหลายในการสังเกต ซักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ การตรวจร่างกายเบื้องต้น แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความรุนแรงของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งเน้นให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตที่เป็นอันตรายได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยการแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ประเภท ตาม MOPH ED. Triage (Department of Medical Services, 2018) และพยาบาลต้องมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องโรคและอาการของโรคเป็นอย่างดี จะได้วินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและจัดลำดับความเร่งด่วนในการรักษาได้ไม่ผิดพลาด หากประเมินทำต่ำกว่าเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความเป็นจริง (under triage) จะทำให้ระยะเวลาในการรอการรักษานานขึ้น อาจส่งผลทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับการรักษาล่าช้า ส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น หากผู้ป่วยได้รับการคัดแยกสูงกว่าอาการ (over triage) จะส่งผลทำให้ผู้ป่วยอื่นที่มีความจำเป็นเร่งด่วนได้รับการรักษาล่าช้า (Bureau of Nursing, 2008)

ปัจจุบันโรงพยาบาลมีการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาช่วยงานในระบบคัดกรอง ซึ่งในระยะแรกพยาบาลต้องมีการเรียนรู้การใช้โปรแกรมด้วยตนเอง เนื่องจากยังไม่มีการอบรมการใช้โปรแกรมทำให้พบความยากลำบากในการใช้โปรแกรม แต่เมื่อทุกคนใช้งานบ่อย ๆ ทำให้เกิดทักษะการใช้เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาความรอบรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลที่พยาบาลต้องเปิดใจที่จะเรียนรู้ก่อน หลังจากนั้นควรมีการฝึกปฏิบัติ

จนสามารถใช้งานได้ดี (Deelertpaiboon et al., 2023) ซึ่งจากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า เมื่อพยาบาลฝึกใช้งานโปรแกรมได้คล่อง จึงเห็นว่าโปรแกรมให้ประโยชน์ในการทำงานหลาย ๆ ด้าน

2) การดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการเป็นโซนที่พยาบาลมีการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ผ่านพ้นระยะวิกฤต โดยมีการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ดูแลความเจ็บป่วยตามภาวะของโรคหรือการเจ็บป่วยตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งในผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 30 นาที หรือผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้รับการประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง ตามมาตรฐานงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Bureau of Nursing, 2008) นอกจากนี้พยาบาลยังทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ผู้รักษาในการวินิจฉัยการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหน่วยงาน

3) การช่วยฟื้นคืนชีพ ซึ่งเป็นพื้นที่สำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤต ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโซนนี้ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้และผ่านการอบรมเกี่ยวกับ Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) เพื่อเพิ่มโอกาสในการฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Sripakho, 2014) และพยาบาลต้องเข้าถึงผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นให้ไวและพร้อมให้การช่วยเหลือในทันที (Chomjan & Pachakawe, 2020) ร่วมกับทีมช่วยฟื้นคืนชีพที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลระบบการไหลเวียนของเลือด (circulation) ระบบทางเดินหายใจ (airway) และการช่วยหายใจ (breathing) และมีการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการประเมินซ้ำทุก 10 – 15 นาที จนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่จึงจะย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต (Bureau of Nursing, 2008) นอกจากนี้พยาบาลห้องฉุกเฉินจะทำการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระบบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อให้ข้อมูลสำคัญสามารถนำไปใช้ในการรักษาต่อไป และเพื่อเป็นการบันทึกที่สมบูรณ์และถูกต้องตามนโยบายและข้อกำหนดทางกฎหมาย (Bureau of Nursing, 2008)

4) การให้บริการงานส่งต่อผู้ป่วย เป็นการปฏิบัติงานในส่วนของรับและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยมีระบบการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล ซึ่งปัจจุบันมีการพัฒนาคุณภาพการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ระหว่างสถานพยาบาล โดยมุ่งเน้นความครบถ้วนของข้อมูลและการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อประสานงานการส่งต่อ ส่งผลให้ระบบการส่งต่อมีประสิทธิภาพ (Rattanasunya, 2021) นอกจากนี้ Bureau of Nursing (2008) ได้ระบุว่าให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมและให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยสะท้อนถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการส่งต่อผู้ป่วย คืออุบัติเหตุในระหว่างส่งต่อผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jantarapon et al. (2020) ที่พบว่าความเสี่ยงการใช้รถพยาบาลและการส่งต่อ เป็นการออกปฏิบัติการนอกสถานพยาบาลซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เราไม่สามารถคาดเดาหรือควบคุมได้อย่างเต็มที่ทุกครั้งที่ออกปฏิบัติงานบุคลากรประจำรถพยาบาลถือว่ามีความเสี่ยงในการทำงาน

5) การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินพยาบาล ณ จุดนี้ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโดยการปฏิบัติงานภายใต้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 โดยการได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยจากการโทรแจ้งผ่านเบอร์สายด่วน 1669 (National Institute For Emergency Medicine, 2556) ทั้งการรับแจ้งและออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุจะออกในทีมระดับ Advance Life support ในบทบาทการเป็นหัวหน้าทีม โดยหลังจากรับคำสั่งในการออกปฏิบัติการจากศูนย์สั่งการ เกี่ยวกับข้อมูลการเจ็บป่วย สถานที่ หัวหน้าทีมต้องมีการวางแผนประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย

ของทีม วางแผนการช่วยเหลือผู้ป่วย เตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือให้พร้อมใช้งาน ร่วมถึงการนำเทคโนโลยีอย่างเช่น Tele-medicine เข้ามีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทำให้แพทย์สามารถประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทำให้เพิ่มโอกาสในการช่วยชีวิต สอดคล้องกับ Annopporncha and Kidhirunkul (2021) กล่าวว่าการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารต่าง ๆ หรือเป็นมัลติมีเดียมาช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพการรักษาทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพ สะดวกและรวดเร็ว

6) บริการงานสาธารณภัยพร้อมโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้น ระบบสาธารณภัยที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อสาธารณะซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชน ซึ่งประกอบไปด้วยการออกช่วยเหลืองานประสบภัยและการรับมือในระบบสาธารณภัย สำหรับการส่งทีมไปช่วยหน่วยงานอื่น เป็นให้บริการเชิงรุก โดยการส่งทีมไปช่วยเหลือภาวะภัยพิบัติด้านโรคติดต่อ และสาธารณภัยน้ำท่วม การให้บริการเชิงรุกในการรับมือกับสาธารณภัยนี้ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีการเตรียมทีมในการรองรับสถานการณ์โดยการส่งบุคลากรในหน่วยงานเข้ารับการฝึกอบรมการแพทย์ฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว ตอบโต้ภัยพิบัติ เพื่อเตรียมความรู้ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ซึ่ง Sitthipracharaj (2017) กล่าวว่าการเตรียมความพร้อมโดยการฝึกอบรมให้ความรู้และการซ้อมแผนภัยพิบัติตามความเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ จะทำให้บุคลากรมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน จากผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีประสบการณ์ไปช่วยเหลือเหตุสถานการณ์อุทกภัยทางภาตใต้ และไปช่วยโรงพยาบาลสนามเพื่อดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลจะมีภารกิจเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณภัย ซึ่ง Medical department and Thai Association for Emergency Medicine (2017) จะขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลในสังกัด เมื่อมีเหตุการณ์สาธารณภัยเกิดขึ้น ณ ที่ใดที่หนึ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา ได้ไปช่วยในสถานการณ์น้ำท่วมภาคใต้ และโรงพยาบาลสนามกรณีสถานการณ์ระบาดการติดเชื้อโควิดที่ตลาดแพปลา จังหวัดสมุทรสาคร

ส่วนการดำเนินงานตามแผนรับมืออุบัติภัยหมู่เป็นการให้บริการเชิงรับ โดยมีการจัดซ้อมแผนในการรับมือสาธารณภัย ไฟไหม้ น้ำท่วม และแผนรับมืออุบัติภัยหมู่ การจัดเตรียมอุปกรณ์กระเป๋าและแผ่นป้าย Triage ถูกจัดเป็นหมวดหมู่ มีการตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ทั้งระบบ Pre-hospital และ In-hospital เมื่อใช้เสร็จจะมีการนำอุปกรณ์ไปเติมให้พร้อมใช้อยู่เสมอ การจัดโซนที่ในการรองรับผู้ป่วย ประเภทสีแดง สีเหลือง สีเขียว สีขาว และสีดำ โดยมีแผนการซ้อมประจำปีปีละ 1 ครั้ง ซึ่ง National Institute For Emergency Medicine (2013) กล่าวว่าการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาบาลเพื่อรองรับอุบัติภัยหมู่และภัยพิบัติในทุกปี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโรงพยาบาลสามารถให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ แต่ผลการวิจัยนี้พบว่าโรงพยาบาลไม่สามารถจัดการซ้อมรับมือกับภัยพิบัติประจำปีปีละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากขาดงบประมาณในการสนับสนุนทำให้ขาดการซ้อมอย่างสม่ำเสมอ บางปีอาจซ้อมร่วมกับทางจังหวัดซึ่งมีหลายหน่วยงานร่วมซ้อมทำให้หลงลืมบริบทของตนเอง และหน้าที่ในการรับผิดชอบเมื่อเกิดเหตุการณ์จริง ทำให้ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรวางแผนจัดสรรงบประมาณเพื่อให้บุคลากรได้รับการซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยได้ทุกปี

7) การให้บริการความรู้ต่อสังคม การให้บริการนี้แม้ว่าจะไม่ใช่การให้บริการเหตุฉุกเฉิน แต่เป็นการช่วยเสริมสร้างความรู้ด้านการปฐมพยาบาลและการช่วยชีวิตเบื้องต้น ช่วยให้ประชาชนเข้าใจเรื่องที่สำคัญเกี่ยวกับการรับมือกับอุบัติเหตุและ

ภัยพิบัติ และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้นได้ โดยทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินจะมีการจัดทีมผลัดเปลี่ยนหมุนเวรไปสอนให้ความรู้ให้กับประชาชน พนักงาน นักเรียน ในหน่วยงานของรัฐและเอกชน ซึ่งการสอนนี้จะมีการเตรียมอุปกรณ์เสมือนจริง หุ่น เครื่อง AED โดยแบ่งการสอนออกเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติสถานจำลอง เพื่อความชัดเจนในการเรียนรู้ของผู้เรียน และเพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pumput and Puriwitthayatira (2022) ที่พบว่าการสอนในสถานการณ์จำลองสามารถทำให้ผู้เรียนมีทักษะ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานจริงได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังจัดอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาได้รับรองมาตรฐานการเป็นองค์กรฝึกอบรมจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อผลิตผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในหลักสูตร Emergency Medical Technician และ Emergency Medical Responder เป็นแหล่งให้ความรู้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการอบรมนี้จะมีการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ หลังการอบรมจะมีการสอบวัดความรู้ การสอบในสถานการณ์จำลอง เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงต้องมีความสามารถในการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Channuan and Prachusil (2010) ที่พบว่าสมรรถนะด้านการสอนเป็นสมรรถนะหนึ่งที่สำคัญของพยาบาลกู้ชีพ

8) ผลการปฏิบัติงาน พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการปฏิบัติงานที่หลากหลาย ในขณะที่ปริมาณงานมีจำนวนมากแต่จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย ไม่สอดคล้องกับปริมาณพยาบาล จึงสะท้อนการทำงานใน ER ว่าเป็นงานที่ทำให้เกิดความเครียด ซึ่งความเครียดในการทำงานนี้เกิดขึ้นกับพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้เป็นหัวหน้าเวร ที่ต้องบริหารจัดการกับทุกเรื่องที่เกิดขึ้นใน ER บางเรื่องอาจมีความยากที่จะบริหารจัดการได้ทันที บางเรื่องอยู่เหนือการควบคุมของพยาบาลหัวหน้าเวร เมื่อพยาบาลมีความตั้งใจที่จะทำงานให้บรรลุเป้าหมาย แต่ไม่สามารถทำได้ตามที่คาดหวังไว้ ทำให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Muneerat et al. (2019) ที่พบว่าปัจจัยด้านลักษณะงานและภาระงานรวมถึงสภาพแวดล้อมการทำงานสามารถส่งผลต่อความเครียดของพยาบาล และจากงานวิจัยของ Ahwal and Arora (2015) ที่พบว่า ความเครียดในการทำงานของพยาบาลห้องฉุกเฉิน เป็นผลมาจากสิ่งแวดล้อมที่เต็มไปด้วยความเร่งรีบ ความตาย และความบีบคั้นทางจิตใจที่จะช่วยแหลือผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลห้องฉุกเฉินยังสะท้อนว่า ไม่สามารถรักษาสมดุลชีวิตกับงานได้ เนื่องจากภารกิจในการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องฉุกเฉินมีมากกว่าที่ Department of Medical Services (2018) ได้กำหนดไว้ 4 งาน คือ 1) งานการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล 2) งานส่งต่อ (referral) เป็นการประสานรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในจังหวัด เครือข่ายสุขภาพ และเครือข่ายระหว่างเขตสุขภาพ 3) งานรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลเป็นงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ 4) งานการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในทางปฏิบัติยังมีงานที่ได้รับมอบหมายอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ทั้งงานสอนประชาชนและเจ้าหน้าที่หน่วยงานต่าง ๆ การออกหน่วยปฐมพยาบาล รวมถึงการสอนหลักสูตรเฉพาะทาง ทำให้พยาบาลอยู่กับการทำงานมากกว่ามีเวลาใช้ชีวิตส่วนตัวกับครอบครัว ซึ่งจากผลการศึกษาของ Pitaksa et al. (2020) พบว่าความเครียดในงานและการมีภาระงานที่หนักส่งผลต่อทิศทางตรงกันข้ามต่อความสมดุลชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทำให้ภาระงานพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด

เหนื่อยหน่าย ส่งผลให้ขาดความสุขในการทำงาน และสมดุลชีวิตการทำงานเปลี่ยนแปลง เมื่อเกิดความไม่สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานมีผลให้เกิดการโอนย้าย การลาออกเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พยาบาลไม่ได้ประสงค์จะลาออกจากงานเนื่องจากงานห้องฉุกเฉินเป็นงานที่ทำให้พยาบาลมีความสุข ดังนั้น พยาบาลจึงหาวิธีการสร้างสมดุลชีวิตกับงานให้กับตนเอง เช่น พูดคุยกับครอบครัวทางโทรศัพท์แทนการเดินทางไปหาครอบครัว พยายามแลกเวรให้ตรงกับวันหยุดของครอบครัวหรือขายเวร เพื่อให้ตนเองมีเวลากับครอบครัวมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นได้ว่าพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีภาระงานที่หลากหลาย และปริมาณงานมีมากกว่าอัตรากำลังพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริง ดังนั้น ผู้บริหารพยาบาลควรมีการวิเคราะห์อัตรากำลังของพยาบาลในการขึ้นปฏิบัติงานในแต่ละเวรให้สอดคล้องกับปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง เพื่อให้พยาบาลมีเวลาในการใช้ชีวิตส่วนตัวให้สมดุลกับการใช้ชีวิตในการทำงานและควรมีการพิจารณาทำประกันชีวิตให้กับพยาบาล เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการได้รับอันตรายจากการทำงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีงบประมาณจำกัดในการฝึกซ้อมแผนอุบัติภัย ดังนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลควรจัดสรรงบประมาณเพื่อให้พยาบาลห้องฉุกเฉินได้ซ้อมแผนรับมืออุบัติภัยได้ทุกปีอย่างต่อเนื่อง และผู้บริหารควรมีการสนับสนุนงบประมาณให้พยาบาลห้องฉุกเฉินได้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาพยาบาลกลุ่มนี้ให้มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ซึ่งข้อค้นพบจะใช้ได้เฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นสนามศึกษา ไม่สามารถนำไปใช้กับโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้ ดังนั้น ควรมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวในโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ และโรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ ต่อไป เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีบทบาทหน้าที่ของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่แตกต่างกัน

2.2 ปัจจุบันพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ได้รับมอบหมายงานให้ปฏิบัติงานหมุนเวียนโซนต่าง ๆ และปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม แม้พยาบาลห้องฉุกเฉินแต่ละคนไม่ได้อยู่ในระดับเดียวกัน แต่ต้องทำงานในบทบาทหน้าที่เดียวกัน ดังนั้น ควรมีการศึกษาสมรรถนะพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามบันไดวิชาชีพ เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับสมรรถนะของพยาบาลแต่ละระดับ

เอกสารอ้างอิง

Ahwal, S., & Arora, S. (2015). Workplace stress for nurses in emergency department. *International Journal of Emergency & Trauma Nursing, 1*(2), 17-21.

Annopporncha i, V., & Kidhirunkul, C. (2021). Applications of telemedicine systems for the improvement of quality service in rural emergency medicine. *Western University Research Journal of Humanities and Social Science, 7*(3), 258-271.

Alomari, A. H., Collison, J. J., Hunt, L., & Wilson, N. J. (2020). Stressors for emergency department nurse: Insights from a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing, 30*, 975-985.

Bureau of Nursing. (2008). *nursing standards in hospital (3rd ed.).* Bangkok: The War Veterans Organization.

Chomjan, T., & Pachakawe, M. (2020). Process and Outcomes of cardiopulmonary resuscitation in the intensive care unit. *APHEIT Journal of Nursing and Health, 2*(3), 16-32.

Channuan, A., & Prachusil, K., (2010). A study of emergency medical services nurses' competency, community hospitals. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 11*(1), 24-29.

Crist, J. D., & Tanner, C. A. (2003). Interpretation/analysis methods in hermeneutic interpretive phenomenology. *Nursing Research, 52*(3), 202-205.

Deelertpaiboon, S., Mamuangbon, J., Tangkulpithaporn, S., Kunkunadet, K., Thanakornpornsawat, A., Vannavijit, J., & Oumtanee, A. (2023). Digital literacy development of professional nurses. *Vajira Nursing Journal, 25*(1), 70-79.

Department of Medical Services and Thai Association for Emergency Medicine. (2017). *emergency operations team development course tertiary medical*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Department of Medical Services. (2018). *MOPH ED, Triage* (2nd ed.). Nonthaburi: Department of Medical Services.

Department of Medical Services. (2018). *Guideline for er service delivery*. Nonthaburi: Department of Medical Services.

Department of Medical Services. (2020). *Guidelines for emergency care of patients in the situation of the outbreak of COVID-19*. Nonthaburi: Department of Medical Services.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation. Newbury Park*, CA: Sage.

Jantarapon, K., Boonyoung, N., & Thongsuk, P. (2020). Personnel risk and personnel risk management of head nurses, as perceived by registered nurses in emergency rooms in general hospitals of southern Thailand. The Southern College Network *Journal of Nursing and Public Health, 7*(1), 240-253.

Muneerat, S. Suwannapong, N., Tipayamongkholgul, M., & Manmee, C. (2019). Job characteristics, job-related stress and intention to stay in professional nursing in a tertiary care hospital, ministry of public health. *Journal of Health Science, 28*(1), 133-141.

Muneesawang, P. (2018). *Naresuan university: Project to improve the quality of emergency medical services: Phitsanulok, long-distance in rural areas through high-speed digital networks*.

National Institute for Emergency Medicine. (2013). *Emergency medical triage protocol and criteria based dispatch*. Nonthaburi.

Sitthipracharaj, J. (2017). Role of emergency nurse practitioner during disaster. *Vajira Nursing Journal, 19*(2), 1-12.

Sripakho, P. (2014). Professional nursing development: developing nursing leadership. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 1-8.

Somboon, J., & Oumtanee, A. (2012). Experiences of professional nurses working at emergency medical services. *Vajira Nursing Journal, 14*(2), 17-28.

Pitaksa, P., Sirichotiratana, N., Wirin, K., & Sumonchat, D. (2020). Nursing professional's work-life balance in an autonomous university hospital. *Public Health Policy and Laws Journal, 6*(Supplement), 83-93.

Pumput, P., & Puriwitthayatira, K. (2022). The effects of simulation-based learning for preparation of mental health and psychiatric practicum in nursing students. *Nursing, Health, and Education Journal, 5*(3), 37-46.

RamKaew, K., & Oumtanee, A. (2014). Working experience of emergency nurse in tertiary care hospital. *Journal of The Royal Army Nurses, 15*(3), 226-234.

Rattanasunya, P. (2021). Developing acute ischemic stroke fast track to minimize the time required to perform CT brain in ChaoPhya Abhaibhubejhr hospital. *Region 11 Medical Journal, 35*(1), 63-77.

Thiangtham, W. (2005). Phenomenology. Pragai Jirojanakul in *Nursing research: Concepts, principles and process*. Bangkok: Thanapress.

Wongjumpoo, P., Muangcheun, S., & Aiumchai, K. (2022). Development of emergency medical service management model in emergency patient referral for situations the epidemic of coronavirus disease 2019 in Phayao province. *Journal of Social Science for Local Rajabhat Mahasarakham University, 6*(2), 231-239.



ผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่[1]

EFFECTS OF THE INTEGRATED SMOKING CESSATION SERVICE SYSTEM IN PRIMARY HEALTHCARE SERVICE ON SMOKING STATUS

กมลภู ถนอมสัตย์[2] จินตนา ยูนิพันธุ์[3] สุนิดา ปรีชาวงษ์[4]

Kamollabhu Thanomsat Jintana Yunibhand Sunida Preechawong

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

This research was funded by Thai Health Promotion Foundation and Nakhon Pathom Rajabhat University

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม นครปฐม 73000

Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, 73000, Thailand

[3]รองศาสตราจารย์ ดร. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ กรุงเทพฯ 10400

Associate Professor, Ph.D., Thailand National Quitline, Bangkok, 10400, Thailand

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330

Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand

[4]Corresponding author E-mail: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

Received: *August 6, 2023*	Revised: *December 3, 2023*	Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังการให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่าง คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม แบ่งเป็นกลุ่มเข้าร่วมบริการเลิกบุหรี่ 3 รูปแบบ รูปแบบละ 72 คน ได้แก่ 1) ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ และ 3) การพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างแต่ละกลุ่มได้รับการจับคู่ให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุและระดับการติดนิโคติน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความชุกของการเลิกบุหรี่ ณ จุดเวลา 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเองที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ ได้แก่ กลุ่มที่รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 55.56, 40.28 และ 5.56 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่จำแนกตามกลุ่มพบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่

แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89) ดังนั้น สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถนำระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการไปใช้เพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการในชุมชน

คำสำคัญ : การบูรณาการ, เลิกบุหรี่, บริการสุขภาพปฐมภูมิ

Abstract

This quasi - experimental research aimed 1) to compare the smoking status of smokers after receiving services from the integrated smoking cessation program in primary healthcare services with a group that receives standard nursing care, and 2) to compare the smoking status of smokers after receiving counseling from the national telephone smoking cessation service with a group that receives standard nursing care. The sample of the study consisted of smokers aged 18 to 75 who smoked either cigarettes or roll-your-own cigarettes in Nakhon Pathom province. Participants were stratified into three groups, each comprising 72 individuals: 1) those receiving the integrated smoking cessation service system in primary health services, 2) those undergoing counseling from the Thailand National Quitline (TNQ) counselor, and 3) those receiving standard nursing care. Matching was performed based on age and nicotine addiction levels. The research utilized the Integrated Smoking Cessation Service System in Primary Health Services as the experimental tool, and data collection involved a questionnaire assessing smoking cessation prevalence at the 6-month mark. Descriptive statistics and bivariate logistic regression analysis were employed for data analysis.

The research revealed successful smoking cessation rates as follows: 55.56% for the group receiving the integrated smoking cessation service system, 40.28% for the TNQ counseling group, and 5.56% for the standard nursing care group. Comparing the smoking status of each group, individuals in the integrated smoking cessation service system group exhibited a 21.25 times higher likelihood of successful quitting compared to those receiving usual care (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50). Similarly, the group receiving counseling only from the TNQ had an 11.47 times higher chance of successful quitting compared to the standard nursing care group (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89). Therefore, the implementation of an integrated smoking cessation service system in primary healthcare facilities is recommended to enhance smoking cessation efforts in the community.

Keywords: integration, smoking cessation, primary health services

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2547 และ 2564 พบว่าคนไทยเกือบ 9.9 ล้านคน มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.0 และ 17.4 ตามลำดับ (National Statistical Office: NSO, 2021) สถานการณ์การสูบบุหรี่ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ที่กำหนดตัวชี้วัดไว้ว่า จำนวนผู้สูบบุหรี่จะต้องน้อยกว่าร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2570 (Bureau of Tobacco Control Department of Disease Control, 2022) ดังนั้น การดำเนินงานควบคุมยาสูบให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวต้องมีจำนวนผู้เลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยปีละ 50,000 คน ถึงจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดหนึ่งที่ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรร้อยละ 14.20 (NSO, 2021) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดบริการเลิกบุหรี่สำหรับประชากรในพื้นที่

การจัดบริการเลิกสูบบุหรี่ในบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งผู้สูบบุหรี่และคนรอบข้างที่อาศัยอยู่อย่างใกล้ชิด เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อ (World Health Organization: WHO, 2022) การจัดบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทยมีการดำเนินการตามคำแนะนำของอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ (The WHO Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) มาตรา 14 (WHO, 2010) มีข้อเสนอแนะการควบคุมยาสูบที่มีประสิทธิภาพว่าต้องมีการดำเนินการอย่างเข้มงวดในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยต้องมีการให้คำปรึกษาแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่ จัดบริการนิโคตินทดแทน และบริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Thanomsat & Yunibhand, 2019) ที่พบว่าการจัดบริการเลิกบุหรี่ในระบบบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์เชิงรุกและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันว่าการจัดบริการการเลิกบุหรี่ในสถานบริการปฐมภูมิเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ (Cope, 2023) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งบริการเลิกบุหรี่ที่ให้บริการโดยบุคลากรด้านสุขภาพเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่โดยเริ่มจากการเปลี่ยนสถานภาพการสูบบุหรี่ (Papadakis et al., 2015; Park et al., 2015) และการให้คำปรึกษาเชิงพฤติกรรมเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นบริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพโดยผู้สูบบุหรี่ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นกลุ่มผู้สูบที่มีขนาดใหญ่ที่สุดทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย (Úbeda et al., 2019) การประเมินผลการควบคุมยาสูบตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ภาพรวมของประเทศไทยยังมีการดำเนินการที่ขาดการบูรณาการระหว่างบริการเลิกบุหรี่ที่จัดโดยภาคส่วนต่าง ๆ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2017) จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูบบุหรี่ในชุมชนควรได้รับการส่งเสริมให้เลิกสูบบุหรี่โดยการให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมที่เน้นการเปลี่ยนสถานภาพการสูบบุหรี่โดยมีการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาที่มีการพัฒนาระบบการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดนครปฐม และยังประสบปัญหาการให้บริการเลิกบุหรี่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น บุคลากรยังมีสมรรถนะในการช่วยเลิกบุหรี่ยังไม่เพียงพอ ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการเลิกบุหรี่ การให้บริการเลิกบุหรี่โดยศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติไม่สามารถติดตามผู้รับบริการในพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง จนถึง 6 เดือน และขาดระบบการสื่อสารระหว่างภาคส่วนที่

เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อสถานภาพการสูบบุหรี่ที่ดำเนินการโดยพยาบาลและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิทั้ง 2 กลุ่ม (Bright & Burdett, 2019; Thanomsat, Yunibhand, & Preechawong, 2022) และเพื่อให้ระบบบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีนิเวศวิทยาของ McLeroy, Bibeau, Steckler, and Glanz (1988) ร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Prochaska and Velicer (1997) ตลอดจนใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรมที่ยืนยันว่าสามารถใช้ทั้ง 2 ทฤษฎีดังกล่าวมาร่วมกันเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siewchaisakul et al., 2020; Zhou et al., 2021) ซึ่งข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการวางแผนการให้บริการเลิกบุหรี่ ทำให้มีการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่ และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัย การขยายเครือข่ายในการสร้างสังคมปลอดบุหรี่ เพื่อให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงและมีสุขภาพดีแบบองค์รวมที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่หลังการให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้โมเดลเชิงนิเวศวิทยา (Socio-ecological model) (McLeroy et al., 1988) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเพราะมีความเกี่ยวข้องกับระบบความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างปัจเจกบุคคลที่อาศัยอยู่ในระบบมีความสัมพันธ์ในลักษณะพึ่งพิงซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกหรือองค์ประกอบของระบบ หากส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบเกิดการเปลี่ยนแปลงจะกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ของระบบ ซึ่งการนำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ จะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นเมื่อนำทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Prochaska and Velicer (1997) ที่คำนึงถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล มาพัฒนารูปแบบการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับต่าง ๆ ได้แก่ ระดับนโยบาย ระดับชุมชน ระดับองค์กร และระดับบุคคล ผู้สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบกระชับเพื่อสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ (motivation to quit) และได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบเข้มข้นโดยสายด่วน 1600 เพื่อเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง (process of change) (Prochaska & Diclemente, 1982; Prochaska, Norcross, & DiClemente, 2013) ประกอบด้วย การสร้างดุลภาพในการตัดสินใจ (decisional balance) ให้รู้สึกว่าการเลิกบุหรี่มีประโยชน์มากกว่าโทษ และสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการเลิกบุหรี่ (self - confident) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการเลิกบุหรี่อย่างถูกวิธี รวมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองเมื่อเกิดอาการถอนนิโคติน และค้นหากำลังใจในการเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง ทำให้เลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง แล้วนำไปสู่การตัดสินใจลงมือเลิกบุหรี่ (quit attempt) ดังการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าทั้ง 2 ทฤษฎีดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Siewchaisakul et al., 2020; Zhou et al., 2021)

อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นิยามสถานภาพการสูบบุหรี่ หมายถึง การใช้บุหรี่ซิกาแรตและ/หรือบุหรี่มวนเองต่อเนื่อง 7 วันณ ช่วงเวลา 6 เดือน หลังลงมือเลิกบุหรี่

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการกึ่งทดลองแบบวัดผลหลังการทดลองอย่างเดียว (quasi - experimental research, posttest - only design)

ประชากร คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดนครปฐม จำนวน 99,986 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและ/หรือบุหรี่มวนเอง อายุ 18 - 75 ปี ที่ได้จากการเลือกอาสาสมัครวิจัยแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 4 ตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม มีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทุกวันและสูบมานานต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี 2) ประเมินระยะของการสูบบุหรี่อยู่ในระยะลังเลใจ (contemplation) 3) ไม่มีการวินิจฉัยโรคทางเดินหายใจรุนแรงและ/หรือผู้ป่วยจิตเวช 4) สื่อสารกับผู้วิจัยเป็นภาษาไทย 5) ไม่มีปัญหาการติดสุราเรื้อรัง และ 6) ไม่มีความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ความพิการทางสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และพิการทางออทิสติก

เกณฑ์การคัดออก 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย และ 2) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือวิกฤตในช่วงดำเนินโครงการ

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) กำหนดทิศทางการทดสอบสมมุติฐานทางสถิติเป็นแบบ 1 ทาง (one - tailed test) กำหนดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ในการวิจัยเท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 ซึ่งได้มากจากการคำนวณค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มจากงานวิจัยของ Piper et al. (2018) ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 60 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) จึงได้ตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มละ 72 คน เมื่อกำหนด 3 กลุ่ม จะได้ตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 216 คน และเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในการแบ่งกลุ่ม ผู้วิจัยได้มีการจับคู่ตัวอย่างแต่ละกลุ่มให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุและระดับการติดนิโคติน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และการประชุมร่วมกับผู้ให้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่จากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติประกอบด้วย 1) แผนการจัดกิจกรรมพัฒนาความศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการช่วยเลิกบุหรี่ 2) คู่มือการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับ อสม. 3) วิดีโอสอนการช่วยเลิกบุหรี่สำหรับ อสม. 4) คู่มือเลิกบุหรี่ ชีวิตปลอดบุหรี่ การเตรียมตัวและชีวิตใหม่ (Yunibhand et al., 2015) และ 5) ปฏิทินเลิกบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ไว้บันทึกการเลิกบุหรี่เป็นประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และโรคประจำตัว

2.2 ข้อมูลการสูบบุหรี่ ได้แก่ 1) ประเภทของบุหรี่ที่ใช้ 2) ระยะเวลาการสูบบุหรี่ 3) ดัชนีการสูบบุหรี่ (heaviness of smoking index: HSI) ซึ่งพัฒนาโดย Heatherton, Kozlowski, Frecker, Rickert, and Robinson (1989) ใช้ตรวจสอบระดับการติดนิโคติน 4) แบบสอบถามระยะของการสูบบุหรี่ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาตามทฤษฎี Stage of change โดย Prochaska and DiClemente (1982) ใช้ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และ

5) แบบวัดความพยายามเลิกบุหรี่ ที่พัฒนาโดย Zhou et al. (2009) ใช้วัดว่า “ท่านหยุดสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1 วัน (24 ชั่วโมง) หรือนานกว่านี้กี่ครั้งแล้ว”

2.3 ข้อคำถามประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ (smoking status) พัฒนาโดย เวลิเซอร์ และคณะ (Velicer, Prochaska, Rossi, & Snow, 1992) เป็นข้อคำถามที่ใช้รายงานตนเองในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ข้อคำถามประเมินความชุกของการเลิกบุหรี่ต่อเนื่อง 7 วัน ณ ช่วงเวลา 6 เดือนหลังลงมือเลิกบุหรี่ (7 - day point prevalence abstinence: PPA at 6 months) โดยจะถามว่า “ในช่วง 7 วันที่ผ่านคุณสูบบุหรี่สักครั้งหรือไม่”

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง แบบประเมินความสามารถของ อสม. ในการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่ และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นว่าโปรแกรมการวิจัยมีคุณภาพเพียงพอ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ใช้สำหรับประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) อันตรายจากยาสูบและผลกระทบต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล ควันบุหรี่มือสอง ควันบุหรี่มือสาม 2) ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ 3) การช่วยเลิกบุหรี่โดยการให้คำแนะนำแบบกระชับ 4) อาการถอนนิโคตินและการแก้ไข และ 5) การส่งต่อผู้สูบบุหรี่ไปยังศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) และการติดตามเยี่ยมผู้สูบบุหรี่หลังลงมือเลิกบุหรี่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

3.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแบบรายงานด้วยตนเอง ใช้ก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยข้อคำถาม 27 ข้อ ครอบคลุม 7 มิติ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การชวนให้เลิก 3) การประเมินแรงจูงใจ 4) การช่วยให้เลิกบุหรี่โดยการส่งต่อไปยังศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) 5) การลงแบบบันทึกข้อมูล 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ (4 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน สำหรับแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ และแบบสอบถามพฤติกรรมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 และ .93 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) จากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) ในพื้นที่อื่น จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแต่ละด้านเท่ากับ .86 และ .91 ตามลำดับ สำหรับแบบทดสอบความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกสูบบุหรี่ มีการวิเคราะห์ค่าความยาก - ง่าย อยู่ในช่วง .35 - .72 และอำนาจจำแนกอยู่ในช่วง .29 - .68

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะอนุกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม รหัสโครงการวิจัย COA 016/2021 วันที่รับรอง 29 เมษายน พ.ศ. 2564 ก่อนเก็บข้อมูลกับตัวอย่างที่ศึกษาผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้ตัวอย่างที่ศึกษาตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับเมื่ออาสาสมัครวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากอาสาสมัครวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผล กระทบต่ออาสาสมัครวิจัยและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยเริ่มจากการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ถึง เมษายน พ.ศ. 2565 ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ ซึ่งมีการคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยตามเกณฑ์ และป้องกันการปนเปื้อนของอาสาสมัครวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มโปรแกรมทีละกลุ่ม โดยเริ่มจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติก่อน แล้วจึงเริ่มโปรแกรมกับกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดโดยสังเขปดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเลิกบุหรี่ 1 วัน โดยผู้วิจัย 2) อสม.ให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามปกติ 3) ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยังสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 ผ่านระบบ U - refer เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นด้วยวิธีการหักดิบ โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counseling และติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 4) ติดตามเยี่ยม ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 หลังให้คำปรึกษาโดย 1600 โดยอสม.เยี่ยมบ้าน

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียว ประกอบด้วยกิจกรรม 1) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการช่วยเลิกบุหรี่ 1 วัน โดยผู้วิจัย 2) อสม.ให้คำแนะนำแบบกระชับเพื่อเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามปกติ 3) ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยัง 1600 ผ่านระบบ U - refer เพื่อรับคำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นด้วยวิธีการหักดิบ โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600 แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counselling และติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษา 1600

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ประกอบด้วยกิจกรรม 1) ได้รับคู่มือการช่วยเลิกบุหรี่ตามมาตรฐาน 2) ได้รับตัวช่วยเลิกบุหรี่จาก รพ.สต. เช่น ผลิตภัณฑ์หญ้าดอกขาว เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากร ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้การวิเคราะห์ Binary Logistic Regression

ผลการวิจัย

1. ผู้ที่สูบบุหรี่ซิกาแรตและบุหรี่มวนเองในกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 93.06, 94.44 และ 93.06 ตามลำดับ) อยู่วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ 97.22, 95.83 และ 97.22 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา (ร้อยละ 80.56, 81.94 และ 81.94 ตามลำดับ) ประมาณครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว (51.96, 50.00 และ 51.96 ตามลำดับ) แต่ละกลุ่มมีระยะเวลาที่สูบบุหรี่เฉลี่ยใกล้เคียงกัน (*M* = 24.36, 22.66 และ 23.99 ปี ตามลำดับ) สำหรับระดับการติดนิโคตินพบว่าส่วนใหญ่มีนิโคตินในระดับปานกลาง (ร้อยละ 97.22, 95.83 และ 97.22 ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการสูบบุหรี่ (*n* = 216)

ข้อมูลทั่วไป	รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ (*n* = 72)	รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว (*n* = 72)	รับการพยาบาลตามปกติ (*n* = 72)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	67 (93.06)	68 (94.44)	67 (93.06)
หญิง	5 (6.94)	4 (5.56)	5 (6.94)
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 41 ปี	39 (54.16)	35 (48.61)	30 (41.67)
45 – 59 ปี	31 (43.06)	34 (47.22)	40 (55.55)
60 ปีขึ้นไป	2 (2.78)	3 (4.67)	2 (2.78)
อายุเฉลี่ย (ปี)	*M* = 41.83 (*SD* = 9.15)	*M* = 42.50 (*SD* = 11.58)	*M* = 42.65 (*SD* = 9.24)
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	14 (19.44)	13 (18.06)	13 (18.06)
มัธยมศึกษาขึ้นไป	58 (80.56)	59 (81.94)	59 (81.94)
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	37 (51.96)	36 (50.00)	37 (51.96)
มีโรคประจำตัว	35 (48.61)	36 (50.00)	35 (48.61)
ความดันโลหิตสูง	25 (71.43)	24 (66.67)	27 (77.14)
เบาหวาน	7 (20.00)	8 (22.22)	6 (17.14)
อื่น ๆ	6 (17.14)	5 (13.89)	8 (22.86)
ระยะเวลาที่สูบบุหรี่			
ค่าเฉลี่ย (ปี)	*M* = 24.36 (*SD* = 7.74)	*M* = 22.66 (*SD* = 7.28)	*M* = 23.99 (*SD* = 7.93)
ระดับการติดนิโคติน			
ต่ำ (HSI <3)	2 (2.78)	3 (4.17)	2 (2.78)
ปานกลาง (HIS = 3 - 4)	70 (97.22)	69 (95.83)	70 (97.22)

2. หลังการทดลอง 6 เดือน ผลการประเมินสถานภาพการสูบบุหรี่ (7 - day PPA ณ เวลา 6 เดือน) ของผู้สูบบุหรี่พบว่า กลุ่มที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ร้อยละ 55.56, 40.28 และ 5.56 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการเปรียบเทียบสถานภาพการสูบบุหรี่ของกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า (*OR* = 21.25, *95%CI* = 7.00 - 64.50) ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า (*OR* = 11.47, *95%CI* = 3.77 - 34.89) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ประสิทธิผลของระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว ต่อสถานภาพการสูบบุหรี่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (*n* = 216)

รูปแบบการพยาบาล	สถานภาพการสูบบุหรี่ (7 - day PPA ณ เวลา 6 เดือน)		*B*	*SE*	*Wald*	*OR* (*95%CI*)
	เลิกบุหรี่ได้ จำนวน (ร้อยละ)	เลิกบุหรี่ไม่ได้ จำนวน (ร้อยละ)				
รับการพยาบาลตามปกติ (Reference)	4 (5.56)	68 (94.44)			29.17	
รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) อย่างเดียว	29 (40.28)	43 (59.72)	2.439	.568	18.45	11.47 (3.77 - 34.89)
รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ	40 (55.56)	32 (44.44)	3.056	.567	29.11	21.25 (7.00 - 64.50)
Constant			- 2.833	.514	30.33	.06

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้สูบบุหรี่กลุ่มที่ได้รับบริการตามระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 21.25 เท่า ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับคำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติอย่างเดียวมีโอกาสเลิกบุหรี่สำเร็จสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 11.47 เท่า การพัฒนาระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้ทฤษฎีนิเวศวิทยาร่วมกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน โดยสร้างการมีส่วนร่วมของพยาบาลชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)จึงช่วยให้เกิดการดำเนินการช่วยผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้อย่างทั่วถึง โดยการบูรณาการกับการเยี่ยมบ้านตามภารกิจปกติของ อสม. อย่างไรก็ตาม จากการศึกษานำร่องของ Thanomsat, Yunibhand, and Preechawong (2022) พบว่า อสม. ยังขาดความรู้และทักษะในการช่วยเลิกบุหรี่ที่เพียงพอ การศึกษานี้จึงมีการพัฒนาความรู้และทักษะในการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับประมาณ 3 - 5 นาที และมีการฝึกทักษะในการส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ U - Refer ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ในการส่งต่อเพื่อรับคำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้นจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการช่วยเลิกบุหรี่ตามอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ มาตรา 14 (WHO, 2010)

เมื่อ อสม. ส่งข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไปยัง 1600 ผ่านระบบ U - refer คำปรึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเข้มข้น ด้วยวิธีการหักดิบ แบบ Stage - based proactive multi - session telephone counselling (Cahill, Lancaster, & Green, 2010) เป็นการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับระยะการเปลี่ยนผ่านของผู้สูบบุหรี่ ในขั้นตอนนี้ ผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุก (Proactive telephone counseling) โดยมีการโทรกลับไปยังผู้รับบริการตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ ตามเวลาที่นัดหมาย หรือกรณีที่ไม่แจ้งเวลาจะมีการโทรกลับภายในเวลา 72 ชั่วโมง โดยเริ่มต้นจากการประเมินระยะของการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ และปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ หรือปัจจัยที่อาจกระตุ้นทำให้เกิดการกลับมาสูบซ้ำ เมื่อให้คำปรึกษาจะมีการลงข้อมูลผลการให้คำปรึกษาในระบบ โดย อสม. และพยาบาลชุมชนจะสามารถเข้าไปดูข้อมูลได้โดยใช้ชื่อผู้ใช้งานและรหัสผ่านที่ลงทะเบียนไว้ ในขั้นตอนนี้จะส่งเสริมให้ผู้ที่ลงมือเลิกบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ เนื่องจากมีการให้คำปรึกษาที่มีความสอดคล้องกับระยะของการสูบบุหรี่ ความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Prochaska & DiClemente, 1982) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลิกบุหรี่สำเร็จ เพื่อให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้รับบริการรายบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Siewchaisakul et al., 2020) ที่พบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพต้องมีการประเมินความพร้อมของผู้รับบริการตามระยะของการเปลี่ยนผ่าน และให้บริการตามระยะของการเปลี่ยนผ่าน และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Delle et al., 2022; Piñeiro et al., 2019; Scheffers-van Schayck, Otten, Engels, & Kleinjan, 2019) ที่พบว่าการคำปรึกษาทางโทรศัพท์เชิงรุกเป็นการเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สูงกว่าการให้บริการเลิกบุหรี่ตามปกติ

เมื่อผู้รับบริการลงมือเลิกบุหรี่แล้วจะมีการติดตามหลังลงมือเลิกบุหรี่ ณ วันที่ 7, 14, 30, 90 และ 180 โดยผู้ให้คำปรึกษาจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (1600) และติดตามเยี่ยมบ้าน อสม. เนื่องจากในระยะแรกหลังการลงมือเลิกบุหรี่ จะมีอาการถอนนิโคติน และอาการอยากบุหรี่ (Torre, 2015) ทำให้มีโอกาสในการกลับมาสูบซ้ำได้สูงจึงต้องมีความถี่มากในการติดตามเยี่ยมในช่วงแรก เพื่อให้กำลังใจ รวมถึงให้ความช่วยเหลือเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น ดังนั้นการเยี่ยมบ้านตามระยะที่กำหนดจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมา (Chu et al., 2023) ที่พบว่า การติดตามเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ต้องมีการติดตามหลายครั้ง ตามระยะของการเปลี่ยนแปลงระดับนิโคตินในร่างกาย โดยเฉพาะช่วงแรกต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้สามารถผ่านอาการถอนนิโคตินไปได้ และไม่กลับมาสูบซ้ำอีก

การศึกษาครั้งนี้พบว่ายังมีข้อจำกัดในการศึกษา ได้แก่ ศูนย์บริการทางโทรศัพท์แห่งชาติติดต่อกับผู้รับบริการไม่ได้ตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากปัญหาสัญญาณโทรศัพท์ และผู้รับบริการมีภารกิจสำคัญในช่วงที่ทำการนัดหมายไว้

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลผู้ให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิควรนำระบบบริการเลิกบุหรี่แบบบูรณาการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ ไปใช้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ตลอดจนเพิ่มอัตราการเลิกบุหรี่สำหรับประชาชน นอกจากนั้นยังสามารถในการจัดการศึกษาพยาบาลและพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ โดยเริ่มจากการให้คำแนะนำเพื่อการช่วยเลิกบุหรี่แบบกระชับและมีการส่งต่อไปรับบริการโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพประชาชนในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Bright, T., & Burdett, T. (2019). Smoking cessation and the health promotion role of community nurses. *The Journal of Community Nursing, 33*, 56-60.

Bureau of Tobacco Control Department of Disease Control. (2022). *The third national strategic plan for tobacco control.* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Cahill, K., Lancaster, T., & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11.*

Chu, S., Feng, L., Zuo, Y., Jing, H., Zhang, D., Tong, Z., . . . Liang, L. (2023). Evaluation of an innovative mHealth-based integrated modality for smoking cessation in Chinese smokers: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 23*(1), 1-13.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd). New York, NY: Routledge.

Cope, G. F. (2023). Managing smoking cessation in primary care. *Journal of Prescribing Practice, 5*(4), 152-156.

Delle, S., Kraus, L., Maspero, S., Pogarell, O., Hoch, E., & Lochbühler, K. (2022). Effectiveness of the national German Quitline for smoking cessation: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health, 22*(1), 1-9.

Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the Heaviness of Smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction, 84*(7), 791-799.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly, 15*(4), 351-377.

National Statistical Office. (2021). *The 2021 health behavior of population survey*. Bangkok: Pimdeekarnpim.

Papadakis, S., Pipe, A. L., Reid, R. D., Tulloch, H., Mullen, K. - A., Assi, R., . . . Wells, G. (2015). Effectiveness of performance coaching for enhancing rates of smoking cessation treatment delivery by primary care providers: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials, 45*(Part B), 184-190.

Park, E. R., Gareen, I. F., Japuntich, S., Lennes, I., Hyland, K., DeMello, S., . . . Rigotti, N. A. (2015). Primary care provider-delivered smoking cessation interventions and smoking cessation among participants in the national lung screening trial. *JAMA Internal Medicine, 175*(9), 1509-1516.

Piñeiro, B., Wetter, D. W., Vidrine, D. J., Hoover, D. S., Frank - Pearce, S. G., Nguyen, N., . . . Vidrine, J. I. (2019). Quitline treatment dose predicts cessation outcomes among safety net patients linked with treatment via ask-advise-connect. *Preventive Medicine Reports, 13*, 262-267.

Piper, M. E., Cook, J. W., Schlam, T. R., Jorenby, D. E., Smith, S. S., Collins, L. M., . . . Baker, T. B. (2018). A randomized controlled trial of an optimized smoking treatment delivered in primary care. *Annals of Behavioral Medicine, 52*(10), 854-864.

Prochaska, J., & Diclemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 19*(3), 276.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia, 19*(2), 10-15.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*(1), 38-48.

Scheffers-van Schayck, T. S., Otten, R., Engels, R. C., & Kleinjan, M. (2019). Proactive telephone smoking cessation counseling tailored to parents: Results of a randomized controlled effectiveness trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(15), 2730.

Siewchaisakul, P., Luh, D-L., Chiu, S. Y., Yen, A. M., Chen, C-D., & Chen, H-H. (2020). Smoking cessation advice from healthcare professionals helps those in the contemplation and preparation stage: An application with transtheoretical model underpinning in a community-based program. *Tobacco Induced Diseases, 18*.

Thanomsat, K., & Yunibhand, J. (2019). Effective behavioral interventions for smoking cessation in the primary care setting: A meta-analysis. *Interdisciplinary Research, 14*(6), 1-6.

Thanomsat, K., Yunibhand, J., & Preechawong, S. (2022). An integrated smoking cessation intervention in the primary care service system: An intervention mapping. *The Open Public Health Journal, 15*(1).

Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2017). Assessment of the framework convention on tobacco control: Implementation Thailand, 2016. Bangkok: Jareonkarnmunkong.

Torre, G. L. (2015). *Smoking prevention and cessation*. New York, NY: Springer.

Úbeda, J. F. S-V., Rodríguez-Vázquez, S., Barranco, J. A. O., Caldera, G. V., Alvárez, P. P. P., Buitrago, F., . . . Pérez Alvárez, P. P. (2019). Effectiveness of individual and group multicomponent interventions for smoking cessation in primary care: A quasi-experimental study. *Family practice, 36*(5), 627-633.

Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Rossi, J. S., & Snow, M. G. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological bulletin, 111*(1), 23.

World Health Organization (WHO). (2022). *Tobacco*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2010). *WHO guidelines for implementation of article 14 of the WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO.

Yunibhand, J. (2015). *Smoking cessation booklet, life without smoking, and preparation for new life*. Bangkok: Pre-One.

Zhou, S., Levinson, A. H., Zhang, X., Portz, J. D., Moore, S. L., Gore, M. O., Ford, K. L., Li, Q., & Bull, S. (2021). A pilot study and ecological model of smoking cues to inform mobile health strategies for quitting among low-income smokers. *Health Promotion Practice, 22*(6), 850-862.

Zhou, X., Nonnemaker, J., Sherrill, B., Gilsenan, A. W., Coste, F., & West, R. (2009). Attempts to quit smoking and relapse: Factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors, 34*(4), 365-373.

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จังหวัดอุดรธานี

THE EFFECTS OF A SELF-HELP GROUP PROGRAM ON QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN WITH PHYSICAL IMPAIRMENTS IN UDON THANI PROVINCE

พวงผกา อินทร์เอี่ยม[1] ชรินทร์พร มะชะรา[2] พรทิพย์ อนันตกุล[3] ลัคนา พระแท่น[4]
Puangpaka Iniam Charinporn Machara Porntip Anantakul Lukkhana Pratan
[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000
Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udonthani Province, 41000, Thailand
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000
Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udonthani Province, 41000, Thailand
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000
Assistant Professor, Dr., Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udonthani Province, 41000, Thailand
[4]ครูผู้ช่วย ศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี 41000
Assistant Teacher, Udon Thani Special Education Center, Udonthani Province, 41000, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: puangpaka.in@udru.ac.th

Received: *March 30, 2023* Revised: *November 17, 2023* Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่เข้ารับบริการต่อเนื่องของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คนได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มี 4 กิจกรรม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้และการพัฒนาทักษะ และ การช่วยเหลือ ใช้เวลาในการทดลองใช้ 12 สัปดาห์ ตรวจสอบความตรงของโปรแกรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .67 – 1.00 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQL-BREF-THAI) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น พยาบาลและทีมสุขภาพควรมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายในชุมชน และนำโปรแกรม

กลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความรู้ ในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, กลุ่มช่วยเหลือตนเอง, เด็กมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย

Abstract

This study employed a quasi-experimental one-group pretest-posttest design to explore the effects of a self-help group program on the life quality among caregivers of children with physical impairments. The participants included 30 primary caregivers of children with physical impairments from the Udon Thani Special Education Center, selected through purposive sampling. The research instruments comprised a 12-week self-help group program with four different types of support activities—sharing emotional and social support, providing information, offering education and skill development, and advocating for caregivers. Content validity, examined by three experts, yielded a content validity index of .67 – 1.00. The research instrument for collecting data from caregivers was the quality-of-life questionnaire of the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai (WHOQOL-BREF-THAI). The reliability was .84. Data analysis involved percentage, mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research results demonstrated that, compared to before the intervention, the mean scores for the quality of life of caregivers for children with physical impairments significantly improved at the .05 level. Therefore, nurses and healthcare teams should establish self-help groups for caregivers of children with physical impairments in the community. Furthermore, the program can be adapted for use with patients having different illnesses to enhance the patient's quality of life and to promote the quality of life for caregivers in terms of physical, mental, social relations, and the environment.

Keywords: quality of life, a self-help group, children with physical impairments

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 มีเด็กพิการเกือบ 140,000 คน ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน และประมาณร้อยละ 38 ไม่ได้เข้าเรียน ร้อยละ 27 ไม่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และอีกร้อยละ 4 ไม่ได้รับการตรวจรักษาเมื่อเจ็บป่วยหรือจำเป็น นอกจากนี้ เกือบครึ่งหนึ่งของเด็กพิการไม่ได้จดทะเบียนคนพิการกับรัฐ และไม่ได้รับเบี้ยความพิการ (Unicef Thailand, 2021) ซึ่งแต่ละปีจะมีเด็กกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวนมาก ปี พ.ศ. 2562 พบว่ามีเด็กพิการประมาณ 2 ล้านคน หรือร้อยละ 3.07 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนนี้มีร้อยละ 30 อยู่ในวัยเด็กและวัยเรียน (Department of Empowerment of Persons with Disabilities, 2019)

เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกาย หมายถึง เด็กที่มีอวัยวะไม่สมส่วน อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนขาดหายไป กระดูกและกล้ามเนื้อลีบ เจ็บป่วยเรื้อรัง รุนแรง มีความพิการของระบบประสาท มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหว (Ngocharit & Kumhom, 2017) อาจเกิดจากความผิดปกติทางระบบประสาท ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก หรือเป็นความผิดปกติแต่กำเนิด อุบัติเหตุและโรคติดต่อ (Ministry of Education announcement Subject: Determination of categories and criteria for persons with

disabilities in education, 2009) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ร้อยละ 50 ของความผิดปกติทางด้านร่างกาย มีความยากลำบากในการรับประทานอาหาร มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ต้องนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกหรือแข็งเกร็ง กล้ามเนื้อเกิดการตึงตัวและการยึดติดของข้อต่าง ๆ และเกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ง่ายจากประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง (Tharakham & Chaichanasang, 2020) ซึ่งบ่อยครั้งที่เด็กกลุ่มนี้มักมาโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ หรือเด็กกลุ่มนี้มาด้วยโรคกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การป้องกันข้อติดแข็ง และการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เด็กสามารถเคลื่อนไหว เดินหรือประกอบกิจกรรมได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติทั่วไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Ngocharit & Kumhom, 2017)

นอกจากนี้ การศึกษาของ Tharakham and Chaichanasang (2020) พบว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบทั้งหมด ตั้งแต่การดูแลทำความสะอาดปาก ฟัน การดูดเสมหะ การเตรียมอาหาร การป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การดูแลการขับถ่าย การพยุงให้ลุกนั่งหรือเดิน การจัดท่านอน พลิกตะแคงตัว การดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า เครื่องนอนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และการบริหารกล้ามเนื้อและข้อต่อ ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่มีการสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันดูแลทุกวัน จึงส่งผลกระทบถึงคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียงในพื้นที่จังหวัดตรัง พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่นอนติดเตียงที่บ้าน มีความเครียดในระดับสูง (*M* =9.04, *SD* = 2.87) และมีความต้องการความรู้คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาเยี่ยมบ้านและต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่น (Boonvas, Supanunt, Chunhabordee, & Wae, 2017)

การจัดการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายจึงควรให้ความสำคัญกับผู้ดูแล (Namprom & Suklerttrakul, 2020) จากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ.2565 พบว่าส่วนใหญ่เด็กมีปัญหากล้ามเนื้อลีบและข้อติดแข็ง ผู้ดูแลเด็กบางรายจัดให้ผู้พิการนอนบนแคร่ไม้ไผ่หรือพื้นที่ทำความสะอาดได้ง่ายในมุมหนึ่งของบ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูป (pampers) ซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง บางรายเวลาไม่สบาย ชักหรือเป็นไข้ ผู้ดูแลต้องเอาเด็กนั่งซ้อนท้ายรถมอเตอร์ไซด์ไปโรงพยาบาล บางรายไม่ไปพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากมีความยากลำบากในการเดินทาง ทำให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้า ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากต้องอุ้ม พยุงเพื่อเคลื่อนย้ายเด็กบ่อยครั้ง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สภาพจิตใจแย่ลง ขาดการติดต่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน และไม่ได้เข้าสังคมหรือร่วมงานประเพณีต่าง ๆ ในชุมชนหรือร่วมกิจกรรมลดลง ส่งผลให้ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการให้บริการต่าง ๆ ของภาครัฐลดลง รวมถึงขาดสภาพคล่องทางเศรษฐกิจในครัวเรือน เพราะมีค่าใช้จ่ายจากค่าผ้าอ้อมสำเร็จรูป ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล และผู้ดูแลไม่สามารถประกอบอาชีพได้เพราะต้องดูแลเด็กตลอดเวลา เป็นระยะเวลายาวนาน การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กได้มีการช่วยเหลือกันและกัน แบ่งปันข้อมูลหรือรวมเป็นกลุ่มกันจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติ อารมณ์ และพฤติกรรมในการดูแลเด็ก (Tharakham & Chaichanasang, 2020) ส่วนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะดูแลเด็กอายุมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่เป็นความพิการที่พบตั้งแต่แรกเกิด หลายคนมีความเครียด เหนื่อยล้าท้อแท้กับชีวิต ต้องการความช่วยเหลือทั้งในด้าน

การดูแลเด็กและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม และยังไม่มีการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self–help group) เป็นการรวมตัวของบุคคลที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน และใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยกันแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน (Takpho, Somprasert, & Imkome, 2017) ในปี ค.ศ. 1992 Walz และ Bleuer ได้นำเสนอแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยมีกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม (share emotional and social support) 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก (information) 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ (education and skill development) และ 4) การให้ความช่วยเหลือ (advocacy) กลุ่มช่วยเหลือที่เหมาะสมควรมีสมาชิกประมาณ 4 - 12 คน สถานที่ควรเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีเสียงไม่มีกลิ่นรบกวนหรือไม่มีสิ่งรบกวนความสนใจ และมีบรรยากาศที่เหมาะกับการเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง (Takpho, Somprasert & Imkome, 2017) ซึ่ง ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางด้านร่างกายเหมือนกัน จะมีปัญหาคล้ายคลึงกัน จึงเข้าใจปัญหาของผู้ดูแลเด็กในทุกมิติ การสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ดูแลจะทำเกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงความคิดความรู้สึก แลกเปลี่ยนให้กำลังใจ ตลอดจนมีการนำประสบการณ์จากการดูแลเด็กที่มีปัญหาเดียวกันมาแนะนำกันจึงเป็นสิ่งชักจูงให้ผู้ดูแลเกิดการปรับปรุงตนเองและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Sinhachotsukpat, 2022).

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือไปใช้ในกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กสมองพิการที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยจัดกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน 4 ครั้ง มีระยะห่างแต่ละครั้งนานถึง 3 สัปดาห์ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Tharakham & Chaichanasang, 2020) ดังนั้น กลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลจึงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งตามนิยามแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีความสมบูรณ์ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตให้สอดคล้องตามสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Department of Mental Health, 2002)

ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเพื่อให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการสร้างสัมพันธภาพ แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้ข่าวสาร วิธีการจัดการกับปัญหา ทักษะการดูแลเด็กที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน รวมถึงการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง จึงได้สร้างโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ดูแลในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อให้เกิดการยอมรับและเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติ อารมณ์และพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแล ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านต่าง ๆ ในหน่วยงานอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

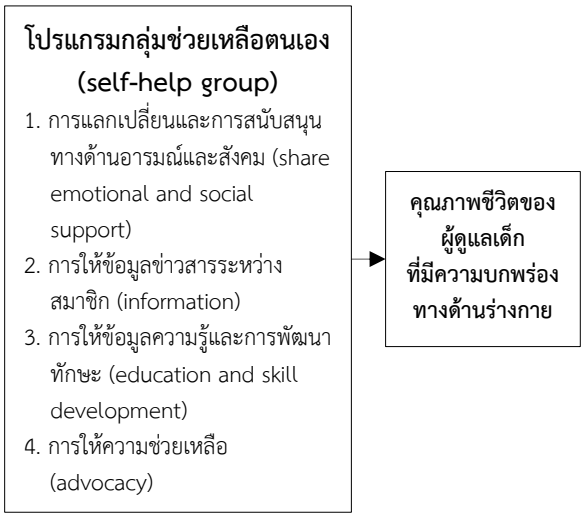
เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สมมุติฐานวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz and Bleuer (1992) มาสร้างโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย โดยมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และ 4) การให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลัก ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมากกว่า 6 เดือน ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่อยู่ในความดูแลของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวิเคราะห์ Power กำหนดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ .80 (Takpho, Somprasert & Imkome, 2017) และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 ได้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 27 คน ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกับจำนวนประชากรที่มารับบริการ ในเดือนที่ศึกษา จึงใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้ดูแลหลักซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย มากกว่า 6 เดือน มีการรับรู้ และสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้โดยการพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ได้แก่ บิดา มารดา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ 2) ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่คัดเข้ามีคุณภาพชีวิตที่ระดับปานกลาง หรือมีคะแนนคุณภาพชีวิต 61 - 95 คะแนน เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตเริ่มต้นที่ไม่แตกต่างกัน 3) เป็นผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายขั้นปานกลาง ได้แก่ สามารถเดินได้โดยใช้ไม้เท้าหรือโครงเหล็กช่วยเดิน (walker) หรือมีปัญหาในการใช้กล้ามเนื้อย่อย

(fine motor) และการพูด ถึงขั้นรุนแรง ได้แก่ ต้องนั่งรถเข็นและต้องการความช่วยเหลือในพัฒนาการด้านต่าง ๆ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลเด็กที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาตั้งแต่เริ่มจนสิ้นสุดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Walz and Bleuer (1992) โดยมีการจัดกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ ได้แก่

1.1 การแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม เริ่มต้นโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละคนได้แนะนำตนเองเพื่อให้ทุกคนรู้จักกัน เป็นการเริ่มสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้ทุกคนรู้จักกัน หลังจากนั้นจึงสร้างข้อตกลงร่วมกันในการเข้ากลุ่ม การกำหนดเวลากติกา สร้างแรงจูงใจในการเข้ากลุ่ม การให้ข้อคิดเห็นขณะทำกลุ่ม กระตุ้นให้ผู้ดูแลแต่ละคนได้พูดถึงปัญหา การดูแลผู้ป่วยที่ตนเองประสบและการเผชิญปัญหารวมถึงให้การเสริมแรงเมื่อสมาชิกได้ทำหน้าที่ผู้ดูแลตามแต่ละประสบการณ์ของแต่ละคน

1.2 การให้ข่าวสารระหว่างสมาชิก เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการต่าง ๆ และการสนับสนุนการบริการการดูแลผู้ป่วยทั้งขณะมาโรงพยาบาลและขณะอยู่บ้าน เช่น สิทธิการรักษาตามที่รัฐบาลจัดสรรตามนโยบาย กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิผู้ป่วยและสวัสดิการเพิ่มเติมนอกเหนือจากบริการสุขภาพ เช่น การให้ใช้รถรับและส่งผู้ป่วยการติดตามอาการหลังจากกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามเยี่ยมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน การขอสนับสนุนหรือขอความช่วยเหลือในภาวะเร่งด่วนจากบุคลากรทางสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือ รพ.สต. เป็นต้น

1.3 การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ เป็นกิจกรรมที่การสะท้อนปัญหาการดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายและหาแนวทางการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล ประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล และการสอนและให้ ความรู้เกี่ยวกับโรค การสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้าน เช่น การดูดเสมหะ การป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดทรวงอก การฝึกเหยียด แขนและขา การดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น การพลิกตะแคงตัว การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น และการฝึกทักษะการดูแลตนเองของผู้ดูแลเพื่อลดความเมื่อยล้าและลดความเครียดที่ภาระการดูแลในระยะยาว เช่น ทักษะการทำสมาธิหรือการเบี่ยงเบนความสนใจ

1.4 การให้ความช่วยเหลือ มีการจัดกิจกรรมที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้ดูแล โดยการประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วยแต่ละรายและจัดหาทีมงานสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น นักพัฒนาชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดและกายอุปกรณ์ เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะรายตามลักษณะปัญหาและความต้องการที่มีความแตกต่างกัน เช่น การจัดทำอุปกรณ์ทุ่นแรงในการยกผู้ป่วยจากเตียงนอนไปอาบน้ำ การออกแบบจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การจัดทำเก้าอี้พยุงตัวเฉพาะรายตามปัญหา

ทางกายภาพของผู้ป่วย เป็นต้น โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 2 - 3 สัปดาห์

ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67 -1.00 แล้วนำมาปรับแก้ไขและนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 25 คน โดยในการจัดกิจกรรมผู้วิจัยแสดงบทบาทของผู้นำกลุ่ม กระตุ้นและติดตามการสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มเชื่อมโยงการสนทนาให้เป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยแบ่งตามกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายระดับเดียวกัน กลุ่มละ 12 - 13 คน ซึ่งการทำกลุ่มช่วยเหลือในการวิจัยนี้มีสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมทำกลุ่มด้วย ได้แก่ นักกายภาพบำบัด ครูการศึกษาพิเศษ นักจิตบำบัด ลงเยี่ยมบ้านเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีร่วมกับครูของศูนย์การศึกษาพิเศษ เพื่อประเมินปัญหา ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กเพิ่มเติม รวมถึงให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็กและระยะเวลาที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (Department of Mental Health, 2002; The WHOQOL Group, 1995) มีจำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย

1) ด้านสุขภาพกาย มีทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24

2) ด้านจิตใจ มีทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีทั้งหมด 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม มีทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

โดยข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด เป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1) ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก จนถึง (5) มากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน คะแนนจากทุกด้านรวมกันเป็นคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม มีเกณฑ์ในการแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

คะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว.0622.7/613 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยขออนุญาตหน่วยงานในพื้นที่สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ทำในช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

1. ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างที่ศูนย์การศึกษาพิเศษและที่บ้าน โดยกำหนดข้อตกลงและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายในสัปดาห์แรกก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. ให้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับตัวอย่าง โดยแบ่งตามกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายระดับเดียวกัน กลุ่มละ 7 - 8 คน จัดกิจกรรมในห้องประชุมของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี จัดที่นั่งเป็นวงกลม ให้ผู้ดูแลเด็กนั่งเก้าอี้ห่างกันเล็กน้อย ในครั้งแรกผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีสหสาขาวิชาชีพร่วมเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านต่าง ๆ เช่น ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ นักกายภาพบำบัดเพิ่มเติมข้อมูลความรู้ด้านกายภาพบำบัด ครูการศึกษาพิเศษเพิ่มเติมข้อมูลด้านการส่งเสริมการเรียนรู้สิทธิต่าง ๆ ของผู้พิการและการดำเนินการขอรับสิทธิต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐ นักจิตบำบัดคอยประคับประคองและให้กำลังใจ โดยดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือใน 4 ลักษณะ จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที แต่ละครั้งห่าง 2 - 3 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์

หลังจากนั้นผู้วิจัยร่วมกับครูของศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดอุดรธานี ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของเด็กที่มีความพิการทางด้านร่างกายในเขตอำเภอเมืองทุกราย เพื่อประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมและการดูแลเด็กของผู้ดูแล รวมถึงเพื่อให้ข้อมูลความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายเพิ่มเติม

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องด้านร่างกายพบปัญหาในการรวมกลุ่มเนื่องจากเด็กที่มีความพิการทางด้านร่างกายขั้นรุนแรงส่วนใหญ่ไม่ได้มาเรียนประจำที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ แต่เป็นเด็กที่ครูต้องออกเยี่ยมดูแลที่บ้านและเด็กไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลเด็กต้องคอยดูแลอยู่ด้วยตลอดเวลา จึงไม่สามารถมาเข้าร่วมกลุ่มได้ จำนวน 5 คน ผู้วิจัยแก้ไขโดยเลือกผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาคล้ายคลึงกันและมีทักษะประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่มีความพิการทางด้านร่างกายและมีทักษะการสื่อสารให้กำลังใจที่ดีร่วมเยี่ยมบ้านด้วย

3. หลังการทดลอง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ตัวอย่างทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired *t*-test ซึ่งก่อนวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลแล้วพบว่ามีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90 อายุ 36 - 59 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 41 ปี (*SD* = 10.7) สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วยกัน 4 - 6 คน จำนวน 16 คนคิดเป็นร้อยละ 53.33 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.66 ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 33.33 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นพ่อแม่ จำนวน 20 คนคิดเป็นร้อยละ 86.70 และดูแลเด็กมามากกว่า 10 ปี จำนวน 17 คนคิดเป็นร้อยละ 56.70

2. ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ดังตาราง 1

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 1 คุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามรายด้านและโดยรวม (*n* = 30)

คุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
		M	*SD*	แปลผล	*M*	*SD*	แปลผล
ด้านร่างกาย	35	23.26	4.02	กลาง	33.70	2.07	ดี
ด้านจิตใจ	30	20.60	4.26	กลาง	28.96	1.32	ดี
ด้านสังคม	15	9.83	1.82	กลาง	14.16	0.91	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	40	21.36	3.85	กลาง	37.46	2.56	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	130	81.23	13.45	กลาง	123.86	6.47	ดี

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จำแนกตามรายด้านและภาพรวมก่อนและหลังการทดลอง (*n* = 30)

คุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง		*t*	*df*	*95%CI*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*				
ด้านร่างกาย	23.26	4.02	33.70	2.07	-20.49	29	-11.47 -9.32	.000
ด้านจิตใจ	20.60	4.26	28.96	1.32	-13.69	29	-9.61 - 7.11	.000
ด้านสังคม	9.83	1.82	14.16	.91	-14.79	29	-4.93 -3.73	.000
ด้านสิ่งแวดล้อม	21.36	3.85	37.46	2.56	-37.23	29	-16.98 to -15.21	.000
คุณภาพชีวิตโดยรวม	81.23	13.45	123.86	6.47	-23.99	29	-46.26 to -38.99	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 น่าจะเป็นผลมาจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งมีกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน ได้แก่ 1) การแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม 2) การให้ข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก 3) การให้ข้อมูลความรู้และการพัฒนาทักษะ และ 4) การให้ความช่วยเหลือ สอดคล้องการศึกษาของ Tharakham and Chaichanasang (2020) ที่ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ โดยใช้กรอบโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั้ง 4 กิจกรรมเช่นเดียวกันพบว่าภายหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ดูแลเด็กสมองพิการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังมีบางส่วนใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Boonvas, Supanunt, Chunhabordee, and Wae (2017) ที่ศึกษาความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการติดเตียง ในจังหวัดตรังต้องการความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้พิการ ต้องการญาติหรือเพื่อนบ้านมาแบ่งเบาภาระในการดูแล ต้องการรายได้หรือเงินช่วยเหลือ ต้องการเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานในท้องถิ่นบุคลากร ซึ่งในกิจกรรมโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ มีการให้ข้อมูลที่เป็นความรู้และการพัฒนาทักษะ ผู้ดูแลเด็กที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีการแบ่งปันข้อมูลความรู้และทักษะต่าง ๆ ได้แก่ การจัดท่า การกายภาพบำบัด การฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น รวมถึงการให้ข้อมูลความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ข้อมูลความรู้ด้านกายภาพบำบัดจากนักกายภาพบำบัด ข้อมูลด้านการส่งเสริมการเรียนรู้สิทธิต่าง ๆ ของผู้พิการและการดำเนินการขอรับสิทธิต่าง ๆ จากองค์กรภาครัฐจากครูของศูนย์การศึกษาพิเศษ และพยาบาลมีบทบาทในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ตลอดจนส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริง (Kingkaew, 2014) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hongtiyanon and Tipawong (2018) ที่พบว่าโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองช่วยให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ เนื่องจากโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้น ช่วยก่อให้เกิดการประคับประคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

จะเห็นได้ว่า กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทั้ง 4 กิจกรรม ตามกรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ช่วยให้เกิดการประคับประคองจิตใจและสนับสนุนซึ่งกันและกันของเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารความรู้และทักษะการดูแลเด็กและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติ อารมณ์ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี (Jaroennon & Kongplee, 2018) ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (Homjandee & Dangdomyouth, 2019) การดูแลเด็กที่มีความบกพร่องจึงควรให้ความสำคัญกับครอบครัวและผู้ดูแล ตอบสนองความต้องการของเด็กและสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ สอดคล้องกับกิจวัตรของครอบครัวรวมถึงการเชื่อมโยงกับงานบริการต่าง ๆ (Namprom & Suklerttrakul, 2020)

ข้อเสนอแนะ

1) ด้านการพยาบาล นำโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายไปปรับใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และควรมีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง

2) ด้านการบริหาร นำเสนอผู้บริหารเกี่ยวกับผลงานวิจัยเพื่อให้มีนโยบายและแผนที่จะสนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย โดยการจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและทรัพยากรต่าง ๆ ให้

3) ด้านการศึกษาพยาบาล นำผลการวิจัยและโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ไปบูรณาการในการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลเด็กทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกปฏิบัติในส่วนของงานปฐมภูมิและชุมชน จะช่วยให้นักศึกษามีจุดประสงค์และแนวทางที่ชัดเจนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกายในชุมชนตลอดจนเห็นความสำคัญของบทบาทพยาบาลในการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ สำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย หรือมีปัญหาสุขภาพ

4) ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยควรมีการวิจัยการพัฒนาเครือข่ายการดูแลเด็กและผู้ดูแลเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย

เอกสารอ้างอิง

Boonvas, K., Supanunt, T., Chunhabordee, A., & Wae, N. (2017). Caregiver stress and needs in caring disable. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *4*(1), 205-216.

Department of Empowerment of Persons with Disabilities. (2019). *Annual report 2019 of department of empowerment of persons with disabilities.* Bangkok: Department of Empowerment of Persons with Disabilities.

Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2002). *WHOQOL–BREF–THAI.* Retrieved from https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17

Hansakunachai, T., Rungpiwal, R., Sutchritpongsa, S., & Chonchaiya, W. (2013). *Child development and behavior textbook, volume 3, healthy child care.* Bangkok: Beyond Enterprise.

Homjandee, J., & Dangdomyouth, P. (2019). The effect of social support emphasizing community participation program on burden of community schizophrenic patient's caregivers. *Journal of the Police Nurses,11*(2), 433-443.

Hongtiyanon, T., & Tipawong, A. (2018). Relationships Between social support and quality of life in schizophrenia patient. *Journal of The Royal Thai Army Nurse, 19*(special edition), 487-494.

Jaroennon, P., & Kongplee, L. (2018). Knowledge, attitude and practice in obesity prevention among public health students, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani province. *Nakhon Phanom University Journal, Academic Conference 25th Anniversary Edition of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, special edition,* 87-94.

Kingkaew, J. (2014). Group therapy and psychiatric nurses. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *28*(1), 1-15.

Ministry of Education. (2009). *Announcement Subject: Determination of categories and criteria for persons with disabilities in education 2009.* Bangkok: Ministry of Education.

Namprom, N., & Suklerttrakul, T. (2020). *Nursing of newborns and children with specific health problems.* Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

Ngocharit, N., & Kumhom, N. (2017). Parents' viewpoints towards educational management, special education center of Mukdahan province, special education, Northeast. *Academic Journal of Mahamakut Buddhist University Isan Campus, 1*(2), 24-42.

Nontapan, P. (2018). Factors related to behaviors promoting preschooler development among child care providers, Songkhla province. *Journal*

of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 1(3), 10–24.

Nursing Division, Ministry of Public Health. (2016). *Organizing self-care promotion services using a group process.* NP.

Sinhachotsukpat, L. (2022). Effects of self-help group program on the mental health self-care behaviors of schizophrenic patients' caregivers in Nawung sub-district community, Mueang District, Phetchaburi. *The Journal of Psychiatric Nursing and MentalHealth, 36*(1), 19-32.

Suntaphun, P. (2022). The effects of using self–help group on the mental health self–care behavior of elderly with hypertension in the community. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17*(3), 50–61.

Suntaphun, P., Bussahong, S., Srisoem, C., & Vongtree, A. (2020). The effects of using self –help group on the mental health self–care behavior of schizophrenia patients, caregivers in community. *UMT-Poly Journal, 17*(2), 50-61.

Takpho, A., Somprasert, C., & Imkome, E. (2017). The effects of a self-help group program on the mental health self-care of schizophrenic patients' primary caregivers. *Journal of Nursing and Health care, 35*(3), 171–119.

Teepapal, T., & Saetew, P. (2018). The conducting of self-help group in adolescents with cancer: Nurses's roles. *Journal of Health Research and Innovation,* 1–14.

Tharakham, E., & Chaichanasang, T. (2020). Effects a self-help group on quality of life of caregivers of child with cerebral palsy. *Journal of Nursing and Health care, 43*(3), 171–179.

Thongsri, K. (2021). Best quality of life according to Buddhist psychology. *Journal of MCU Humanities Review*, *7*(2), 325-377.

UNICEF Thailand. (2021). *Data: Monitoring the situation of children and women*. Retrieved from https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021

Walz, G., & Bleue, C. (1992). *Developing support groups for students: Helping students cope with crises.* Michigan: ERIC.



การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ
DEVELOPMENT OF NURSING SERVICE SYSTEM FOR PATIENTS WITH SEPSIS, CHAIYAPHUM HOSPITAL

ลภิสรา สวัสดิรักษ์[1] สมดี อนันต์ปฏิเวธ[2] ภรรวษา จันทศิลป์[3] พรนิภา ลีละธนาฤกษ์[4]
Laphitsara Sawhatdirak Somdee Ananpatiwet Bhanwasa Jantasin Pornnipa Leelathanalerk
[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง ชัยภูมิ 10702
Registered Nurse, Senior Professional Level, Chaiyaphum Hospital, Mueang District, Chaiyaphum, 10702, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา 30000
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing Science, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, 30000, Thailand
[3]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา 30000
Nursing Instructor, Ph.D., Faculty of Nursing Science, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima, 30000, Thailand
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอเมือง ชัยภูมิ 10702
Registered Nurse, Professional Level, Chaiyaphum Hospital, Mueang District, Chaiyaphum, 10702, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: somdee_ana@vu.ac.th

Received: *September 7, 2023* Revised: *December 3, 2023* Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ ตัวอย่างมี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุกรรม จำนวน 43 ราย กลุ่มที่ 2 คือ ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ 3 เป็นเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน 189 ราย ดำเนินการคัดเลือกทั้ง 3 กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และดำเนินการศึกษาดังนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาและการประเมินผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลมี 4 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร/ทีมสหวิชาชีพ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ .53, .75 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โดยทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะทางการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Z = -5.733 และ Z = -5.726, p = .000) ตามลำดับ และทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากขึ้นไป (M = 4.17 – 4.73) นอกจากนี้ ผลลัพธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อใน

กระแสเลือดลดลงจากก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลจากร้อยละ 78.08 ลดลงเหลือร้อยละ 66.67 และร้อยละ 62.65 หลังการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

คำสำคัญ : ระบบบริการพยาบาล, ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

Sepsis is a major cause of mortality in hospital patients. This research and development (R&D) study aimed to develop and evaluate a nursing service system for patients with sepsis at Chaiyaphum Hospital (CPH Sepsis Nursing Service System). The sample consisted of three groups selected through purposive sampling. Group 1 included 43 professional nurses working in the medical wards. Group 2 comprised a multidisciplinary team with 30 healthcare providers, and Group 3 consisted of medical records of patients with sepsis, totaling 189 cases.

The study was divided into three phases: 1) the situation analysis phase; 2) the nursing service system development phase; and 3) the evaluation phase of the nursing service system development. Four instruments were utilized to collect data, including an opinion survey questionnaire for executives/multidisciplinary teams, a knowledge test, a nursing practice skills assessment form, and a satisfaction questionnaire for the multidisciplinary team regarding the nursing service system. The reliability indices of the research instruments were .53, .75, and .90, respectively. Descriptive statistics, including the Wilcoxon signed-rank test, were employed to analyze the data.

The findings revealed that the developed nursing service system for patients with sepsis at Chaiyaphum Hospital was practical in the medical wards. Professional nurses exhibited higher nursing knowledge and skills than before the use of the developed nursing service system (Z = -5.733 and Z = -5.726, p = .000, respectively). The majority of multidisciplinary team members were highly satisfied with the developed nursing service system for each issue (M = 4.17 - 4.73). Additionally, mortality outcomes among patients with sepsis decreased from 78.08% before the use of the nursing service system to 66.67% and 62.65% after using the developed nursing service system.

Keywords: nursing service system, patients with sepsis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในลำดับต้น ๆ ของการเสียชีวิตทั้งหมดในระบบบริการสาธารณสุข โดยพบอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 5 ของอัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก (Kiattimanaroj, 2021) ในประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สถิติอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในปี พ.ศ.2563 - 2565 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.88 เป็นร้อยละ 39.20 และ 40.26 ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2023) สอดคล้องกับสถิติอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ พ.ศ. 2565 ตั้งแต่ไตรมาสที่ 2 ถึงไตรมาสที่ 4 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น จากร้อยละ 78.26 เป็นร้อยละ 78.57 และ 79.60 ตามลำดับ (Medical Department, Chaiyaphum Hospital, 2023) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอาจได้รับการรักษาพยาบาลที่ไม่ได้ตามมาตรฐาน

การปฏิบัติการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้อย่างมาก ดังนั้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลชัยภูมิจึงมีนโยบายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบการดูแลรักษา และระบบการให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และพ้นจากภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง

อย่างไรก็ตาม จากการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม โดยการสังเกตการปฏิบัติงาน และการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการสังเกตบันทึกทางการพยาบาลในเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนหนึ่งที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ยังขาดความรู้และทักษะที่เพียงพอในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่อยู่ในความดูแล การเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยในระยะรุนแรงเริ่มแรกก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติการรักษาพยาบาล การรายงานแพทย์ล่าช้า การจัดพื้นที่ในหอผู้ป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตไม่เหมาะสม ขาดการติดตามอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า (Nursing Service Organization, Chaiyaphum Hospital, 2022)

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร/ทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีแนวปฏิบัติในการดูแลที่เข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน พยาบาลควรได้รับการพัฒนาความรู้และความชำนาญ เพิ่มการจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้พร้อมใช้และทันสมัย มีการประสานทีมสหวิชาชีพและร่วมปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยร่วมกัน อีกทั้งควรมีการทบทวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ซึ่งข้อเสนอแนะข้างต้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน อัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นจากการมีระบบการให้การพยาบาลที่ชัดเจน (Chaiwong, Isarangura Na Ayudhaya, Chompusup, & khantarak, 2022; Rodjinda, 2020; Suansuk, Peanpanich, & Rontee, 2022)

ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชัยภูมิ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยได้พัฒนาระบบบริการพยาบาลจากการศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร่วมกับการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกหนึ่งหน้ากระดาษ (CPG one page sepsis) และแนวทางอื่น ๆ เพื่อการออกแบบระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาล เพื่อเป็นเข็มมุ่งไปสู่วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ
2. เพื่อประเมินผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ

2.1 ผลลัพธ์ด้านผู้ปฏิบัติงาน

2.1.1 ความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ

2.1.2 ความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ

2.2 ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยคืออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

สมมุติฐานวิจัย

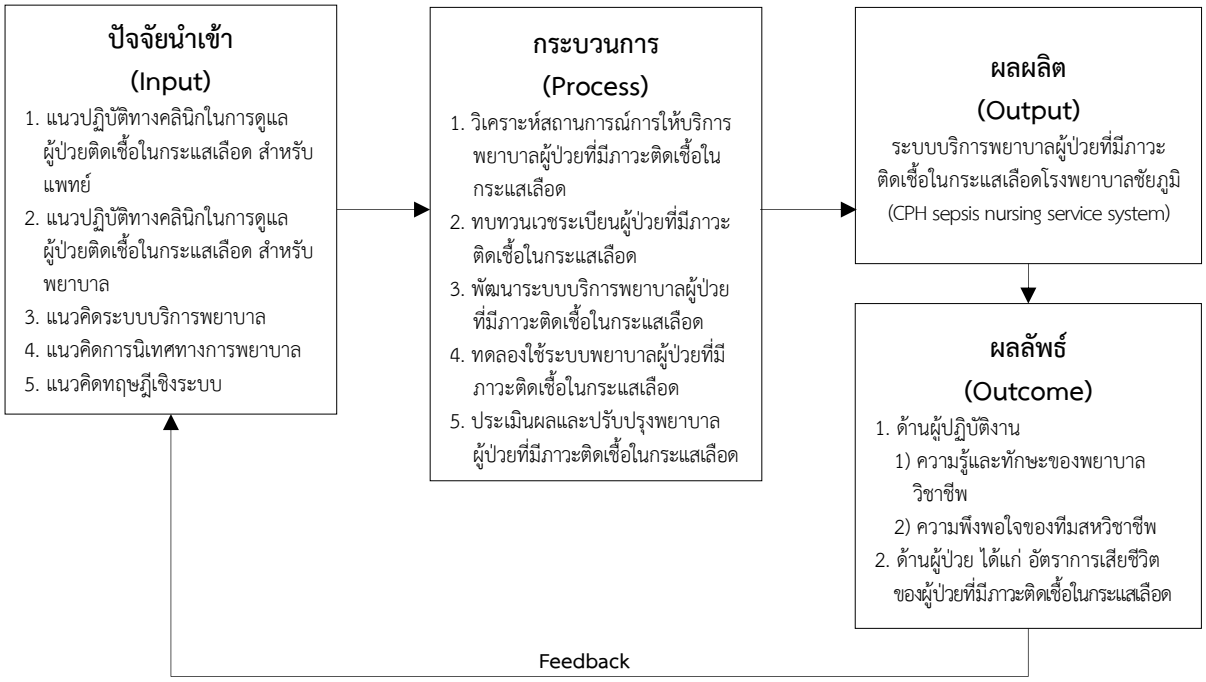
1. ภายหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชัยภูมิ

2. ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ อยู่ในระดับมากขึ้นไป

3. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง หลังใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้แนวคิดเชิงระบบ ของกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สรุปไว้ใน แนวทางการพัฒนาระบบบริการพยาบาล Service Plan ปี พ.ศ. 2561 มีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) ปัจจัยนำเข้า (input) 2) กระบวนการ (process) 3) ผลลัพธ์ (output/outcome) และ 4) ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาล แล้วนำระบบบริการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีการประเมินผลด้านผู้ปฏิบัติงาน และด้านผู้ป่วย โดยมีกรอบแนวคิดดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R & D)

ประชากร ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ จำนวน 98 คน 2) ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 17 คน เภสัชกร จำนวน 42 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพ และ 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ ในช่วง 3 ไตรมาส ของปีงบประมาณ 2566 จำนวน 1,233 ราย

ตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) พยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลชัยภูมิ คัดเลือกแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ทำงานแผนกอายุรกรรม 3 - 5 ปี เกณฑ์การคัดออก คือ มีความเจ็บป่วยทางกายหรือเจ็บป่วยทางจิตใจที่รุนแรง และลาออกหรือย้ายที่ปฏิบัติงาน ได้ตัวอย่างวิจัย จำนวน 43 คน

2) ทีมสหวิชาชีพ คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรมที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 3 คน เภสัชกรที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 2 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 4 คน และจำนวนของพยาบาลวิชาชีพโดยการสุ่มอย่างง่ายจากจำนวนกึ่งหนึ่งของพยาบาลวิชาชีพในแผนกอายุรกรรม ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 21 คน รวมตัวอย่างวิจัยทั้งหมด 30 คน

3) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คัดเลือกแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรมจาก 4 หอผู้ป่วย จำนวน 189 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ (CPH sepsis nursing service system) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน การศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านการตรวจความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีรายละเอียด ดังนี้

การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสัมภาษณ์และสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วย และการสัมภาษณ์ในช่วงการนิเทศ รวมทั้งการตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล ผลพบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดมีลักษณะเป็นรูปเล่มที่นำมาใช้งานได้ค่อนข้างลำบาก การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพยังมีความล่าช้า การติดตามอาการผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมให้ข้อมูลว่ายังมีความรู้และความสามารถไม่เพียงพอเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย และขาดความเข้าใจในแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (septic shock) (NSO, Chaiyaphum Hospital, 2022) นอกจากนี้จากการทบทวนเวชระเบียนของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในช่วงเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.08

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ นำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 มาร่วมกับการใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ เริ่มตั้งแต่ 1) ประชุมระดมความคิด เพื่อพิจารณาจัดตั้งทีมพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ 2) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา พยาบาล

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ออกแบบระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ และนำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำระบบบริการพยาบาลที่แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จำนวน 25 ราย ดำเนินการดังนี้

1) ประชุมชี้แจงแนวทางการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

2) อบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพ ในเรื่อง Update care of sepsis

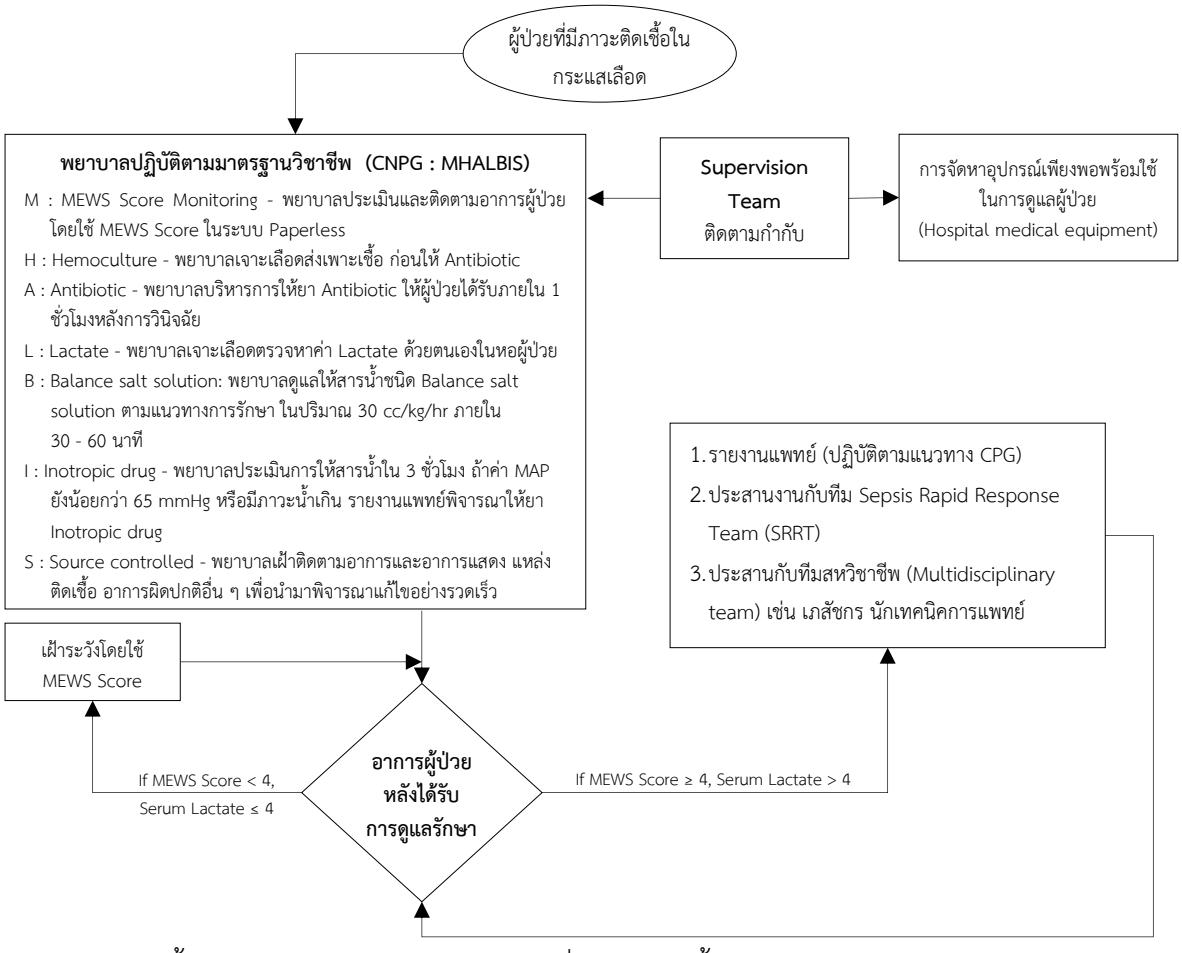
3) มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมติดตามและกำกับดูแลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล โดยการนิเทศและให้ข้อเสนอแนะขณะปฏิบัติงาน

4) นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

5) วิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้จากการทดลองใช้ระบบบริการ และนำเสนอผลการทดลอง พร้อมรับฟังปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะจากทีมสหวิชาชีพ

หลังจากนั้น นำระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อทีมผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อพิจารณาอนุมัติ และประกาศใช้ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลชัยภูมิ ดังภาพ 2

ขั้นตอน (work flow) ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ



ภาพ 2 ขั้นตอนระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ

ขั้นตอนที่ 3 นำระบบบริการพยาบาลที่ประกาศใช้ในขั้นตอนที่ 2 ไปใช้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วยของโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมดในช่วงเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 164 ราย และพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 4 หอผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 43 คน ในขั้นตอนนี้มีการดำเนินกิจกรรม คือ

1) ประชุมชี้แจงการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นแก่พยาบาลวิชาชีพ

2) อบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพ

3) มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 หอผู้ป่วยเป็นผู้นิเทศ ติดตามและกำกับดูแลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

4) นำระบบบริการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 หอผู้ป่วย

ในขั้นตอนที่ 3 นี้ ในระยะสุดท้ายจะมีการประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหาร/ทีมสหวิชาชีพต่อการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่ผ่านมาและข้อเสนอแนะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มี 4 ข้อ ผ่านได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) อยู่ในช่วงระหว่าง .80 – 1.00

2.2 แบบทดสอบความรู้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นข้อสอบปรนัย จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน เกณฑ์การผ่าน คิดที่ร้อยละ 60 หรือมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้และคำนวณด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .53

2.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลชัยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด มีทั้งหมด 11 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ปฏิบัติ” กับ “ไม่ปฏิบัติ” ในกิจกรรมของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เกณฑ์การผ่าน ร้อยละ 80 เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .75

2.4 แบบสอบถามความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด ถึง พึงพอใจน้อยที่สุด เกณฑ์การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

เกณฑ์ที่เหมาะสม คือ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากขึ้นไป เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบ

ความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ .80 – 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ เลขที่ COE No. 019/2566 รับรองระหว่างวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และขอความยินยอมโดยการลงลายมือชื่อ ซึ่งผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติงาน รวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ทั้งนี้ ข้อมูลการวิจัยจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย และในส่วนของข้อมูลเวชระเบียนจะใช้การลงรหัสแทนการระบุชื่อสกุลของผู้ป่วย เพื่อเป็นการรักษาความลับให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งในช่วงแรกจะเป็นการเก็บข้อมูลกับเวชระเบียน และต่อมาเป็นการเก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพ ก่อนและหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยมีการเก็บข้อมูลด้านความรู้และทักษะการพยาบาลตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 และเก็บข้อมูลความพึงพอใจจากทีมสหวิชาชีพที่มีต่อระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลภายหลังสิ้นสุดการทดลองใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon signed-rank test

4. วิเคราะห์ระดับความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพต่อการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ โดยใช้ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ (CPH sepsis nursing service system) พบว่าประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 C: CPG one page sepsis เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดให้เป็นหนึ่งหน้ากระดาษ ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลรักษาของแพทย์ตาม Bundle of care “MHALBIS” ของโรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติการรักษาของแพทย์

1.2 C : CNPG one page sepsis เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาจากรูปเล่มให้เป็นหนึ่งหน้ากระดาษ โดยประยุกต์ใช้แนวทางตาม Bundle of care “MHALBIS” ที่เน้นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

1.3 P: Practice & knowledge เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยในเรื่อง Update Care of Sepsis

1.4 P: Paperless เป็นการใช้ประโยชน์จากระบบ Paperless ซึ่งมีโปรแกรม MEWS

Score และคำนวณค่าคะแนนปรากฏออกมาทาง Dashboard ในรายชื่อผู้ป่วยแต่ละรายที่หน้าจอคอมพิวเตอร์ เพื่อให้พยาบาลและทีม Sepsis Rapid Response Team (SRRT) เห็นรวดเร็วและจัดลำดับเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มีค่า MEWS Score ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง

1.5 H: Hospital medical equipment มีการจัดหาอุปกรณ์เพียงพอและพร้อมใช้ในการดูแลผู้ป่วย

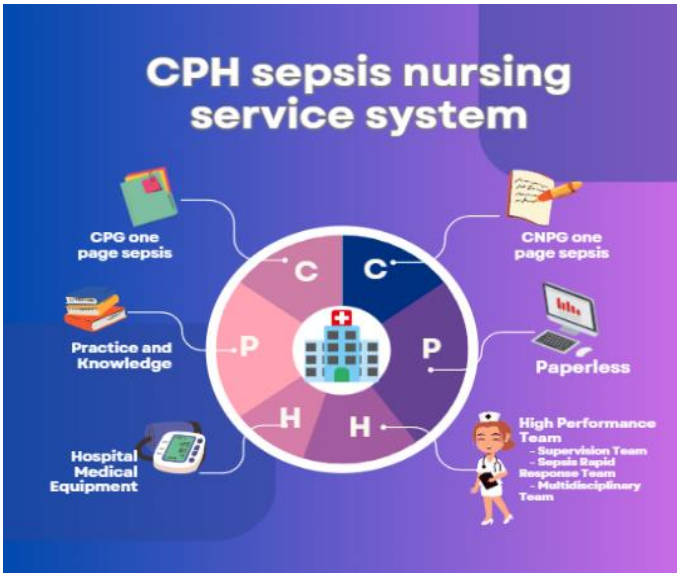
1.6 H: High performance team มีทีมทำงานที่มีประสิทธิภาพสูง ประกอบด้วย

1.6.1 Multidisciplinary team ที่มีการประสานทีมสหวิชาชีพและพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยตาม CPG และ CNPG one page sepsis เช่น การจัดทำระบบท่อลมส่งยาจากห้องยาไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม และการจัดหาเครื่องตรวจซีรั่มแลคเตทในซีรัม ชนิด POCT (point of care testing) ไว้ประจำในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั้ง 4 หอผู้ป่วย

1.6.2 Supervision team เป็นทีมนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพให้เป็นไปตามแนวทางของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล (CNPG)

1.6.3 Sepsis rapid response team เป็นทีมของสหวิชาชีพที่ให้การตอบสนองอย่างเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

จะเห็นได้ว่า ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในทีมสหวิชาชีพมีความเข้าใจในการปฏิบัติงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ประสานงานกับส่วนงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ 6 องค์ประกอบหลัก ดังภาพ 3



ภาพ 3 ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลชัยภูมิ (CPH sepsis nursing service system)

2. ผลการประเมินผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ สำหรับผู้ปฏิบัติงานได้ผลการศึกษาดังนี้

2.1 ด้านความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = -5.733, p = .000) และพยาบาลวิชาชีพมีทักษะการพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (Z = -5.726, p = .000) ดังตาราง 1

2.2 ด้านความพึงพอใจ พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากขึ้นไป ในทุกประเด็น (M = 4.17 - 4.73) ดังตาราง 2

3. การประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ภายหลังใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด มีแนวโน้มลดลง โดยก่อนการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยอายุรกรรมในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 57 ราย จากผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.08 ซึ่งหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลพบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 66.67 และ 62.65 ตามลำดับ ดังตาราง 3

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้และทักษะของพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ (n = 43)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนาระบบบริการพยาบาล		หลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล		Z	p
	M	SD	M	SD		
ความรู้ของพยาบาล	12.55	2.19	17.88	1.14	-5.73	.00
ทักษะของพยาบาล	16.39	3.44	22.90	.61	-5.73	.00

ตาราง 2 ความพึงพอใจของสหวิชาชีพต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ (n = 30)

ประเด็นการประเมิน	หลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาล		ระดับ
	M	SD	
1. การจัดบริการมีขั้นตอนและองค์ประกอบที่เหมาะสม	4.23	.50	มาก
2. CPG one page sepsis	4.73	.45	มากที่สุด
3. การคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ Mews score ในโปรแกรม Paperless	4.63	.67	มากที่สุด
4. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย (CNPG one page sepsis)	4.60	.50	มากที่สุด
5. ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Sepsis	4.53	.51	มากที่สุด
6. ทีมให้คำปรึกษาการดูแลเร่งด่วน (SRRT: Sepsis Rapid Response Team)	4.17	.83	มาก
7. เครื่องมือ/อุปกรณ์ในการให้บริการ	4.37	.56	มาก
8. การนิเทศงาน การบริหารจัดการสถานที่/เตียงในการดูแลผู้ป่วย	4.47	.68	มาก
9. การประสานทีมสหวิชาชีพ	4.37	.77	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวม	4.57	.50	มากที่สุด

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดก่อนและหลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ

ผลลัพธ์การเสียชีวิตของ	ก่อนการพัฒนาระบบ		หลังการพัฒนาระบบ	
ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ	*n*	%	*n*	%
ไตรมาสที่ 1/ปีงบประมาณ 2566	57/73	78.08		
ไตรมาสที่ 2/ปีงบประมาณ 2566			54/81	66.67
ไตรมาสที่ 3/ปีงบประมาณ 2566			52/83	62.65

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลชัยภูมิ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์วิจัยได้ดังนี้

1. ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ (CPH sepsis nursing service system) ที่พัฒนาขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริงในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ของโรงพยาบาลชัยภูมิ โดยระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นนี้ จะมุ่งเน้นให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวปฏิบัติทางคลินิก (CPG one page sepsis) ตามแผนการรักษาของแพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิ ร่วมกับการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล (CNPG one page sepsis) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการทำงานเป็นทีมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และจุดเด่นของระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นใน CPH sepsis nursing service system คือ การบริหารจัดการที่รวดเร็วและมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพและพร้อมใช้งาน มีการจัดเก็บข้อมูลดิจิทัล เพื่อการเฝ้าระวังและให้ความช่วยเหลือต่อภาวะผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาจาก MEWS Score monitoring เช่น การแก้ไขภาวะ Metabolic acidosis โดยการติดตามผลของซีรั่มแลคเตท ซึ่งสามารถทราบผลภายใน 5 นาที ต่างจากช่วงเวลาที่ผ่านมาที่ต้องใช้เวลาในการติดตามผลของซีรั่มแลคเตทนานถึง 3 - 4 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการช่วยเหลือได้ทันท่วงที มีความปลอดภัยในชีวิตสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Suranatchayanan, Kenthongdee, and Kamonrat (2018) พบว่า การดักจับและรายงานแพทย์หลังค้นพบภาวะติดเชื้อจากที่ไม่เคยมีการรายงานเพิ่มเป็นร้อยละ 91 ทำให้การเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 19.6 เป็นร้อยละ 8.3 และลดการเสียชีวิตจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อลดลงจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 20

2. ผลลัพธ์ของระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ อภิปรายตามผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นได้ดังนี้

2.1 ภายหลังการใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้และทักษะสูงกว่าก่อนการใช้ระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมได้รับการฝึกปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือตามแนวทางของ CNPG one page sepsis ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ อย่างเป็นระบบ อีกทั้งได้รับความรู้และการสอนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ระดับสูง เพื่อเพิ่มทักษะของพยาบาลให้สูงขึ้น โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและได้รับการนิเทศ โดยเฉพาะในเรื่องของการเฝ้าระวัง และการรายงานผลการตรวจที่มีความสำคัญ เช่น

ผลการตรวจชีรั่มแลคเตทในกระแสเลือดของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องและทันท่วงทีต่อการให้การบำบัดรักษาตามแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการการศึกษาที่พบว่า ผลของการนิเทศกระบวนการพยาบาลหลังพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตโดยรวมที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไปร้อยละ 96.8 และผลการประเมินการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของพยาบาลโดยรวมผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ100 (Phenglao & Sinluksanathip, 2020)

2.2 ทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ อยู่ในระดับมากขึ้นไปในทุกประเด็น โดยพบว่าประเด็นที่พยาบาลวิชาชีพพึงพอใจมากที่สุดมี 4 ประเด็น ดังนี้ 1) CPG one page sepsis อาจเนื่องจากทีมสหวิชาชีพมีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกในหนึ่งหน้าที่เข้าใจ และง่ายต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ 2) การคัดกรองผู้ป่วย โดยใช้ MEWS Score ในโปรแกรม Paperless ทั้งนี้น่าจะเป็นผลจากการที่ทีมสหวิชาชีพสามารถประเมินผลค่า MEWS Score ได้จากการดูหน้าจอคอมพิวเตอร์ระบบ Paperless ช่วยให้ทีมสหวิชาชีพสามารถเข้าดูข้อมูลได้ทุกหอผู้ป่วย และให้การบำบัดรักษาได้ทันท่วงที เมื่อค่า MEWS Score เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อค่า MEWS Score ≥ 4 3) มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วย (CNPG one page sepsis) เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่เข้าใจง่าย และนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ และ 4) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย sepsis อาจเนื่องจากการได้รับความรู้และทักษะที่เพียงพอ ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติงานการให้ความช่วยเหลือร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้วยความมั่นใจ มีประสิทธิภาพ ทีมสหวิชาชีพจึงพึงพอใจต่อทักษะการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในระดับมากที่สุด

2.3 แนวโน้มของผลลัพธ์การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงหลังใช้ระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิ จากอัตราการเสียชีวิตก่อนการพัฒนาระบบบริการพยาบาล ร้อยละ 78.08 หลังการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ลดลงร้อยละ 66.67 และ 62.65 ตามลำดับ ทั้งนี้น่าจะเป็นผลจากการได้รับการดูแลที่เป็นระบบและรวดเร็ว ตามแนวทาง CPG ของแพทย์ ร่วมกับระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชัยภูมิที่พัฒนาขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมผู้บริหารทางการพยาบาลควรติดตามผลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ในการพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อส่งเสริมให้ระบบบริการพยาบาลมีการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. โรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีระบบงานและทีมงานที่มีประสิทธิภาพต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติให้ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล และขยายผลการพัฒนาระบบบริการพยาบาลไปยังเครือข่ายของโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดี

3. ผู้บริหารและพยาบาลวิชาชีพควรนำระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

Chaiwong, D., Isarangura Na Ayudhaya, P., Chompusup, J., & Khantarak, P. (2022). The development of nursing-care system for sepsis and septic shock patients in Chiang Mai province Thailand. *Journal of Nakornping Hospital, 13*(2), 57-74.

Kiattimanaroj, A. (2021). The development of a model of care for patients with sepsis, Wapipathum hospital academic. *Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 5*(9), 27-43.

Medical Department, Chaiyaphum Hospital. (2023). *Self-assessment report 2023, Chaiyaphum hospital, Chaiyaphum province.*

Ministry of Public Health. (2023). Health data center (HDC) medical data warehouse system at the provincial, regional and ministry levels. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

Nursing Division of Ministry of Public Health. (2018). *Guidelines for developing nursing service systems: Service plan*. Nonthaburi: Suetawan.

Nursing Service Organization, Chaiyaphum hospital. (2023). *Self-assessment report 2023, Chaiyaphum hospital, Chaiyaphum province.*

Phenglao, S., & Sinluksanathip, K. (2020). The development of the nursing service system for patients with sepsis at Photharam hospital, Ratchaburi province. *Region 4-5 Medical Journal, 39*(4), 698-712.

Rodjinda, S. (2020). Development of caring model for sepsis patients in the medical wards, Nan hospital. *The Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 31*(1), 212-231.

Suansuk, R., Peanpanich, Y., & Rontee, S. (2022). Development of nursing model for sepsis patients. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand, 12*(1), 170–189.

Suranatchayanan, P., Kenthongdee, W., & Kamonrat, S. (2018). Nursing care system development for sepsis patients at Loei hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(1), 207-215.



การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

A STUDY OF THE SITUATION OF A CARE MODEL FOR EARLY CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT THANYABURI HOSPITAL

ศศิภาส์ อริสริยวงศ์[1] อารี ชีวเกษมสุข[2] ดวงกมล วัตราดุลย์[3]

Sasipa Arisariyawong Aree Cheevakasemsook Duangkamol Wattradul

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารทางการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี 11120

Students of the Master of Nursing Science Program Nursing Administration,

Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi, 11120, Thailand

[2]รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี 11120

Associate Professor, Ph.D., Department of Nursing Science, Sukhothai Thammathirat University, Nonthaburi, 11120, Thailand

[3]ผู้ช่วยศาสตรจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี 12000

Assistant Professor, D.N.S., Faculty of Nursing, Rangsit University, Pathum Thani, 12000, Thailand

[2]Corresponding author E-mail: areecheeva@gmail.com

Received: *August 26, 2023* Revised: *November 6, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยผสมวิธี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ในโรงพยาบาลธัญบุรี โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) ประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มทีมสุขภาพ 7 รายและผู้ป่วยและญาติ 10 ราย และประเมินการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี ด้านโครงสร้าง การดูแลมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทีมสุขภาพให้การดูแลตามหน้าที่ ใช้ประสบการณ์เดิมจาการทำงานในการดูแลผู้ป่วย การติดตามประเมินผลยังไม่มีความต่อเนื่อง ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบแบบทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ด้านผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางกาย ไม่ให้ความสำคัญกับการประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังนั้น ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกที่ชัดเจน ทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองควบคู่ไปกับผลลัพธ์ด้านสมรรถภาพทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ชะลอการดำเนินของโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก, การเสริมสร้างพลังอำนาจ, การจัดการตนเอง

Abstract

This study employed a mixed methods approach with the aim of examining the state of the care model for patients in the early stages of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at Thanyaburi Hospital. The conceptual framework utilized for this study was based on Donabedian's (2003) service quality assessment, encompassing the dimensions of structure, process, and results. Data collection involved a focus group discussion with seven healthcare providers, as well as individual discussions with 10 patients and their relatives. Additionally, a self-management assessment was conducted with twenty COPD patients. Descriptive statistics were applied for quantitative data analysis, while content analysis was employed for qualitative data.

The findings indicated that the guidelines for the structural aspects of the caring model for COPD patients were intangible and inconsistent. Most healthcare teams provided routine and functional care based on their prior experience in patient care. Continuous monitoring and evaluation of care were inconsistent. The patient care process was general and lacked specificity in terms of empowering patients for enhanced self-management. Outcome evaluation primarily focused on physical assessments and did not prioritize self-management behavior. Consequently, there is a need for a clearly defined care model for early-stage COPD patients, emphasizing the promotion of patient empowerment for self-management. Outcome evaluations of the behavior aspect should encompass both self-management behavior and physical capacities, assisting COPD patients to be able to manage current symptoms, slow the progression of the disease, and improve their overall quality of life.

Keywords: early chronic obstructive pulmonary disease, empowerment, self-management

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) เป็นกลุ่มโรคที่มีการอุดกั้นอย่างถาวรจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของปอด จนเกิดอาการหลอดลมตีบแคบหรือตันลงอย่างเรื้อรัง ไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ โดยการตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function tests) จะพบว่าปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วและแรงใน 1 วินาทีแรก (forced expiratory volume in one second: FEV_1) ต่อปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้าอย่างเต็มที่ (forced vital capacity: FVC) หลังได้รับยาขยายหลอดลมค่า FEV_1 / FVC จะน้อยกว่าร้อยละ 70 (The Global Initiative for Obstructive Lung Disease: GOLD, 2020) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขและเป็น 1 ใน 3 สาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรโลก (World Health Organization, 2016) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบแต่ละครั้งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 5 เท่า (GOLD, 2020) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อการดำเนินของโรคมากจนส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากอาการเหนื่อย เมื่ออาการหายใจลำบากรุนแรงมากขึ้นในระยะท้ายของโรคจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อ

ชีวิต จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด วิตกกังวล ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า (Lilly & Senderovich, 2016) ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมักมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง จนต้องเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีสถิติประมาณ 100,000 รายต่อปี (Thai Health Promotion Foundation, 2016) และต้องเข้าออกโรงพยาบาลเป็นประจำ จึงเกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หรืออาจทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น (American Thoracic Society, 2017)

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (Pattama, 2018) และศึกษาในผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคอยู่ในระยะที่ 3 - 4 ซึ่งมีอาการรุนแรง กำเริบบ่อยและมีอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำ (Usa et al., 2018) ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาเรื่องการรักษาด้วยยามากกว่าการเสริมพลังอำนาจการจัดการตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bourbeau & van der Palen, 2009) เช่นเดียวกับคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี ที่ให้การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้องรังของสมาคมอารุเวชช์และตามแนวทาง The Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD, 2020) ที่ผ่านมาผู้ที่มารับการรักษาในระยะที่ 3 - 4 ไม่สามารถควบคุมอาการได้และมีอาการกำเริบบ่อย บทบาทสำคัญในการดูแลรักษาจึงอยู่ที่ทีมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ โดยที่ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมน้อย

นอกจากนี้ รูปแบบในการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี แม้จะใช้แนวทางเดียวกัน แต่ในทีมสุขภาพยังมีการประยุกต์ใช้แนวทางของสมาคมอุรุเวชช์ แนวทางของ The Global Initiative for Obstructive Lung Disease และตามรูปแบบของตนเอง ทำให้ระบบบริการสุขภาพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแล จนนำไปสู่การร้องเรียนหรือความเสี่ยงในการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่ระยะแรกจะสามารถชะลอการดำเนินของโรค เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกาย และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Fromer, 2011) ดังการศึกษาในเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีสมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Danyuthasilpe, 2017) ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการดูแลที่เป็นระบบมาตรฐานเดียวกัน การศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาที่โรงพยาบาลธัญบุรี ให้สามารถควบคุมอาการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและป้องกันภาวะเสี่ยงในการเกิดซ้ำ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

คำถามวิจัย

สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โดยใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการบริการของ Donabedian (2003) ประกอบด้วย โครงสร้าง (structure) กระบวนบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้เข้าถึงสถานการณ์และปัญหา

ที่แท้จริง นำไปสู่การแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยในการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ มีสมรรถภาพทางกายที่ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) ซึ่งแบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ส่วนส่วน คือ การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 7 วัน และผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 381 คน และญาติที่ดูแลพามารักษา ณ คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (Thanyaburi Hospital, 2020)

(1) การวิจัยเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่มมี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน เภสัชกร 1 คน นักกายภาพ 1 คน และนักจิตวิทยา 1 คน รวมจำนวน 7 คน ซึ่งทุกคนเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยและญาติ ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 คน ซึ่งต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีค่า FEV_1/ FVC น้อยกว่า 70% มีความรุนแรงอยู่ในระยะที่ 1 - 3 และมีค่า FEV_1 มากกว่า 30% และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง และ 2) ญาติผู้ป่วยที่เป็นผู้ดูแลหลักที่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งทั้งผู้ป่วยและญาติต่างก็สามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

(2) การวิจัยเชิงปริมาณ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก 20 ราย ที่มีค่า FEV_1/ FVC น้อยกว่า 70% และค่า FEV_1 มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่ามาตรฐาน และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลธัญบุรี อย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 2 ครั้ง และสามารถสื่อสารอ่านเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้คำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม 1 คำถาม คือ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปัจจุบันเป็นอย่างไร

2. แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มี 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งที่มาของรายได้ สิทธิ์ค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนสมาชิกในบ้าน

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประวัติการสูบบุหรี่ โรคร่วม ปัจจัยกระตุ้นอาการกำเริบ และการรักษาในปัจจุบัน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยแปลจากแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2020) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามระดับความเหนื่อย (modified medical research council dyspnea score: mMRC score) ผู้วิจัยใช้ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

(Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017) เป็นมาตรวัดระดับความเหนื่อยขณะทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 0 - 4 โดยระดับ 0 คือ ปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ระดับ 1 คือ มีอาการเหนื่อยเมื่อเดินเร็ว ๆ หรือขึ้นทางชัน ระดับ 2 คือ เดินไม่ทันเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกันในพื้นราบ ต้องหยุดเดินเป็นพักเพราะเหนื่อย ระดับ 3 คือ เดินได้ระยะทางน้อยกว่า 100 เมตร ระดับ 4 คือ ทำกิจวัตรประจำวันได้ลดลงเนื่องจากเหนื่อยง่าย การแปลผล mMRC แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ 0 - 1 คะแนน แสดงว่า มีอาการเหนื่อยน้อย มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน แสดงว่า มีอาการเหนื่อยมาก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้เป็น COPD Assessment Test (CAT) ของสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017) มี 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึง แย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน แปลผลคะแนน CAT น้อยกว่า 10 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อย คะแนน CAT มากกว่า 10 แสดงว่า ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มาก

ส่วนที่ 3 การประเมินการทดสอบสมรรถภาพปอด (peak expiratory flow rate) ด้วยการเป่าเครื่อง Peak flow meter เป็นอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกที่สูงที่สุด จากการหายใจออกเร็วและแรงเต็มที่ หน่วยเป็นลิตรต่อนาที (Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage, 2017)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1993) และการจัดการตนเองของ Kanfer and Gaelick-Buys (1991) มี 38 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ บ่อยที่สุด (5) – นาน ๆ ครั้ง (1) กำหนดเกณฑ์การแปลผลตามคะแนนเฉลี่ย (Boonchai, 2010) ดังนี้

4.50 - 5.00 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยที่สุด/ทุกวัน

3.50 - 4.49 หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยครั้ง

2.50 - 3.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบ่อยพอสมควร

1.50 - 2.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินบางครั้ง

1.00 - 1.49 หมายถึง ผู้ป่วยพฤติกรรมที่ระบุในรายการประเมินนาน ๆ ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยนำแนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก และแบบสอบถามการตรวจสอบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคระบบหายใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 - 1.00 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ผู้วิจัยหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัย ในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลคลองหลวง โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลหนองเสือ รวม 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เลขที่ PPHO-REC 2565/6 ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 และ

แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยได้ ผู้วิจัยจึงทำเรื่องขอขยายเวลาออกไปถึงวันที่ 10 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยรับทราบประโยชน์ สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ขณะทำการศึกษาผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลเสียหายต่อการดูแลรักษาที่มีอยู่เดิม ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่ม (focus group) ดำเนินการโดยผู้วิจัยเป็นผู้นำการสนทนากลุ่มและมีผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้จดบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยแบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทีมสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยเริ่มการวิจัยกับกลุ่มทีมสุขภาพก่อน แล้วตามด้วยกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยมีการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 20 ราย และให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้เวลาคนละประมาณ 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

2. การวิจัยเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการสนทนากลุ่มโดยทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ตามแนวคิดของ Donabedian (2003) สามารถสรุปเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ รวมทั้ง ได้ข้อสรุปเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลของกลุ่มทีมสุขภาพกับกลุ่มผู้ป่วยและญาติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 สถานการณ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี จากการสนทนากลุ่มเปรียบเทียบระหว่างทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ

สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี	
1. ด้านโครงสร้าง : ขาดแนวทางปฏิบัติในการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจน	
1.1 ทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้ความคิดเห็นต่างกัน โดยผู้ป่วยและญาติให้ความคิดเห็นว่าแนวทางในการดูแลผู้ป่วยดีอยู่แล้ว ให้การดูแลรักษาอย่างมีมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัว มีกำลังใจ แต่ทีมสุขภาพให้ความคิดเห็นว่าการดูแลรักษายังไม่เป็นไปแนวทางเดียวกัน ไม่เฉพาะเจาะจงไปที่การเสริมสร้างพลังอำนาจหรือการจัดการตนเองของผู้ป่วย เป็นการดูแลแบบทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระตุ้นให้มีอาการกำเริบ	
ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ *“เราให้การดูแลตามแนวทางทั่ว ๆ ไป ยังไม่ชัดเจน ไม่ได้เฉพาะเจาะจงที่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยบางคนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่”* (H5)	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ *“บริการดีมาก มีมาตรฐานที่สุดแล้ว ผมรักษามาหลายที่ คลินิกเราดีที่สุดแล้ว”* (P4)

สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี

1.2 ทีมสุขภาพ : ควรปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาสุขภาพ

ผู้ป่วยและญาติให้ความคิดเห็นว่าทีมสุขภาพมีความรู้ความสามารถ เหมาะสม ดูแลดี ผู้ป่วยมีกำลังใจ พึงพอใจ และมีความมั่นใจ ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่วนทีมสุขภาพมีความคิดเห็นว่ายังต้องปรับปรุงการบริการเพราะส่วนใหญ่ใช้ประสบการณ์เดิมหรือเรียนรู้เพิ่มเติมจากที่อื่น เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละรายมีปัญหาแตกต่างกัน แต่ยังได้รับการดูแลเหมือนกัน

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยยังต่างคนต่างทำ” (H4) “เราให้การดูแลตามความรู้สึก ทำตามประสบการณ์ ทำแบบนี้แล้วน่าจะดีก็ทำ คนไข้เราได้รับการดูแลเหมือนๆ กันไม่ค่อยต่างกัน” (H7)	*“เป็นมืออาชีพ ทุกคนทำงานเป็นทีม ดีมากๆ ใส่ใจ เป็นกำลังใจให้คนไข้ตลอด ติดตามดูแลคนไข้ดีมาก ๆ ”* (P1,P3) (Y2) “ให้คำแนะนำให้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ ผมได้กำลังใจจากหมอนี่แหละทำให้เลิกได้ (P2)

1.3 อุปกรณ์และสื่อการให้ความรู้ : ขาดการติดตามและประเมินผลการใช้อุปกรณ์และสื่อการสอน

ทั้งผู้ป่วยและทีมสุขภาพให้ข้อมูลว่าอุปกรณ์ในคลินิกปอดมีเพียงพอและกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยากบริหารปอด แต่ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นว่า ยังมีข้อที่ต้องปรับปรุง คือ ผู้ป่วยไม่ได้ใช้อุปกรณ์บริหารปอดทุกคน และขาดการติดตามประเมินผลหลังใช้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผู้ป่วยไม่รู้วิธีใช้ประโยชน์จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย ตัวหนังสือเล็ก จึงต้องปรับปรุงให้สามารถใช้ได้ร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นไปตามวัตถุประสงค์

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“คลินิกเรามีอุปกรณ์บริหารปอด และมีนวัตกรรมเยอะ แต่เสียดายไม่ได้เอามาใช้กับคนไข้ทุกคน อีกอย่างเราไม่ได้ประเมินผลหลังใช้ด้วย” (H5) *“สมุดเราใช้ทำอะไร ส่วนใหญ่เราเอาไว้บันทึกประวัติ อาการ การรักษา การนัด แต่สำหรับคนไข้ส่วนใหญ่ไม่เคยเปิดดู เอาไว้ดูวันนัดอย่างเดียว”* (H4)	*“ผมชอบนะ มันสนุกดี ทำให้อยากออกกำลังบริหารปอดทุกวัน”* (P4) *“ตัวหนังสือเล็กอ่านไม่เห็น ไม่ได้เปิดดูอะไรในคู่มือ”* (Y1) *“เอาไว้ดูวันนัด ไม่ได้ดูรายละเอียดข้างในจริง ๆ”* (P5)

1.4 การสื่อสารด้านสุขภาพ : มีข้อจำกัดและผู้ป่วยบางรายเข้าไม่ถึง

ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถสื่อสารโดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ทีมสุขภาพสามารถให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามต่าง ๆ การแจ้งเลื่อนนัด รวมทั้งใช้ในการติดตาม ประเมินอาการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบข้อจำกัดในการสื่อสารเนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีไลน์ หมายเลขโทรศัพท์ไม่เป็นปัจจุบัน นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีการกำหนดแนวทางในการสื่อสารทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์เนื่องจากผู้ป่วยจะชอบสอบถามในช่วงกลางคืน

ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ	ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“มีหลายคน ไม่มีโทรศัพท์ ไม่เล่นไลน์ เวลาเราสื่อสารอะไรไป แจ้งอะไรไปคนที่ไม่อยู่ในกลุ่มก็จะไม่รู้เรื่อง” (H2) *“ไลน์กลุ่มแรก ๆ ก็สวัสดีตอนเช้า วันจันทร์สีเหลือง ยันวันอาทิตย์เลย แต่ไม่ค่อยใช้สอบถามเรื่องสุขภาพ”* (H5)	*“แต่ผมแอบสงสารคุณหมอนะ 4 ทุ่ม 5 ทุ่ม ยังต้องตอบไลน์อยู่เลย มันเบียดเบียนเวลาคุณหมอมากไป”* (P2) *“ส่วนใหญ่มักมีเรื่องสงสัยอะไร สามารถถามคุณหมอได้ทันที”* (Y3)

2. ด้านกระบวนการ : ขาดรูปแบบที่ชัดเจนด้านการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย

ทีมสุขภาพเห็นว่ามีกระบวนการดูแลรักษาตาม GOLD guideline ร่วมกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการประเมินคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมิน การวางแผน การดูแล แต่เรื่องการให้ข้อมูลและเสริมพลัง ยังปฏิบัติไม่เป็นแนวทางเดียวกัน และยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

<table>
<tr><th colspan="2">สถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี</th></tr>
<tr><td>ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ
“ผมก็รักษาตาม guideline ยาอะไรที่เราต้องมี คนไข้ควรได้รับ เราก็จัดหามา ผมว่ายาเราดีที่สุดแล้วในบรรดา รพช.ทั้งหมดในปทุมธานี” (H3)
“เรื่องของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย เราให้การดูแลเริ่มตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน HA แต่เรื่องการให้ข้อมูลเสริมพลังอำนาจยังไม่ชัดเจนไหร่ ยังต่างคนต่างให้ ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน” (H1)</td><td>ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ผมว่าดีมากอยู่แล้ว มีมาตรฐานมากกว่าที่อื่นเยอะ” (P2)
“ใช่ เห็นด้วย ดีมาก การรักษาก็ดี มีการติดตามคนไข้อย่างต่อเนื่อง ถามไถ่อาการ ให้กำลังใจดีมาก ๆ ทำให้พวกเรามีกำลังใจในการรักษา และกำลังใจในการดูแลตัวเอง” (Y4)</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. ด้านผลลัพธ์ : ขาดการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
การประเมินผลลัพธ์ส่วนใหญ่เป็นการประเมินโดยทีมสุขภาพ มุ่งเน้นการประเมินด้านสมรรถภาพทางกาย เช่น อาการเป็นอย่างไร มีอาการกำเริบหรือไม่ ทำกิจวัตรประจำวันหรือไม่ นอกจากนี้ทีมสุขภาพยังเห็นว่า แนวทางการประเมินด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมปัญหาที่แท้จริง การบันทึกผลของทีมสุขภาพไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน</td></tr>
<tr><td>ดังคำกล่าวของทีมสุขภาพ
“การประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการประเมินสมรรถภาพทางกาย แต่การประเมินพฤติกรรมของเราไม่ชัดเจน” (H1)
“เราไม่ได้กำหนดให้ชัดเจนว่าเราจะต้องประเมินเรื่องอะไร ตอนนี้เราจะได้ผล Peak flow, CAT และอาการเป็นอย่างไรและบันทึกในใบเฝ้าระวัง แต่เรื่องพฤติกรรมแทบไม่ได้ประเมินเลยนะ อีกอย่างทีมสุขภาพเราเป็นคนประเมินเกือบทั้งหมด คนไข้มีส่วนร่วมน้อยมาก (H2)</td><td>ดังคำกล่าวของผู้ป่วยและญาติ
“ผมอาการดีมาก ไม่มีอาการกำเริบเลย ไม่ได้ใช้ยาฉุกเฉินเลย สบายมาก ๆ ผิดกับแต่ก่อนเยอะเลย ” (P2)
“ผมก็ทำตามที่หมอสั่ง หอบเหนื่อยก็พ่นยา เท่านั้นแหละ เหนื่อยเพราะอะไร ผมไม่รู้หรอก” (P5)
“เคยบอกให้จดอยู่นะ ว่าหอบกี่ครั้ง ใช้ยาไปกี่กด จะได้มาบอกหมอ แต่ก็ไม่ได้ทำ” (Y3)</td></tr>
</table>

2. สมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก

2.1 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 17 คน เป็นร้อยละ 85 มีอายุเฉลี่ยอายุ 54 ปี (*SD* = 4.33) อายุมากที่สุด 59 ปี อายุต่ำที่สุด 46 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 60 ทุกคนมีรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตร หลาน ร้อยละ 85 จำนวนสมาชิกในบ้านอยู่ระหว่าง 2 - 5 คน

2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 20 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานเฉลี่ย 6.5 ปี (*SD* = 4.46) ส่วนใหญ่เคยมีประวัติสูบบุหรี่ ร้อยละ 75 มีประวัติสูบบุหรี่เฉลี่ย 18.5 ปี (*SD* = 2.18) สูบวันละ 16 - 20 มวน ร้อยละ 58.8 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่นานเฉลี่ย 30 ปี (*SD* = 10.57) ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 74.47 เลิกสูบบุหรี่มาแล้วเฉลี่ย 6.29 ปี (*SD* = 8.35) ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 23.53 จำนวนที่สูบเฉลี่ย 3.5 มวน/วัน (*SD* = .71) ส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นจมูกอักเสบภูมิแพ้คิดเป็นร้อยละ 70 มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI = 18.5 - 22.99 kg/m^2) ร้อยละ 50 น้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23 kg/m^2) ร้อยละ 35 และมีน้ำหนักน้อย (BMI < 18.5 kg/m^2) ร้อยละ 15 ส่วนใหญ่มีการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันบางครั้ง (1 - 2 ครั้ง/

สัปดาห์) ร้อยละ 47.4 สัมผัสปัจจัยกระตุ้นเป็นประจำ (ทุกวัน) ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.3 สภาพแวดล้อมบ้านปลอดโปร่ง ร้อยละ 85 และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมาพบผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 55 ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับยาทั้ง 2 ชนิด ได้แก่ ยาพ่นฉุกเฉิน และยาพ่นควบคุมอาการ ร้อยละ 95

2.3 ผลสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ตามแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (GOLD, 2020) พบว่ามีความเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันน้อย (0 - 1 คะแนน) ร้อยละ 100 มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับน้อย มีค่าคะแนน CAT score < 10 ร้อยละ 100 ส่วนการทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยการเป่า Peak flow meter พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่า PEFR เท่ากับ 67.95 % บ่งบอกถึงมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ

3. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.53, *SD* = .88) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านพฤติกรรมการประเมินตนเองซึ่งอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.80, *SD* = .83) รองลงมา คือ พฤติกรรมการติดตามตนเองซึ่งอยู่ในระดับบางครั้ง (*M* = 2.46, *SD* = .90) และน้อยที่สุด แต่อยู่ในระดับบางครั้งเช่นกัน คือ พฤติกรรมการเสริมแรงตนเอง (*M* = 2.33, *SD* = 1.34) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการติดตามตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา พยาบาลมากที่สุดและอยู่ในระดับบ่อยครั้ง (*M* = 4.11, *SD* = .87) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุด และอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง คือ การบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (*M* = 1.05, *SD* = .22) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการประเมินตนเองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับคนที่เป็นหวัดมากที่สุด และอยู่ในระดับบ่อยที่สุด (*M* = 4.50, *SD* = .51) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุดและอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง คือ การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที/วัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง (*M* = 1.10, *SD* = .31) ดังตาราง 2

ด้านพฤติกรรมการเสริมแรง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยคำกล่าวชื่นชม ยกย่องด้วยวาจามากที่สุด และอยู่ในระดับบ่อยพอสมควร (*M* = 2.80, *SD* = 1.15) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกมีน้อยที่สุด และอยู่ในระดับ คือ การเสริมแรงเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้ ด้วยการให้รางวัล หรือสิ่งของ (*M* = 1.80, *SD* = 1.36) 1.80 (*SD*=1.36) มี ดังตาราง 2

ตาราง 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก (*n* = 20)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	*M*	*SD*	ระดับ
<u>พฤติกรรมการติดตามตนเอง</u>	2.46	.90	บางครั้ง
1. สามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาพยาบาล	4.11	.88	บ่อยครั้ง
2. การตัดสินใจกำหนดเป้าหมายการดูแลภาวะสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ	2.85	1.35	บ่อยพอสมควร
3. สามารถประเมินผลภาวะสุขภาพว่าเป็นไปตามเป้าหมาย	2.84	1.17	บ่อยพอสมควร
4. สามารถสังเกต ติดตามอาการหรือปัญหาสุขภาพของตนเอง	2.55	1.00	บ่อยพอสมควร

พฤติกรรมจัดการตนเอง	*M*	*SD*	ระดับ
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองที่ไม่บรรลุเป้าหมายเสมอ	2.40	.88	บางครั้ง
7. เปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้	1.80	.83	นาน ๆ ครั้ง
6. การบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ	1.05	.22	นาน ๆ ครั้ง
พฤติกรรมการประเมินตนเอง	2.80	.83	บ่อยพอสมควร
8. หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้กับคนที่เป็นหวัด	4.50	.51	บ่อยที่สุด
9. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อต้องสัมผัสกับฝุ่นละออง ควันต่างๆ	4.45	.76	บ่อยครั้ง
10. นอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	4.30	.80	บ่อยครั้ง
11. บ้วนปาก/กลั้วคอหลังใช้ยาพ่นควบคุมอาการมีส่วนผสมของสเตียรอยด์	4.25	.85	บ่อยครั้ง
12. ทำความสะอาดบ้าน ห้องนอน เปลี่ยนเครื่องนอน เพื่อลดฝุ่นละออง	4.20	.70	บ่อยครั้ง
13. ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการใช้ยาพ่น พ่นยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.10	.79	บ่อยครั้ง
14. สามารถใช้ยาพ่นควบคุมอาการและยาพ่นขยายหลอดลมตามแผนการรักษา	4.10	.91	บ่อยครั้ง
15. การจัดการด้านอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียด ความวิตกกังวล	3.90	.64	บ่อยครั้ง
16. สวมเสื้อผ้าหรือห่มผ้า เพื่อรักษาความอบอุ่นร่างกาย	3.50	.83	บ่อยครั้ง
17. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งกระตุ้น	3.45	.89	บ่อยครั้ง
18. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีผู้คนแออัด	3.15	.93	บ่อยพอสมควร
19. พกยาพ่นฉุกเฉินเมื่อเดินทางออกนอกบ้าน	3.00	1.45	บ่อยพอสมควร
20. จัดการด้านอารมณ์ด้วยวิธี	2.80	.77	บ่อยพอสมควร
21. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตรต่อวัน	2.70	.98	บ่อยพอสมควร
22. ปรับลดยา หรือหยุดยาเองเมื่อรู้สึกอาการดีขึ้น	2.60	.82	บ่อยพอสมควร
23. เพิ่มการใช้ยาเมื่อรู้สึกอาการแย่ลงหรือหอบเหนื่อย	2.55	1.00	บ่อยพอสมควร
24. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสจัด	2.35	1.09	บางครั้ง
25. รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ปริมาณน้อยๆ แบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน	1.85	.93	บางครั้ง
26. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่อาจทำให้ท้องอืดง่าย	1.80	.77	บางครั้ง
27. การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน	1.75	.72	บางครั้ง
28. จัดการด้านอารมณ์ โดยใช้เทคนิคการหายใจด้วยกระบังลม	1.75	1.25	บางครั้ง
29. จัดการด้านอารมณ์ โดยใช้เทคนิคการหายใจ ด้วยการจินตนาการ	1.55	.95	บางครั้ง
30. ลดปริมาณการรับประทานอาหารประเภทแป้ง	1.50	.69	บางครั้ง
31. จัดการด้านอารมณ์ ด้วยการการนั่งสมาธิ เพื่อให้เกิดความสงบ	1.45	.89	นาน ๆ ครั้ง
32. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกกล้ามเนื้อหายใจ	1.40	.75	นาน ๆ ครั้ง
33. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการหายใจแบบห่อริมฝีปาก	1.35	.75	นาน ๆ ครั้ง
34. ฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการฝึกการหายใจ	1.25	.55	นาน ๆ ครั้ง
35. ออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน	1.10	.31	นาน ๆ ครั้ง
พฤติกรรมการเสริมแรง	2.33	1.34	บางครั้ง
36. ได้รับการเสริมแรง ด้วยคำกล่าวชื่นชม ยกย่องด้วยวาจา	2.80	1.15	บ่อยพอสมควร
37. เมื่อปฏิบัติได้ตามพฤติกรรมเป้าหมาย รู้สึกพึงพอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง	2.40	1.50	บางครั้ง
38. ได้รับการเสริมแรง ด้วยการให้รางวัล หรือสิ่งของ	1.80	1.36	บางครั้ง
รวม	**2.53**	**.88**	**บ่อยพอสมควร**

การอภิปรายผลการวิจัย

1. โครงสร้างรูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โรงพยาบาลธัญบุรี มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ให้การดูแลรักษาตามมาตรฐาน GOLD guideline ซึ่งข้อมูลจากทีมสุขภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพประเมินว่ายังมีรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยยังไม่มี

ความชัดเจน และขาดการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเอง (Disler, Gallagher, & Davidson, 2012; Gold, 2020) อีกทั้ง ยังขาดแนวทางปฏิบัติในการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติ ทีมสุขภาพจึงต้องการปรับปรุงด้านการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาสุขภาพ ส่วนการใช้อุปกรณ์และสื่อให้ความรู้ยังขาดการติดตามและประเมินผลการใช้อุปกรณ์และสื่อการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

นอกจากนี้ ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพยังมีข้อจำกัดและผู้ป่วยบางรายยังเข้าไม่ถึงการใช้โทรศัพท์ที่มีอินเตอร์เน็ตและไลน์แอปพลิเคชัน ส่วนการประเมินผลลัพธ์การดำเนินการโดยทีมสุขภาพ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเอง ซึ่งจากการให้ข้อมูลด้านโครงสร้างระบบการดูแลโดยทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพแสดงให้เห็นว่าทีมสุขภาพต้องการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าการดูแลตามปกติ (Davies et al., 2014)

กระบวนการดูแลผู้ป่วย ข้อมูลจากทีมสุขภาพแสดงให้เห็นประเด็นที่ต้องปรับปรุงด้านกระบวนการดูแลเนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เน้นการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังเป็นแบบทั่วไป ไม่มีการประเมินปัญหาสุขภาพเป็นรายบุคคล มีการทำงานไม่ประสานกันระหว่างทีมสุขภาพ ไม่เจาะจงเรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Wattana, 2020)

ด้านการมอบหมายงานในทีมสุขภาพสหสาขายังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะบทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยด้านการจัดการและการสนับสนุนการจัดการตนเองไปใช้ในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เป็นรูปธรรม เนื่องจากขาดโปรแกรมการเพิ่มทักษะการสร้างเสริมพลังอำนาจ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ให้สามารถจัดการตนเอง เพิ่มสมรรถภาพทางกายให้ดีขึ้น และสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ (Chuaythao, 2015; Vivien, 2017)

ผลลัพธ์ด้านการดูแล ข้อมูลจากทีมสุขภาพแสดงให้เห็นว่าการประเมินด้านสมรรถภาพทางกายมีมากกว่าการประเมินผลด้านพฤติกรรมและยังขาดแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมพลังอำนาจด้านกระบวนการและผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและการพัฒนาการจัดการตนเอง มีแรงจูงใจด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร การตัดสินใจแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ (Dowling et al., 2011)

ส่วนการประเมินผลโดยผู้ป่วยด้านการจัดการตนเอง สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการตนเองแบบองค์รวม ผู้ป่วยไม่ทราบปัญหาที่แท้จริงและยังคงปฏิบัติพฤติกรรมเดิมที่เป็นปัญหาสุขภาพ เช่น การสัมผัสสิ่งกระตุ้น การสูบบุหรี่ การใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตามที่ทีมสุขภาพบอก แต่ยังไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการได้ อีกทั้ง ยังมีอาการกำเริบเฉียบพลันจึงต้องปรับแผนการรักษาในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมในการดูแลจัดการตนเองตามแผนการรักษาค่อนข้างน้อย (Danyuthasilpe, 2017)

2. ผลการประเมินการจัดการตนเองพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองไม่เหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 45 ยังมีอาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากยังไม่มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลภาวะสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพที่ชัดเจน ผู้ป่วยบางรายยังสัมผัสปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน เช่น การสูบบุหรี่ การสัมผัสฝุ่นควัน การใช้ยาไม่ถูกต้อง ปรับลดหรือเพิ่มยาสูดพ่นเองเป็นบางครั้ง การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ฝึกหายใจและการจัดการด้านอารมณ์ที่ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้

ยังขาดการเสริมแรงตนเองให้สามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ดังนั้น ทีมสุขภาพควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนโดยการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเอง เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดการตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ (Dowling et al., 2011; GOLD guideline, 2020)

3. การศึกษาสถานการณ์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ข้อมูลที่แสดงมาข้างต้น สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) เพื่อใช้เป็นวิธีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) การค้นหาปัญหาที่แท้จริง (discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ร่วมกับแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ในการพัฒนาวิธีการจัดการตนเอง ประกอบด้วย 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) 3) การให้เสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมโรคได้ ลดหรือชะลอความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรก ควรทำทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการติดตาม พฤติกรรมการประเมิน และพฤติกรรมการเสริมแรงตนเอง ให้สามารถนำไปใช้แนวทางในการปฏิบัติได้จริงและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการสร้างเสริมพลังอำนาจและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่ในระยะแรกอย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยยังสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อชะลอการดำเนินโรค COPD ป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน โดยมีการมอบหมายทีมสุขภาพให้ปฏิบัติงานร่วมกัน ภายใต้แนวทางเดียวกัน และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและมีการติดตามผลลัพธ์การสร้างเสริมพลังอำนาจและจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ควรนำผลการศึกษาสถานการณ์ในครั้งนี้ ไปพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระยะแรกต่อไป

เอกสารอ้างอิง

American Thoracic Society. (2017). Management of COPD exacerbations: A European Respiratory Society/ American Thoracic Society guideline. *European Respiratory Journal*, 49(3), 1600791.

Bourbeau, J., & van der Palen, J. (2009). Promoting effective self-management program to improve COPD. *European Respiratory Journal, 33*(3), 461–463.

Chuaythao, T. (2015). *Effects of a self-management support program. in patients with COPD to self-management behavior knowledge Difficulty breathing and lung function* (Master of Nursing Science program). Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen.

Danyuthasinlpe, C. (2017). Promoting self-management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11*(2), 97-104.

Davies, F., Risør, M. B., Melbye, H., Spigt, M., Brookes-Howell, L., . . . Francis, N. (2014). Primary and secondary care clinicians' views on self-treatment of COPD exacerbations: A multinational qualitative study. *Patient education and counseling*, *96*(2), 256–263.

Disler, R. T., Gallagher, R. D., & Davidson, P. M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International journal of nursing studies*, *49*(2), 230–242.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care.* Oxford: Oxford University Press.

Dowling, M., Murphy, K., Cooney, A., & Casey D. (2011). A concept analysis of empowerment in chronic illness from the perspective of the nurse and the client living with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 3* (4),476-487.

Fromer, L. (2011). Implementing chronic care for COPD: Planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, *6*, 605–614.

Gibson, C. H.(1993). *A study of empowerment in mothers of chronically ill children* (Doctoral Dissertation School of Arts and Sciences). Department of Nursing, Boston College.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. Retrieved from https://goldcopd.org/gold-2020-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/

Kanfer, F. H., & Garlick, L. (1991). Self-management method. In F. H. Kanfer, & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York, NY: Pergamon.

Lilly, E. J., & Senderovich, H. (2016). Palliative care in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Critical Care, 35,* 150–154.

Thai Health Promotion Foundation. (2016). Set a goal to reduce the number of patients with asthma-chronic obstructive pulmonary disease. Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/?p=258579

Thanyaburi Hospital. (2020). *Statistical of patients with chronic obstructive lung disease in early stage at COPD clinic.*

Thoracic Society of Thailand under the Royal Patronage. (2017). *Recommendations for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease*. Bangkok: Beyond Enterprise.

Vivien, E. C. (2017). Role of nurses in supporting patients to self-manage chronic conditions. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing, 31*(38), 42-46.

Wattana, C. (2015). *Self-management support: Strategies for promoting disease control*. Journal of *Phrapokklao Nursing College, 26*(1), 117-127.

Wattana, C. (2020). *Guidelines for applying self-management theory into practice to promote public health management*. Division of Nursing and the Office of the Health Promotion Foundation.

World Health Organization. (2016, March 12). *Burden of COPD.* Retrieved from http://www.who.int/respiratory/copd/burden/en



ผลของการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
A RESULT OF DEVELOPING A DISCHARGE PLANNING APPLICATION FOR PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

สุปราณี พลธนะ[1] สุพัตรา นุชกูล[2] สาธวี แย้มดอนไพร[2]
Supranee Pholtana Supattra Nuchakul Sathawee Yaemdonprai
สุภัตรา ลิบลับ[2] ละอองดาว วรรณฤทธิ์[3]
Supattra Liblub La-Ongdao Wannarit

[1]นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600
Commander, Assistant Professor, Ph.D. (Nursing), Royal Thai Navy College of Nursing, Thonburi, Bangkok, 10600, Thailand
[2]หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600
Cardiac Intensive Care Unit, Somdech Pra Pinklao Hospital, Naval Medical Department, Thonburi, Bangkok, 10600, Thailand
[3]นาวาอากาศโทหญิง ดร. วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร 10220
Wing Commander, Ph.D. (Nursing), Royal Thai Air Force Nursing College,
Directorate of Medical Services, Sai Mai, Bangkok, 10220, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: supraneephol@gmail.com

Received: *November 5, 2023* Revised: *December 19, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 30 ราย ซึ่งเลือกมาอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ 1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการ 2) ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันภายใต้แนวคิดตามหลัก 3อ.2ส.1ย. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา) และ 3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบประเมินความรู้มีค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 - 1.00 มีค่าความเที่ยงจากการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบ Paired *t*-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. สูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 18.30, SD =

1.30 และ *M* = 16.40, *SD* = 1.67, *t* = 6.67, *p* = .000) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.44, *SD* = .43)

ดังนั้น พยาบาลควรนำแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมาเป็นช่องทางในการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยาเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น

คำสำคัญ : แอปพลิเคชัน, การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, โรคหลอดเลือดหัวใจ

Abstract

This research and development aimed to create and assess the effectiveness of a discharge planning application for patients with coronary heart disease. The sample group included 30 patients with coronary heart disease admitted to the Cardiac Intensive Care Unit of Somdech Phra Pinklao Hospital from July to September 2020. The sample was selected based on inclusion criteria. The research consisted of 3 phases: 1) analyzing problems and assessing needs; 2) designing and developing the application following the principles of 3E 2S 1M (edible materials, exercise, emotions, smoking/stimulant cessation, and medication); and 3) testing and evaluating the application's effectiveness. The research instruments included a group discussion recording form, discharge planning application for patients with coronary heart disease, a knowledge assessment, and a satisfaction assessment form. The instrument's content validity was verified by three experts. The Index of item objective congruence for the knowledge assessment form ranged from .67 to 1.00, and reliability, assessed by Cronbach's alpha coefficient, was .70. Data were analyzed using mean, standard deviation, and paired *t*-test.

The research findings revealed that patients with coronary heart disease, after using the discharge planning application, had a statistically significant increase in the average knowledge score based on the principles of 3E 2S 1M, compared to before using the application (*M* = 18.30, *SD* = 1.30, and *M* = 16.40, *SD* = 1.67, *t* = 6.67, *p* = .000). Overall, patients with coronary heart disease showed a high level of satisfaction with the use of the discharge planning application (*M* = 4.44, *SD* = .43).

Therefore, nurses should utilize the discharge planning application to promote knowledge about edible materials, exercise, emotions, smoking/stimulant cessation, and medication, thereby supporting patients with coronary heart disease and enhancing their self-care efficiency.

Keywords: application, discharge planning, coronary heart disease

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2019 มีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ประมาณ 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 32 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization, 2021) ใกล้เคียงกับรายงานของ Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2019) พบว่า ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 20,746 ราย และคิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 21.8 ต่อแสนประชากร ซึ่งสถิติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ หอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 - 2563 มีจำนวน 291, 747 และ 542 คน ตามลำดับ แม้ว่าโรคหลอดเลือดหัวใจจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิต แต่สามารถป้องกันได้ โดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหาร ภาวะอ้วน กิจกรรมทางกาย และการรับประทานยา (World Health Organization, 2021) จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) และข้อมูลจากการทบทวนกระบวนการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะสอนและให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ประกอบด้วย Disease ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุ อาการ การรักษา Medication ความรู้เกี่ยวกับยา Environment and Economic ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม การจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการปรับตัวในสังคม Treatment การให้ทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษา เช่น การออกกำลังกาย Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ Outpatient referral การมาตรวจตามนัด การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และ Diet การเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรค การวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ประโยชน์ที่ได้จากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ ลดระยะเวลาในการพักรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่าง ในโรงพยาบาลกับสถานที่รับจำหน่ายผู้ป่วย (Sanprasan, Wattradul, & Suthipong, 2017) การวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพจึงสามารถเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

อย่างไรก็ตาม โลกยุคปัจจุบันมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการทุกเพศ ทุกวัยมากขึ้น แอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ถูกนำมาใช้ในการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน Line เกี่ยวกับโรค การรับประทานยา การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย สามารถทำให้ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น (Mahaviriyothai, Wattanakitkrileart, & Poungkaew, 2021) เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์สมาร์ทโฟน ที่มีความรู้ในการดูแลตนเองมากขึ้น (Khumou et al., 2023)

นอกจากนี้ ผลการสัมภาษณ์พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่า พยาบาลให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้วิธีการสอนสุขศึกษาผ่านสื่อวิดีโอและแผ่นพับ ซึ่งเนื้อหาที่สอนยังขาดเรื่องการรับประทานยา ขาดสื่อสุขภาพที่ให้ความรู้ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และรูปแบบสื่อการสอนในปัจจุบันไม่ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในยุคดิจิทัล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวทางการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เหล้า บุหรี่ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2018) มาใช้ร่วมกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อบูรณาการสร้างเป็นกรอบในการพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่าย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับเห็นประทานยา รวมทั้งประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการมาร่วมให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งจะทำให้แต่ละวิชาชีพได้ใช้องค์ความรู้ในวิชาชีพตนเองมาเป็นกรอบในการสื่อสารสุขภาพ เพื่อทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ 1) ความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียด การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา และ 2) ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยจากงานประจำ (R2R) โดยนำการวิจัยประเภทการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R & D) มาเป็นแนวทางในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาและประเมินความต้องการ ดำเนินการดังนี้ 1) ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) สนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อประเมินความต้องการแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และ 4) ศึกษาการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. และการใช้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก D-METHOD

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 5 คน ทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ จำนวน 3 คน เพื่อกำหนดรายละเอียดของเนื้อหาเกี่ยวกับแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 ภายใต้แนวคิดตามหลัก 3อ.2ส.1ย. มาเป็นแนวทางในการออกแบบและสร้างแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจผ่าน Line official account เนื่องจาก Line เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน ช่วยให้การสื่อสารและการโต้ตอบสามารถทำได้ทันที รวมทั้ง สามารถใช้ส่งสื่อได้หลากหลาย (Mahaviriyothai et al., 2021) สามารถใช้ข้อความ หรือรูปภาพ หรือภาพเคลื่อนไหว หรือวิดีโอ ในการส่งข่าวสารตามวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้และพฤติกรรมที่ต้องการ อีกทั้งผู้รับสารยังสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ (feedback) ได้โดยตรงอย่างทันที (Huedhun, 2017)

ในการพัฒนาแอปพลิเคชันในการวิจัยนี้ เนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยดำเนินการออกแบบร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้แต่ละวิชาชีพได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ รายละเอียดของเนื้อหา ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ 2) การบริโภคอาหาร 3) การออกกำลังกาย 4) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 5) การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา 6) การรับประทานยา และ 7) การฟื้นฟูหลังการสวนหัวใจ ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย

1) แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1 ท่าน 2) พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 1 ท่าน และ 3) อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านนวัตกรรมทางการพยาบาล จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในด้านความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ของแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไปทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน ได้แก่ การประเมินความรู้ตามหลัก 3อ. 2ส.1ย. และการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้ แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 542 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพล .40 ซึ่งได้จากการคำนวณในงานวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง ความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ของ Sasang and Thiraphancharoen (2022) ได้ตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเลือก ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามคุณสมบัติ คือ 1) เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ 3) มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนและอินเตอร์เน็ตที่เข้าใช้งานแอปพลิเคชัน Line official account ได้ และ 3) สามารถใช้แอปพลิเคชัน Line ในการติดต่อสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลัก 3อ.2ส.1ย. ตามที่ระบุในการวิจัยระยะที่ 1 มาเป็นแนวทางในการออกแบบแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเนื้อหาความรู้ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ ดื่มสุรา การรับประทานยา และและการฟื้นฟูหลังการสวนหัวใจ (รายละเอียดอยู่ในผลการวิจัย)

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและลักษณะของสื่อประสม (multimedia) ผลการตรวจสอบ พบว่า เนื้อหามีความครอบคลุม ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม รูปแบบของสื่อมีความเหมาะสม หลากหลาย ส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .85

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยแนวคำถามสภาพปัญหาและความต้องการความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และประเด็นการสัมภาษณ์เนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่จะมีภายในแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item

objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตามหลัก 3อ.2ส.1ย. จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ 2 ตัวเลือก (ถูก – ผิด) การให้คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้

0 - 12 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ

13 - 15 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

16 - 20 คะแนน มีความรู้อยู่ในระดับสูง

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .67 –1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายตัวอย่างวิจัย จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัย ประเมินใน 8 ประเด็น ได้แก่ 1) ความสวยงามน่าสนใจ 2) ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย 3) เนื้อหาเข้าใจง่าย 4) ขั้นตอนในการใช้งานง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน 5) ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ 6) เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย 7) เป็นความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 8) ความพึงพอใจโดยรวม ลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และน้อยที่สุด (1) แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้

1.00 - 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

1.51 - 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

2.51 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

3.51 - 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

4.51 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

แบบประเมินทั้ง 2 ฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00 ในส่วนของความเที่ยงตรงจากแบบประเมินความรู้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีคุณสมบัติคล้ายตัวอย่างวิจัย จำนวน 20 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากกรมแพทย์ทหารเรือ เอกสารรับรองหมายเลข COA-NMD-REC028/62 เมื่อวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2562 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ รวมถึงการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลหรือการบริการใด ๆ หากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยจนทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ตามสิทธิ์ที่พึงได้รับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากกรมแพทย์ทหารเรือ ผู้วิจัยดำเนินการประสานโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

2. คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 ดังนี้ 1) หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยประเมินความรู้ก่อนใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย 2) ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้แอปพลิเคชัน Line official account ชื่อบัญชี “PINKLAO Smart Heart”

และให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพภายในแอปพลิเคชันด้วยตนเอง ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติโรคหัวใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และ 3) ผู้วิจัยประเมินความรู้หลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้ความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์เนื้อหาสภาพปัญหา ความต้องการความรู้ด้านสุขภาพ และเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

3. วิเคราะห์ความรู้ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้การทดสอบทีแบบ Paired *t*-test

5. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยใช้ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

ผลการวิจัย

1. แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแอปพลิเคชันทาง Line official account ในชื่อบัญชี “PINKLAO Smart Heart” มีผลการวิจัย ดังนี้

1.1 เนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพภายในแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย สื่อสุขภาพที่เป็นสื่อประสม (multimedia) ทั้งในรูปแบบข้อความ รูปภาพ Infographic และ วิดีโอ ประกอบด้วย 6 แถบเมนูหลัก

- แถบเมนูที่ 1 โรคหัวใจและหลอดเลือด จัดทำเป็นคลิปวิดีโอ ระยะเวลาประมาณ 9 นาที ให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจและหลอดเลือด

- แถบเมนูที่ 2 อารมณ์ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอารมณ์และความเครียด จัดทำเป็นสื่อสุขภาพที่มีทั้งข้อความ และรูปภาพ จัดทำเป็นไฟล์ PDF

- แถบเมนูที่ 3 การบริโภคอาหาร จัดทำเป็นคลิปวิดีโอ ระยะเวลาประมาณ 13 นาที ให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยนักโภชนาการ

- แถบเมนูที่ 4 แอลกอฮอล์ จัดทำเป็นสื่อที่มีทั้งข้อความ รูปภาพ และแบบ Infographic นำเสนอในรูปแบบไฟล์ PDF

- แถบเมนูที่ 5 บุหรี่ จัดทำเป็นสื่อที่มีทั้งข้อความ รูปภาพ และ Infographic นำเสนอในรูปแบบไฟล์ PDF

- แถบเมนูที่ 6 ยาโรคหลอดเลือดหัวใจ จัดทำเป็นสื่อสุขภาพที่มีทั้งข้อความ และรูปภาพ จัดทำเป็นไฟล์ PDF

แถบเมนูที่ 7 การฟื้นฟูหลังการสวนหัวใจ จัดทำเป็นสื่อที่มีทั้งข้อความ และรูปภาพ นำเสนอในรูปแบบไฟล์ PDF

1.2 ระบบการทำงานของ Line official account ชื่อบัญชี “PINKLAO Smart Heart” กรณีผู้ป่วยต้องการข้อมูลหรือคำแนะนำเพิ่มเติม สามารถส่งข้อความมาใน Line แล้วระบบจะส่งข้อความอัตโนมัติ “รอการตอบกลับจากเจ้าหน้าที่” หลังจากนั้น ผู้ดูแลระบบจะดำเนินการตอบกลับในเวลาทำการ ซึ่งมีหน้าตาตามภาพ 1



ภาพ 1 แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. การประเมินประสิทธิผลของแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

2.1 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 61.96 อายุ 61 - 80 ปี ร้อยละ 69.57 (*M* = 64.43, *SD* = 10.46) การวินิจฉัยโรคเป็น STEMI มากที่สุด ร้อยละ 16.30

2.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้ก่อนใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.30 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 12 คะแนน และ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 19 คะแนน (*M* = 16.40, *SD* = 1.67) และหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.70 โดยมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 15 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน (*M* = 18.30, *SD* =1.29) ดังตาราง 1

2.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่าย มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยาสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*M* = 18.30, *SD* = 1.30 และ *M* = 16.40, *SD* = 1.67, *t* = 6.67, *p* = .000) ดังตาราง 2

2.4 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย โดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.44, *SD* = .43) ดังตาราง 3

ตาราง 1 ความรู้ตามหลัก 3อ.2ส. 1ย. ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (*n* = 30 คน)

ความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน (*Min* = 12, *Max* = 19, *M* = 16.40, *SD* = 1.67)		
ระดับต่ำ (0 - 12 คะแนน)	1	3.30
ระดับปานกลาง (13 - 15 คะแนน)	7	23.30
ระดับสูง (16 - 20 คะแนน)	22	73.30
หลังใช้แอปพลิเคชัน (*Min* = 15, *Max* = 20, *M* = 18.30, *SD* = 1.30)		
ระดับปานกลาง (13 - 15 คะแนน)	1	3.30
ระดับสูง (16 - 20 คะแนน)	29	96.70

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่าย (*n* = 30)

คะแนนความรู้	*M*	*SD*	*t*	*df*	*p*
ก่อนใช้แอปพลิเคชัน	16.40	1.67	6.67	29	.000
หลังใช้แอปพลิเคชัน	18.30	1.30			

ตาราง 3 ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (*n* = 30 คน)

ความพึงพอใจ	*M*	*SD*	การแปลผล
1. แอปพลิเคชันมีความสวยงาม น่าสนใจ	4.55	.53	มากที่สุด
2. ตัวอักษรชัดเจน อ่านง่าย	4.41	.69	มาก
3. เนื้อหาเข้าใจง่าย	4.46	.53	มาก
4. ขั้นตอนในการใช้งานแอปพลิเคชันทำได้ง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน	4.28	.61	มาก
5. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในแอปพลิเคชันเหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	4.33	.50	มาก
6. เป็นช่องทางในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ทันสมัย	4.45	.56	มาก
7. เป็นความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง	4.51	.59	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจโดยรวมของแอพพลิเคชั่น	4.51	.43	มากที่สุด
รวม	4.44	.43	มาก

การอภิปรายผลการวิจัย

1. แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่พัฒนาขึ้น เป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลที่นำมาเป็นเครื่องมือในการสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพผ่าน Line official account ชื่อบัญชี “PINKLAO Smart Heart” มีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและด้านการใช้ประโยชน์ สำหรับด้านเนื้อหาความรู้ครอบคลุมแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เนื้อหามีความน่าสนใจ เข้าใจง่าย ตรงประเด็น รูปแบบการนำเสนอข้อมูลมีความหลากหลาย เช่น การนำเสนอด้วยข้อความ รูปภาพ Infographic และวิดีโอ การใช้งานสะดวก สามารถเข้าถึงเนื้อหาได้ทุกที่ทุกเวลา สามารถใช้งานซ้ำได้หลายครั้ง ซึ่งจากการศึกษาของ Nakhomriab, Wattanakitkrileart, Charoenkitkarn, Chotikanuchit, and Vanijja (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับโมบายแอปพลิเคชันมีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Mahaviriyothai et al. (2021) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันให้ความรู้ผ่านสื่อแอนิเมชันสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น และการศึกษาของ Chaipukdee, Wattanasukchai, and Chaengkham (2018) พบว่า โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส.1ย. สามารถลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงมาอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำกว่าได้ร้อยละ

17.10 จะเห็นได้ว่าแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นนับเป็นนวัตกรรมที่มีประโยชน์ต่อการนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและเป็นเครื่องมือที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการในยุคดิจิทัล

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ตามหลัก 3อ.2ส.1ย. ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหลังใช้แอปพลิเคชันสูงกว่าก่อนใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความรู้ที่มีความเฉพาะจากแต่ละสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ จึงทำให้การสื่อสารทางสุขภาพตรงประเด็นและมีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นช่องทางที่สะดวกในการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยสามารถทบทวนเนื้อหาได้ตามต้องการ จึงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และ การรับประทานยามากขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumou et al. (2023) พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ใช้แอปพลิเคชันสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Sasang and Thiraphancharoen (2022) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ หลังการอบรมมากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Konyanee and Tassana-iem (2019) พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้หลัก 3อ.2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการศึกษาของ Niamhom (2023) ที่ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ และได้รับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า การใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าน Line official account ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดกระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมกระบวนการดูแลรักษาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจากแอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใช้งานภายใต้ Line official account ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตของคนในปัจจุบัน และเป็นเครื่องมือสนับสนุนการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ประกอบกับเนื้อหาภายในแอปพลิเคชันมีทั้งวิดีโอ และ Infographic ที่มีสีสันสวยงามน่าสนใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ได้ทั้งตาและหู นอกจากนี้ แอปพลิชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังสามารถติดตั้งบนโทรศัพท์มือถือได้ง่าย ทำให้สะดวกต่อการใช้งานและสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ตลอดเวลาตามความต้องการของผู้ใช้ จึงทำให้ผู้ใช้เกิด ความพึงพอใจต่อการใช้แอปพลิเคชัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhai, Song, Chen, and Lu (2022) พบว่า หลังการใช้ Mobile medical application การแพทย์เคลื่อนที่ พบว่า ผู้ใช้มีความพึงพอใจกับคุณภาพการบริการและคุณภาพเนื้อหาของแอปพลิเคชันทางการแพทย์บนโทรศัพท์มือถืออย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Lu et al. (2018) ที่ศึกษาประสบการณ์การใช้แอปพลิเคชันในการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือของหน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลของรัฐ 3 แห่ง ในมณฑลหูเป่ย ประเทศจีน จำนวน 300 ราย พบว่า ผู้ใช้แอปพลิเคชันให้ข้อมูลสุขภาพมีคะแนนความพึงพอใจสูงกว่าผู้ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ พยาบาลสามารถนำแอปพลิเคชัน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ตามหลัก 3อ.2ส.1ย ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา และการรับประทานยา มาเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น แต่ควรพัฒนาเนื้อหาและมัลติมีเดียในแอปพลิเคชันให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้งาน รวมทั้งในแอปพลิเคชันควรเพิ่มรูปแบบการสื่อสารแบบสองทางระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมรูปแบบการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาติดตามความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายหลังใช้แอปพลิเคชันการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เช่น ทุก 2 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

เอกสารอ้างอิง

Department of Disease Control, Ministry of Public Health (2019). *Coronary artery disease (CAD) situation in 2019*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/files/108112019191227084415.pdf

Chaipukdee, N., Wattanasukchai, N., & Chaengkham, S. (2018). The effectiveness of health behavior modification program on reducing the risk of cardiovascular disease among hypertension and diabetes patients in Nongbuadaeng hospital Chaiyaphum province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 38*(2), 393-402

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Assessment of health literacy and health behaviors according to principle 3E2S, working age group, aged 15 - 59 years*. Retrieved from http://hed.go.th/linkHed/333

Huedhun, K. (2017). The influence of line application in the present communication. *Journal of Arts Management, 1*(2). 75-88.

Khumou, S., Chomphet, P., Klangka, P., Normkusol, J., Kanchanasathien, R., Thongiam, T., Sristaporn, U., & Meraket, P. (2023). The development of smart heart care application for caring patient with heart disease. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences, 3*(2), 143-154.

Konyanee, S., & Tassana-iem, S. (2019). The effect of the application of food, exercise, emotion, non-smoking, alcohol cessation and social support to reduce the risk of diabetes and hypertension among new risk groups. *Ratchaphruek Journal, 17*(2), 95-104.

Lu, C., Hu, Y., Xie, J., Fu, Q., Leigh, I., Governor, S., & Wang, G. (2018). The use of mobile health applications to improve patient experience: Cross-sectional study in Chinese Public Hospitals. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(5), 1-9.

Mahaviriyothai, K., Wattanakitkrileart, D., & Poungkaew, A. (2021). The effect of information provision, motivation, and self-monitoring skill program through line application on self-care behaviors in patients with heart failure. *Nursing Science Journal of Thailand, 39*(1), 47-63.

Nakhornriab, S., Wattanakitkrileart, D., Charoenkitkarn, V., Chotikanuchit, S., & Vanijja, V. (2017). The effectiveness of mobile application on medication adherence in patients with stroke. *Journal of Nursing Science, 35*(3), 58-69.

Niamhom, N. (2023). Effect of a multidisciplinary intensive targeted care with telephone outreach in patients with poor glycemic control. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 17*(2), 438-452.

Sanprasan, P., Wattradul, D., & Suthipong, N. (2017). Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): Perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 28*(1), 142-153.

Sasang, N., & Thiraphancharoen, N. (2022). Knowledge, health literacy and health care behavior in reducing cardiovascular disease risk factors among the elderly at Ban Mai subdistrict, Phra Nakhon Si Ayutthaya district. *Journal of Safety and Health, 15*(1), 10-26.

World Health Organization (WHO). (2021). *Cardiovascular diseases*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

Zhai, Y., Song, X., Chen, Y., & Lu, W. (2022). A study of mobile medical app user satisfaction incorporating theme analysis and review sentiment tendencies. *International Journal of Environment Research and Public Health, 19*(12), 7466. https://doi.org/10.3390/ijerph19127466



การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

THE DEVELOPMENT OF A HEALTH LITERACY MODEL FOR MEDICINAL USE OF CANNABIS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PRANBURI DISTRICT, PRACHUAP KHIRI KHAN PROVINCE

ทรงวุฒิ ชนะอุดมสุข[1] สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล[2] อภิสิทธิ์ ตามสัตย์[2]
Songvud Chanaudomsuk Sookruedee Thutsaringkarnsakul Aphisit Tamsat
[1]นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ 77120
Doctor, Senior professional level, Division of medical service, Pranburi hospital, Prachuap Khiri Khan, 77120, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330
Assistance Professor, Ph.D., Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: top_songvud@hotmail.com

Received: *October 23, 2023* Revised: *December 10, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 320 คน ระยะที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลเป็น อสม. จำนวน 10 คน และ ระยะที่ 3 ตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 24 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ แบบบันทึกประเด็นการสนทนา และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) อสม. มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง (M = 53.79, SD = 15.57) 2) รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ประกอบด้วย การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การให้ข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่านการบรรยายโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การติดตามอัปเดตความรู้ผ่านข้อความ สื่อวิดีทัศน์ โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ การตอบคำถามผ่านกลุ่มไลน์ และการลงพื้นที่จริงเพื่อให้ความรู้ 3) ผลการใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองหลังการใช้รูปแบบมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มสูงขึ้นจากระดับปานกลาง และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.65, *SD* = .36)

ดังนั้น ทีมสุขภาพสามารถนำรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์กับ อสม. ในเขตอื่น ๆ ของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เพื่อให้ อสม. เป็นแกนนำในการให้ความรู้การใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องปลอดภัยแก่ประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ, กัญชาทางการแพทย์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

The objectives of this research and development study were 1) to study a health literacy model for the medicinal use of cannabis among village health volunteers (VHVs), 2) to develop a health literacy model for the medicinal use of cannabis, and 3) to investigate the outcomes of using a health literacy model for the medicinal use of cannabis. The samples consisted of village health volunteers (VHVs) in Pranburi District, Prachuap Khiri Khan Province, and the study was conducted in three phases. In Phase 1, the sample included 320 VHVs. In Phase 2, there were 10 VHVs serving as informants. In Phase 3, the sample comprised 48 VHVs, divided into experimental and control groups with 24 VHVs in each group. The research instruments included a health literacy questionnaire on the use of medical cannabis, a discussion point recording form, and a satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using statistics: percentages, averages, standard deviations, and *t*-tests. Content analysis was used for qualitative data.

The results revealed that: 1) VHVs exhibited a moderate level of health literacy in the use of medical cannabis (M = 53.79, SD = 15.57). 2) The health literacy model for the medicinal use of cannabis included assigning a person in charge, providing information on medical cannabis through lectures by medical staff and personnel, updating knowledge through messages, video media, electronic posters, and addressing queries in a LINE group, along with community fieldwork to periodically disseminate knowledge. 3) The results of the use of this model indicated that the mean scores of health literacy in medical cannabis use in the experimental group both all and each part were statistically significantly higher than those in the control group ($p < .05$). Furthermore, the experimental group demonstrated that health literacy in the use of medical cannabis after the intervention significantly increased from a moderate to a higher level. The average satisfaction level regarding the use of this model among VHVs in the experimental group was at the highest level (*M* = 4.65, *SD* = .36).

Consequently, healthcare providers should encourage implementing this model to enhance health literacy in the use of medical cannabis among VHVs in other districts of Prachuap Khiri Khan Province. This approach aims to promote VHVs to be knowledge providers about the medicinal use of cannabis and ensure safety for the population.

Keywords: health literacy, medical cannabis, village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการผลักดันการใช้ “กัญชาเสรี” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 และพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) กำหนดว่ากัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่สามารถใช้ได้ในทางการแพทย์และการวิจัย โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ (Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2019; Royal Gazette, 2019) ซึ่งการใช้กัญชาเสรีในทางการแพทย์มีทั้งประโยชน์และโทษ ข้อบ่งชี้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่เพื่อบรรเทาอาการปวด รองลงมา คือ รักษาอาการและโรค ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ความปวดลดลง นอนหลับพักผ่อนได้ สามารถควบคุมร่างกายในการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น และอาการหรือความรุนแรงของโรคลดลง อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาทางการแพทย์ยังมีผลข้างเคียง เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน คัน ง่วงซึม และมึนงง เป็นต้น (Pratt et al., 2019) ผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์หากไม่มีความรู้เท่าทันอาจทำให้เกิดการเสพติดและเกิดผลข้างเคียง บางรายมีอาการแพ้สารสกัดกัญชา เช่น มีผื่น ผิวหนังแดง แห้ง ตกสะเก็ด เป็นต้น และบางรายใช้ยาที่มีส่วนผสมของกัญชาเพื่อระงับปวด แต่การผลิตไม่มีความปลอดภัยจึงชักนำให้เกิดอาการแพ้รุนแรงจนเป็น Stevens-Johnson Syndrome (SJS) ได้ (Kesner & Lovinger, 2021; Skypala et al., 2022; Zehra et al., 2018)

ต่างประเทศมีการสนับสนุนการใช้กัญชาอย่างเสรี อาจด้วยประชาชนมีความรู้ในการใช้กัญชาและไม่มีการนำกัญชามาผลิตเป็นสารเสพติด ซึ่งในประเทศไทยมีการใช้กัญชาใต้ดินประมาณ 8 แสนคน (Yaengkratok, 2020) ผลจากการใช้กัญชาใต้ดิน คือ สุขภาพร่างกายทรุดโทรมเพราะกัญชาใต้ดินส่วนใหญ่มีการปนเปื้อนพิษของยาฆ่าแมลงและโลหะหนัก (Siamrath Online, 2022) ดังนั้น การนำกัญชามาใช้เพื่อการบำบัดรักษาจึงควรได้รับการดูแลตั้งแต่กระบวนการผลิต จนถึงกระบวนการสกัดและการบรรจุภัณฑ์ ตลอดจนผลิตภัณฑ์กัญชาที่ออกมานั้นควรได้มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy: HL) เป็นสิ่งสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีผู้ให้นิยามไว้อย่างหลากหลายตามจุดเริ่มต้นของแนวคิดและบริบทของสถานการณ์ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในภาพรวมที่เข้าใจตรงกัน คือ เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพของตนเองไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Alper, 2018; Department of Health, Ministry of Public Health, 2018; Liu et al., 2020; World Health Organization, 2009) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในประเทศไทยพบว่า มีผู้ศึกษาไว้ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง (Sanongyard et al., 2022) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อให้สามารถสื่อสารและแนะนำประชาชนเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าถึงชุมชนและเป็นแกนนำสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยหน้าที่ของ อสม. คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสาร แนะนำ เผยแพร่ความรู้ วางแผนประสานกิจกรรม และให้บริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การเฝ้าระวังโรคและป้องกันโรค เป็นต้น (Ministry of Public Health, 2011)

สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ที่วางใจได้ สามารถเป็นแกนนำและประสานงานกับประชาชนในชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ รวมทั้งเป็นผู้ที่รับนโยบายจากส่วนกลางแล้วผลักดันให้เกิดการนำไปใช้ในระดับท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง

อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่ำกว่าเป้าหมาย และยังไม่มีรูปแบบในการส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม (Pranburi Hospital, 2022) ประกอบกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความชุกในการใช้กัญชา (Siamrath Online, 2022) ไม่ใช่การศึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์เพื่อการบำบัดรักษา การใช้กัญชาทางการแพทย์จึงยังอยู่ในวงจำกัด และประชาชนยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางแพทย์จากการที่ไม่รู้เท่าทันสื่อ การให้บุคลากรทางการแพทย์ลงไปในพื้นที่เพื่อให้ความรู้อาจยังไม่เพียงพอด้วยปัญหาขาดแคลนบุคลากร กระทรวงสาธารณสุขจึงมีกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น โดยให้นโยบาย 3 หมอ ซึ่งหมอคนที่ 1 คือ อสม. และจากการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและรายด้าน (On-Kail & Suwannaphant, 2020) ดังนั้น การจะให้ประชาชนในพื้นที่สามารถใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย และรู้เท่าทันสื่อหรือข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกต้องและทั่วถึง จึงต้องมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่าน อสม. ให้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ผ่านการวิจัยและพัฒนาจึงน่าจะเป็นประโยชน์ เพราะทำให้ทราบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ตลอดจนได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่าน อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทำให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาได้อย่างถูกต้อง สมเหตุผล และปลอดภัย โดยไม่ได้รับอันตรายจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 1,074 คน

ตัวอย่างวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการสำรวจความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ที่ผู้วิจัยใช้การสุ่มอย่างง่ายตามจำนวนที่

คำนวณได้จากสูตรของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ประชากร อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 1,074 คน กำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 5 จะได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 291 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อลดโอกาสที่ตัวอย่างวิจัยจะสูญหายหรือได้ข้อมูลไม่ครบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ทำให้ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 320 คน

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล (informants) เป็น อสม. ที่เป็นตัวแทนของตัวอย่างวิจัยระยะที่ 1 มาสนทนากลุ่ม (focus group) จำนวน 10 คน (Robson, 2002 อ้างใน Lazar, Feng, & Hochheiser, 2017)

ระยะที่ 3 เป็นการศึกษาผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่เกิดจากการนำข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 มาร่วมกันออกแบบรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งระยะนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.5 โดยกำหนดขนาดอิทธิพลอ้างอิงจากการวิจัยกึ่งทดลองของ Suttavat, Maninet, and Nakrit (2022) ที่คำนวณได้เท่ากับ .74 กำหนดอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง รวม 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน และใช้การสุ่มอย่างง่ายในการจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเริ่มจากการสุ่มกลุ่มควบคุมก่อนแล้วจึงสุ่มกลุ่มทดลองจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ หมู่บ้านที่อาศัยอยู่ปัจจุบัน อาชีพ ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน และประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

2. แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ จารุวรรณ สนองญาติ และคณะ (Sanongyard et al., 2022) จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ 17 ข้อ และการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแปลงเป็นค่าร้อยละตาม วิรัส วรรณรัตน์ (as cited in Sanongyard et al., 2022) ที่ทั้งรายด้านและภาพรวม มีการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งเป็น 5 ระดับ โดย

81 – 100	หมายถึง ระดับมากที่สุด
61 – 80	หมายถึง ระดับมาก
41 – 60	หมายถึง ระดับปานกลาง
21 – 40	หมายถึง ระดับน้อย
1 – 20	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงพบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน อยู่ในช่วงระหว่าง .60 - 1.00 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับตัวแทน อสม. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 30 พบว่ามีความเที่ยงจากการใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

ระยะที่ 2 เป็นแบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้

ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางตามกระบวนการ AIC appreciation-influence-control) ประกอบด้วยคำถามหลัก 9 ข้อ ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านคิดว่าประชาชนในตำบลหรือในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบดูแล มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เป็นอย่างไร ? ท่านคิดว่าอะไรคือปัญหาและอุปสรรคในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของประชาชน และแต่ละปัญหานั้น จากประสบการณ์การทำงานของท่าน ท่านคิดว่าเกิดจากสาเหตุใดและทำอย่างไรจึงจะสามารถแก้ปัญหานั้นได้ ? และท่านคิดว่าการสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับประชาชน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ควรทำอย่างไรบ้าง จึงจะเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของคนในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงพบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน อยู่ในช่วงระหว่าง .80 - 1.00

<u>ระยะที่ 3</u> เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้วัดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ

2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวมกับประเด็นคำถามจากผลการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) รวมจำนวน 10 ข้อ แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ

4.51 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง พึงพอใจมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง พึงพอใจน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงพบค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน อยู่ในช่วงระหว่าง .80 - 1.00 และมีความเที่ยงของแบบประเมินด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคจากการใช้ในกลุ่มทดลอง จำนวน 24 คน เท่ากับ .94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปราณบุรี (รพ.สต.) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยและนัดหมายวัน เวลา สถานที่กับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำแบบสอบถามในการวิจัยระยะที่ 1

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยระยะที่ 1 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยลงไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและมีการฝึกให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งใช้เวลาในการสอบถามข้อมูลคนละประมาณ 1 ชั่วโมง และเมื่อเก็บข้อมูลจนครบ จึงวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1

3. ผู้วิจัยทำการสุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับทำการสนทนากลุ่มในการวิจัยระยะที่ 2 โดยมีการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในอำเภอปราณบุรี ซึ่งเมื่อถึงวันนัดหมาย ใช้เวลาในสนทนากลุ่มและลงประชามติความคิดเห็นประมาณ 2 ชั่วโมง แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลกลับมาวิเคราะห์เนื้อหา

4. นำผลจากการวิจัยระยะที่ 1 มารวมกับผลการวิจัยระยะที่ 2 และสร้างเป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

5. นำรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ไปใช้ โดยในขั้นตอนนี้จะมีการสุ่ม อสม. มาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลอง จะได้ใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ตามปกติ และก่อนเริ่มการทดลองผู้วิจัยให้ อสม. ทั้ง 2 กลุ่มทำแบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (pretest) โดยทำแบบสอบถามคนละ 45 – 60 นาที และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการทำแบบสอบถามความรอบรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์อีกครั้ง (posttest) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ อีกคนละประมาณ 5 - 10 นาที เป็นอันเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลปราณบุรีและวิทยาลัยพยาบาลตำรวจที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางด้านวิชาการและการวิจัยเพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนและพัฒนาความรู้ทางด้านการแพทย์และพยาบาล จึงได้มีการขอรับการพิจารณาและผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ หนังสือเลขที่ วจ.35/2566 ลงวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ Oq036-66 ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งมีการขอความยินยอมและมีการลงนามรับทราบข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ซึ่ง อสม. ทุกคนที่เข้ามาในการวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากระบบสาธารณสุข ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ของส่วนรวมและในเชิงวิชาการและการสาธารณสุขเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การวิจัยระยะที่ 3 วิเคราะห์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ *t*-test ซึ่งการวิจัยนี้กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในการศึกษานี้มีจำนวน 320 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.87 และเพศชาย ร้อยละ 8.13 อายุ 23 - 82 ปี อายุเฉลี่ย 53.68 ปี (*SD* = 10.22) ด้านการศึกษา เกือบครึ่งหนึ่งจบชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 43.13) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 15) มัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 14.38) และประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 12.50) ตามลำดับ สถานภาพ มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.56) รองลงมา คือ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก และ โสด อย่างละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ

16.88 และ 16.56 ตามลำดับ) ด้านอาชีพประมาณ 1 ใน 3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.13) รองลงมา คือ เกษตรกรและค้าขาย (ร้อยละ 21.56) สถานที่ทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในอำเภอปราณบุรี (ร้อยละ 76.25) ประสบการณ์การเป็น อสม. มากกว่า 1 ใน 3 ทำงานเป็น อสม. ของอำเภอปราณบุรี มากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 39.38) รองลงมา คือ 11 - 15 ปี (ร้อยละ 29.06) 6 - 10 ปี (ร้อยละ 17.50) และ 1 - 5 ปี (ร้อยละ 14.06) อสม. แต่ละคนทำงานกระจายอยู่ใน 7 รพ.สต. โดยที่เข้ามาในการศึกษานี้มากที่สุด คือ รพ.สต.โรงสูบ (ร้อยละ 19.37) รองลงมา คือ รพ.สต.ปราณบุรี (ร้อยละ 18.75) และ รพ.สต.วังก์พง กับ รพ.สต.ปากน้ำปราณ อย่างละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 15.31)

ผลการสำรวจความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า อสม. มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 53.79, *SD* = 15.57) และด้านที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด คือ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ (*M* = 62.21, *SD* = 18.89) รองลงมา คือ การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (*M* = 60.51, *SD* = 16.88) และน้อยที่สุด คือ การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง (*M* = 48.43, SD = 18.94) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (*n* = 320)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	*Min*	*Max*	*M*	*SD*	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	20	97.50	53.37	16.95	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	20	100.00	60.51	16.88	มาก
การตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	20	100.00	62.21	18.89	มาก
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	20	96.47	51.88	17.13	ปานกลาง
การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง	20	100.00	48.43	18.94	ปานกลาง
ภาพรวม	20	97.78	53.79	15.57	ปานกลาง

<u>ระยะที่ 2</u> ผลการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่มาให้ข้อมูล วันที่ 25 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยเป็นตัวแทนของ รพ.สต.บ้านโรงสูบ 3 คน รพ.สต.ปราณบุรี 3 คน และ รพ.สต.ปากน้ำปราณ 4 คน รวม 10 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 1 คน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) ปัญหาของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ คือ ขาดความรู้และประสบการณ์เพื่อใช้ประกอบการแนะนำและตัดสินใจในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังข้อมูล

“...ไม่มีความรู้เรื่องกัญชาทางการแพทย์ ส่วนมากทราบกันเพียง ปากต่อปาก...”

“...วัยรุ่นมีความรู้ในทางที่ผิด เพราะไม่มีใครลงไปอบรมหรือสอนให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์...”

“...เคยได้ยินชาวบ้านพูดกันว่า น้ำมันกัญชาสามารถรักษาอาการเวียนหัวได้ รักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงได้ ตลอดจนรักษามะเร็งได้...”

“...บางคนทราบเพียงข่าวสารที่ปรากฏในสมาร์ทโฟนเท่านั้น รวมทั้งไม่มีความรู้ ประสบการณ์ในการใช้กัญชาทางการแพทย์...”

“... อสม. เองก็ไม่รู้ว่าข้อมูลในสื่อไหนดี ถูกต้องและเชื่อถือได้...”

2) แนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จากการทำประชามติตกลงรูปแบบกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย

2.1) การมอบหมายผู้รับผิดชอบ โดยให้ อสม. เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์สู่ประชาชน” ดังข้อมูล

“...ควรมีการแบ่งพื้นที่และความรับผิดชอบของ อสม. ในการให้ความรู้อย่างชัดเจน...”

“...ควรมีเจ้าหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับเกษตรอำเภอ วิสาหกิจชุมชน และหน่วยงานอื่น ๆ รวมทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มาให้ความรู้ตั้งแต่การปลูกกัญชา การผลิต การใช้กัญชาเพื่อการพาณิชย์ และการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ตลอดจนให้เจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ มาให้ความรู้เรื่องข้อกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ หรือการใช้เป็นสารเสพติด และให้แพทย์พยาบาลมาเล่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์การใช้กัญชาทางการแพทย์ให้ อสม. เพื่อไม่ให้เกิดการใช้กัญชาที่ผิดวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ และเกิดความปลอดภัยในการใช้กัญชาทางการแพทย์...”

2.2) การให้ข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่านการบรรยายโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ดังข้อมูล

“...ควรมีการจัดบรรยายที่ รพ.สต. เพื่อสะดวกในการเดินทาง...”

“...เนื้อหาการบรรยายครอบคลุมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางแพทย์อย่างถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมกับมีการยกตัวอย่างผู้ที่ใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องและที่ใช้ผิดวิธีจนส่งผลเสียต่อสุขภาพให้กับพวกเราได้เรียนรู้...”

“...หลังได้ฟังบรรยายแล้ว ควรให้ อสม. ลงพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ความรู้เรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ เช่น การใช้กัญชาลดปวด รักษาอาการนอนไม่หลับ ใช้ผ่อนคลาย บรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็ง อัมพฤกษ์ และอัมพาต เป็นต้น ทั้งนี้ควรทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ค่อยเป็นค่อยไป เพื่อให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ จดจำ เข้าใจ และตอบรับการใช้กัญชาทางการแพทย์...”

2.3) การติดตามอัปเดตความรู้ผ่านข้อความ สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ ดังข้อมูล

“...ถ้าคุณหมอและเจ้าหน้าที่ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาติดตามช่วยเหลือ อัปเดตความรู้พวกเราบ้างก็จะดีมาก...”

“...ควรมีสื่อที่เป็นคลิปวิดีโอให้ดูเพื่อจะได้เข้าใจเรื่องการใช้กัญชาทางแพทย์ได้ง่ายขึ้น จะได้สามารถนำไปถ่ายทอดให้ประชาชนในชุมชนได้...”

“...สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้ก็ควรมีทั้งรูปภาพและตัวอักษร เพื่อคนอ่านไม่ว่าจะเป็นสูงอายุสามารถมอง อ่าน และเข้าใจได้ง่าย...”

“...อย่าลืมว่าศัพท์ทางการแพทย์ควรใช้ให้น้อย เพราะประชาชนมักจะไม่เข้าใจคำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ทำให้เป็นอุปสรรคในการทำความเข้าใจ...”

“...ส่งสื่อต่าง ๆ ให้พวกเราผ่านทางกลุ่มไลน์ หรือมีเอกสารให้พวกเราไปแจกด้วย ก็น่าจะทำให้ชาวบ้านมีโอกาสเข้าถึงความรู้ได้ง่ายขึ้น...”

2.4) การตอบคำถามผ่านกลุ่มไลน์ โดยมีการเปิดช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลปราณบุรี กับ อสม. ในเขตพื้นที่ ซึ่งอาจใช้ช่องทางที่นิยมกัน คือ กลุ่มไลน์ ดังข้อมูล

“...มีกลุ่มไลน์เพื่อแจ้งเหตุ กรณีที่พบการใช้สารสกัดที่มีส่วนผสมของกัญชาแล้วมีผลข้างเคียงก็ดีนะ จะได้มีช่องทางขอความช่วยเหลืออย่างทันที

“...หรือมีเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลแจ้งไว้ในไลน์ เผื่อติดต่อยามฉุกเฉินหรือเมื่อมีข้อสงสัย...”

“...ควรให้ อสม. แต่ละหมู่บ้านได้เข้าร่วมโดยทั่วถึงและเท่า ๆ กัน รวมทั้ง เปิดโอกาสให้ อสม. ซักถามข้อสงสัย...”

2.5) การลงพื้นที่จริงเพื่อให้ความรู้ ซึ่งควรมีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทย บุคลากรสาธารณสุขทั้งที่โรงพยาบาล และ รพ.สต. ตลอดจนเจ้าหน้าที่ตำรวจ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เกษตรอำเภอ และผู้เกี่ยวข้องมาลงพื้นที่จริงกับ อสม. เพื่อให้การส่งต่อข้อมูลมีความน่าเชื่อถือดังข้อมูล

“...ทุกวันนี้ มีเจ้าหน้าที่มาลงพื้นที่หาพวกเรา อสม. อยู่บ้าง แต่ก็ไม่บ่อยนะ ถ้าเป็นเรื่องการใช้กัญชาทางการแพทย์ รู้สึกจะไม่กี่ครั้ง มีบ่อยหน่อยตอนนโยบายรัฐบาลออกใหม่ ๆ ...”

“...ถ้าคุณหมอ พยาบาล มาให้ความรู้เราบ่อย ๆ มันก็น่าจะทำให้การทำงานของ อสม. เข้มแข็งขึ้น เพราะการคุยผ่านไลน์ ไม่เห็นหน้าตา ไม่ได้ยินเสียง บางทีมันก็ไม่เข้าสมอง หรือเห็นแต่ไม่จำ และเข้าใจก็อาจจะเข้าใจไม่จริง พอไปบอกชาวบ้าน แล้วโดนถามก็จะไม่มั่นใจ มาลงพื้นที่สอนเรา และนำเราไปให้ความรู้ชาวบ้านด้วยก็จะดี...”

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 คณะผู้วิจัยได้นำมาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ดังภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

<u>ระยะที่ 3</u> ผลการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า อสม. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน สูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย อสม. กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ทั้งในภาพรวมและรายด้าน เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางมาอยู่ในระดับมากที่สุด (M = 56.17, SD = 7.87 และ M = 85.57, SD = 7.88 ตามลำดับ, t = -15.94, p = .000) ดังแสดงในตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ระหว่างกลุ่มควบคุม (รพ.สต.ปราณบุรี) กับกลุ่มทดลอง (รพ.สต.ปากน้ำปราณ) (*N* = 48)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	การทดลอง	กลุ่มควบคุม (*n* = 24)		กลุ่มทดลอง (*n* = 24)		*t*	*p*
		M	*SD*	*M*	*SD*		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	ก่อน	53.44	7.76	53.75	8.28	- .13	.893
	หลัง	53.65	7.41	84.58	7.76	- 14.13	.000
การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	ก่อน	62.67	8.88	67.00	10.89	- 1.51	.138
	หลัง	62.67	8.88	87.17	8.08	- 10.00	.000
การตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	ก่อน	64.03	14.48	67.78	16.08	- .85	.400
	หลัง	64.03	14.48	87.64	9.09	- 6.77	.000
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	ก่อน	50.29	14.72	52.45	12.00	- .56	.581
	หลัง	51.37	12.87	85.44	7.89	- 11.06	.000
การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง	ก่อน	49.07	17.10	51.57	13.84	- .56	.580
	หลัง	50.74	14.35	84.44	10.79	- 9.20	.000
ภาพรวม	ก่อน	53.81	10.13	56.17	7.87	- .90	.374
	หลัง	54.59	8.88	85.57	7.88	- 12.78	.000

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์กลุ่มทดลอง (รพ.สต.ปากน้ำปราณ) ก่อนและหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ (*n* = 24)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์	ก่อนได้รับรูปแบบ		หลังได้รับรูปแบบ		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
การเข้าถึงข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	53.75	8.28	84.58	7.76	- 13.40	.000
การเข้าใจข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	67.00	10.89	87.17	8.08	- 23.71	.000
การตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์	67.78	16.08	87.64	9.09	- 11.32	.000
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์	52.45	12.00	85.44	7.89	- 11.75	.000
การใช้กัญชาทางการแพทย์ในการจัดการสุขภาพตนเอง	51.57	13.84	84.44	10.79	- 9.89	.000
ภาพรวม	56.17	7.87	85.57	7.88	- 15.94	.000

ความพึงพอใจของ อสม.กลุ่มทดลองภายหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่า ในภาพรวมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.65, *SD* = .36) โดยข้อที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ รูปแบบการเสริมสร้างความ

รอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ท่านได้รับมีความสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์การใช้งาน (*M* = 4.84, *SD* = .37) เท่า ๆ กันกับประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดผลดีต่อประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (*M* = 4.84, *SD* = .37) และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่ท่านจะนำรูปแบบการเสริมสร้างนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (*M* = 4.84, *SD* = .47) และข้อที่มีความพึงพอใจน้อยที่สุดแต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก คือ ภายหลังการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ท่านมีความตระหนักและใส่ใจในสุขภาพมากขึ้นและจะใช้กัญชาทางการแพทย์ อย่างระมัดระวังและสมเหตุผล (*M* = 4.44, *SD* = .58)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากที่สุด คือ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการกัญชาทางการแพทย์ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาปลาย ทำให้สามารถอ่านออกเขียนได้และสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ อสม. ส่วนใหญ่ยังมีประสบการณ์การเป็น อสม. มากกว่า 5 ปี จึงผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยบุคลากรสาธารณสุขมาบ้างแล้ว ทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลางทั้งในภาพรวมและรายด้าน (On-Kail & Suwannaphant, 2020)

2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประกอบด้วย การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การให้ข้อมูลการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่านการบรรยายโดยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ การติดตามอัปเดตความรู้ผ่านข้อความ สื่อวีดิทัศน์ โปสเตอร์อิเล็กทรอนิกส์ การตอบคำถามผ่านกลุ่มไลน์ และการลงพื้นที่จริงเพื่อให้ความรู้ ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการ AIC ที่ให้ประชาชนเจ้าของพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบแนวทางเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน นอกจากนี้ การสร้างความยั่งยืนในเกี่ยวกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในยุคดิจิทัลและหลังการระบาดของโควิด 19 จำเป็นต้องพึ่งพาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อสังคมออนไลน์ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารทางไลน์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการทำกิจกรรม เพราะสามารถให้ความรู้จากที่ไหนเมื่อไหร่ก็ได้ อีกทั้ง สื่อข้อความ รูปภาพ โปสเตอร์ต่าง ๆ รวมถึงคลิปวิดีโอก็สามารถส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ได้ ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึง เพิ่มความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และการกำกับติดตามพฤติกรรมการเรียนรู้ (Kaewnguen, Janepanish Visudhtibhan, & Visudhtibhan, 2022) เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน นำไปสู่การป้องกันอันตรายจากการใช้กัญชาทางการแพทย์โดยไม่รู้เท่าทัน

3. ผลของการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์กับ อสม. อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในภาพรวมและรายด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มทดลองหลังได้รับรูปแบบการเสริมสร้างมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทาง

การแพทย์มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบการเสริมสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในการศึกษาครั้งนี้ มีการออกแบบผ่านการสนทนากลุ่มจากผู้ใช้จริงร่วมกับนำข้อมูลจากการสำรวจความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ในอำเภอปราณบุรี มาสร้างรูปแบบ อีกทั้งได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งโรงพยาบาลปราณบุรี รพ.สต. ในพื้นที่ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ นอกจากนี้ การใช้กลุ่มไลน์ทำให้เกิดประโยชน์ในการติดต่อสื่อสาร การส่งสื่อดิจิทัลมัลติมีเดียที่ส่งเสริมความรอบรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ก็สามารถทำได้อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เมื่อมีการติดตามประเมินผลหลังการทดลองใช้รูปแบบจึงทำให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ใน อสม. กลุ่มทดลองสามารถเพิ่มขึ้นทั้งในภาพรวมและรายด้าน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับรูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พิสาข์ จอมศรี และคณะ ที่พบว่า อสม. ที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพต่อการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ประกอบด้วย 3 Modules คือ Module 1 มีเนื้อหาส่งเสริมความรอบรู้ทางด้านการเข้าถึง Module 2 ด้านทักษะการสื่อสาร และ Module 3 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและทักษะการตัดสินใจ มีคะแนนความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์มากขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chomsri, Matrakul, Chairinkam, Chaikamwang, & Likhitsathian, 2020)

4. ความพึงพอใจของ อสม. กลุ่มทดลองภายหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์อยู่ในระดับมากที่สุด โดยพึงพอใจมากที่สุดในด้านรูปแบบตรงตามวัตถุประสงค์การใช้งาน ด้านประสิทธิผลของการใช้รูปแบบที่ทำให้เกิดผลดีต่อประชาชนและ อสม. และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบที่สร้างขึ้นมาจากการมีส่วนร่วมของผู้ใช้และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้ที่เป็น อสม. อีกทั้งตลอดการใช้รูปแบบได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องกับ อสม. มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ได้รับการช่วยเหลือและตอบคำถามผ่านกลุ่มไลน์ทุก ๆ ครั้งที่ขอความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการส่งข้อความกระตุ้นเตือนหรือทบทวนความรู้ในทุก ๆ สัปดาห์ เพื่อให้ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ อสม. มีอยู่นั้นยังคงอยู่ต่อไป และควรใช้กลุ่มไลน์เป็นสื่อกลางในการส่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เข้าไปมีบทบาทในกลุ่มไลน์ เพื่อตอบข้อซักถามและลงพื้นที่อัปเดตความรู้ให้ทันสมัยอยู่เสมอ จะได้ป้องกันอันตรายจากความไม่รอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์

2. ควรมีการศึกษาวิจัยต่อในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการใช้กัญชาทางการแพทย์ และประเมินความยั่งยืนของกลุ่มไลน์ที่ใช้ในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และศึกษาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การใช้กัญชาทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

Alper, J. (2018). *Rapporteur roundtable on health literacy board on population health and public health practice institute of medicine.* Health Literacy Past, Present, and Future Workshop Summary. The national academies press. Washington DC.

Chomsri, P., Matrakul, M., Chairinkam, W., Chaikamwang, T., & Likhitsathian, S. (2020). *Development*

enhancing health literacy program to cannabis used on medication among population in Chiang Rai province. Retrieved from https://cads.in.th/cads/media/upload/1613622254-Canabis%20Full_V5%20cutoff%20EN.pdf

Department of Health, Ministry of Public Health. (2018). *Concepts and principles of a health literacy organization.* Bangkok: project office to drive the department of health 4.0 for public health literacy.

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Guidance on cannabis for medical use* (Revised 4th). Retrieved from http://cannabis.fda.moph.go.th/wp-content/uploads/PDF/manual/February_2020/Guidance-Updated-v-4_update-20200120-cover.pdf

Gex-Collet, A. (2018). Attitude and process–Key aspects for improving search performance. *World Patent Information, 54*, S11-S17.

Kaewnguen, N., Janepanish Visudhtibhan, P., & Visudhtibhan, A. (2022). Effects of an Epilepsy Control Program via the Line Application on Health Literacy and Health Behavior in Patients with Epilepsy. *Nursing Research and Innovation Journal, 28*(1), 109-126.

Kesner, A. J., & Lovinger. D. M. (2021). Cannabis use, abuse, and withdrawal: Cannabinergic mechanisms, clinical, and preclinical findings. *Journal of Neurochemistry, 157*, 1674–1696. https://doi.org/10.1111/jnc.15369

Lazar, J., Feng, J., & Hochheiser, H. (2017). *Research methods in human-computer interaction* (2nd ed.). Morgan Kaufmann, Cambridge.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., . . . , Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health, 8*(2), e000351. https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351

Ministry of Public Health. (2011). *Handbook for village health volunteers in the new era.* Department of Health Service Support Public Health Support Division.

On-Kail, P., & Suwannaphant, K. (2020). Health literacy of medical cannabis use among village health volunteers in Khon Kaen province. *Journal of Health Science and Community Public Health, 3*(2), 28-38.

Pratt, M., Stevens, A., Thuku, M., Butler, C., Skidmore, B., Wieland, L. S., . . .Hutton, B. (2019). Benefits and harms of medical cannabis: A scoping review of systematic reviews. *Systematic Reviews, 8*, 320. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1243-x

Robson, C. (2002). *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers* (2nd ed.). Oxford: Blackwell.

Royal Gazette. (2019). *Act, Narcotics (No. 7) B.E.2562*. Volume 136, Part 19.

Sanongyard, J., Poltana, P., Jamtim, N., Sirathirakul, L., & Radabutr, M. (2022). Effect of a promoting health literacy program using game-based learning on health literacy in preventing cannabis addiction among high school Students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, 5*(2), 14-27.

Siamrath Online. (2022). *Panthep emphasizes that 18.8 million Thai people have used marijuana. Solving problems must begin with accepting the facts.* Retrieved from https://siamrath.co.th/n/361916

Skypala, I. J., Jeimer, S., Brucker, H., Nayak, A. P., Decuyper, I. I., Bernstein, J. A., . . ., Ebo, D. G. (2022). Cannabis-related allergies: An international overview and consensus recommendations. *Allergy, 77*, 2038–2052. https://doi.org/10.1111/all.15237

Suttavat, P., Maninet, S., & Nakrit, B. (2022). The development of a coaching program on self-care behaviors among patients with chronic kidney disease. *Journal of the police nurses, 14*(2), 278-288.

World Health Organization. (2009). *Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region: 7th global conference on health promotion promoting health and development.* Nairobi: Kenya.

Yaengkratok, S. (2020). *Follow the cannabis for medical use policy, visit Nakhon Phanom province, recommend knowledge and practice fully system.* Retrieved from https://www.facebook.com/1971748386414068/posts/2609145729340994/?sfnsn=mo

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

Zehra, A., Burns, J., Liu, C. K., Manza, P., Wiers, C. E., Volkow, N. D., & Wang, G. J. (2018). Cannabis addiction and the brain: A review. *Journal of Neuroimmune Pharmacology, 13*, 438–452. https://doi.org/10.1007/s11481-018-9782-9

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ผลของการเปรียบเทียบการใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอย เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต : การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง

A COMPARISON OF CORPITOLINOL 60 AND SAFFLOWER OIL FOR PRESSURE INJURY PREVENTION IN CRITICALLY ILL CHILDREN: THE RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL WITH DOUBLE-BLINDED

ดวงใจ นาคจู[1] สุพัตรา เผ่าพันธ์[2] ศรีวรรณา ทาสันเทียะ[3]
Duangjai Nakju Supatra Phoapant Sriwanna Thasanthiah
ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[4] โรจนี เลิศบุญเหรียญ[5] ณัฐชัย อนันตสิทธิ์[6]
Teepatad Chintapanyakun Rojjanee Lertbunrian Nattachai Anantasit

[1]พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Registerd Nurse of Pediatric Intensive Care Unit, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[2]ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเด็กภาวะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Advanced Practice Nursing (Critical Care), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[3]หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Head Nurse of Pediatric Intensive Care Unit, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[4]พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ดร. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Senior Nurse Professional Level, Ph.D., Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[5]อาจารย์แพทย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Instructor Department of Pediatric, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[6]รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
Associate Professor Department of Pediatric, Ramathibodi Hospital, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: supatra.php@gmail.com

Received: *September 29, 2023* Revised: *November 21, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตรายใหม่ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยน้ำมันดอกคำฝอย ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 320 คน ได้มาจากสุ่มตัวอย่างแบบ Block of four randomization ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 จำนวน 159 คน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้น้ำมันดอกคำฝอย จำนวน 161 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์การเกิดแผลกดทับ และแบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด

แผลกดทับในเด็ก มีค่าความไวเท่ากับ .92 ค่าความจำเพาะเท่ากับ .59 และความสามารถในการประเมินความถูกต้องในการเกิดแผลกดทับ เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบฟิชเชอร์

ผลการวิจัย พบว่า เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาให้สงบ การได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับอาหารทางสายยาง ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปริมาณการถ่ายอุจจาระ ระดับอัลบูมิน ภาวะโภชนาการในเด็ก จำนวนวันนอน และคัดกรองความเสี่ยงแผลกดทับในเด็กกับวิธีการใช้ยาทั้ง 2 ชนิด ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ และพบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กรายใหม่ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลด้วยน้ำมันดอกคำฝอยไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติเช่นกัน ดังนั้น น้ำมันดอกคำฝอยสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้ไม่ได้ด้อยไปกว่าคอร์พิทอลินอล 60

คำสำคัญ : คอร์พิทอลินอล 60, น้ำมันดอกคำฝอย, แผลกดทับ, ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

Abstract:

The randomized controlled trial with double-blinded aimed to compare the effect of caring for pediatric patients with safflower oil versus Corpitolinol 60 on the rate of pressure injuries in new pediatric patients. The participants were critically ill children who were hospitalized in PICU, Ramathibodi Hospital. The block of four randomization technique, using computer, was applied to recruit the participants into the study. The participants were randomly assigned to the Corpitolinol60 group (n = 159) and the safflower oil group (n = 161). The Data collection used the record form, record form of the pressure injury, and Braden Q scale. The sensitivity and specificity of Braden Q score were .92 and .59, respectively. The area under the curve (AUC) was found as .84. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and Fisher exact test.

The results of study revealed that genders, ages, diagnosis, criteria of ICU admission, sedative drugs, vasoactive drugs, using ventilator, hypoxemia, enteral feeding, immobilization, defecation frequency, serum albumin, nutrition profile, length of stay in ICU, and Braden Q score were no statistically significant difference between both groups. Moreover, the rate of pressure injuries in new pediatric patients was no significant difference between Corpitolinol 60 and safflower oil. Therefore, safflower oil was non-inferior to Corpitolinol 60 in prevention of pressure injury among critically ill children.

Keywords: corpitolinol 60, safflower oil, pressure injury, critically ill children

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เนื่องจากทำให้เกิดความเจ็บป่วยมากขึ้น อีกทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (Bernabe, 2012; Cummins, Watters, & Leming-Lee, 2019; Wood et al., 2019) อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กวิกฤตสามารถพบได้พบได้ร้อยละ 8 ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์หลังเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Cummins, Watters, & Leming-Lee, 2019) หรือในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตรุนแรงและมีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิดจะพบการเกิดแผลกดทับได้สูงถึงร้อยละ 89.2 ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Razmus & Bergquist-Beringer, 2017)

งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ได้แก่ ความต้องการออกซิเจนมากกว่าภาวะปกติ ระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ การติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะพร่องโภชนาการ การทำหัตถการที่รุกล้ำเข้าสู่ร่างกายที่หลากหลาย (the multitude of invasive treatments and procedures) และการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากมีสายให้ยาจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งยากลุ่มที่กระตุ้นการบีบตัวของหัวใจรวมถึงยาระงับปวดและยาทำให้สงบด้วย (Ferreira, Gurgel, Lima, Cardoso, & Silva, 2018; Lu et al., 2015) จากที่กล่าวมาส่งผลให้เกิดแผลกดทับในเด็กภาวะวิกฤตแม้ว่าจะให้การพยาบาลได้มาตรฐานตามวิธีการทำงาน (work instruction) แล้วก็ตาม ทำให้มีการนำเครื่องมือที่ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้รับการยอมรับและเป็นมาตรฐานสากลมาใช้ คือ Braden Q Scale ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว (mobility) การรับรู้ทางประสาทสัมผัส (sensory perception) แรงเสียดสีและแรงเฉือน (friction and shear) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และการกำซาบของเนื้อเยื่อและการได้รับออกซิเจน (tissue perfusion and oxygenation) ซึ่งช่วยในการประเมินและป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยพยาบาล และมีงานวิจัยจำนวนมากต่างสนับสนุนว่าการใช้ Braden Q Scale ช่วยประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ (Kottner, Hauss, Schlüer, & Dassen, 2013; Lu, 2015; Liao, Gao, & Mo, 2018; Noonan, Quigley, & Curley, 2011) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับแล้ว แต่อัตราการเกิดแผลกดทับยังเกิดขึ้นภายในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่วิธีการดูแลที่นิยมปฏิบัติกัน คือ การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทุก 2 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยเด็กบางกลุ่มมีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัว

การศึกษาค้นคว้าบทความวิชาการและบทความวิจัย พบว่า สมุนไพรในเอเชียตะวันออกสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ คือ สมุนไพรที่ผลิตจากน้ำมันดอกคำฝอย (Safflower oil) ซึ่งมีส่วนช่วยในการหายของแผล (Zhang et al., 2016) เพราะมีส่วนประกอบที่สำคัญจากน้ำมันดอกคำฝอยคือ กรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ที่สามารถลดการอักเสบของแผลและช่วยต่อต้านอนุมูลอิสระได้ (Guidoni et al. 2019) ทั้งนี้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ได้รับความนิยมสำหรับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและถูกนำมาใช้ในโรงพยาบาล คือ คอร์พิทอลินอล 60 (corpitolinol 60 [Sanyréne®]) โดยสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้และทำให้แผลกดทับหายดีขึ้นร้อยละ 25 (Chiari et al., 2012) ซึ่งคอร์พิทอลินอล 60 มีส่วนประกอบสำคัญคือ กรดไลโนเลอิก ที่สามารถพบได้ในน้ำมันดอกคำฝอย (Safflower) ซึ่งมีมากถึงร้อยละ 78 (Matthaus, Özcan, & Al Juhaimi, 2015) และผลการนำสมุนไพรน้ำมันดอกคำฝอยไปใช้กับแผลของผู้ป่วย พบว่า สามารถช่วยในการหายของแผลได้ดี (Cai, Wen, Jiang, Li, & Li, 2018; Lin, Zhong, & Santiago, 2017; Qiang et al., 2018)

โรงพยาบาลรามาธิบดี มีสถิติการเกิดแผลกดทับย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559, 2560 และ 2561 เท่ากับ 2.1, 3.69 และ 1.46 ต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง เป็นผลมาจากการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับร่วมกับใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อย่างไรก็ตาม สถิติการเกิดแผลกดทับดังกล่าว ยังสูงเกินระดับมาตรฐานเมื่อเทียบเคียงโรงพยาบาลเครือข่าย คือ ต้องมีค่าไม่เกิน 1.2 ต่อ 1,000 วันนอน แสดงให้เห็นว่าปัญหาการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กยังเกิดขึ้น แม้จะมีแนวแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้วก็ตาม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำน้ำมันดอกคำฝอยมาใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤตรายใหม่ และเปรียบเทียบระหว่างการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอยต่ออัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กรายใหม่ เนื่องจากน้ำมันดอกคำฝอยเป็น

ผลิตภัณฑ์ที่สามารถหาซื้อได้ง่ายในประเทศไทย มีราคาประมาณ 1 - 3 บาทต่อมิลลิลิตร และราคาถูกกว่าคอร์พิทอลินอล 60 ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ของต่างประเทศ ที่มีราคาประมาณ 20 - 25 บาทต่อมิลลิลิตร ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยให้พยาบาลมีผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่มีราคาถูก ลดต้นทุนของกิจกรรมการพยาบาล ทำให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนในการรักษาพยาบาลและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กรายใหม่ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้น้ำมันดอกคำฝอย

สมมุติฐานวิจัย

อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กรายใหม่ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้น้ำมันดอกคำฝอย ไม่แตกต่างกัน

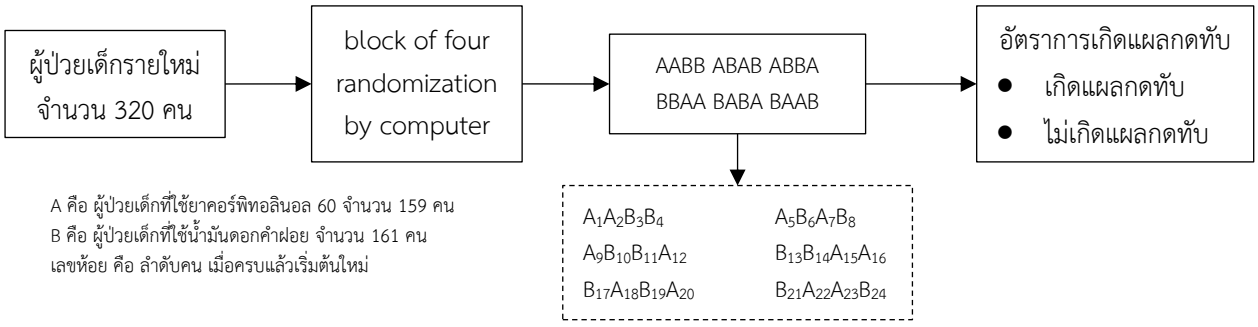
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) แบบปกปิดสองทาง (double-blinded)

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตและนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 - 30 กันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 451 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยใช้โปรแกรม n4studies คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยกำหนด sample size for comparing two population proportion in non-inferiority ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบการป้องกันการเกิดแผลกดทับด้วยยาสมุนไพรที่ผู้วิจัยคิดขึ้น ให้ผลลัพธ์ที่ไม่ด้อยไปกว่าการดูแลรักษาด้วยยาคอร์พิทอลินอล 60 (non-inferiority) และใช้ข้อมูลจากผลการวิจัยของ Chiari et al. (2012) มากำหนดสัดส่วนกลุ่มที่ใช้คอร์พิทอลินอล 60 แล้วเกิดแผลกดทับ (p1) เท่ากับ .12 และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานแล้วเกิดแผลกดทับ (p2) เท่ากับ .24 กำหนดทิศทางของ non-inferiority test ด้วยค่า margin เท่ากับ .23 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 320 คน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบ Block of four randomization ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันและหลีกเลี่ยงอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกวิธีการทดลองให้กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสามารถจัดเรียงได้ 6 วิธี คือ AABB ABAB ABBA BBAA BABA BAAB เมื่อ A คือ ผู้ป่วยเด็กที่ใช้ยาคอร์พิทอลินอล 60 จำนวน 159 คน และ B คือ ผู้ป่วยเด็กที่ใช้น้ำมันดอกคำฝอย จำนวน 161 คน รายละเอียดดังสรุปในภาพ 1



ภาพ 1 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต อายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 18 ปี และบิดาหรือมารดายินยอมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ แพ้คอร์พิทอลินอล 60 แพ้น้ำมันดอกคำฝอย มีข้อห้ามในการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนท่า ระหว่างทำการวิจัยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีแผลกดทับระดับ 3 – 4 หรือ Deep tissue injury และ Unstageable มีภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดระดับรุนแรง (severe hypoxemia) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการอื่น ๆ และบิดาหรือมารดาของผู้ร่วมวิจัยปฏิเสธและ/หรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิธีการให้การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ยา ประกอบด้วยยา 2 ชนิด ได้แก่ คอร์พิทอลินอล 60 (Corpitolinol 60 [Sanyréne®]) ใช้เพื่อป้องกันรอยแดงบริเวณผิวหนังเนื่องจากแรงกดทับ ซึ่งผ่านการรับรองจากสถาบันห้องปฏิบัติการของประเทศฝรั่งเศสและผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมอาหารและยา (อย.) ประเทศไทย และน้ำมันดอกคำฝอย (Safflower oil) ที่ผู้วิจัยคิดค้นขึ้น ใช้เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเช่นเดียวกัน ได้ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิตจากบริษัทตัวแทนนำเข้าวัตถุดิบและเคมีภัณฑ์ทางอุตสาหกรรม (ISO 9001: 2015, TCS Pacific limited) ประเทศไทย โดยรับรองเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

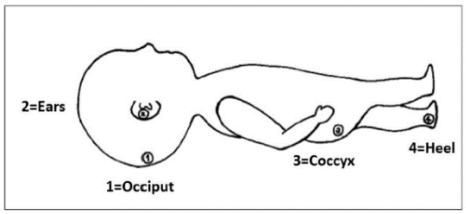
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาให้สงบ การได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับอาหารทางสายยาง ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปริมาณการถ่ายอุจจาระ ระดับอัลบูมิน ภาวะโภชนาการในเด็ก และจำนวนวันนอน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเด็ก (Braden Q Scale) ใช้ของ Curley, Razmus, Roberts, and Wypij (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ประกอบด้วย การเคลื่อนไหว (mobility) การรับรู้ทางประสาทสัมผัส (sensory perception) แรงเสียดสีและแรงเฉือน (friction and shear) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และการกำซาบของเนื้อเยื่อและการได้รับออกซิเจน (tissue perfusion and oxygenation) มีคะแนนอยู่ในช่วง 6 - 23 คะแนน แบ่งความเสี่ยงได้ 4 ระดับ คือ เสี่ยง (risk) มีคะแนน 15 - 18 เสี่ยงปานกลาง (moderate risk) มีคะแนน 13 - 14 เสี่ยงสูง (high risk) มีคะแนน 10 - 12, และเสี่ยงสูงมาก (very high risk) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ .92 และค่าความ จำเพาะ (specificity) เท่ากับ .59 ความสามารถในการประเมินความถูกต้องในการเกิดแผลกดทับ (area under the curve: AUC) เท่ากับ .84 ซึ่งอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกแผลกดทับในเด็ก เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินติดตาม บันทึกแผลกดทับในเด็กโดยพยาบาลและผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง ดังภาพ 2

Pressure injury Assessment Tool for Bedside Nurse

Stage of PI	Day of PICU													
	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7	Day 8	Day 9	Day 10	Day 11	Day 12	Day 13	Day 14
No PI														
Stage 1														
Stage 2														
Stage 3														
Stage 4														
DTI														
Unstage														



ภาพ 2 แบบบันทึกแผลกดทับในเด็กโดยพยาบาลและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่ COA.MURA2019/1016 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ผู้วิจัยและทีมเข้าพบบิดามารดาของตัวอย่าง ได้แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งบิดามารดาของตัวอย่างได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 มีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีการสุ่มแบบ Block of four randomization ได้ 6 วิธี คือ AABB ABAB ABBA BBAA BABA BAAB โดยผู้ป่วยเด็กแต่ละคนที่เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการทาคอร์พิทอลินอล 60 หรือน้ำมันดอกคำฝอย ผู้วิจัยและทีม รวมถึงผู้ป่วยเด็กไม่ทราบว่าได้รับการทาคอร์พิทอลินอล 60 หรือน้ำมันดอกคำฝอย (double-blinded) เพื่อป้องกันอคติในการทดลอง

2. กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาคอร์พิทอลินอล 60 (วิธี A) เมื่อผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต ได้รับยาคอร์พิทอลินอล 60 ทาเกลี่ยให้ทั่วบริเวณที่กำหนดบาง ๆ ตำแหน่งที่ทาได้แก่ Occiput, Ears, Coccyx และ Heel ทุก 8 ชั่วโมง และพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงตามมาตรฐานการพยาบาล ทั้งนี้การใช้ยาคอร์พิทอลินอล 60 ได้แบ่งตามอายุของเด็ก ถ้าเด็กอายุน้อยกว่า 8 ปีหรือน้ำหนักตัวน้อยกว่า 35 กิโลกรัมใช้จำนวน 1 หยด และถ้าอายุมากกว่า 8 ปีหรือน้ำหนักตัวมากกว่า 35 กิโลกรัม ใช้จำนวน 2 หยด ประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเด็กและบันทึกแผลกดทับในเด็กทุกวันโดยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก

3. กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับน้ำมันดอกคำฝอย (วิธี B) คือ ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤตได้รับน้ำมันดอกคำฝอย และดำเนินการใช้เช่นเดียวกับวิธี A พร้อมประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในเด็กและบันทึกแผลกดทับในเด็กทุกวันโดยพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก

4. ผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 กลุ่ม จะสิ้นสุดได้รับยาเมื่อพ้นระยะวิกฤตและได้รับอนุญาตให้ย้ายออกไปพักรักษาตัวต่อยังหอผู้ป่วยสามัญเด็ก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ตารางไขว้ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ระหว่างเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาให้สงบ การได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับอาหารทางสายยาง ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปริมาณการถ่ายอุจจาระ ระดับอัลบูมิน ภาวะโภชนาการในเด็ก จำนวนวันนอน และคัดกรองความเสี่ยงแผลกดทับในเด็ก กับวิธีการใช้ยา 2 วิธี โดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Chi-square test หรือ Fisher exact test

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างการใช้คอร์พิทอลินอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอย ต่ออัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Fisher exact test

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 54.38) มีอายุ 1 เดือน – 5 ปี ร้อยละ 56.26 อายุเฉลี่ย 5.81 (*SD* = 4.96) ปี การวินิจฉัยโรคแรกรับเมื่อจำแนกตามระบบ พบว่า ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตมีปัญหาระบบต่อมไร้ท่อและพันธุกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 20.00) รองลงมา คือ ระบบหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 17.19) และระบบประสาท

(ร้อยละ 15.31) ตามลำดับ สำหรับข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นกลุ่มผ่าตัดศัลยกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมาคือ ภาวะหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 21.06) และช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 9.06) ตามลำดับ เมื่อพิจารณายาที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยเด็กได้รับยาให้สงบร้อยละ 48.13 และได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด ร้อยละ 32.81

อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในระหว่างรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 52.19 และได้รับอาหารทางสายยาง ร้อยละ 39.38 สำหรับปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ พบว่า มีปริมาณการถ่ายอุจจาระ 1 – 3 ครั้ง/วันมากที่สุด ร้อยละ 96.25 มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ร้อยละ 67.81 มีภาวะพร่องออกซิเจนเล็กน้อยในระหว่างรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ร้อยละ 3.78 มีระดับอัลบูมินเฉลี่ยเท่ากับ 31.72 (*SD* = 7.48) g/dL ซึ่งต่ำกว่าระดับปกติ มีภาวะพร่องโภชนาการในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.63 เมื่อพิจารณาความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในเด็ก โดยใช้เครื่องมือ Braden Q Scale พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยง ร้อยละ 85.00 และมีจำนวนวันนอนในช่วง 1 – 3 วัน ร้อยละ 58.12

ผลการวิเคราะห์ไขว้ระหว่างข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตกับวิธีการใช้ยา 2 วิธี คือ คอร์พิทอลินอล 60 (Corpitolinol 60 [Sanyréne®]) และน้ำมันดอกคำฝอย พบว่า เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาให้สงบ การได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะพร่องออกซิเจน การได้รับอาหารทางสายยาง ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปริมาณการถ่ายอุจจาระ ระดับอัลบูมิน ภาวะโภชนาการในเด็ก จำนวนวันนอน และคัดกรองความเสี่ยงแผลกดทับในเด็ก กับวิธีการใช้ยา 2 วิธี ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชบำบัดวิกฤต (*N* = 320)

ตัวแปร	คอร์พิทอลินอล 60 (*n* = 159)		น้ำมันดอกคำฝอย (*n* = 161)		รวม (*N* = 320)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ							
ชาย	91	57.23	83	51.55	174	54.38	.308†
หญิง	68	42.77	78	48.45	146	45.63	
อายุ							
1 เดือน - 5 ปี	94	59.12	86	53.42	180	56.25	.069†
6 - 15 ปี	56	35.22	72	44.72	128	40.00	
> 15 ปีขึ้นไป	9	5.66	3	1.86	12	3.75	
M ± *SD*	5.80 ± 5.17		5.82 ± 4.76		5.81 ± 4.96		
การวินิจฉัยโรค							
ระบบทางเดินหายใจ	22	13.84	24	14.90	46	14.38	.526†
ระบบหลอดเลือดหัวใจ	28	17.60	27	16.77	55	17.19	
ระบบประสาท	22	13.84	27	16.77	49	15.31	
ระบบทางเดินอาหาร	20	12.58	21	13.04	41	12.80	
ระบบโลหิตและมะเร็งวิทยา	23	14.47	23	14.29	46	14.38	
ระบบต่อมไร้ท่อและพันธุกรรม	30	18.87	34	21.12	64	20.00	
ศัลยกรรม	14	8.80	5	3.11	19	5.94	

ตัวแปร	คอร์พิทอลินอล 60 (*n* = 159)		น้ำมันดอกคำฝอย (*n* = 161)		รวม (*N* = 320)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต							
ช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	14	8.82	15	9.32	29	9.06	.410†
ภาวะหายใจล้มเหลว	43	27.04	26	16.15	69	21.56	
ภาวะหัวใจล้มเหลว	9	5.66	10	6.21	19	5.94	
ความดันในศีรษะสูง	10	6.29	12	7.45	22	6.88	
เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร	5	3.14	7	4.35	12	3.75	
กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน	5	3.14	4	2.48	9	2.81	
การผ่าตัดใหญ่	73	45.91	87	54.04	160	50.00	
การได้รับยาให้สงบ							
ได้	74	46.54	80	49.69	154	48.12	.573†
ไม่ได้	85	53.46	81	50.31	166	51.88	
การได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด							
ได้	50	31.45	55	34.16	105	32.81	.605†
ไม่ได้	109	68.55	106	65.84	215	67.19	
ใช้เครื่องช่วยหายใจ							
ได้	81	50.94	86	53.42	167	52.19	.658†
ไม่ได้	78	49.06	75	46.58	153	47.81	
มีภาวะพร่องออกซิเจน							
มี	6	3.77	6	3.73	12	3.75	.982†
ไม่มี	153	96.23	155	96.27	308	96.25	
ได้รับอาหารทางสายยาง							
ได้	67	42.14	59	36.65	126	39.38	.315†
ไม่ได้	92	57.86	102	63.35	194	60.62	
มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว							
มี	109	68.55	108	67.08	217	67.81	.778†
ไม่มี	50	31.45	53	32.92	103	32.19	
ปริมาณการถ่ายอุจจาระ							
1 - 3 ครั้ง/วัน	150	94.34	158	98.14	308	96.25	.191††
4 - 6 ครั้ง/วัน	7	4.40	2	1.24	9	2.81	
ตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไป	2	1.26	1	.62	3	.94	
ระดับอัลบูมิน							
< 35 g/dL (ต่ำกว่าปกติ)	106	66.67	112	69.57	218	68.12	.578†
≥ 35 g/dL (ปกติ)	53	33.33	49	30.43	102	31.88	
M ± *SD*	32.12 ± 7.22		31.32 ± 7.73		31.72 ± 7.48		
ภาวะพร่องโภชนาการ							
0 คะแนน (ต่ำ)	48	30.19	41	25.47	89	27.81	.256†
1 - 3 คะแนน (ปานกลาง)	97	61.01	97	60.25	194	60.63	
4 - 5 คะแนน (สูง)	14	8.80	23	14.28	37	11.56	

ตัวแปร	คอร์พิทอลินอล 60 (*n* = 159)		น้ำมันดอกคำฝอย (*n* = 161)		รวม (*N* = 320)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในเด็ก							
เสี่ยง มีคะแนน 15 - 18	132	83.01	140	86.96	272	85.00	.221†
เสี่ยงปานกลาง มีคะแนน 13 - 14	12	7.55	10	6.21	22	6.88	
เสี่ยงสูง มีคะแนน 10 - 12	11	6.92	11	6.83	22	6.88	
เสี่ยงสูงมาก มีคะแนน ≤ 9	4	2.52	0	.00	4	1.24	
จำนวนวันนอน							
1 - 3 วัน	89	55.97	97	60.25	186	58.12	.438†
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน	70	44.03	64	39.75	134	41.88	

หมายเหตุ : † คือ Chi-square test; †† คือ Fisher exact test

ผลเปรียบเทียบอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลน้ำมันดอกคำฝอย พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับยาคอร์พิทอลอนอล 60 มีอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 2.52 และผู้ป่วยเด็กที่ได้รับน้ำมันดอกคำฝอยมีอัตราการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 1.24 โดยยาคอร์พิทอลอนอล 60 และน้ำมันดอกคำฝอย สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตได้ไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่ได้รับการดูแลน้ำมันดอกคำฝอยมีอัตราการเกิดแผลกดทับต่ำกว่าเล็กน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลของการเปรียบเทียบระหว่างการใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับน้ำมันดอกคำฝอยต่ออัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ผลลัพธ์ทางคลินิก	คอร์พิทอลินอล 60 (*n* = 159)		น้ำมันดอกคำฝอย (*n* = 161)		รวม (*N* = 320)		*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดแผลกดทับ							
เกิด	4	2.52	2	1.24	6	1.88	.401††
ไม่เกิด	155	97.48	159	98.76	314	98.12	

หมายเหตุ : †† คือ Fisher exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ข้อสรุปและข้ออภิปรายผลการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กรายใหม่ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการดูแลน้ำมันดอกคำฝอยไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า น้ำมันดอกคำฝอย (safflower oil) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งได้ผ่านกระบวนการผลิตและได้รับการรับรองจากหน่วยงานที่มีความน่าเชื่อถือ มีประสิทธิผลไม่ได้ด้อยไปกว่ายาคอร์พิทอลินอล 60 (non-inferiority test) ทั้งนี้ เนื่องจากน้ำมันดอกคำฝอยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นสกัดจากดอกคำฝอย 100% มีคุณสมบัติเป็นกรดไขมันชนิดอิ่มตัว

โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรดไลโนเลอิก (linoleic acid) ช่วยในการลดการอักเสบของผิวหนัง หรือฟกช้ำจากการกดทับในท่านอนที่ถูกจำกัด ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตในบริเวณที่ถูกทา รวมถึงช่วยปกป้องการสูญเสียน้ำจากผิวหนังและต่อต้านอนุมูลอิสระทำให้ผิวหนังของผู้ป่วยเด็กแข็งแรงขึ้น ซึ่งสามารถช่วยป้องการเกิดแผลกดทับได้ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (systematic review and meta-analysis) พบว่า การส่งเสริมภาวะโภชนาการแบบผสมผสาน ซึ่งมีส่วนผสมของวิตามินต่าง ๆ การจำกัดคาร์โบไฮเดรต และไขมัน เสริมด้วยน้ำมันดอกคำฝอย 30% สามารถช่วยให้แผลกดทับฟื้นตัวดีขึ้น (healing) (Langer & Fink, 2014) และงานวิจัยของ Guidoni et al. (2019 พบว่า กรดไขมันต่าง ๆ ในพืชและผักที่แปรรูปมาอยู่ในผลิตภัณฑ์บำรุงผิวเพื่อความงามและปกป้องความเสียหายของผิวหนัง สามารถเพิ่มความชุ่มชื้น ลดการอักเสบของแผลและช่วยในการต่อต้านอนุมูลอิสระได้

ดังนั้น เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ของน้ำมันดอกคำฝอยมีคุณภาพไม่ได้ด้อยไปกว่าคอร์พิทอลินอล 60 ดังนั้น เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงอคติ (bias) ของรูปแบบการวิจัย จากการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิดมีกลุ่มควบคุมแบบปกปิดสองทาง คือ ผู้วิจัยและตัวอย่างไม่ทราบว่าใช้ยาชนิดใดในการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ ยังทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มใช้ยาทั้ง 2 ชนิด โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ด้วยวิธีการสุ่มแบบ Block of four randomization รวมถึงพยายามควบคุมคุณสมบัติของตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับน้ำมันดอกคำฝอยให้ใกล้เคียงกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสได้รับการรักษาด้วยยาคอร์พิทอลินอล 60 หรือน้ำมันดอกคำฝอยเท่ากัน ซึ่งมีโอกาสถูกเลือกเท่ากับร้อยละ 50 โดยพิจารณาจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ข้อบ่งชี้เข้าหอผู้ป่วยวิกฤต การได้รับยาให้สงบ และการได้รับยากระตุ้นหลอดเลือด 2) อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในระหว่างรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจ และการได้รับอาหารทางสายยาง 3) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน ข้อจำกัดการเคลื่อนไหว ปริมาณการถ่ายอุจจาระ ระดับอัลบูมิน และภาวะโภชนาการในเด็ก ระหว่างกลุ่มที่ใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มที่ใช้น้ำมันดอกคำฝอย ไม่มีความสัมพันธ์กัน แสดงให้เห็นถึงความเท่าเทียมกันของทั้ง 2 กลุ่มในงานวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลน้ำมันดอกคำฝอยไม่แตกต่างกัน ดังนั้น ควรขยายผลการใช้น้ำมันดอกคำฝอยไปยังหอผู้ป่วยเด็กต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาอัตราการฟื้นหายของแผลกดทับในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้คอร์พิทอลินอล 60 กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลน้ำมันดอกคำฝอย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับต่อไป

3. งานวิจัยที่นำมาสนับสนุนผลการวิจัยน้ำมันดอกคำฝอยครั้งนี้อยู่ในรูปแบบรับประทาน ยังไม่ค่อยมีงานวิจัยศึกษาน้ำมันดอกคำฝอยในรูปแบบของการทาป้องกันผิวหรือการใช้ยาภายนอก จึงควรทำการศึกษาติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก การเกิดแผลกดทับรายใหม่ เมื่อจำแนกตามคะแนนคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิด

แผลกดทับในเด็ก (Braden Q Scale) ในหอผู้ป่วยสามัญที่รับดูแลผู้ป่วยต่อ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิง อติพร อิงค์สาธิต รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้คำแนะนำการออกแบบการวิจัย และการใช้สถิติในการวิจัยฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสำหรับงานวิจัยทางคลินิก รวมถึง ศาสตราจารย์ นายแพทย์ บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล รองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ให้แนะนำเกี่ยวกับการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยทางคลินิก เพื่อความน่าเชื่อถือในงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสุดท้าย นางสาววรรณา คงวิเวกขจรกิจ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนการทำวิจัยจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

Baharestani, M. M., & Ratliff, C. R. (2007). Pressure ulcers in neonates and children: An NPUAP white paper. *Advances in Skin & Wound Care*, *20*(4), 208–220.

Bernabe, K. Q. (2012). Pressure ulcers in the pediatric patient. *Current Opinion in Pediatrics*, *24*(3), 352–356.

Cai, J. B., Li, W. Q., Wen, R. C., Jiang, C., Li, X. K., & Li, H. Y. (2018). Expression of oleosin-rhFGF9 fusion protein in Carthamus tinctorius and determination of hair regeneration and wound repair potential in mice. *China Journal of Chinese Materia Medica, 43*(13), 2758–2763.

Chiari, P., Giorgi, S., Ugolini, D., Montanari, M., Giudanella, P., Gramantieri, A., . . . Taddia, P. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of Corpitolinol 60 in the prevention of pressure sores in patients undergoing surgery. *Assistenza Infermieristica e Ricerca (AIR)*, *31*(3), 131–137.

Cummins, K. A., Watters, R., & Leming-Lee, T. (2019). Reducing pressure injuries in the pediatric intensive care unit. *The Nursing clinics of North America*, *54*(1), 127–140.

Curley, M. A., Razmus, I. S., Roberts, K. E., & Wypij, D. (2003). Predicting pressure ulcer risk in pediatric patients: The braden q scale. *Nursing Research, 52*(1), 22–33.

Ferreira, M. K. M., Gurgel, S. S., Lima, F. E. T., Cardoso, M. V. L. M. L., & Silva, V. M. D. (2018). Instruments for the care of pressure injury in pediatrics and hebiatrics: An integrative review of the literature. *Revista latino-americana de enfermagem*, *26*, e3034.

Guidoni, M., de Christo Scherer, M. M., Figueira, M. M., Schmitt, E. F. P., de Almeida, L. C., Scherer, R., . . . Fronza, M. (2019). Fatty acid composition of vegetable oil blend and in vitro effects of pharmacotherapeutical skin care applications. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *52*(2), e8209.

Kottner, J., Hauss, A., Schlüer, A. B., & Dassen, T. (2013). Validation and clinical impact of paediatric pressure ulcer risk assessment scales: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(6), 807–818.

Langer, G., & Fink, A. (2014). Nutritional interventions for preventing and treating pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2014*(6), CD003216.

Liao, Y., Gao, G., & Mo, L. (2018). Predictive accuracy of the braden q scale in risk assessment for paediatric pressure ulcer: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences, 5*(4), 419–426.

Lin, T. K., Zhong, L., & Santiago, J. L. (2017). Anti-inflammatory and skin barrier repair effects of topical application of some plant oils. *International Journal of Molecular Sciences*, *19*(1), 70.

Lu, Y-F., Yang, Y., Wang, Y., Gao, L-Q., Qiu, Q., Li, C., & Jin, J. (2015). Predicting pressure ulcer risk with the Braden Q scale in Chinese pediatric patients in ICU. *Chinese Nursing Research, 2*(1), 1-5.

Matthaus, B., Özcan, M. M., & Al Juhaimi, F. Y. (2015). Fatty acid composition and tocopherol profiles of safflower (Carthamus tinctorius L.) seed oils. *Natural Product Research*, *29*(2), 193–196.

Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. A. (2011). Using the braden q scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, *26*(6), 566–575.

Qiang, W., Zhou, T., Lan, X., Zhang, X., Guo, Y., Noman, M., . . . Li, H. (2018). A new nanoscale transdermal drug delivery system: Oil body-linked oleosin-

hEGF improves skin regeneration to accelerate wound healing. *Journal of Nanobiotechnology*, *16*(1), 62.

Razmus, I., & Bergquist-Beringer, S. (2017). Pressure ulcer risk and prevention practices in pediatric patients: A secondary analysis of data from the National Database of Nursing Quality Indicators®. *Ostomy/ Wound Management, 63*(2), 28–32.

Wood, J., Brown, B., Bartley, A., Margarida Batista Custódio Cavaco, A., Roberts, A. P., Santon, K., & Cook, S. (2019). Reducing pressure ulcers across multiple care settings using a collaborative approach. *BMJ Open Quality, 8*(3), e000409.

Zhang, L. L., Tian, K., Tang, Z. H., Chen, X. J., Bian, Z. X., Wang, Y. T., . . . Lu, J. J. (2016). Phytochemistry and pharmacology of Carthamus tinctorius L. *The American Journal of Chinese Medicine*, *44*(2), 197–226.

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย : ประสบการณ์ของมารดา[1]

THE HOPES OF MOTHERS REGARDING LOW BIRTH WEIGHT PREMATURE INFANTS: MATERNAL EXPERIENCES

จิดาภา ผูกพันธ์[2] รรฤณ แสงแก้ว[3] ถิรนันท์ ทิพย์ชาติ[5]
Jidapa Poogpan Rarin Seangkaew Thiranun Thipchart
บุญญภัสร์ ภูมิภู[4] วิภาดา ดวงพิทักษ์[6]
Bunyapat Phumpu Wipada Duangpitak

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
The research was funded by Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, 44150, Thailand
[3,4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, 44150, Thailand
[5]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44150
Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Mahasarakham, 44150, Thailand
[6]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม 44000
Registered Nurse, Professional Level, Pediatrics Nursing Unit, Mahasarakham Hospital, Mahasarakham, 44000, Thailand
[3]Corresponding author E-mail: rarin.s@msu.ac.th

Received: *August 13, 2023* Revised: *December 15, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาการรับรู้ความหมายและผลกระทบที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย และ 2) เพื่อศึกษาความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยตามประสบการณ์ของมารดา ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาของทารกแรกเกิด จำนวน 10 คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด 2 แห่ง ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาตามวิธีการของโคไลซี โดยกระทำไปพร้อม ๆ กันตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย จนกระทั่งพบความอิ่มตัวของข้อมูลเมื่อสัมภาษณ์มารดาคนที่ 10

ผลการวิจัยพบว่า ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยมี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) มารดารับรู้ความหมายและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย 1.1) รับรู้ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดบุตรออกมาก่อนวันที่แพทย์กำหนด ต้องยับยั้งให้อยู่ในครรภ์มารดาให้นานที่สุดเพื่อให้ทารกมีร่างกายสมบูรณ์ และ การคลอดทารกน้ำหนักน้อย และ 1.2) รับรู้ผลกระทบที่เกิดจากน้ำหนักน้อยมีผลต่อด้านสุขภาพและพัฒนาการของทารกและด้านจิตใจของมารดา 2) ความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย

ได้แก่ 2.1) ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความหวังว่าทารกจะมีสุขภาพแข็งแรงและได้รับบริการสุขภาพที่ดี 2.2) สิ่งที่ทำให้มีความหวัง ได้แก่ ความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพและความก้าวหน้าทางการแพทย์ อาการของทารกดีขึ้นมีการตอบสนองต่อการรักษา และการมีที่พึ่งทางใจ 2.3) ลักษณะของมารดาที่มีความหวังจะเกิดความรู้สึกของความมีพลัง รู้สึกมีความมั่นคง มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และ 2.4) ผลที่เกิดจากการที่มารดามีความหวังทำให้มีจิตใจเข้มแข็ง ใส่ใจดูแลตนเองเพื่อลูก ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและบทบาทการเป็นมารดา และวางแผนชีวิตในอนาคต

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้มารดามีความหวังและกำลังใจให้ผ่านความทุกข์ทางจิตใจในสถานการณ์ของการคลอดบุตรก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยต่อไป

คำสำคัญ : ความหวัง, ประสบการณ์ของมารดา, ทารกคลอดก่อนกำหนด, ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

Abstract

This qualitative research aimed 1) to explore the perception of mothers regarding the meaning and impact of preterm birth and the low birth weight of their child and 2) to examine the mothers' hopes based on their lived experiences. The participants were ten mothers of newborns that were admitted to two provincial hospitals through purposive sampling. Data were collected by in-depth interviews and were simultaneously analyzed throughout the research period. The data used content analysis based on Colozi’s method. Then, data saturation was ascertained when interviewing the tenth mother.

The research revealed that the hopes of mothers regarding low birth weight premature infants had two main findings. First, regarding the mothers' perception and impact of preterm birth and low birth weight: 1.1 the perception of preterm birth meant delivering a baby before the medically designated date; low birth weight; and 1.2 the perception of low birth weight premature infants affects both the infant's health and maternal mental health. Second, regarding the mothers' hopes for their low birth weight preterm infants, 2.1 all of the participants expressed hopes that their infants would be healthy and receive quality healthcare services; 2.2 the factors contributing to hope included confidence in the healthcare team, medical advancement, the positive responses of infants to treatment, and emotional support; 2.3 the characteristics of hopeful mothers included having a sense of empowerment, having mental stability, and having positive social relationships; 2.4 the positive outcomes of maternal hope included strengthened mental resilience, self-care, lifestyle adjustments, maternal roles, and future life planning.

This study provides foundational information for further research and the development of programs to promote hope and encouragement for mothers facing the challenges of preterm birth and low birth weight.

Keywords: hope, maternal experience, preterm baby, low birth weight baby

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การคลอดทารกก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย ทำให้ทารกแรกเกิดและมารดาต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ อาทิเช่น การทำหน้าที่ของร่างกายทารกยังไม่สมบูรณ์จากการคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยจะมีภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อาจจะรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังการศึกษาของ Sangkla

(2021) พบว่าทารกกลุ่มนี้จะมีการพัฒนาของร่างกายระบบต่าง ๆ ยังไม่สมบูรณ์ทำให้ทารกมีภาวะเสี่ยง เช่น ภาวะหายใจลำบาก ระบบทางเดินอาหารยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ ภูมิคุ้มกันยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และนำมาซึ่งการเสียชีวิต นอกจากนี้ มารดาได้รับผลกระทบในหลายมิติ ได้แก่ความเครียด วิตกกังวล ความไม่มั่นคงทางจิตใจในภาวะสุขภาพของบุตร การที่บุตรอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นส่งผลต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้น องค์การอนามัยมัยโลกให้นิยามการคลอดก่อนกำหนด (Preterm) เป็นการคลอดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ทารกแรกเกิดที่มีการคลอดก่อนกำหนดมักจะมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งในแต่ละปีมีทารกคลอดก่อนกำหนดประมาณ 15 ล้านคน และทารกคลอดน้ำหนักน้อยประมาณ 20 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2023)

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของการคลอดทารกก่อนกำหนดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากรายงานสถิติการคลอดก่อนกำหนด ในปี พ.ศ. 2562 - 2563 มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 12.38 และ 14.12 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดมหาสารคามมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 9.33 เป็นร้อยละ 18.82 ในปี พ.ศ. 2563 (Ministry of Public Health, 2023) การคลอดทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ยังสูงถึงร้อยละ 9.50 ในปี พ.ศ. 2562 (National Statistical Office of Thailand, 2020) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (2560 - 2564) กำหนดเกณฑ์การคลอดทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (Ministry of Public Health, 2020) เกณฑ์นี้มีการกำหนดไว้อย่างต่อเนื่องจนถึงฉบับปัจจุบัน จากข้อมูลสะท้อนให้เห็นว่า อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดและคลอดทารกน้ำหนักน้อยยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

การที่ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะรุนแรงมากขึ้นถึงขั้นเสียชีวิตได้ จากการศึกษาของ Sangkla (2021) พบว่า ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากในจังหวัดสุรินทร์ มีอัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหายใจลำบากเป็นสาเหตุหลัก รองลงมาคือภาวะติดเชื้อ ทารกที่รอดชีวิตส่วนใหญ่พบภาวะแทรกซ้อนโรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด และภาวะจอประสาทผิดปกติ เทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยจึงถูกส่งมารักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเพื่อให้ได้รับการรักษาเฉพาะทางโดยบุคลากรในทีมสุขภาพที่และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะทางสำหรับทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน

การศึกษาของ Chivanon, Wacharasin, and Kampang (2021) พบว่ามารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ทั้งด้านภาวะความเจ็บป่วยของบุตร การปรับตัวของมารดาของทารกแรกเกิดที่ตนเองยังไม่สามารถเลี้ยงดูทารกแรกเกิดได้เนื่องจากถูกแยกไปรักษาที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือทารกแรกเกิดระยะวิกฤต มารดาของทารกแรกเกิดไม่สามารถอุ้ม โอบกอดทารกได้ตามความต้องการ ทำให้การมีปฏิสัมพันธ์กับทารกลดลง ประกอบกับความไม่คุ้นเคยกับการที่ทารกจะต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการทางการแพทย์ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้มารดาเครียด วิตกกังวลและมารดาจะต้องอยู่กับความทุกข์ทรมาน (Chivanon et al., 2021) ความทุกข์นี้อาจเกิดจากมารดาไม่ได้เตรียมใจมาก่อน จึงส่งผลต่อจิตใจและการเผชิญกับความแน่นอนเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตรตลอดช่วงระยะเวลาที่ทารกแรกเกิดรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตการศึกษาของ Chivanon and Wacharasin (2022) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ภาวะความเจ็บป่วยของบุตร กลัวทารกมีภาวะแทรกซ้อน และกลัวทารกเสียชีวิต

การสร้างความหวัง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มารดาของทารกแรกเกิดมีความทุกข์ใจลดลง ตามแนวคิดของ Synder et al. (2011) กล่าวว่า ความหวังเป็นแรงจูงใจทางบวก ที่ช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังแห่งความตั้งใจจะทำตามวิธีการหรือหนทางที่วางไว้ (agency thinking) ที่จะไปสู่เป้าหมายได้ ดังนั้นความหวังจึงเป็นตัวที่จะช่วยสร้างความมุ่งมั่นในการหาวิธีการปรับตัวได้ดีขึ้น มีพลังในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย (Synder, et al., 1991) ความหวังทำให้บุคลมีพลังในการดูแลตนเอง ทั้งที่ตกอยู่ในสถานการณ์จัดการกับความยากลำบากจนบรรลุเป้าหมาย มีสุขภาพจิตดีขึ้น นอกจากนี้ Schrank, Hayward, Stanghellini, and Davidson (2011) กล่าวว่า คนที่มีความหวังอย่างแรงกล้าจะมีแรงบันดาลมีพลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบทบาทการเป็นมารดาทารกแรกเกิดได้ ดังนั้น หากมารดามีความหวังจะช่วยให้มารดาให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เพื่อให้พร้อมสำหรับดูแลทารกเมื่อได้รับอนุญาตให้ย้ายหามารดาได้หรือได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมถึงการไปเยี่ยมสัมผัสทารกขณะที่รักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดป่วยหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตภายใต้ขอบเขตที่มารดาจะเยี่ยมหรือสัมผัสทารก การเตรียมน้ำนมมารดาไปส่งทารกแรกเกิดที่หอผู้ป่วย เป็นต้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับความหวังของมารดาทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นอย่างไร แม้ในปัจจุบันจะมีการศึกษาเกี่ยวกับจิตสังคมของมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น การศึกษาความทุกข์ทรมานและการเผชิญกับความไม่มั่นคงแน่นอนของมารดาที่บุตรป่วยอยู่ในทารกแรกเกิด (Chivanon et al., 2021) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความทุกข์ทรมานของมารดา Chivanon and Wacharasin (2022) การศึกษาความเครียดในบริดามารดา (Chaiyain et al., 2021) การศึกษาประสบการณ์ในการดูแลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Tilakarayasrup, Boonmat, & Tirachai, 2022) แต่ผลการศึกษาที่กล่าวมายังไม่ครอบคลุมเรื่องความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย เพราะสิ่งเหล่านี้มีความละเอียดอ่อนและต้องการคนที่เข้าใจในการเข้าไปค้นหาปัญหาโดยแท้จริง

ดังนั้น การศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของมารดาเกี่ยวกับความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และเห็นภาพสะท้อนความหวังของมารดาทารกแรกเกิดที่คลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักตัวน้อยที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลโดยมารดาเองเป็นผู้ถ่ายทอดประสบการณ์จากการรับรู้โดยตรง เนื่องจากประสบการณ์ของมารดาไม่สามารถวัดออกมาโดยใช้เครื่องมือวัดได้ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทีมสุขภาพในการสร้างแนวทางการประเมินและช่วยต่อเติมความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างพลังใจที่ดำเนินชีวิตและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้มาดาของทารกแรกเกิดสามารถดูแลทารกแรกเกิดได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้กลับบ้านอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความหมายและผลกระทบที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย

2. เพื่อศึกษาความหวังของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดตามประสบการณ์ของมารดา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดของ Synder, Lopez, and Pedrotti (2011) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อค้นหาความหวังที่เป็นแรงจูงใจทางบวกช่วยให้บุคคลมีพลังที่จะคิดวิธีการ ซึ่งบุคคลสามารถ

คิดหาวิถีแนวทาง และมีความสามารถที่จะกระทำตามแนวทางที่คิดไว้ เพื่อไปให้ถึงเป้าหมายที่คิดไว้ ร่วมกับใช้แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) ของ Husserl (1977) ซึ่งให้ข้อมูลซึ่งถ่ายทอดออกมาตามประสบการณ์ของมารดา (lived experience) เป็นตัวอธิบายปรากฏการณ์ให้เข้าใจการรับรู้และประสบการณ์ของมารดาของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อยได้อย่างลึกซึ้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

ผู้ให้ข้อมูล คือ มารดาของทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักน้อยที่รับการรักษาหอผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลประจำจังหวัด 2 แห่ง จำนวน 10 คน ซึ่งเพียงพอสำหรับการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา Moser and Korstjens (2018 cited in Subedi, 2021) โดยกระบวนการสัมภาษณ์ดำเนินการควบคู่กันไปพร้อมกันทั้ง 2 แห่ง และพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อพบความอิ่มตัวของข้อมูล (saturated data) ผู้ให้ข้อมูลโรงพยาบาลแห่งแรก มีจำนวน 6 คน และแห่งที่ 2 จำนวน 4 คน รวม 10 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้ในประเด็นที่ศึกษา มีความครอบคลุมและไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติมอีก

เกณฑ์การคัดเลือก ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นมารดาของทารกแรกเกิดซึ่งได้รับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยทารกป่วยตั้งแต่ 24 ชั่วโมงเป็นต้นไป โดยบุตรมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม และอายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้วิจัย ซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ 3) แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Synder et al. (2011) แนวคำถามครอบคลุมประเด็นความหวังของมารดา เช่น “คุณแม่เคยมีประสบการณ์ในการคลอดหรือเลี้ยงดูบุตรก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยอย่างไรบ้าง” “ครั้งนี้มีความรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพของลูก” “คุณแม่ช่วยกรุณาเล่าเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตแต่ละวันของคุณแม่ขณะลูกอยู่ในโรงพยาบาล” และ “คุณแม่มีวิธีการอย่างไรที่จะทำให้สิ่งที่หวังตั้งใจไว้นั้นทำได้สำเร็จ” เป็นต้น ทั้งนี้ คำถามทั้งหมดจะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกและครอบคลุมตรงตามประเด็นที่ศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 163/2565 และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั้ง 2 แห่ง คือ เลขที่ 65-041 และเลขที่ RE048.2565 เริ่มเก็บข้อมูลเมื่อได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย การรักษาข้อมูลไว้เป็นความลับ ขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยต้องไวต่อความรู้สึกอ่อนไหวของมารดา เช่น แววตา น้ำเสียง การร้องไห้ เป็นต้น ผู้วิจัยต้องยุติการสัมภาษณ์ ประคับประคองจิตใจของมารดา มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับมารดาของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกป่วย โรงพยาบาลประจำจังหวัดสองแห่ง ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาซึ่งมรการนัดไว้ล่วงหน้า ใช้สถานที่ในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นห้องย่อยเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปการสนทนาก่อนเริ่มสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์ตามแนว

คำถามเชิงลึก 45 - 60 นาที เมื่อจบการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งมีการถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้และใช้ในการเตรียมการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ดำเนินการเช่นนี้ต่อเนื่องไปจนไม่พบข้อค้นพบใหม่หรือข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตามวิธีการของโคไลซี่ (Colizi's method) ดังนี้ 1) การเปิดรหัสข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค อ่านโดยละเอียดทุกบรรทัด ดึงข้อความหรือประโยคสำคัญเกี่ยวกับความหวังของมารดาทารก มีการกำหนดรหัสและบันทึกรหัส 2) การสร้างหมวดหมู่กลุ่มของข้อมูลเกี่ยวกับความหวังของมารดาทารก โดยการนำข้อความหรือประโยคคล้ายกันมาอยู่ประเด็นเดียวกัน เป็นการลดจำนวนหมวดหมู่ของข้อมูลลง ตีความแล้วจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่เดียวกัน 3) การทำให้มีความเป็นนามธรรม โดยการสร้างหมวดหมู่ (category) โดยในแต่ละหมวดหมู่จะใช้ชื่อโดยใช้คำอธิบายคุณลักษณะของเนื้อหา และจัดหมวดหมู่ย่อย (sub category) เข้าเป็นหมวดหมู่หลัก (main category) หาความเชื่อมโยงกันของประเด็นทั้งหมดและค้นหาคำอธิบายความเข้าใจซึ่งสะท้อนประเด็นความหวังของมารดาทารกแรกเกิด

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (credibility) โดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สรุปข้อมูลการสัมภาษณ์ให้แก่ผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งก่อนจะยุติการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยามาแล้ว และการวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 6 เดือนเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และเป็นไปตามกระบวนการการวิจัยทุกขั้นตอน และผู้วิจัยใช้เวลานานเพียงพอที่จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมจากผู้ให้ข้อมูล (prolonged engagement) (Polit & Beck, 2017) ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูล 6เดือนเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณลักษณะครบตามเกณฑ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบด้านการพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) เพื่อเป็นการยืนยันความเป็นไปได้ของแนวคำถามในการสัมภาษณ์โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลเด็ก พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการพยาบาลสุขภาพจิต และพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยทารกป่วย สำหรับการยืนยันผลการวิจัยได้ (confirmability) ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัย ได้แก่ ข้อมูลดิบ ไฟล์บันทึกเทปการสนทนา ข้อมูลจากการถอดเทปการสนทนา และเอกสารเกี่ยวกับการวิจัยไว้อย่างเป็นระบบซึ่งสามารถตรวจสอบยืนยันข้อมูลได้ การถ่ายโอนผลการวิจัยหรือนำไปใช้การอ้างอิงได้ (transferability) ผู้วิจัยมีการรายงานการวิจัยทุกขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยเพื่อให้ข้อมูลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประยุกตใช้ในบริบทอื่นได้

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นมารดาครรภ์แรก ร้อยละ 60 มีอายุ 17 - 38 ปี (*M* = 31.50, *SD* = 8.46) อายุครรภ์ 27 - 36 สัปดาห์ (*M* = 33.00, *SD* = 8.46) น้ำหนักแรกเกิดของทารก 1,065 - 2,400 กรัม (*M* = 1,827, *SD* = 511.44) การคลอดปกติและการคลอดโดยการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องมีจำนวนเท่ากัน ผลการศึกษาครั้งนี้ได้ข้อค้นพบ 2 ประเด็น ดังนี้

1. มารดารับรู้ความหมาย สาเหตุและผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย

1.1 การรับรู้ความหมายของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย โดยมารดารับรู้ความหมายของการคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดทารกออกมาก่อนวันที่แพทย์กำหนด ต้องยับยั้งให้อยู่ในครรภ์มารดาให้นานที่สุดเพื่อให้ทารกมีร่างกายสมบูรณ์ โดยเป็นการรับรู้กำหนดคลอดครบกำหนดจากการแจ้งของแพทย์ สำหรับ

การรับรู้ความหมายของ การคลอดทารกน้ำหนักน้อย คือ การคลอดบุตรออกมาตัวเล็กกว่าเด็กทั่วไป ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ถ้าคลอดก่อนกำหนดก็คือไม่ถึงวันที่หมอกำหนด หมอยังไม่อยากให้คลอด ต้องยับยั้งไว้ก่อนเพราะน้องยังไม่ได้ 100 เปอร์เซ็นต์.... น้ำหนักน้อย ก็เรารู้สึกว่าน้ำหนักไม่เหมือนปกติเหมือนคนทั่วไป ก็กังวลว่าน้องตัวเล็ก น้องจะโตหรือเปล่าจะเป็นอะไรหรือเปล่า”

“นี่ท้องได้แค่ 7เดือน น้องน้ำหนักแค่ 1300 บ่ฮู้ดอกว่าจริง ๆ ต้องเป็นจังได๋ (ไม่รู้หรอกว่าจริง ๆ ต้องเป็นยังไง) บ่เคยฮู้เลยว่าต้องน้ำหนักฮอดเท่าใด๋ (ไม่เคยรู้เลยว่าน้ำหนักต้องเท่าไร) ก็คิดว่ามันตัวน้อย จะไม่สมบูรณ์เหมือนเด็กปกติแหมค่ะ บ่คือหมู่ (ไม่เหมือนเพื่อน) เห็นลูกคนอื่นเค้าเต็มไม้เต็มมือ ลูกเฮาคือเป็นแบบนี้ (ลูกเราทำไมเป็นแบบนี้)”

1.2 การรับรู้ผลกระทบที่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย มารดารับรู้ว่ามีผลต่อ 1) สุขภาพของทารกและพัฒนาการจะช้ากว่าเด็กปกติ ได้แก่ ทารกจะมีปัญหาเรื่องการหายใจ มีภาวะติดเชื้อ ภาวะตัวเหลือง ปัญหาเรื่องการกินนม 2) ด้านจิตใจของมารดาได้แก่ เสียใจ กลัวการสูญเสียบุตร วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของการพยากรณ์ของโรคของบุตร เป็นต้น ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ด้อยกว่าหมู่เขา (ด้อยกว่าเพื่อน) เสียใจอยู่ ปอดเขายังบ่สมบูรณ์ (ปอดยังไม่สมบูรณ์) แหละค่ะ”

“มีตัวเหลืองแล้วก็มีหายใจหอบ เพราะว่าคลอดก่อนกำหนดเลยยังหายใจเองไม่ปกติ เราไม่เคยมีประสบการณ์ก็ไม่รู้ว่าปัญหาที่ตามมาจะมีอะไรบ้าง พอนอนโรงพยาบาลถึงรู้ว่ามันมีผลกระทบเยอะค่ะ กลัวน้องไม่สมบูรณ์เหมือนเด็กที่ตามกำหนด แต่เท่าที่หมอบอกพัฒนาการของเค้า ก็คือระยะ 2 เดือนแรกน้อง อาจจะช้ากว่าเด็กที่เกิดตามปกติค่ะ”

“เป็นห่วง รู้สึก ....ร้องไห้อยู่ในใจตอนน้องถูกแยกออกมา กลัวเค้าไม่รอด สงสารลูก”

“บีบหัวใจมากเลย (เสียงสั่น) ด้วยความที่เค้าหายใจเองไม่ปกติ ใจคอไม่ดีเลย พอออก จากไอซียูไม่ได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ยังตัวเหลืองอยู่ ก็ยังอบอยู่ ด้วยความที่ยังหายใจเองไม่คล่อง เค้าก็เลยจะยังไม่ให้ดูดเอง ถ้าเราให้ดูดเองน้องจะหอบ”

“เสียเวลากับการที่ต้องมานั่งเลี้ยงให้ได้น้ำหนักแหมค่ะ เข้าใจว่าลูกเราจังใด๋ก็ต้องดูแลเอา (ยังไงก็ต้องดูแล) แต่ถ้าเป็นคนปกติแบบธรรมดาเนี่ยก็คือสิบต้องมานั่งเลี้ยง”

2. ความหวังของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย มีข้อค้นพบย่อย 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 ความหวังของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย ผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีความหวังว่าทารกจะมีสุขภาพแข็งแรงและมีความหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ดี ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ความหวังของคนเป็นแม่สิ่งแรกคืออยากให้ลูกคลอดออกมาแข็งแรง สิ่งที่ 2 อยากรู้น้ำหนักค่ะเพราะน้ำหนักน้อยจะมีผลต่อสุขภาพ จะรู้สึกสงสารลูก พอได้ยินเสียงลูกร้อง ก็ดีใจค่ะน้ำตาไหลเลยค่ะ อยากให้เค้าแข็งแรงค่ะ”

“ทันทีที่คลอดออกมาก็จะได้ยินเสียงร้อง เราก็ใจชื้นขึ้นนิดนึง อ้อ ยังร้องอุแว้อุแว้ยังเงี้ยค่ะ ใจชื้นขึ้นมา แบบโอว! ยังมีความหวังที่แบบว่า เอ่อ... แม่ก็ดีใจที่ได้ยินเสียงลูกร้อง แต่ก็จะได้เห็นหน้าแป๊บนึง ก่อนที่เค้าก็จะเอาไปที่ตึกเด็ก เพราะว่าน้องตัวเล็ก ขอให้ลูกหนูปลอดภัย ... ขอให้ปลอดภัย คำเดียวเลยค่ะ”

“อยากให้มีบริการดี อย่างเรามาเลี้ยงลูกเราไม่ได้ป่วยไข้ พยาบาลเค้าโอเคหนะ เค้าดี ให้ความช่วยเหลือคนไข้ดี สอบถามโน่นนี่นั่นให้ความช่วยเหลือคนไข้ดี”

2.2 สิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความหวัง ได้แก่ ความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพและความก้าวหน้า

ทางการแพทย์ อาการของทารกดีขึ้น มีการตอบสนองต่อการรักษา และการมีที่พึ่งทางใจ ดังข้อมูลต่อไปนี้

“อยู่ที่นี่ยังรู้สึกว่าดีที่ปลอดภัย ถ้ากลับบ้านเราไม่มีความรู้เกี่ยวกับเด็ก แต่อยู่ที่นี่เราไม่กังวลเขาก็ค่อนข้างดูแลดีมาก”

“สิ่งที่ช่วยให้มีความหวัง ก็ตอนเห็นหน้าลูก รู้อาการน้องว่าวันนี้น้องถอดสายออกซิเจนแล้วนะก็พยายามไม่เครียด เพราะว่าลูกอยู่ในมือหมอแล้วยังไงหมอทำเต็มที่อยู่แล้ว”

“น้องตอบสนองต่อยา ก็มีกำลังใจขึ้นมา รอวันที่จะกลับบ้านด้วยกัน (หัวเราะเบา ๆ) ตอนนั้นกินได้แต่เป็นทางสายยาง พอตอนนี้ดูดเองได้แล้วแบบว่ามีกำลังใจที่ดีขึ้นจากวันที่คลอด”

“ด้วยความที่มีญาติ ๆ ที่คอยมาดูค่ะ เราใจคอไม่ดีทุกคนก็ให้กำลังใจว่าไม่เป็นไรนะ”

“ไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็เจ้าที่เจ้าทางหละค่ะก็เว้าไปว่าลูกหลานมาอยู่ขอให้ได้เมียบ้านเร็ว ๆ (ขอให้ได้กลับบ้านเร็ว ๆ)”

2.3 ลักษณะของมารดาที่มีความหวัง พบว่า ลักษณะของมารดาที่มีความหวังจะเกิดความรู้สึกมีพลัง รู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัย มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ดังข้อมูลต่อไปนี้

“หัวใจฟู ชีวิตชีวา มีพลัง รู้สึกมีสิ่งหนุนภายในชีวิต มีความรู้สึกกระตือรือร้นดีใจค่ะ น้ำตาไหลเลยค่ะ”

“ความรู้สึกว่าหัวใจพองฟูขึ้นมา มันเหมือนมันอิ่มหนะ มันปลื้มปริ่ม (ขณะเล่ามารดามีน้ำตาไหลเอ่อล้นในดวงตา) เห็นเค้ากระดุกกระดิก เห็นเค้ายิ้ม เห็นเค้าง่วงหาวนอน เห็นมีปฏิกิริยาตอบสนอง ใจเราก็ฟู ลูกหลับสบายดี กินนมได้อ้าปากกว้าง”

“ก็โล่ง สบายใจแล้ว คุณหมอบอกว่าพรุ่งนี้จะเอาน้องมาส่งนะคะ ก็ดีใจขึ้นมาแล้วว่าน้องไม่เป็นอะไร”

“มีเตียงข้าง ๆ พอได้มีหมู่เว้ากันเพิ่น (ก็พอได้พูดคุยกัน) มาเลี้ยงแต่โดนแล้วค่ะ คลอดก่อนกำหนดอยากกลับคือกัน อาการคล้ายกันแหมค่ะ”

2.4 ผลที่เกิดจากการที่มารดามีความหวัง ความหวังจะทำให้มารดามีจิตใจเข้มแข็ง ใส่ใจดูแลตนเองเพื่อลูก แสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยค้นหาทางอินเตอร์เน็ต สอบถามบุคลากรด้านสุขภาพ พูดคุยกับญาติผู้ใหญ่ในบ้าน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและบทบาทการเป็นมารดาและวางแผนชีวิตในอนาคต ดังข้อมูลต่อไปนี้

“ตัวหนูเองต้องเข้มแข็ง ต้องแข็งแรงที่สุด ที่จะเลี้ยงเขาให้ดีที่สุด”

“ก็พยายามกินน้ำเยอะให้น้ำนมมาเยอะ ๆ”

“เข้าดูทางอินเทอร์เน็ต เข้ากูเกิลเรื่องเลี้ยงลูกเราท้องออกไปข้างนอกลำบาก ส่วนมากจะคล้ายคุณหมอค่ะ ถ้าไปหาคุณหมอ ก็ถามคุณหมอ ถ้าไม่ไปหาหมอก็แถวบ้านก็มีคุณยายค่ะ แต่จะแบบว่าเลี้ยงแบบโบราณนิดนึงค่ะ ก็แบบอ่า คุณยายก็บอกว่าเลี้ยงแบบนั้นแบบนี้ ก็ต้องบอกว่าแม่เดี๋ยวนี้สมัยใหม่แล้ว ต้องเอาตามคุณหมอด้วยนะ ไม่เอาแล้วนะแบบเดิมนั้นหนะ ก็ค่อย ๆ พูดค่ะ คุณยายก็จะเข้าใจ คุณยายก็ฟังค่ะ”

“ก็ดูแลอาบน้ำ ให้มื้อละครั้ง (วันละครั้ง) ... ก็หัดให้แกดูดนม เฝ้าระวัง ย่านหอบ (กลั้วหอบ) ต้องเบิ่งยามเขากินนม ย่านสำลักนม (ต้องดูแลเวลาเขากินนม กลัวสำลักนม) เขาจะหยุดหายใจทันทีเลย กินแล้วก็ให้เรอ เฮ็ดให้หัวสูง ย่านเขาสำลักค่ะ (ทำให้หัวสูง กลัวเขาสำลักนมค่ะ)”

“เตรียมห้องเตรียมบ้านไว้รอลูกสาว เสื้อผ้าซักผ้า ของต่าง ๆ ไว้รอแล้วเมื่อวานก็ได้ปั๊มนม วันนี้เอานมมาให้ ดื่มน้ำอุ่นตลอดเลยเพื่อให้น้ำนมมาเร็ว ๆ เวลาน้องกลับบ้านไปก็ให้น้องได้กินนมเลย คุณหมอบอกว่าน้ำนมเหลืองเหมือนเป็นหัวเชื้อที่ดีคุณหมอบอกค่ะ ก็เลยรีบเอามาให้น้อง”

“วางแผนกับคุณยาย ด้วยความที่เราไม่ได้มีเวลาที่จะเลี้ยงเค้าร้อยเปอร์เซ็นต์ ด้วย

ความที่อากาศที่กรุงเทพไม่ดี ไม่เหมือนอากาศบ้านเรา ก็เลยวางแผนให้อยู่กับคุณยายจนกว่าจะโต”

“คุณพ่อต้องหาเงินเยอะ ๆ (หัวเราะเบา ๆ) คุณพ่อต้องหางานทำเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (หัวเราะ) เพราะว่าจะต้องดูแลลูก”

การอภิปรายผลการวิจัย

1. มารดารับรู้ความหมาย และผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย โดยมารดารับรู้ความหมายการคลอดก่อนกำหนด คือ การคลอดทารกออกมาก่อนวันที่แพทย์กำหนด สำหรับการรับรู้ความหมายของ การคลอดทารกน้ำหนักน้อย คือ การคลอดบุตรออกมาตัวเล็กกว่าเด็กทั่วไป จากผลการศึกษาสะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อมั่นการดูแลรักษาจากแพทย์จึงยึดถือวันที่แพทย์กำหนดไว้เป็นสำคัญ และใช้ความรู้สึกรับรู้ว่าบุตรตัวเล็กโดยเทียบกับเด็กทั่วไปตามประสบการณ์ที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 60 เป็นมารดาครรภ์แรก ซึ่งอาจจะยังไม่มีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร

มารดารับรู้ผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยต่อสุขภาพของบุตร จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาที่มีช่วงอายุครรภ์ 27 - 36 สัปดาห์ และช่วงน้ำหนักตั้งแต่ 1,065 - 2,400 กรัม ซึ่งบุตรที่อายุครรภ์น้อยที่สุดเพียง 27 สัปดาห์ และน้ำหนักน้อยที่สุด คือ 1,065 กรัม เป็นทารกที่ที่มีการทำหน้าที่ของร่างกายไม่สมบูรณ์ทุกระบบ จึงเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (Sangkla, 2021) ซึ่งผลการวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นผลกระทบด้านจิตใจของมารดา เพราะมารดารับรู้ผลกระทบต่อสุขภาพบุตรค่อนข้างรุนแรง ทำให้มารดาถ่ายทอดความรู้สึกออกมา ได้แก่ เสียใจ กลัวการสูญเสียบุตร วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของทารก ความรู้สึกถึงความไม่แน่นอนของการพยากรณ์ของโรคของบุตร สอดคล้องกับการวิจัยของ Chivanon et al. (2021) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดก่อนกำหนดจะมีความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นทารกเกิดครบกำหนด/เกินกำหนด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ มารดาของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความทุกข์ทรมานจากความวิตกกังวล เครียด เศร้าโศกเสียใจ กลัวทารกเสียชีวิต ความทุกข์ทรมานนี้จะลดลงได้โดยการสร้างความหวัง ซึ่งลักษณะที่เกิดขึ้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่สนับสนุนว่าการคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้ทารกน้ำหนักน้อยและต้องย้ายทารกไปหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ ส่งผลกระทบให้มารดาเครียดวิตกกังวลต่อสุขภาพของทารก กลัวทารกไม่หายหรือเสียชีวิต ทำให้มาเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Phuakphan, 2021)

2. ความหวังของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย ประกอบด้วย ความหวังของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย สิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความหวัง ลักษณะของมารดาที่มีความหวัง และผลที่เกิดจากการที่มารดามีความหวัง โดยผลการศึกษาพบว่า มารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยทุกคนหวังว่าทารกจะมีสุขภาพแข็งแรงและมีความหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ดี ผลการวิจัยสะท้อนว่าเมื่อบุตรรักษาในโรงพยาบาลจะมีความหวังที่ให้บุตรมีสุขภาพดีและได้รับบริการที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพที่ดีมีการพัฒนาแนวทางในการดูแลมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด ดังการศึกษาของ Wangruangsatid et al. (2019) พบว่า การเตรียมมารดาในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด มีแนวทาง 3 รูปแบบคือ การสอน การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการดูแลต่อเนื่อง

สิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความหวัง ได้แก่ ความเชื่อมั่นในทีมสุขภาพและความก้าวหน้าทางการแพทย์ อาการของทารกดีขึ้นมีการตอบสนองต่อการรักษาและการมีที่พึ่งทางใจ สอดคล้องกับการศึกษา Tilakarayasrup et al. (2022) ที่พบว่าลูกทำให้มารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมี

จิตใจที่เข้มแข็ง นอกจากนี้ Synder et al. (2011) อธิบายว่า ความหวังทำให้บุคคลมีแรงจูงใจทางบวกหรือการมีพลังและกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย และผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ามารดามีพลังจากคำบอกกล่าวถึงความรู้สึกมีชีวิตชีวา มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง แสวงหาข้อมูลมาเพื่อจะให้ความหวังนั้นสำเร็จ

ลักษณะของมารดาที่มีความหวัง พบว่า ลักษณะของมารดาที่มีความหวังจะเกิดความรู้สึกมีพลัง รู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัย มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของ Tilakarayasrup et al. (2022) พบว่าการดูแลบุตรเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยนั้นมารดาเฝ้าระวังสังเกตอการเปลี่ยนแปลง เลี้ยงดูด้วยความมั่นใจ ความพร้อมทั้งกายและใจพร้อมรับทุกสถานการณ์หากบุตรมีอาการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ ผลที่เกิดจากการที่มารดามีความหวังทำให้มารดามีจิตใจเข้มแข็ง ใส่ใจดูแลตนเองเพื่อลูก แสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยค้นหาทางอินเตอร์เน็ต สอบถามบุคลากรด้านสุขภาพ พูดคุยกับญาติผู้ใหญ่ในบ้าน ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและบทบาทการเป็นมารดา และวางแผนชีวิตในอนาคต ดังนั้น เมื่อได้รับการต่อเติมความหวังในปัจจุบันให้สมปรารถนาแล้ว มารดาจึงมีความหวังใหม่ในอนาคต ดังการศึกษาของ Schrank et al. (2011) ที่พบว่า คนที่มีความหวังอย่างแรงกล้าจะมีแรงบันดาล มีพลังในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบทบาทการเป็นมารดาทารกแรกเกิดได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

1. มารดาของทารกเชื่อมั่นและยึดถือข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากทีมสุขภาพ ดังนั้นควรพัฒนาระบบให้ความรู้และบริการที่มีคุณภาพในรูปแบบที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความหวังที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพที่ดี

2. สิ่งที่ทำให้มารดามีความหวังจากข้อค้นพบมีหลายประเด็นควรศึกษาวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความหวังของมารดา และพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้มารดาของทารกมีหวังและกำลังใจในการดูแลตนเองและบุตรได้

เอกสารอ้างอิง

Chaiyain, P., Tangpukdee, J., & Wonginchan, A. (2021). Stress in parents of neonates hospitalized in neonatal intensive care unit. *Journal of Nursing and Health Care, 39*(3), 42-51.

Chivanon, N., & Wacharasin, C. (2022). Effects of nursing intervention model on suffering in mothers with low birth weight infants hospitalized in sick newborn care unit. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 17*(1), 22-28.

Chivanon, N., Wacharasin, C., & Kampang, P. (2021). Suffering of the mothers with low birth weight infants hospitalized in sick newborn care unit. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 29*(2), 102-115.

Husserl, E. (1977). *Phenomenological psychology* (Trans. J. Scanlon). The Hague: Nijhoff. (Original published 1962)

Ministry of Public Health. (2021). *National health development plan 12th (2017 - 2021).* Bangkok: Strategy and Planning Division.

Ministry of Public Health. (2023). *Preterm Labor report in 2021 - 2022.* Retrieved from 203.157.71.148/data/cluster/mom/download/SitPT63.pdf

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical Guidance to Qualitative Research, Part 3: Sampling, Data Collection and Analysis. *European Journal of General Practice, 24*, 9-18.

National Statistical Office of Thailand. (2020). *Thailand Multiple indicator cluster survey 2019 & Summary of key indicators, 2020*. Bangkok: National Statistic office.

Phuakphan, W. (2021). Postpartum depression among mothers with preterm infants. *Journal of Nursing, Siam University, 22*(42), 85-96.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice (9th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Sangkla, P. (2021). Mortality and prognosis of very low birth weight infants: 6 years review. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals, 36*(1), 207-217.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., & Sigmon, S. T. (1991). The will and the ways: Development and validation of an

individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 570-585.

Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G., & Davidson, L. (2011). Hope in psychiatry. *Advances in psychiatric treatment, 17*, 227-235.

Subedi, K. R. (2021). Determining the Sample in Qualitative Research. *Scholars' Journal*, *4*, 1-13.

Synder, C. R., Lopez, S. J., & Pedrotti, J. T. (2011). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths* (2 nd ed.). California: Sage.

Tilakarayasrup, S., Boonmat, N., & Tirachai, N. (2022). The Experiences of mothers on caring low birth weight premature infants. *Journal of MCU Nakhondhat, 9*(5), 603-616.

Wangruangsatid, R., Rangsiyanon, J., Rungchay, A., Dumminsek, P., & Saisuwan, W. (2019). Maternal preparation guideline for taking care of premature infants after discharge in Thailand: A systematic review. *Songklanagarind Journal of Nursing, 39*(1), 66-78.

World Health Organization (WHO). (2023). *Preterm and low birth weight infant*. Retrieved from https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/newborn-health/preterm-and-low-birth-weight



ประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน[1]

LIVED EXPERIENCES OF NORTHEASTERN (ISAAN) MOTHER IN PROMOTING PRESCHOOL CHILDREN'S EXECUTIVE FUNCTIONS

เนตรฤทัย ภูนากลม[2] อภิสิทธิ์ ฉกรรจ์ศิลป์[3] อรอุมา แก้วเกิด[3]
Nedruetai Punaglom Apisit Shakansilp Ornuma Kaewkeard

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม
This research was funded by Boromarajonani Nursing College Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 4800
Assistant Professor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, 48000, Thailand
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 4800
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University, Nakhonphanom, 48000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: nedruetai@npu.ac.th

Received: *September 2, 2023* Revised: *December 16, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน ผู้ให้ข้อมูลเป็นมารดาคนอีสานที่มีบุตรก่อนวัยเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 3 - 6 ปี จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า มารดาคนอีสานที่มีบุตรก่อนวัยเรียนมีอายุอยู่ระหว่าง 21 - 38 ปี ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และร้อยละ 85 มีบุตรมาแล้ว 2 - 3 คน ประสบการณ์ของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน สามารถแบ่งได้เป็น 7 ประเด็น คือ 1) เลี้ยงตามมีตามเกิด ให้เรียนรู้จากสภาพจริง 2) สอนให้คิดอธิบายเหตุผล 3) เป็นแบบอย่างที่ดี 4) บอกสอนชี้แนะเป็นอย่าง ๆ ตามวัย 5) ห้ามปรามว่ากล่าวตักเตือน 6) บอกสอนบ่ฟังความ ต้องถูกตีลงโทษ และ 7) บางเรื่องบอกบ่ฟังกะปล่อยไป

ผลการศึกษาที่ได้ เสนอแนะกลยุทธ์ในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน โดยให้เด็กได้ใช้เวลาคุณภาพร่วมกับครอบครัวเพื่อเรียนรู้ทักษะชีวิต มารดาเป็นแบบอย่างที่ดี ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง และรักษาความสมดุลระหว่างการห้ามปรามและการสนับสนุนเด็กให้แสดงออกซึ่งอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เหมาะสม

คำสำคัญ : ประสบการณ์ชีวิต, มารดาคนอีสาน, ทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหาร, เด็กก่อนวัยเรียน, ปรากฏการณ์วิทยา, ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Abstract

This hermeneutic phenomenology study aimed to explore the experiences of mothers in the Northeastern region of Thailand in promoting executive functions in preschool children. The study included 20 mothers from the Northeastern region of Thailand with both male and female preschool children aged between 3 and 6 years old, selected purposively based on inclusion criteria. Data were collected through in-depth interviews and field notes, and thematic analysis was employed for data analysis. Trustworthiness was ensured through triangulation, member checking, and peer debriefing.

The results indicated that mothers from the Northeastern region of Thailand, with ages ranging from 21 to 38 years, had diverse educational backgrounds, with 60 percent graduating from lower secondary school, and 85 percent having 2 to 3 children. Seven themes emerged from their experiences, including 1) raising according to birth and learning from real life, 2) teaching them to think and explaining reasons, 3) being a role model, 4) teaching and advising according to age, 5) prohibiting and admonishing, 6) addressing disobedience with punishment, and 7) letting them go.

These findings suggest strategies to enhance executive functions in preschool children by encouraging quality time with their families for learning life skills. Mothers are advised to act as positive role models, guide their children in the right direction, and strike a balance between restraining and supporting children to express their emotions, feelings, and behaviors appropriately.

Keywords: lived experiences, Isaan mother, executive functions, preschool children, phenomenology, Northeastern of Thailand

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มารดาเป็นบทบาทที่ถูกหล่อหลอมโดยกระบวนการทางสังคมที่เชื่อมโยงกับอัตลักษณ์เพศหญิง (Freud, 1994) บทบาทนี้เป็นสิ่งที่เอื้อให้ผู้หญิงค้นพบพลังภายในตน การปรับความหมายมุมมองชีวิต ความรัก ความสัมพันธ์ โลก ศรัทธา ศาสนา ความเชื่อ สะท้อนการเติบโตทางจิตวิญญาณของผู้หญิงที่พัฒนาควบคู่ไปกับการเติบโตบนเส้นทางการเป็นมารดา (Nghia, 2018) นอกจากนี้ การเป็นมารดายังเป็นกระบวนการเชื่อมโยงอารมณ์และจิตใจที่แข็งแกร่งกับบุตรของตนเองที่มีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็ก (Simlee & Samrong, 2021) สะท้อนความสำคัญและความท้าทายในฐานะมารดาผู้เลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน

ทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารเป็นกระบวนการเกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก และการกระทำ ทำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ คิดไตร่ตรอง ยับยั้งชั่งใจ ยืดหยุ่นทางความคิด กำหนดเป้าหมาย แผนการ มีความมุ่งมั่นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สามารถจดจำเรียกใช้ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดลำดับความสำคัญและทำสิ่งต่าง ๆ อย่างเป็นขั้นตอนจนบรรลุความสำเร็จ (Escolano-Pérez, Herrero-Nivela, Blanco-Villaseor, & Anguera, 2017) ด้วยเหตุนี้ทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารจึงได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่ามีความสำคัญมากยิ่งกว่าระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ (Pokam,

Jantawarit, Pakmaluk, Phangkam, & Suwapong, 2022; Saripan, Phruttikul, & Sonboon, 2021) เนื่องจากเป็นความสามารถในการใช้สิ่งที่บุคคลรู้และนำมาสร้างสรรค์ใหม่ ซึ่งสะท้อนความสามารถทางปัญญาที่เลื่อนไหล การคิดวิเคราะห์อย่างยืดหยุ่น เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เลวร้ายที่เผชิญโดยมองหาทางออกอย่างสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาที่ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทางลบทั้งต่อตนเองและผู้อื่น (Chukleing, Petsate, & Khwunma, 2019; Mattera, Rojas, Morris, & Bierman, 2021; Pokam et al., 2022; Saripan et al., 2021)

ผลสำรวจทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กไทยพบว่า ร้อยละ 28.32 ของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารในระดับต่ำ โดยเด็กไทยขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ใจร้อน สมาธิสั้น และร้อยละ 23 ของเด็กเหล่านี้มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ ขาดความเพียรและทักษะในการแก้ปัญหา (Department of Children and Youth, 2022; Thisara, Chotibang, Fongkaew, & Jintrawet, 2022) เด็กไทยจึงขาดทักษะชีวิตที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากภัยอันตรายรอบตัว อีกทั้งขาดการยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่การตัดสินใจและการกระทำที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับสถิติปัญหาเด็กและเยาวชนไทยกระทำผิดที่มีจำนวนสูงถึง 19,470 คดี ในปี พ.ศ. 2563 โดยที่คดีที่เกิดขึ้นนั้นผู้กระทำผิดที่ไม่ได้อยู่กับบิดามารดาหรือบิดามารดาแยกกันอยู่ (Department of Juvenile Observation and Protection, 2020)

รายงานสภาพการณ์รูปแบบครอบครัวที่ไม่เอื้อต่อการเลี้ยงดูเด็กของจังหวัดนครพนม พบว่า ลักษณะครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวมีจำนวน 1,223 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 34.52 และปัญหาเยาวชนมั่วสุมสร้างความรำคาญให้ชาวบ้านมีร้อยละ 19.48 ซึ่งเป็นปัญหาที่ติดอันดับ 1 ใน 3 อันดับแรกของจังหวัดนครพนม (Strategy and Information Division for Provincial Development, 2018) สะท้อนความเปราะปรางของเด็ก ครอบครัวและสังคมในวงกว้าง และความสำคัญของมารดาในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารเพื่อให้เด็กมีทักษะควบคุมอารมณ์ คิดยืดหยุ่น ไตร่ตรอง ยับยั้งชั่งใจ ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Imnamkhao & Siripul 2020) ทั้งนี้ การส่งเสริมทักษะดังกล่าวในเด็กก่อนวัยเรียนถือเป็นช่วงเวลาทอง เนื่องจากทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารมีอัตราการเจริญเติบโตสูงสุดในช่วงเวลานี้ (Mattera et al., 2021)

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงปริมาณที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารในรูปแบบต่าง ๆ (Chukleing et al., 2019; Mattera et al., 2021; Pokam et al., 2022; Saripan et al., 2021) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหาร (Phinthong, Chaimongkol, & Pongjaturawit, 2018; Seamkhumhom, Nookong, Rungamornrat, & Chutabhakdikul, 2019; Sulik et al., 2015; Thisara, Ponmark, Seekhao, & Sinlapawitthayathon, 2017) การศึกษาเชิงคุณภาพที่พบน้อยมาก (Thisara et al., 2022) ส่งผลให้ยังมีข้อจำกัดในการทำความเข้าใจแก่นแท้ประสบการณ์ชีวิตของมารดาในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนได้อย่างลึกซึ้ง อีกทั้งเป็นการศึกษาในบริบทอื่นที่แตกต่างจากบริบทอีสานในแง่ของขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ และวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดและการตีความของมารดาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน ผลการวิจัยจะช่วยขยายองค์ความรู้ดังกล่าวผ่านมุมมองมารดาคนอีสานผู้มีประสบการณ์ นำไปสู่การพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนได้สอดคล้องตามการรับรู้และประสบการณ์ที่แท้จริงของมารดาคนอีสาน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน

คำถามวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ มารดาของเด็กก่อนวัยเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 3 - 6 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ต.รามราช อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม จำนวน 31 คน

ผู้ให้ข้อมูล คือ มารดาของเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 20 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นมารดาของเด็กก่อนวัยเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 3 - 6 ปี ที่อยู่ในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก ต.รามราช อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม 2) เป็นผู้หญิงไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ร่วมกับเด็กในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล และ 3) เป็นผู้หญิงไทยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแก่เด็กก่อนวัยเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือสำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร

2.2 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อศึกษาประสบการณ์ของมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น 1) คุณมีวิธีเลี้ยงดูบุตรอย่างไรเพื่อส่งเสริมให้บุตรมีทักษะกระบวนการคิดขั้นสูง? 2) ช่วยอธิบายหน่อยว่า รูปแบบการเลี้ยงดูบุตรที่คุณกล่าวถึง เป็นอย่างไร? และ 3) รูปแบบที่คุณกล่าวถึง ช่วยส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดขั้นสูงของบุตรได้อย่างไร? เป็นต้น

2.3 แบบบันทึกภาคสนาม ประกอบด้วย การบันทึกวันที่ เวลา จำนวนครั้งที่สัมภาษณ์ บริบทสถานที่ กิริยาท่าทาง และคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความชำนาญด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพ การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และการพยาบาลครอบครัว ด้านละ 1 ท่าน ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำและทดลองใช้กับมารดาคนอีสานที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูลก่อนนำไปใช้จริง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยนครพนม เลขที่ 49/66 Exp. เมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน การรักษาความลับ และเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยเอกสารทุกอย่างที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจะระบุด้วยรหัส ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังสิ้นสุดการวิจัย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกเป็นรายบุคคล ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง ครั้งละ 60 - 90 นาที คนละ 2 - 3 ครั้ง ที่บ้านพักของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเริ่มต้นสัมภาษณ์ด้วยการพูดคุยเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างบรรยากาศผ่อนคลายและไว้วางใจ จากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้

ผู้ให้ข้อมูลแบ่งปันประสบการณ์ โดยมีผู้วิจัยคอยสังเกตปฏิกิริยาหรือพฤติกรรมที่แสดงออกขณะให้ข้อมูล และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลงในบันทึกภาคสนาม หลังสัมภาษณ์ผู้วิจัยนำข้อมูลกลับไปตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของเนื้อหากับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำไปลงรหัสและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาระ (the thematic analysis) (Diekelmann , Allen, & Tanner, 1989) ตามวิธีของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian Hermeneutic Phenomenology) ซึ่งมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทปหรือเนื้อหาเพื่อให้เกิดความเข้าใจ 2) เขียนสรุปข้อความที่แปลความได้จากการสัมภาษณ์ 3) วิเคราะห์ข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือจากเนื้อหา 4) เมื่อตีความข้อมูลแล้วพบว่าไม่สอดคล้อง ทำการศึกษาเพิ่มเติมจากตำราหรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง 5) เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของเนื้อหา 6) ค้นหาความสัมพันธ์ของประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้น และ 7) นำเสนอเค้าโครงของประเด็นสำคัญกับทีม เพื่อรวมกันเป็นเค้าโครงสุดท้าย ทั้งนี้ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยยังมีการประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยตามแนวทางของ Lincoln and Guba (1985) ที่เป็นการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) โดยนำข้อมูลจากแหล่งที่มาที่แตกต่างกันทั้งด้านบุคคล เวลา และสถานที่ เช่น การสัมภาษณ์ และการจดบันทึกภาคสนาม เป็นต้น มาตรวจสอบข้อมูลกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล (member checking) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของเนื้อหากับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งก่อนวิเคราะห์ข้อมูล และใช้การสนทนากับเพื่อนและผู้เชี่ยวชาญ (peer debriefing) เพื่อตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของการวิเคราะห์แก่นสาระและสรุปผลข้อค้นพบจากการวิจัย (Lincoln & Guba, 1985)

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นมารดาคนอีสาน จำนวน 20 คน โดยอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 60 และ 31 - 38 ปี ร้อยละ 40 ซึ่งทุกคนนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 25 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40 และมีเพียงร้อยละ 10 ที่รับราชการ ร้อยละ 50 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท เป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายในจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 55 และ 45 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรส และร้อยละ 85 มีบุตรมาแล้ว 2 - 3 คน

2. ประสบการณ์การเป็นมารดาคนอีสานในการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน ผลการวิจัยพบว่า มารดาคนอีสานสะท้อนแนวทางการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน ประกอบด้วย 7 ประเด็น คือ 1) เลี้ยงตามมีตามเกิด ให้เรียนรู้จากสภาพจริง 2) สอนให้คิดอธิบายเหตุผล 3) เป็นแบบอย่างที่ดี 4) บอกสอนชี้แนะ เป็นอย่าง ๆ ตามวัย 5) ห้ามปราม ว่ากล่าวตักเตือน 6) บอกสอนบ่ฟังความ ต้องถูกตี ลงโทษ และ 7) บางเรื่องบอกบ่ฟัง กะปล่อยไป มีรายละเอียดของแต่ละประเด็น ดังนี้

<u>ประเด็น 1 เลี้ยงตามมีตามเกิด ให้เรียนรู้จากสภาพจริง</u> เกิดจากความยากลำบากของครอบครัวทำให้ไม่สามารถดูแลลูกอย่างใกล้ชิดได้ตลอดเวลา จึงสอนให้เด็กเรียนรู้สภาพจริงเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของครอบครัว เช่น มารดาคนอีสานที่มีบ้านติดถนนแต่ไม่มีประตูรั้วหน้าบ้าน เด็กจะเรียนรู้ได้เองว่าควรข้ามถนนอย่างไรให้ปลอดภัย เช่นเดียวกับการพาเด็กไปทำงานที่ทุ่งนากับพ่อแม่ ช่วยพ่อแม่ไล่วัวไล่ควายไปกินหญ้าที่ทุ่งนา กินข้าวป่าด้วยกัน ซึ่งมารดา

คนอีสานเชื่อว่า เป็นการปลูกฝังความขยันหมั่นเพียร ความอดทน ความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง โดยเด็กจะซึมซับผ่านการเรียนรู้จากสภาพจริงของครอบครัว ดังคำบอกเล่า

“บ่ได้สอนหยังหลาย อย่างถนนหน้าบ้านเขากะสิแล่นข้ามถนนไปเลย บางทีเฮาเฮ็ดเวียกอยู่เฮาเบิ่งบ่ทัน ทำได้แค่ฮ้องตามหลัง บอกว่า รถ รถ รถ ระวังรถเด้อลูก เขาข้ามไปข้ามมาทุกวัน เขากะสิฮู้เองว่าต้องข้ามตอนบ่มีรถ” [P1, 38 ปี]

“พาไปทุ่งไปนา ไล่ต้อนงัวควายไปนำกัน บ่มีไผอยู่เฮือน จำเป็นต้องกะเตงกันไป แม่เฮ็ดเวียกเขากะเล่นอยู่เถียงนาแหน่ เดินมาหาแม่แหน่ ตอนเที่ยงกะกินข้าวป่านำกันอยู่เถียงนา มีหยังกะกินไปบางทีเขายังบ่หิว เฮากะบอกว่าของกินอยู่ตรงนี้นะเขาหิว กะสิหากินเอง” [P20, 37 ปี]

<u>ประเด็น 2 สอนให้คิด อธิบายเหตุผล</u> เป็นการอธิบายเหตุผลสั้น ๆ ง่าย ๆ ให้เด็กคิดตามและเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก เช่น การซื้อของเล่นใหม่ การเล่นที่เสี่ยงอันตราย ดังคำบอกเล่า

“หนูสิถามว่า มันจำเป็นอยู่บ่ อยู่เฮือนกะมีแล้ว เพิ่นกะสิบอก ถ้างั้น หนูไม่เอาแล้ว มันราคาแพงด้วยเนาะแม่” [P8, 29 ปี]

“หนูสิอธิบายว่า อันไหนทำได้ อันไหนทำบ่ได้ เพิ่นกะฟัง ปกติเพิ่นเป็นคนบ่โวยวาย แต่ถ้าอยู่กับยาย ก็จะมีบ้าง เพราะยายชอบตามใจหลาน แต่โดยส่วนตัวแม่จะอธิบายว่าอันไหนได้หรือบ่ได้ เพิ่นกะฟังอยู่ เพิ่นเว้าฮู้เรื่อง” [P12, 28 ปี]

<u>ประเด็น 3 เป็นแบบอย่างที่ดี</u> มารดาคนอีสานสะท้อนว่าพ่อแม่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กทุกเรื่อง ทั้งการพูดจาและการกระทำ คือ ต้องพูดคุยกันด้วยเหตุผล ไม่ใช้อารมณ์ ไม่กินเหล้าสูบบุหรี่ให้เด็กเห็น ดังคำบอกเล่า

“เป็นแบบอย่างให้ลูกเห็น บ่ทะเลาะกันกับสามี คุยกันด้วยเหตุผล บ่ใช้อารมณ์” [P5, 26 ปี]

“ตัวหนูเอง ปกติบ่กินเหล้าสูบบุหรี่อยู่แล้ว ส่วนแฟนก็มีกินเหล้ากับเพื่อนบ้าง แต่พยายามบ่ให้มากินที่บ้าน บ่อยากให้ลูกเห็น” [P19, 31 ปี]

<u>ประเด็น 4 บอกสอน ชี้แนะ เป็นอย่าง ๆ ตามวัย</u> มารดาคนอีสานสะท้อนว่า จำเป็นอย่างยิ่งที่มารดาต้องคอยบอก คอยสอน ชี้แนะในสิ่งที่ถูกที่ควร แต่ต้องสอนชี้แนะเป็นอย่าง ๆ ไปให้เหมาะสมตามวัยของเด็ก ดังคำบอกเล่า

“บอกสอนเป็นอย่าง ๆ ไป เช่น อาบน้ำเด้อ แปรงฟันเด้อ ทีแรกต้องบอกทุกวันเพราะเขาบ่ยอมเฮ็ดเอง เฮาต้องใจเย็น พอนานไป เขาเริ่มฮู้เรื่องกะบ่ต้องเว้าหลายคือเก่า” [P2, 33 ปี]

“สอนไปเรื่อย ๆ ฮู้เรื่องบ้าง บ่ฮู้เรื่องบ้าง ต้องอดทน ใจเย็น เป็นหน้าที่แม่เนาะ เข้าใจส่ำได๋กะสอนส่ำนั้นแหละ โตขึ้นกะสิค่อยฮู้จักคิดเป็น” [P17, 36 ปี]

<u>ประเด็น 5 ห้ามปราม ว่ากล่าวตักเตือน</u> มารดาคนอีสานสะท้อนว่า เด็กก็คือเด็ก แม้บางครั้งจะดูเหมือนพูดคุยรู้เรื่อง เข้าใจเหตุผล แต่บางครั้งก็ดื้อ เอาแต่ใจตัวเอง เมื่อทำผิดจึงจำเป็นต้องห้ามปรามว่ากล่าวตักเตือน ดังคำบอกเล่า

“ถ้าเฮ็ดหยังบ่ถือบ่ต้อง เฮาต้องห้ามปรามบอกสอนว่าอย่าเฮ็ดแบบนี้อีกเด้อ มันบ่ดี บ่น่าฮัก เวลาไปที่อื่น แล้วลูกเฮาดื้อ เฮากะสิบอกลูกว่าอย่าทำตัวบ่น่าฮัก อายคนอื่นเขา หรือ เดี๋ยวก่อน แล้วค่อยกลับไปเล่นที่บ้านเฮา” [P14, 35 ปี]

“บอกสอนไปเรื่อย ๆ นี่แหละ ว่าอย่าเฮ็ดเด้อ มันบ่ดี อายคนอื่นเขา” [P7, 32 ปี]

<u>ประเด็น 6 บอกสอนบ่ฟังความ ต้องถูกตีลงโทษ</u> มารดาคนอีสานสะท้อนว่า หากเด็กมีพฤติกรรมดื้อ ควบคุมไม่ได้ การดุด่าว่ากล่าวหรือตี ยังเป็นสิ่งที่มารดาคนอีสานถือปฏิบัติอยู่แต่ไม่บ่อยครั้งนัก ด้วยมองว่าหากไม่ตี ไม่ลงโทษเลย เมื่อเด็กโตขึ้นอาจจะเสียคนได้ ดังคำบอกเล่า

“บางทีกะดุ ด่า ตีบ้าง แล้วแต่เหตุการณ์ ถ้าบอกหลายเที่อแล้วยังบ่ฟังความ กะถือไม้แส้มาเลย ตีบ่แฮงปานได๋ดอก บางทีแค่ถือมาขู่ เขากะสิเงียบไป บ่ได้ตีกะมี” [P13, 31 ปี]

“ลูกดื้อหลาย กะมีดุ ตะคอกเสียงดัง แต่บ่ค่อยได้ตีลูกปานใด๋ดอก หลูตน (สงสาร) ลูก” [P11, 26 ปี]

ประเด็น 7 บางเรื่องบอกบ่ฟัง กะปล่อยไป

มารดาคนอีสานสะท้อนว่า ผู้หญิงในฐานะแม่จำเป็นต้องอดทน ใจเย็น เมตตาลูกมาก ๆ และต้องเข้าใจว่าเขายังเป็นเด็ก อาจทำผิดบ้าง ถูกบ้าง ก็ค่อย ๆ สอนกันไป ดังคำบอกเล่า

“อายุสำนี้ กะสอนยากอยู่ ถ้าใหญ่ขึ้นสักหน่อย กะสิสอนเข้าใจดีขึ้น วัยนี้บางทีสอนแล้วสอนอีก บ่ฟังกะมี เขากะเฮ็ดคือเก่า เฮากะสอนกะจ่มแต่ความเก่าแหละเพราะเด็กยังบ่ฮู้เรื่อง เฮากะต้องใจเย็น ปล่อยไปบ้าง” [P1, 38 ปี]

“บอกสอนปากเปียกปากแฉะ บางทีเขาบ่เฮ็ดตามที่เฮาบอก เฮากะปล่อยไป บ่ฮู้สิเฮ็ดจังใด๋ดีหลาย มันกะสิมึนตึนมึนมือ โตมาแฮงสิดื้อกว่าเก่า” [P9, 30 ปี]

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่ามารดาคนอีสานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำนาปลูกข้าวเป็นหลัก อีกทั้ง มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ เมื่อสิ้นสุดฤดูกาลทำนา มารดาคนอีสานบางส่วนจึงไปทำงานรับจ้างในเมืองหรือรับจ้างทั่วไปในชุมชนของตนเอง ตามแต่จะมีคนจ้าง เพื่อหวังมีรายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งเป็นภาพวิถีชีวิตของคนอีสานที่เห็นจนชินตา คือ เด็กที่โตพอจะดูแลตนเองและช่วยงานพ่อแม่ได้ มักจะติดตามพ่อแม่ไปทุ่งไร่ทุ่งนาด้วย บ้างช่วยต้อนวัวต้อนควายไปกินหญ้า บ้างช่วยถอนกล้า ดำนา เกี่ยวข้าว หรือช่วยดูแลน้องที่ยังเล็กที่บ้าน โดยมารดาคนอีสานเชื่อว่า เด็กที่ได้เรียนรู้ความลำบากผ่านการทำงานช่วยเหลือพ่อแม่ จะช่วยให้เด็กรู้หน้าที่ มีความรับผิดชอบ ขยันหมั่นเพียร อดทน ไม่เกียจคร้าน เติบโตเป็นคนดี และเอื้อให้เด็กได้เรียนรู้รากเหง้า ซึมซับค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี คำสอนของพ่อแม่ไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตตามวิถีอีสานที่สั่งสอนกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ดังโลกทัศน์ความขยันขันแข็งในการทำงานของคนอีสาน (Wiriyasoonthorne, 2018) ที่ระบุว่า อีสานเป็นสังคมเกษตรกรรมพึ่งพิงแรงงานในการผลิต คนอีสานส่วนใหญ่ขาดโอกาสทางการศึกษา น้อยคนที่ได้ทำงานรับราชการ มีเงิน มีเกียรติ และอำนาจ คนที่เรียนมาน้อยหรือไม่มีโอกาสจึงต้องทำงานในไร่นาตามพ่อแม่ ไม่ว่างานหนักหรือเบาก็ต้องทำด้วยความขยัน อดทน และสู้งาน หากใครเกียจคร้านจะถูกสังคมดูถูก ดังสำนวนอีสาน *“หนักซ่อยกันหาบ หยาบซ่อยกันดึง”* หมายถึง ต่างคนต่างต้องช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการทำงาน และ *“เงินคำนี้ มีหลายแต่ผู้หมั่น ผู้ขี้คร้าน หาได้กะบ่หมาน”* หมายถึง คนขยันเท่านั้นจึงจะหาเงินทองทรัพย์สมบัติมาได้มาก คนเกียจคร้านแม้ได้มาก็เล็กน้อย สอดคล้องกับ Arsarthong and Palapol (2022) ที่พบว่ารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กควรส่งเสริมผ่านกิจกรรมช่วยเหลือตนเอง การช่วยงานบ้าน ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และจัดเวลาคุณภาพในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ซึ่งเด็กในสังคมอีสานเติบโตขึ้นมาท่ามกลางการทำงานหรือการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันของครอบครัว สิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมจึงมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารในเด็กก่อนวัยเรียนที่ว่า “เลี้ยงตามมีตามเกิด ให้เรียนรู้จากสภาพจริง” ซึ่งเอื้อให้เด็กเรียนรู้ผ่านการสังเกต การใช้ประสาทสัมผัส และประสบการณ์จากเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันมาเชื่อมโยงกับความรู้เดิม เพื่อสร้างเป็นความเข้าใจในสิ่งนั้น ตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Chukleing et al., 2019; Mattera et al., 2021; Pokam et al., 2022; Saripan et al., 2021)

การสอนให้คิด อธิบายเหตุผล เป็นการสอนอธิบายด้วยเหตุผลง่าย ๆ สั้น ๆ เพื่อเอื้อให้เด็กได้คิดและเข้าใจ เช่น การอธิบายพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมกับเวลาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จะช่วยให้เด็กเรียนรู้การควบคุมกำกับตนเอง และสามารถคาดการณ์ผลของการกระทำ

ได้ (Sulik et al., 2015) เช่นเดียวกับ Thisara et al. (2017) ที่บอกว่าผู้ดูแลควรอธิบายเหตุผลให้เด็กเข้าใจ มอบหมายงานหรือกิจกรรมให้เด็กทำทีละอย่าง โดยอธิบายให้เด็กเข้าใจก่อนให้เด็กลงมือทำ รวมถึงการส่งเสริมให้เด็กมีวินัยในตนเองและตระหนักในอารมณ์และการกระทำของตนเอง

ทั้งนี้ พ่อแม่ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็กด้วย เพราะเด็กวัยนี้จะเลียนแบบพฤติกรรมท่าทางและคำพูดจากบุคคลใกล้ตัว โดยเฉพาะพ่อแม่ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับเด็กวัยนี้ ดังการศึกษานี้ที่มารดาคนอีสานสะท้อนว่าบอกสอน ชี้แนะ เป็นอย่าง ๆ ตามวัย และการเป็นแบบอย่างที่ดี เป็นแนวทางส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารที่สำคัญในเด็กก่อนวัยเรียน สอดคล้องกับหน้าที่แม่ในพระพุทธศาสนา (Payutto, 2003; Simlee & Samrong, 2021) ที่ชี้ให้เห็นว่าแม่เท่านั้นที่เหมาะสมที่สุดในการบ่มเพาะนิสัยและทัศนคติที่ดีให้แก่เด็กตั้งแต่เยาว์วัย การอบรมสั่งสอนกระทำได้ทั้งโดยวาจา หรือโดยอ้อมด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะโลกทัศน์คนอีสานมองว่าพ่อแม่ใกล้ชิดลูกมากที่สุด ความประพฤติของพ่อแม่จึงทรงอิทธิพลยิ่งต่อการประพฤติปฏิบัติของเด็ก ดังสำนวนอีสาน *“ลูกแทนพ่อ หน่อแทนลำ”* หมายถึง คนย่อมเป็นไปตามเชื้อสายเผ่าพันธุ์

ส่วนการห้ามปราม ว่ากล่าวตักเตือน และบอกสอนบ่ฟังความ ต้องถูกตี ลงโทษ อธิบายได้ด้วยหลักฮีต 12 คอง 14 ที่เป็นหลักประพฤติปฏิบัติที่ดีงามที่บุคคลในแต่ละระดับตั้งแต่ผู้มีหน้าที่ปกครองบ้านเมือง พระสงฆ์ และคนธรรมดาสามัญพึงปฏิบัติในการอยู่ร่วมกัน เพื่อความสงบสุขและราบรื่น (Manubut, 2020) เช่น ฮีตปู่คองย่า ฮีตตาคองยาย ฮีตพ่อคองแม่ ฮีตโก้คองเขย ฮีตปู่คองลุง ฮีตลูกคองหลาน เป็นต้น เด็กจึงพึงเคารพเชื่อฟังพ่อแม่หรือผู้อาวุโสกว่า ดังสำนวนอีสาน *“คำปากพ่อแม่นี้ หนักเกิ่งธรณี ใผผู่ยำแยงนบ หากสิเฮืองเมือหน้า”* หมายถึง คำสอนพ่อแม่มีค่ายิ่ง หนักดั่งผืนแผ่นดิน ใครเคารพยำเกรงนำไปปฏิบัติย่อมมีแต่ความเจริญ ด้วยเหตุนี้ เด็กที่ไม่เคารพ เชื่อฟังผู้ใหญ่ จึงอาจถูกลงโทษ อีกทั้ง เมื่อพิจารณาตามวัยจะพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่ยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง จึงมีข้อจำกัดในการยั้งคิดและควบคุมตนเอง การลงโทษอย่างเหมาะสมจึงเป็นการควบคุมและยับยั้งพฤติกรรมไม่เหมาะสมของเด็ก (Sukadaecha, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเลี้ยงดูเชิงลงโทษโดยตีด้วยมือเบา ๆ ไม่เกินสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง เมื่อเด็กมีพฤติกรรมทำผิดในเรื่องเดิมซ้ำ ๆ แล้วภายหลังลงโทษผู้ปกครองพูดคุยให้เด็กเข้าใจสาเหตุการลงโทษและแนะนำการแสดงออกที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยให้เด็กเรียนรู้พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และวิธีควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ (Seamkhumhom et al., 2019; Xing, Wang, & Wang, 2018) เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่มารดาคนอีสานจะลงโทษโดยตีด้วยมือหรือไม้เบา ๆ เมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่ควบคุมไม่ได้ พูดจาไม่สุภาพ ก้าวร้าว หรือทำผิดด้วยเรื่องเดิม ๆ ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนความแตกต่างทางวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบการเลี้ยงดูเด็กระหว่างมารดาคนไทยและมารดาคนอเมริกัน ที่ระบุว่า วัฒนธรรมเอเชียโดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาคนไทยมุ่งเน้นการอบรมสั่งสอนเด็กให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานสังคมอย่างเคร่งครัด ต้องสุภาพ เชื่อฟัง ควบคุมตนเอง และงดเว้นการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่รุนแรง การแสดงออกที่มากเกินงาม ไม่ว่าจะเป็นความสุขหรือความทุกข์ จะถูกตำหนิโดยผู้ใหญ่ว่าเป็นผู้ขาดทักษะทางสังคม ในขณะที่วัฒนธรรมยุโรปอเมริกันให้ความสำคัญกับความเป็นปัจเจกบุคคลและสนับสนุนเด็กให้แสดงออกซึ่งความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ด้วยเหตุนี้เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กอเมริกันเชื้อสายยุโรป เด็กจากเอเชียจึงมักถูกมองว่าขี้อาย เงียบ หรือเก็บตัว (Rochanavibhata & Marian, 2023)

สำหรับ บางเรื่องบอกบ่ฟัง กะปล่อยไป ดังที่มารดาคนอีสานบอกว่า ไม่ค่อยดุหรือลงโทษ

เด็กมาก สงสาร กลัวลูกเจ็บ ลูกยังเล็กอาจทำผิดบ้าง ประกอบกับลักษณะครอบครัวขยายที่พบสูงถึงร้อยละ 45 ในการศึกษานี้ ซึ่งปู่ย่าตายายมักตามใจ โอนอ่อนผ่อนตามแม้เด็กทำผิด และห้ามพ่อแม่ไม่ให้ตีเด็ก ดังคำบอกเล่า *"ยายมักตามใจหลาน บ่อยากให้เฮาตีลูก บอกว่าอายุสำนี้ ยังเว้าบ่ฮู้เรื่อง ต้องปล่อยบ้าง ตีไปกะตายเปล่า บ่มีประโยชน์หยัง"* เหล่านี้ล้วนมีมูลเหตุมาจากความรัก ความเมตตา สงสาร จึงอภัย ไม่ถือสา สะท้อนโลกทัศน์มารดาคนอีสานที่ถือว่า มารดาเป็นพรหมของบุตร เพราะเป็นผู้มีพรหมวิหาร 4 ประการ คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา สะท้อนการเป็นผู้ให้อย่างไม่มีเงื่อนไข (Payutto, 2003)

อย่างไรก็ตาม การเป็นผู้ให้นั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้องเหมาะสม มิเช่นนั้นอาจกลายเป็นความไม่ชัดเจนและไม่สม่ำเสมอในการเลี้ยงดูเด็ก ส่งผลให้เด็กโตขึ้นมาเป็นคนที่เอาแต่ใจตนเอง ไม่เชื่อฟังเพราะไม่เข้าใจแท้จริงว่าสิ่งใดถูกหรือผิด ดังการศึกษารูปแบบการเลี้ยงดูของเด็กไทยของ Kansin, Mongkolchati, and Thinkhamrop (2015) ที่พบว่ารูปแบบการเลี้ยงดูเด็กไทยในด้านการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอมีอยู่ในระดับต่ำ เพียงร้อยละ .7 และ 1.2 ตามลำดับ ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศให้ความสำคัญกับความสม่ำเสมอในการเลี้ยงดูเด็กที่จะเอื้อให้เด็กเกิดการเรียนรู้ การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น เนื่องจากเด็กสามารถคาดการณ์การทำสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่คาดเดาได้ ช่วยให้เด็กรู้สึกสบายใจและปลอดภัยในการสำรวจและเรียนรู้ อีกทั้งช่วยพัฒนาความมั่นคงทางอารมณ์ ความไว้วางใจ และลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Brock, Curby, & Cannell-Cordier, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลเด็กและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถนำประสบการณ์ของมารดาคนอีสานที่ได้จากการศึกษาไปออกแบบกิจกรรมส่งเสริมเด็กก่อนวัยเรียน ให้ได้เรียนรู้การทำงานช่วยเหลือกิจกรรมครอบครัว มีการสอน อธิบายด้วยเหตุผล รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดีแก่เด็ก สนับสนุนเด็กให้แสดงความรู้สึก อารมณ์ พฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม และครอบครัวต้องมีความสม่ำเสมอในการเลี้ยงดูเด็กเพื่อช่วยพัฒนาความมั่นคงทางอารมณ์ เป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาแนวทางการส่งเสริมทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียนในบริบทอื่น ๆ รวมทั้งศึกษาผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยนี้ต่อทักษะกระบวนการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน

เอกสารอ้างอิง

Arsarthong, P., & Palapol, T. (2022). Development models to promote executive functions of early childhood with participation of families and communities in Roi Et province. *Thai Red Cross Nursing Journal, 15*(2), 266-282.

Brock, L. L., Curby, T. W., & Cannell-Cordier, A. L. (2018). Consistency in children's classroom experiences and implications for early childhood development. In A. J. Mashburn, J. LoCasale-Crouch, & K. C. Pears (Eds.), *Kindergarten transition and readiness*. Springer, Cham.

Chukleing, K., Petsate, T., & Khwunma, K. (2019). *The development of executive function for preschool children through STEM education learning experience provision on local Thai dessert 4 region cooking activities*. Bangkok: Suan Dusit University.

Department of Children and Youth. (2022). *Annual report 2021. Department of Children and Youth.* Bangkok: S. B. K. printing.

Department of Juvenile Observation and Protection. (2020). *Annual statistical report.* Bangkok: Department of juvenile observation and protection, Strategy and Planning Division.

Diekelmann, N. L., Allen, D., & Tanner, C. A. (1989). *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. New York, NY: National League for Nursing.

Escolano-Pérez, E., Herrero-Nivela, M. L., Blanco-Villaseor, A., & Anguera, M. T. (2017). Systematic observation: Relevance of this approach in preschool executive function assessment and association with later academic skills. *Frontiers in Psychology, 8*, 2031.

Freud, S. (1994). The social construction of gender. *Journal of Adult Development, 1*, 37–45.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Translate by J. Macquarrie & E. Robinson. Oxford: Blackwell.

Imnamkhao, S., & Siripul, P. (2020). Executive function (EF) in early childhood: A concept analysis. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 30*(3), 10-22.

Kansin, S., Mongkolchati, A., & Thinkhamrop, B. (2015). Child rearing practices for children at their first life: Findings from the prospective cohort study of Thai children. *Proceedings*, *International Seminar and Workshop on Public Health Action "Building Healthy Community"*. Faculty of Health Sciences, Dian Nuswantoro University.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Los Angeles: Sage.

Manubut, T. (2020). Philosophy of Isaan lifestyle values in 4.0 era: Lunar festival and fourteen laws. *Sueksitalai Journal, 1*(3), 1-14.

Mattera, S., Rojas, N. M., Morris, P. A., & Bierman, K. (2021). Promoting EF with preschool interventions: Lessons learned from 15 years of conducting large-scale studies. *Frontiers in Psychology, 12,* 640702.

Nghia, P. K. (2018). Becoming a mother: Pregnancy and transformation in English poems written by contemporary mother poets. *Thoughts, 1*, 90-113.

Phinthong, B., Chaimongkol, N., & Pongjaturawit, Y. (2018). Family factors related to executive function development in preschool children. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 26*(2), 20-29.

Phra Dhampitaka (P.A. Payutto). (2003). *Holistic development of Thai children*. Bangkok: Buddhist printing house of the Dhammasapa.

Pokam, N., Jantawarit, N., Pakmaluk, W., Phangkam, T., & Suwapong, N. (2022). A development of brain skill, EF (executive functions) with a6 main activities handbook for early childhood in private schools. *Journal of Buddhist Philosophy Evolved, 6*(1), 204-216.

Rochanavibhata, S. & Marian, V. (2023). Thai and American mothers socialize preschoolers' emotional development diferently. *Scientifc Reports, 13*, 12719.

Saripan, S., Phruttikul, S., & Sonboon, C. (2021). Effects of the enhancement kindergarteners' executive function by using plan-do-review process based on high/scope curriculum. *Journal of Education Burapha Universit, 32*(3), 56-70.

Seamkhumhom, D., Nookong, A., Rungamornrat, S., & Chutabhakdikul, N. (2019). Factors related to executive functions in preschool-aged children. *Thai Journal of Nursing Council, 34*(4), 80-94.

Simlee, P., & Samrong, P. (2021). Motherhood in Buddhism. *Journal of Modern Learning Development, 6*(6), 397-413.

Strategy and Information Division for Provincial Development. (2018). *Summary of progress and achievements of projects according to annual government action plan of the province and group of provinces (area) and important government policy projects (agenda) according to the development strategy of Nakhon Phanom province.* Nakhon Phanom: Strategy and Information Division for Provincial Development.

Sukadaecha, R. (2020). Child-rearing of Thai families: A systematic integrated literature reviews. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(1), 1-9.

Sulik, M. J., Blair, C., Mills-Koonce, R., Berry, D., Greenberg, M., & Family Life Project Investigators. (2015). Early parenting and the development of externalizing behavior problems: Longitudinal mediation through children's executive function. *Child development, 86*(5), 1588-1603.

Thisara, P., Chotibang, J., Fongkaew, W., & Jintrawet, U. (2022). Perceptions and experiences of mothers on parenting to promote executive functions in preschool children. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 26*(1), 105-120.

Thisara, P., Ponmark, J., Seekhao, P., & Sinlapawitthayathon, B. (2017). Predictive factors of parental behaviors on promoting early childhood development in Phayao province. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(2), 169-176.

Wiriyasoonthorne, K. (2018). The world views reflect from lsaan idioms. *Journal of Liberal Arts, Ubon Ratchathani University, 14*(2), 249-269.

Xing, X., Wang, M., & Wang, Z. (2018). Parental corporal punishment in relation to children's executive function and externalizing behavior problems in China. *Social Neuroscience, 13*(2), 184-189.



ปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก[1]

PREDICTORS OF BOWEL PREPARATION QUALITY IN PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY

ศศิธร ธรรมชาติ[2] นภาพร วาณิชย์กุล[3] สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์[4] เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์[5]

Sasithorn Thammachad Napaporn Wanitkun Suchada Pattaramongkolrit Cherdsak Iramaneerat

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Part of thesis, Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University

[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

Graduated student in Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing),

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

Assistant Professor, Ph.D. (Gerontological Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand

[4]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

Lecturer, Ph.D. (Nursing), Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand

[5]รองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ 10700

Associated Professor, Ph.D., M.D., Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand

[3]Corresponding author E-mail: napaporn.wan@mahidol.ac.th

Received: *August 14, 2023* Revised: *November 30, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการตรวจลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้องทางทวารหนัก โรงพยาบาลบริการทางการแพทย์ตติยภูมิระดับสูง จำนวน 193 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินการจัดการตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ แบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ และแบบประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ ซึ่งมีความเที่ยงจากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70, .94, .83, .79 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี และมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี มีโอกาสเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดเพิ่มขึ้น 2.93, 2.05, 1.34

และ 1.28 เท่า ตามลำดับ ส่วนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ไม่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้

ดังนั้น บุคลากรทางแพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำใหญ่ทางทวารหนักมีการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมในการเตรียมลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเตรียมลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : การเตรียมลำไส้ใหญ่, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การจัดการตนเอง

Abstract

This predictive research aimed to examine the predictors of bowel preparation quality-bowel preparation knowledge, health literacy, patient activation, bowel preparation behavior, and patient-health care provider communication with patients undergoing colonoscopy. The sample included 193 outpatients undergoing colonoscopy at a high-level tertiary hospital. Data were collected using questionnaires that evaluated bowel preparation knowledge, health literacy, patient activation, bowel preparation behavior, communication between patient and health care provider, and bowel preparation quality. The reliability indices of the research instruments were assessed using Cronbach's alpha coefficients, yielding values of .70, .94, .83, .79, and .94, respectively. Data analysis employed hierarchical binary logistic regression statistics with the backward Wald method.

The results of this study revealed that patients with higher levels of patient activation, health literacy, knowledge about bowel preparation, and positive bowel preparation behavior exhibited better bowel preparation quality, with odds ratios of 2.93, 2.05, 1.34, and 1.28, respectively. However, patient-provider communication was not identified as a predictor of bowel preparation quality.

Hence, healthcare providers should encourage patients undergoing colonoscopy based on patient activation, health literacy, bowel preparation behavior and knowledge to allow patients to access bowel preparation quality.

Keywords: bowel preparation, health literacy, patient activation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดเป็นการทำให้ลำไส้ใหญ่ปราศจากอุจจาระตกค้างก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยมีความแม่นยำมากขึ้น และลดปัญหาการต้องมาตรวจซ้ำ (Schub & March, 2018; Yadlapati et al., 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอัตราการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดร้อยละ 18 - 35 แสดงว่า ในผู้ป่วย 10 คน จะพบการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดได้ 2 - 4 คน ประเทศไทยพบผู้ป่วยเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดสูงถึงร้อยละ 52 (Bhanthumkomol, Siramolpiwat, & Vilai-chone, 2014) และมีผู้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จำนวนมาก จากสถิติปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 25,280 คน (National Cancer Institute, 2023) ซึ่งหากเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดจะทำให้มีกากอุจจาระบดบังรอยโรค ส่งผลให้การตรวจวินิจฉัยผิดพลาด ได้รับการรักษาล่าช้า และสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น (Yadlapati et al., 2015) พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดควรทำอย่างเป็นระบบ ซึ่งตามทฤษฎีระบบของ Donabedian เพื่อการพัฒนา

คุณภาพนั้น มีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์หรือคุณภาพการดูแล 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ (Donabedian, 1988)

ปัจจัยด้านโครงสร้างเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การมีความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพ จนประสบความสำเร็จในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Gellert & Tille, 2015) นอกจากนี้ ยังพบว่าการมีความรู้ที่ดีมีอิทธิพลต่อการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด (Bhanthumkomol et al., 2014; Shafer et al., 2018) แต่ผู้ป่วยร้อยละ 27 ยังขาดความรู้ความเข้าใจในกระบวนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ส่งผลให้ยังพบการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด (King-Marshall et al., 2016)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาความรู้ สร้างแรงจูงใจในการทำความเข้าใจ และนำไปสู่การตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Sorensen et al., 2012) การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยมีโอกาสในการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดมากถึง 24.14 เท่า และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมลำไส้ใหญ่ (Kunnackal et al., 2019) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Serper et al. (2014) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการเตรียมลำไส้ใหญ่ ทำให้องค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดยังไม่มีความชัดเจน

ส่วนการจัดการตนเองที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมนั้น จำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทของตนเองในกระบวนการดูแลรักษา มีทักษะความเชื่อและความมั่นใจที่จะจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ (Hibbard & Judith, 2013) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงจะสามารถดูแลจัดการภาวะสุขภาพของตนเองในการเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดได้มากกว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับน้อย (Serper et al., 2014) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเองในระดับที่สูงขึ้นจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (Greene, Hibbard, Sacks, Overton, & Parrotta, 2015)

พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญอีกหนึ่งปัจจัยในด้านโครงสร้างของผู้ป่วยที่กลับไปเตรียมลำไส้ใหญ่ที่บ้าน และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้เป็นอย่างมาก เพราะการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดต้องมีการลงมือปฏิบัติตามวิธีการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ประกอบด้วย การจำกัดอาหารกากใยสูง และการรับประทานยาระบาย (Jacobson & Calderwood, 2020) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่จำกัดอาหารกากใยสูงใน 24 ชั่วโมงก่อนตรวจ มีโอกาสเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารกากใยสูงใน 24 ชั่วโมงก่อนตรวจ (Fang et al., 2016) และพบผู้ที่ไม่ได้จำกัดอาหารกากใยสูง 3 วันก่อนตรวจมากถึงร้อยละ 97 (Bhanthumkomol et al., 2014) ผู้ที่ไม่จำกัดอาหารกากใยสูงหรือรับประทานยาระบายไม่ครบตามปริมาณที่กำหนดจะส่งผลให้ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fang et al., 2016) ดังนั้นพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่จึงมีความสำคัญต่อความสะอาดของลำไส้ใหญ่

ปัจจัยด้านกระบวนการ จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) พบว่ากระบวนการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดก่อนตรวจต้องคำนึงถึงการเคารพคุณค่า ความต้องการของบุคคล และมีการวางแผนการร่วมกันเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ (McCormack et al., 2010) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสำคัญ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลสภาวะสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น (Constand, MacDermid, Dal Bello-Haas, & Law, 2014) ตลอดจนทำให้เกิดความเข้าใจไว้วางใจและแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลรักษา (Salt, Crofford, Studts, Lightfoot, & Hall, 2013) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้ (Underhill & Kiviniemi, 2012) ดังนั้น การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นสิ่งสำคัญในด้านกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาด

ผลจากการค้นคว้าที่กล่าวมาข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพในการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย และผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจน บริบทของการศึกษาในต่างประเทศก็มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมบางส่วนกับประเทศไทย จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นจะมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เป็นคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักตามกรอบทฤษฎีระบบของ Donabedian (1988) ที่มีปัจจัย 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ โดยปัจจัยด้านโครงสร้างประกอบด้วย ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และปัจจัยด้านกระบวนการ ได้แก่ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งทั้ง 2 ปัจจัยจะส่งผลต่อปัจจัยด้านผลลัพธ์ คือ คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก เพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนารูปแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบ เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทยต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

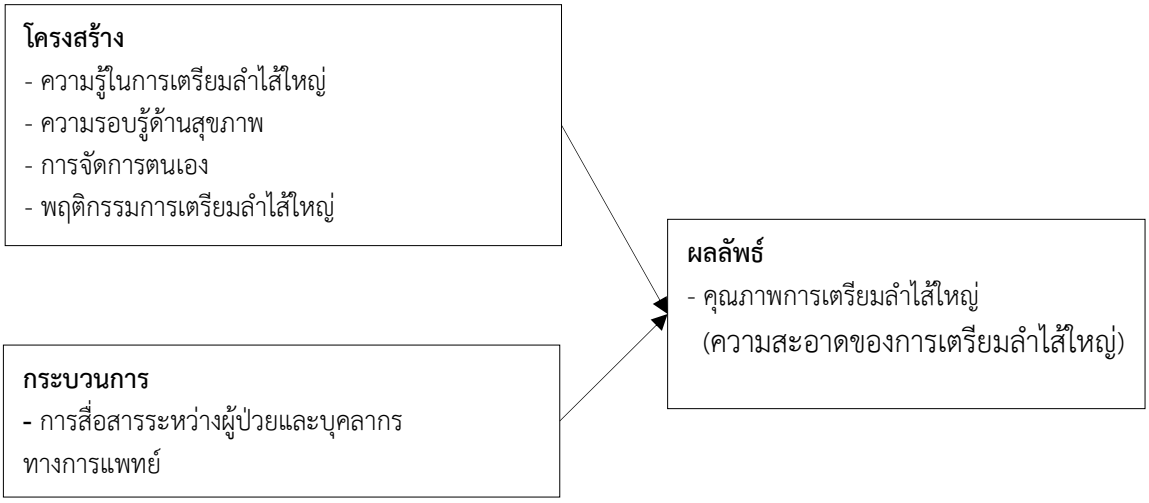
เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

สมมุติฐานวิจัย

ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาปัจจัยตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian (1988) โดยศึกษาปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ ร่วมกับปัจจัยด้านกระบวนการการดูแลตามแนวคิดการดูแลแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (McCormack et al., 2010) โดยประเมินจากปฏิสัมพันธ์การดูแลด้านการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ (Constand et al., 2014) ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีประสิทธิภาพ คือ คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ โดยประเมินจากความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research)

ประชากร คือ ผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการตรวจลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้องทางทวารหนักแบบนัดหมาย (elective case) ณ โรงพยาบาลบริการทางการแพทย์ตติยภูมิระดับสูง โดยเป็นเพศหญิงหรือเพศชาย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งมีสถิติผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2561 - 2563 จำนวน 661 คน 747 คน และ 914 คน ตามลำดับ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มประชากร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ที่ระดับ .05 Power of test เท่ากับ .80 และใช้ค่า P1 จากผลการศึกษาของ Fang et al. (2016) ที่สัดส่วนการเตรียมลำใหญ่ไม่สะอาดกับพฤติกรรมการดื่มยาระบายไม่ครบปริมาณที่กำหนดเท่ากับ 29 / (29 + 20) = .59 และคำนวณค่า P0 คือ สัดส่วนการเกิดการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาดของการดื่มยาระบายไม่ครบปริมาณที่กำหนดเท่ากับ = (149 - 29) / {(260-20) + (129 - 29)} = .33 จะได้ค่า Crude odds ratio = 2.92 เมื่อแทนค่าเข้าไปในโปรแกรมจะได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 117 คน แต่ด้วยมีผู้ป่วยประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจำนวนมาก จึงได้ตัวอย่างวิจัยทั้งสิ้น 200 คน และมีผู้ป่วยที่มีค่าการตรวจสอบผิดปกติจากกลุ่ม (outliers) (Stevens, 2002) จึงถูกคัดออกจากการวิจัยจำนวน 7 คน คงเหลือตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 193 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถพูดคุยตอบคำถามได้เข้าใจ และผ่านการประเมินการรู้คิดด้วยแบบประเมิน Mini Cog ที่คะแนน ≥ 3 คะแนน (Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, & Cross, 2015)

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ด้วยตนเองจากที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นแบบเติมคำตอบสั้น 3 ข้อ และเลือกตอบ 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิ์การรักษา โรคประจำตัว ภาวะท้องผูก ดัชนีมวลกาย ชนิดของยาระบายที่ได้รับ และระยะเวลาจากวันนัดถึงวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก

2. แบบประเมินความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อวัดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก มีข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผลรวมของคะแนนสูง หมายถึง มีความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ แบบประเมินนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96 และมีค่าความเที่ยงทั้งฉบับเท่ากับ .70

3. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาโดย Wanitkun et al. (2014) เป็นแบบประเมินภาษาไทย มีข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 11 ระดับ (0 - 10) ผลรวมของคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .94

4. แบบประเมินการจัดการตนเอง พัฒนาโดย Hibbard et al. (2004) แปลเป็นภาษาไทยโดย Choocherd, Wanitkun, Danaidusadeekul, and Yottasurodom (2016) มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผลรวมของคะแนนแปลงเป็น 100 คะแนน แปลผลโดยแบ่งเป็นระดับการแสดงออกถึงการจัดการภาวะสุขภาพตนเอง 2 ระดับ คือ ระดับขาดความรู้และความตระหนักในการจัดการตนเอง (≤ 55.1คะแนน) และระดับที่มีการจัดการตนเอง (≥ 55.2คะแนน) แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .83

5. แบบประเมินพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ การเลือกรับประทานอาหารและการใช้ยาระบาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบลงในช่องว่าง คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 - 21 คะแนน ผลรวมของคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง การมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ แบบประเมินนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาหลังการปรับแก้ เท่ากับ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .79

6. แบบประเมินการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ พัฒนาโดย Salt et al. (2013) แปลเป็นภาษาไทยโดย Buttapim, Wanitkul, Sinthu, and Kasemsan (2018) มีข้อคำถาม 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ผลรวมของคะแนนที่สูงกว่า หมายถึง มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ แบบประเมินนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .94

7. แบบประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ การวิจัยนี้ใช้เป็น The Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) ที่พัฒนาโดย Calderwood and Jacobson (2010) โดยให้แพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการส่องกล้องเป็นผู้ประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ใน 3 ส่วน คือ ลำไส้ใหญ่ด้านขวา ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย และลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง แต่ละส่วนประเมินคะแนน 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 9 คะแนน คะแนนรวม ≤ 5 คะแนน หรือ คะแนนของลำไส้แต่ละส่วน < 2 คะแนน หมายถึง คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด แบบประเมินนี้มีค่าความเที่ยงจากการหาค่า Inter-rater reliability เท่ากับ .91 และ Intra-rater reliability (Weighted kappa) เท่ากับ .78

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช เลขที่รับรอง COA.IRB-NS 2021/598.0802 และ IRB 21/ 64 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมและแจ้งสิทธิ์การถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบต่อบริการการรักษา อย่างไรก็

ตาม ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัยนี้ แต่จะก่อประโยชน์กับผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในอนาคต และการเลือกตัวอย่างในการวิจัยเป็นไปอย่างยุติธรรม ผู้วิจัยใช้การลงรหัสบันทึกข้อมูลแทนการลงชื่อ-นามสกุล เพื่อเป็นการรักษาความลับและนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลและเข้าประสานผู้เกี่ยวข้องของศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร โรงพยาบาลบริการทางการแพทย์ตติยภูมิระดับสูงแล้ว ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ โดยมีพยาบาลประจำศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารเป็นผู้สอบถามความสมัครใจในการเข้าฟังรายละเอียดการวิจัย และแนะนำผู้วิจัยแก่ผู้ป่วย หลังจากฟังการชี้แจงถ้าผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมและตอบแบบสอบถามใช้เวลาคนละประมาณ 30 - 45 นาที ในห้องแยกที่อยู่ภายในบริเวณศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบเชิงชั้น (Hierarchical binary logistic regression with backward Wald) โดยนำเข้าตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

2.1 ขั้นที่ 1 ปัจจัยด้านกระบวนการ คือ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่

2.2 ขั้นที่ 2 ปัจจัยด้านโครงสร้าง คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ พบว่า ตัวแปรอิสระมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) จากการประเมินด้วยแผนภาพการกระจาย (scatter plot) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (homoscedasticity) นอกจากนี้ ตัวแปรอิสระยังไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (multicollinearity) (Plichta, Kelvin & Munro, 2013) และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ตัวแปรการจัดการตนเองมีลักษณะเป็นตัวแปรกลุ่ม (category variable) จึงมีการปรับค่าเป็นตัวแปร Dummy เพื่อให้สามารถนำเข้าสู่การทำนายได้ และมีการทดสอบประสิทธิภาพของแบบจำลองจากการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristic (ROC) โดยใช้การพิจารณาพื้นที่ใต้กราฟ ROC ตามเกณฑ์ของ Ray, Le Manach, Riou, and Houle (2010) และมีการวิเคราะห์ค่าความไว (sensitivity) และ 1 - ความจำเพาะ รวมทั้งกำหนดจุดตัดคะแนน (cutoff point of score) ของตัวแปรอิสระตาม Youden index (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013) เพื่อบอกความน่าจะเป็นที่จะเกิดการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่สะอาด

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.3 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.7 จบการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 37.3 ใช้สิทธิ์การรักษากรมบัญชีกลาง ร้อยละ 47.7 และสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 37.3 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ($\geq$ 23 Kg/m^2) ร้อยละ 54.4

โดยมีโรคอ้วน (≥ 25 Kg/m^2) ร้อยละ 32.1 และมีดัชนีมวลกายปกติ (18.5 – 22.9 Kg/m^2) ร้อยละ 38.34 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 26.9 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.6 และการขับถ่ายไม่มีประวัติท้องผูกร้อยละ 73.6

ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักมีระยะเวลารอคอยจากวันนัดถึงวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเฉลี่ย 56.55 วัน (*SD* = ± 50.55, *Min – Max* = 3 - 416) ได้รับยาระบายชนิด Niflec และ Swiff ร้อยละ 56 และ 39.4 ตามลำดับ ได้รับการส่องกล้องครบ 3 ส่วน ร้อยละ 92.2 (*n* = 178) แต่มีการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด ร้อยละ 30.6 (*n* = 59) เมื่อแยกตามส่วนของลำไส้พบว่า ลำไส้ส่วนที่ได้รับการเตรียมไม่สะอาดมากที่สุด คือ ลำไส้ใหญ่ด้านขวา ร้อยละ 32 รองลงมา คือ ลำไส้ใหญ่ส่วนกลาง และน้อยที่สุด คือ ลำไส้ใหญ่ด้านซ้าย ร้อยละ 30.6

ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก กลุ่มที่เตรียมลำไส้ใหญ่สะอาด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ สูงกว่ากลุ่มที่เตรียมลำไส้ใหญ่ไม่สะอาด ดังแสดงในตาราง 1

ส่วนการจัดการตนเองพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเอง (*n* = 146) สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาด ร้อยละ 74.7 ส่วนผู้ป่วยที่ไม่มีการจัดการตนเอง (*n* = 47) สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาด ร้อยละ 53.2

ตาราง 1 ปัจจัยทำนายกับคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ (*n* = 193)

ปัจจัยทำนาย	คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่	
	สะอาด (*n* = 134)	ไม่สะอาด (*n* = 59)
	M ± *SD*	*M* ± *SD*
ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่	8.71 ± 1.35	7.49 ± 1.75
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	8.81 ± .89	7.58 ± 1.45
พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่	19.43 ± 2.15	16.91 ± 4.39
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	74.90 ± 8.55	70.06 ± 8.91

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ พบว่า ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ (*OR* = 1.62, *95%CI* = 1.30 - 2.03, *p* = .000) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้เป็นลำดับแรก (*OR* = 1.06, *95%CI* = 1.02 - 1.10, *p* = .004) และร่วมกันทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้ร้อยละ 21.95 (*Nagelkerke* R^2 = 21.95%) และทำนายความถูกต้องของคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 88.06

ลำดับต่อมาพบว่า การจัดการตนเอง (*OR* = 2.93, *95%CI* = 1.29 - 6.64, *p* = .010) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (*OR* = 2.05, *95%CI* = 1.37 - 3.06, *p* = .000) ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ (*OR* = 1.34, *95%CI* = 1.02 - 1.75, *p* = .034) และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ (*OR* = 1.28, *95%CI* = 1.10 - 1.48, *p* = .001) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้ร้อยละ 41.49 (*Nagelkerke* R^2 = 41.49%) และทำนายความถูกต้องของลำไส้ใหญ่ที่สะอาดได้สูงถึงร้อยละ 91.8 ในขณะที่ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางแพทย์ไม่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ (*OR* = 1.02, *95%CI* = .97 - 1.06, *p* = .476) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ศึกษาต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ (*n* = 193)

ปัจจัยทำนาย	*Expo* (β) *(OR)*	β	*SE*	*Wald*	*95% CI*		*p*
					Lower	*Upper*	
ขั้นตอนที่ 1							
ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่	1.62	.48	.11	18.02	1.30	2.03	.000
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	1.06	.06	.02	8.49	1.02	1.10	.004
Hosmer and Lemeshow tests: $\chi^2(8, N = 193) = 7.24$, $p = .51$; *Cox & Snell* $R^2 = .155$, *Nagelkerke* $R^2 = 21.95\%$; Overall predictive correct = 69.43%; predictive correct คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ = 88.06%							
ขั้นตอนที่ 2							
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์	1.02	.02	.02	.51	.97	1.06	.476
ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่	1.34	.29	.14	4.51	1.02	1.75	.034
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2.05	.72	.20	12.37	1.37	3.06	.000
พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่	1.28	.25	.07	10.90	1.10	1.48	.001
การจัดการตนเอง							
- ไม่มีการจัดการตนเอง	Ref						
- มีการจัดการตนเอง	2.93	1.07	.42	6.63	1.29	6.64	.010
Hosmer and Lemeshow tests: $\chi^2(8, N = 193) = 7.61$, $p = .47$; *Cox & Snell* $R^2 = .294$, *Nagelkerke* $R^2 = 41.49\%$; Overall predictive correct = 79.8%; predictive correct คุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ = 91.8%							

OR = Odds ratio, Ref = Reference group, *CI* = Confidence interval

นอกจากนี้ ผลการตรวจสอบพื้นที่ใต้โค้ง (Area under curve: AUC) พบว่า ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่มีค่า AUC = .71 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่า AUC = .75) และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่มีค่า AUC = .70 โดยสามารถใช้จำแนกผู้ป่วยด้วยคะแนนที่อยู่ในเกณฑ์ดี ที่จุดตัด 7.5, 8.2 และ 16.5 ตามลำดับ ผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักที่มีการเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี และมีการจัดการตนเอง ร้อยละ 83.3, 77.9, 77.5 และ 74.7 ตามลำดับ และจุดตัดดังกล่าวสามารถจำแนกผู้ป่วยที่ผลการตรวจคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้สะอาดได้ถูกต้องร้อยละ 73 - 81

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีการจัดการตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี มีความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี และมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ระดับดี มีโอกาสเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดเพิ่มขึ้น 2.93, 2.05, 1.34 และ 1.28 เท่า ตามลำดับ โดยที่ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ King-Marshall et al. (2016) อาจเนื่องจากการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นขั้นตอนที่มีความซับซ้อนและเป็นการปฏิบัติที่ผู้ป่วยไม่คุ้นเคย และหากขาดความรู้การเตรียมลำไส้ใหญ่จะทำให้ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่

ให้สะอาดได้ และอาจถูกเลื่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีระยะเวลารอคอยจากวันนัดถึงวันส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักเฉลี่ยนาน 56.55 วัน ผู้ป่วยจึงใส่ใจและมีความพยายามที่จะเข้าใจขั้นตอนการเตรียมลำไส้ใหญ่ เพื่อที่จะได้มีความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ถูกต้องนำไปสู่ความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพและประสบความสำเร็จในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก (Gellert & Tille, 2015)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา (Kunnackal et al., 2019) สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยต้องเตรียมลำไส้ใหญ่ด้วยตนเองมาจากบ้านก่อนมาส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความสามารถในค้นหาและเข้าถึงข้อมูล จนมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ และสามารถตัดสินใจนำข้อมูลมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเข้าใจขั้นตอนในการเตรียมลำไส้ใหญ่มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการเตรียมลำไส้ใหญ่และปฏิบัติได้ถูกต้องจึงมีคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่สะอาด (Smith et al., 2012)

การจัดการตนเอง สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Serper et al. (2014) ที่พบว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงมีโอกาสเตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดมากกว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับที่ต่ำกว่า และการศึกษาของ Sachdev et al. (2023) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเตรียมผ่าตัดกระดูกสันหลังและติดตาม 1 ปีหลังผ่าตัด พบว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับสูงมีโอกาสที่อาการทางคลินิกดีขึ้นมากกว่าผู้ที่มีการจัดการตนเองในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้จากการเตรียมลำไส้ใหญ่เป็นขั้นตอนที่ซับซ้อนและต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในบทบาทของตนเองในกระบวนการดูแลรักษาเพื่อจัดการภาวะสุขภาพและแสดงออกอย่างเหมาะสม ร่วมทั้งต้องมีความเชื่อและมั่นใจในการจัดการตนเอง (Greene et al., 2015) เพื่อสามารถปรับตัวและมีส่วนร่วมในขั้นตอนการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพ

พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารกากใยสูงใน 24 ชั่วโมงก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักและการรับประทานยาระบายในการเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่ครบปริมาณที่ถูกต้องตามแผนการรักษาสามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่ไม่สะอาดได้ (Bhanthumkomol et al., 2014; Fang et al., 2016) สามารถอธิบายได้จาก พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่มีผลโดยตรงกับการขับถ่ายกากอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ที่ส่งผลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของสมาคมศูนย์ส่องกล้องระบบทางเดินอาหารยุโรป (Hassan et al., 2019)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ แตกต่างจากการศึกษาของ Underhill and Kiviniemi (2012) ที่พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้มากขึ้น และการศึกษาของ Hong and Oh (2020) ที่พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพ อาจจะอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (r = .476, p = .000) ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาของ Budhwani et al. (2022) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงอาจทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ไม่สามารถแสดงอิทธิพลต่อคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้ รวมทั้ง การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกที่มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในระยะเวลาสั้น ๆ อาจทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดความไว้วางใจและไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลได้เพียงพอในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Salt et al., 2013) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์จึงไม่สามารถทำนายคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ได้

จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ที่มีคุณภาพตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของ Donabedian (1988) สามารถอธิบายได้จากการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเตรียมลำไส้ใหญ่ร่วมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะสามารถค้นหาและประเมินข้อมูลการเตรียมลำไส้ใหญ่ สามารถนำไปใช้วางแผนจัดการตนเองได้เหมาะสมและเกิดพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่ตามแผนการรักษาได้ถูกต้อง ปัจจัยเหล่านี้จึงทำนายคุณภาพการได้เตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประเมินและพัฒนารูปแบบการดูแลการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอก โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาปัจจัยด้านความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่

2. ควรนำปัจจัยด้านความรู้ในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ใหญ่มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยนอกในงานวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Bhanthumkomol, P., Siramolpiwat, S., & Vilaichone, R. K. (2014). Incidence and predictors of inadequate bowel preparation before elective colonoscopy patients. *Asian Pacific of Cancer Prevention, 15*(24), 10763-10768. https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.24.10763.

Budhwani, H., Gakumo, C. A., Yigit, I., Rice, W. S., Fletcher, F. E., Whitfield, S., . . . Turan, J. M. (2022). Patient health literacy and communication with providers among women living with HIV: A mixed methods study. *AIDS and Behavior, 26*(5), 1422-1430. https://doi.org/10.1007/s10461-021-03496-2

Buttapim, S., Wanitkun, N., Sinthu, S., & Kasemsan, C. (2018). Predictive factors of patients' quality of life three months after post coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 29*(2), 127-140.

Calderwood, A. H., & Jacobson, B. C. (2010). Comprehensive validation of the Boston bowel preparation scale. *Gastrointest Endoscopy, 72*(4), 686-692. https://doi.org/10.1016/j.gie.2010.06.068

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research, 14*(1), 271. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271

Choocherd, S., Wanitkun, N., Danaidusadeekul, S., & Yottasurodom, C. (2016). Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Nursing Science Journal of Thailand, 34*(2), 94–106.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA, 260*(12), 1743-1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Fang, J., Fu, H. Y., Ma, D., Wang, D., Liu, Y. P., Wang, Y. F., . . . Li, Z. S. (2016). Constipation, fiber intake and non-compliance contribute to inadequate colonoscopy bowel preparation: a prospective

cohort study. *Journal of Digestive Diseases, 17*(7), 458-463. https://doi.org/10.1111/1751-2980.12376

Gandhi, K., Tofani, C., Sokach, C., Patel, D., Kastenberg, D., & Daskalakis, C. (2018). Patient characteristics associated with quality of colonoscopy preparation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 16*, 357-369. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.08.016

Gellert, P., & Tille, F. (2015). What do we know so far? The role of health knowledge within theories of health literacy. *European Health Psychologist, 17*(6), 266-274.

Greene, J., Hibbard, J. H., Sacks, R., Overton, V., & Parrotta, C. D. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Affairs, 34*, 431-437. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0452

Hassan, C., East, J., Radaelli, F., Spada, C., Benamouzig, R., Bisschops, R., . . . Ferlitsch, M. (2019). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline-update 2019. *Endoscopy, 51*(8), 775-794. https://doi.org/10.1055/a-0959-0505

Hibbard, J. H., & Greene, J. (2013). What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs, 32*(2), 207-214. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1061

Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the patient activation measure: Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research, 39*(4p1), 1005-1026. https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x

Hong, H., & Oh, H. J. (2020). The effects of patient-centered communication: Exploring the mediating role of trust in healthcare providers. *Health Communication, 35*(4), 502-511. https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1570427

Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). *Applied logistic regression* (Vol. 398). John Wiley & Sons.

Jacobson, B. C., & Calderwood, A. H. (2020). Measuring bowel preparation adequacy in colonoscopy-based research: Review of key considerations. *Gastrointestinal Endoscopy, 91*(2), 248-256. https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.09.031

King-Marshall, E. C., Mueller, N., Dailey, A., Barnett, T. E., George, T. J., Sultan, S., & Curbow, B. (2016). It is just another test they want to do: Patient and caregiver understanding of the colonoscopy procedure. *Patient Education and Counseling, 99*(4), 651-658. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.021

Kunnackal, J. G., Thuluvath, A. J., Carrier, H., Ahuja, N. K., Gupta, E., & Stein, E. (2019). Poor health literacy and medication burden are significant predictors for inadequate bowel preparation in an urban tertiary care setting. *Journal of Clinical Gastroenterology, 53*(9), e382-e386. https://doi.org/10.1097/mcg.0000000000001177

Martel, M., Ménard, C., Restellini, S., Kherad, O., Almadi, M., Bouchard, M., & Barkun, A. N. (2018). Which patient-related factors determine optimal bowel preparation? *Current Treatment Options in Gastroenterology, 16*(4), 406-416. https://doi.org/10.1007/s11938-018-0208-9

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing, 5*(2), 93-107. https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x

National Cancer Institute. (2023). *Screening guidelines Colorectal cancer using the FIT Test method and colonoscopy data recording in the ODS system*. Retrieved from https://shorturl.asia/wvIjM

Plichta, S. B., Kelvin, E. A., & Munro, B. H. (2013). Munro's statistical methods for health care research (6th ed.). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ray, P., Le Manach, Y., Riou, B., & Houle, T. T. (2010). Statistical evaluation of a biomarker. *Anesthesiology*, *112*(4), 1023–1040. https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3181d47604

Sachdev, R., Mo, K., Wang, K. Y., Zhang, B., Musharbash, F. N., Vadhera, A., . . . Neuman, B. J. (2023). Preoperative patient activation predicts minimum clinically important difference for PROMIS pain and physical function in patients undergoing elective spine surgery. *The Spine Journal: Official Journal of the North American Spine Society*, *23*(1), 85–91. https://doi.org/10.1016/j.spinee.2022.08.007

Salt, E., Crofford, L. J., Studts, J. L., Lightfoot, R., & Hall, L. A. (2013). Development of a quality of patient-health care provider communication scale from

the perspective of patients with rheumatoid arthritis. *Chronic Illness*, *9*(2), 103–115. https://doi.org/10.1177/1742395312455440

Schub, T. B., & March, P. P. (2018). *Colonoscopy.* In. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing.

Serper, M., Gawron, A. J., Smith, S. G., Pandit, A. A., Dahlke, A. R., Bojarski, E. A., . . . Wolf, M. S. (2014). Patient factors that affect quality of colonoscopy preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, *12*(3), 451–457. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.07.036

Shafer, L. A., Walker, J. R., Waldman, C., Yang, C., Michaud, V., Bernstein, C. N., . . . Singh, H. (2018). Factors associated with anxiety about colonoscopy: The preparation, the procedure, and the anticipated findings. *Digestive Diseases and Sciences*, *63*(3), 610–618. https://doi.org/10. 1007/s10620-018-4912-z

Smith, S. G., von Wagner, C., McGregor, L. M., Curtis, L. M., Wilson, E. A., Serper, M., & Wolf, M. S. (2012). The influence of health literacy on comprehension of a colonoscopy preparation information leaflet. *Diseases of the Colon and Rectum*, *55*(10), 1074–1080. https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31826359ac

Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*, 1-3. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4th ed.). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, *15*(5), 594–600. https://doi.org/10.1111/ggi.12318

Underhill, M. L., & Kiviniemi, M. T. (2012). The association of perceived provider-patient communication and relationship quality with colorectal cancer screening. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education, 39*(5), 555-563. https://doi.org/10.1177/1090198111421800

Wanitkun, N., Pattaramongkolrit, S., Vichathai, C., Bhechrung, B., Kloyahem, S., Batterham, R., Osbon, R. (2014). *Thai health literacy*. Health System Research Institute. Retrieved from http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/3987

Yadlapati, R., Johnston, E. R., Gregory, D. L., Ciolino, J. D., Cooper, A., & Keswani, R. N. (2015). Predictors of inadequate inpatient colonoscopy preparation and its association with hospital length of stay and costs. *Digestive Diseases and Sciences, 60*(11), 3482-3490. https://doi.org/10.1007/s10620-015-3761-2



ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย[1]

ASSOCIATION BETWEEN INTRINSIC MOTIVATION AND DISEASE CONTROL BEHAVIORS AMONG OLDER ADULTS WITH HYPERTENSION IN CHIANG RAI PROVINCE

เบญญลักษมิ์ หมุดดี[2] ญาณัชฌาน์ แก้วตา[2,*] สาวิตรี จีระยา[2]
Benyaluk Muddee Yanutcha Kaewta Sawitri Jeeraya

[1]ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยเชียงราย
This research was funded by Chiang Rai University

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000
Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai University, Chiang Rai, 57000, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: rujsarakaewta@gmail.com

Received: *June 6, 2023* Revised: *November 28, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง ของ Deci and Ryan (1985) ตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป วินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 312 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามแรงจูงใจภายใน และแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 ทั้งสองฉบับ และมีความเที่ยงของเครื่องมือจากการวิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนแรงจูงใจภายในเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 81.38, SD = 5.18) และคะแนนพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 56.61, SD = 4.62) 2) แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .411, p = .000)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ดังนั้น บุคลากรสุขภาพสามารถส่งเสริม

แรงจูงใจภายในแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : แรงจูงใจภายใน, พฤติกรรมการควบคุมโรค, โรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study 1) intrinsic motivation and disease control behaviors among older adults with hypertension and 2) the association between intrinsic motivation and disease control behaviors among older adults with hypertension in Chiang Rai Province. The study framework utilized the concept of self-determination theory by Deci and Ryan (1985). The sample consisted of individuals aged 60 years and over with hypertension receiving services at Subdistrict Health Promoting Hospitals in Chiang Khong District, Chiang Rai Province, from April to May 2023. 312 participants were selected. The research instruments included a demographic data form, intrinsic motivation questionnaires, and questionnaires on disease control behaviors among older adults with hypertension. The content validity indices of both questionnaires were 1.0, and reliability, as measured by Cronbach's alpha coefficients, showed values of .81 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The research results found that: 1) Participants exhibited a high level of intrinsic motivation for disease control among older adults with hypertension (M = 81.38, SD = 5.18), and they demonstrated a high level of behaviors for disease control among older adults with hypertension (M = 56.61, SD = 4.62); and 2) Older adults with hypertension who had a high level of intrinsic motivation showed statistically significant correlation with a high level of behaviors for disease control (r = .411, p = .000).

This study demonstrated that intrinsic motivation is an important factor related to disease control behaviors among older adults with hypertension in Chiang Rai Province. These results provide health providers with insights to promote intrinsic motivation among older adults with hypertension to encourage appropriate disease control behaviors.

Keywords: intrinsic motivation, disease control behavior, hypertension disease, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยพบความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงสุดในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ร้อยละ 74.50 (Ostchega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) ประเทศไทยพบข้อมูลอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 37.21 ต่อแสนประชากร (Strategy and Planning Division Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2019) จังหวัดเชียงรายพบอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตในผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2556 เท่ากับ .54 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการป่วยเพิ่มสูงถึง 1.12 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2564 อำเภอเชียงของและเวียงเชียงรุ้ง พบอัตราการป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ.2556 - 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.98 และร้อยละ 9.06 ตามลำดับ ซึ่งอัตราการป่วยดังกล่าวมากเป็นอันดับ 1 และ 2 ของจังหวัดเชียงราย (Chiang Rai Provincial Health Office, 2022)

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการชรา ที่หลอดเลือดแดงมีการแข็งตัวและขาดความยืดหยุ่น จากการเกาะตัวของหินปูนบริเวณผนังหลอดเลือดชั้นใน การเชื่อมตามขวางของคอลลาเจนและไฟโบรเนกติน จนเกิดแรงต้านทานหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ค่าแรงดันซีสโตลิคเพิ่มสูงขึ้น (Oliveros et al., 2019) หากผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง เป็นต้น (Peng et al., 2017) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงต้องมีพฤติกรรมการควบคุมโรคที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมาข้างต้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ (Saensunon & Suwannaphant, 2021) เพศ (Kaewbanjak, Shumwangwapee, & Suwanaphant, 2020) ระดับการศึกษา โรคร่วม เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง (Meesub, 2021) อาชีพ และรายได้ (Tantiekkarat, Makmee, Suksanguam, & Sattaphan, 2020) รวมถึงปัจจัยภายนอก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Jaiyungyuen & Voraroon, 2016) และการรับรู้ความสามารถตนเอง (Hudsadin, 2020) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยได้มีการทบทวนหลักฐานจากการศึกษาทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trials :RCT) พบว่า การปรับรูปแบบของการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เป็นคำแนะนำที่อยู่ในระดับ 1 คือ ควรปฏิบัติเป็นประจำจึงจะทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Thai Hypertension Society, 2019) นอกจากนี้จากการศึกษาของ Suwan (2015) เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 50 - 80 ปี พบว่า ผู้ที่ใช้ยาได้ถูกต้องและมีระดับความเครียดน้อยจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ที่มีการใช้ยาไม่ถูกต้องและมีระดับความเครียดมาก

การวิจัยครั้งนี้จึงมีการวัดพฤติกรรมการควบคุมโรค ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยา เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของ Sheeran et al. (2020) เกี่ยวกับโปรแกรมที่ใช้ทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination theory: SDT) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การเสริมสร้างแรงจูงใจภายในมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้เสนอแนะไว้ว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

แรงจูงใจภายในมาจากทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination theory: SDT) ของเดซี และไรอัน (Deci & Ryan, 1985) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomous) ความสามารถของตนเอง (competence) และการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น (relatedness) ทำให้เกิดความมุ่งมั่นในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จตามที่ตนเองมุ่งหวัง โดยปราศจากการถูกกดดัน บีบบังคับ หรือกำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ดังการศึกษาในประเทศสวีเดน พบว่า การส่งเสริมความเป็นอิสระและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองตามขอบเขตของผู้สูงอายุเองจะทำให้มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Hedman, 2018) การศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับแรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศพบรายงานการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยในประเทศไทยพบการศึกษาของ Boonkaew, Jitramontree, and Wirojratan (2015)

ที่ศึกษาพบว่าแรงจูงใจภายในตามทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยรวมของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความใกล้เคียงกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา แต่ในส่วนของรายละเอียดมีความแตกต่างกัน เช่น ชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับโรค ประเภทการออกกำลังกาย ยาที่ได้รับ อีกทั้งผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องมีการจัดการความเครียดร่วมด้วย ส่วนการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมระดับความดันโลหิตในคู่สมรสที่มีอายุระหว่าง 19 – 74 ปี พบว่า การสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองร่วมกับการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น สามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตในระยะยาวได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Weinstein, Legate, Kumashiro, & Ryan, 2016) แต่ผลงานวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มช่วงวัยที่แตกต่างกันและเป็นการศึกษาเฉพาะการมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง (autonomous) และการมีส่วนร่วมกับผู้อื่น (relatedness)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย เพื่อผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการนำไปวางแผนแก้ไขปัญหาความยั่งยืนของการปรับ/ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย

คำถามวิจัย

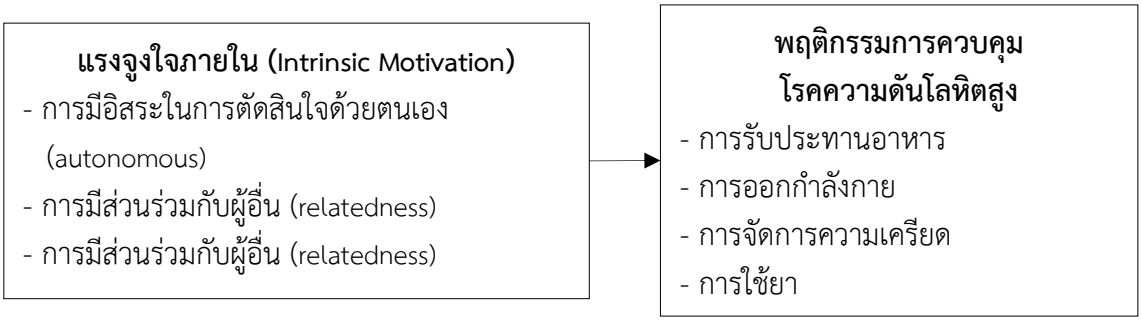
1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงรายมีแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร

2. แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงรายมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยโดยอิงทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองของเดซีและไรอัน (Deci & Ryan, 1985) และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้สรุปได้ว่า พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่บ่งบอกถึงการกระทำหรือการปฏิบัติที่ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกำเริบของโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา ทั้งนี้แรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ แรงจูงใจภายในจะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่ตนเอง

มุ่งหวังโดยปราศจากการบีบบังคับหรือกดดัน เพื่อเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง คือ บุคคลที่มีอิสระในตนเองเพื่อเลือกแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งอย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการถูกยอมรับในแนวทางที่ตนเองเลือก 2) ความสามารถของตนเอง คือ บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งอยู่ในระดับใด และรับรู้ว่าตนเองต้องการสิ่งใดเพิ่มเติมเพื่อเติมเต็มความสามารถของตนให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ 3) การมีส่วนร่วมกับผู้อื่น คือ หากบุคคลมีการพบปะพูดคุย การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการแลกเปลี่ยนปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งร่วมกัน จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเชื่อมั่นและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น แรงจูงใจภายในจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอเชียงของและอำเภอเวียงเชียงรุ้ง จังหวัดเชียงราย จำนวน 9,686 คน (Chiang Rai Provincial Health Office, 2022)

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) ดังนี้

1. สุ่มอำเภอที่เป็นตัวแทนของตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากซึ่งสุ่มมาเพียง 1 อำเภอของจังหวัดเชียงราย ซึ่งจับสลากได้อำเภอเชียงของ

2. สุ่มตำบลที่จะเป็นตัวแทนของตัวอย่างที่ศึกษาโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 3 ตำบล ผลการจับสลากได้ตำบลศรีดอนชัย ตำบลห้วยซ้อ และตำบลบุญเรือง

3. เรียงลำดับรายชื่อของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของทั้ง 3 ตำบลที่สุ่มได้ตามลำดับพยัญชนะ ก - ฮ จากนั้นจับสลากแบบไม่คืนจนกว่าจะได้ตัวอย่างครบตามจำนวน

การวิจัยนี้กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของทาโร่ ยามาเน Yamane (1967

as cited in Srisathitnarakoon, 2020) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีรายละเอียดการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{e^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)N}{Z^2P(1-P) + N(e)^2}$$

เมื่อ n แทนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

P แทนสัดส่วนระดับความแปรปรวน (การวิจัยนี้กำหนด P = .30)

Z แทนค่าพื้นที่ใต้โค้งของการแจกแจงปกติ ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% (การวิจัยนี้กำหนด Z = 1.96)

N แทนจำนวนประชากร

e แทนค่าความคลาดเคลื่อน (กำหนด e = .05)

แทนค่า

$$n = \frac{(1.96)^2\ [0.3(1-0.3)]\ 9{,}686}{[(1.96)^2(0.3)]\ [(1-0.3)] + [9{,}686(0.3)^2]}$$

n = 312 คน

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 312 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคร่วม สมาชิกในครอบครัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ และความดันโลหิต

2. แบบสอบถามแรงจูงใจภายใน ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถาม The Basic Need Satisfaction in Life Scale ของ Serametakul, Wonghongkul, Klunklin, and Mesukko (2019) เพื่อประเมินแรงจูงใจภายในในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ มีจำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง 7 ข้อ 2) ความสามารถของตนเอง 6 ข้อ และ 3) การมีส่วนร่วมกับผู้อื่น 8 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดยหากไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 21 – 105 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น ได้แก่ แรงจูงใจภายในเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ (21 - 49 คะแนน) ปานกลาง (50 - 78 คะแนน) และสูง (79 - 105 คะแนน)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การรับประทานอาหาร 5 ข้อ 2) การออกกำลังกาย 3 ข้อ 3) การจัดการความเครียด 2 ข้อ และ 4) การใช้ยา 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน หากไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำให้ 5 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ด้วยวิธีการหาอันตรภาคชั้น ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับต่ำ (15 - 34 คะแนน) ปานกลาง (35 - 55คะแนน) และสูง (56 - 75 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามแรงจูงใจภายในและแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเอง 1 ท่าน พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) ฉบับแก้ไขเท่ากับ 1.00 ทั้งสองฉบับ และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่างวิจัย จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองเลขที่ CRC.IRB No.033/2565 ลงวันที่รับรอง 26 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ทำการชี้แจงข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ เผยแพร่เฉพาะผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยเชียงราย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยซ้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบุญเรือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีดอนชัย ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างที่ศึกษาตามวิธีการและคุณสมบัติที่กล่าวมาข้างต้น จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างที่ศึกษาตามรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์ และให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 3 ฉบับ โดยการอ่านข้อคำถามและทำเครื่องหมายในข้อที่ตรงกับคำตอบของตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยรอรับแบบสอบถามคืน และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งการวิจัยนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล แรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 312 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.50 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 62.50 อายุเฉลี่ย 67.77 ปี (*SD* = 5.77) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.80 รายได้ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 81.10 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 46.80 อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 87.2 และรับประทานยาลดความดันโลหิตเพียงชนิดเดียว ร้อยละ 84.30 ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิค (syslotic blood pressure: SBP) เท่ากับ 136.13 $\pm$ 14.29 มิลลิเมตรปรอท และค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิค (diastolic blood pressure: DBP) เท่ากับ 74.78 $\pm$ 8.91 มิลลิเมตรปรอท

2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงรายมีแรงจูงใจภายในเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (*M* = 81.38, *SD* = 5.18) และมีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง (*M* = 56.61, *SD* = 4.62) ดังตาราง 1

3. แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .411, p = .000) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจภายในกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย (*n* = 312)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	*M*	*SD*	แปลผล	*r*	*p*
แรงจูงใจภายใน	21 - 105	81.38	5.18	ระดับสูง	.411	.000
พฤติกรรมการควบคุมโรคความโลหิตสูง	15 - 75	56.61	4.62	ระดับสูง		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 68.3 มีแรงจูงใจภายในเพื่อควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 62.50 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี อายุเฉลี่ย 67.77 ปี ซึ่งอยู่ในวัยใกล้เคียงกับวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย จึงยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้มีอิสระในด้านความคิด และกล้าตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติตามที่ตนเองต้องการ รวมถึงเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง (Hudsadin, 2020) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาข้อคำถามในแบบสอบถามแรงจูงใจภายใน พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้สูงอายุชอบไปพบเจอและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และคนอื่น ๆ (*M* = 4.18) รองลงมา คือ ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนว่าตนเองมีอิสระที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการรับประทานอาหารและออกกำลังกายด้วยตนเอง (*M* = 4.06) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนมากยินดีที่จะมาพบแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ตามนัด และยินดีที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และพร้อมที่จะตัดสินใจเลือกปฏิบัติตามอิสระทางความคิดของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการตัดสินใจด้วยตนเองของ Deci and Ryan (1985) ที่กล่าวว่าหากมีการเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ จะทำให้เกิดแรงจูงใจภายในเพิ่มมากขึ้น

2. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 87.20 และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับผู้อื่นเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ซึ่งเกือบทั้งหมดมีความเห็นว่า ตนเองเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าครอบครัว เพื่อน ญาติพี่น้อง มีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจและคอยสนับสนุนให้ตนเองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.50 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย (Yosaphol, 2017) เช่นเดียวกับผลการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศชายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 4.77 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Kaewbanjak et al., 2020)

3. แรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากแรงจูงใจภายในเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุตามที่ตนเองมุ่งหวัง โดยปราศจากการบีบบังคับหรือกดดัน เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงถูกเติมเต็มความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ การมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ความสามารถของตนเอง และการมีส่วนร่วมกับ

ผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในการทำพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonkaew et al. (2015) ที่พบว่าแรงจูงใจภายในมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .45, p < .001) ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความใกล้เคียงกับพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังเหมือนกัน จึงแสดงให้เห็นว่า ถ้าสามารถเพิ่มแรงจูงใจภายในของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้มากขึ้น ก็จะมีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่การวางแผนหรือออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมแรงจูงใจภายในแก่ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

1.2 ด้านการศึกษา สามารถนำความรู้จากการวิจัยครั้งนี้ไปเพิ่มในเนื้อหาการจัดการเรียนการสอน โดยให้นักศึกษาพยาบาลได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมแรงจูงใจภายในแก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้มีพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตที่มีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจภายในและพฤติกรรมการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง หรือกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสภาพใกล้เคียงกัน เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Boonkaew, N., Jitramontree, N., & Wirojratana, V. (2015). The relationship between intrinsic motivation and glycemic control behaviors among older persons with type 2 diabetes. *Nursing Journal*, *45*(1), 212-225.

Chiang Rai Provincial Health Office. (2022). *Morbidity rate with hypertension per population 2022*. Retrieved from http://61.19.32.29/hdc/reports/report.php?

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Boston, MA: Springer.

Hedman, M. (2018). *Autonomy and participation in care for older people* (Doctor of Philosophy). Faculty of Medicine, Uppsala University, Sweden, Uppsala.

Hudsadin, L. (2020). Factors predicting with self-care behaviors in hypertensive aging in out-patient department Ranode hospital. *Journal of MCU Nakhondhat, 7*(7), 373-386.

Jaiyungyuen, U., & Voraroon, S. (2016). Relationships among perceived self-efficacy, family support and health-promoting behaviors of older people with hypertension. *Journal of Nursing, Siam University, 17*(33), 20-30.

Kaewbanjak, N., Shumwangwapee, P., & Suwanaphant, K. (2020). Health literacy factors associated with health behavior among elderly with hypertension disease in Khoksi sub-district, Muang district, Khon Kaen province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 3*(3), 1-15.

Meesub, P. (2021). Prevalence and factors affecting uncontrolled blood pressure in elderly hypertensive patients in Chiang Khong hospital, Chiang Rai province. *Journal of Primary Care and Family Medicine, 4*(2), 61-69.

Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical cardiology, 43*(2), 99-107.

Ostchega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T., & Nguyen, D. T. (2020). Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017–2018. *National Center for Health Statistics Data Brief, 364*(1), 1-8.

Peng, S., Shen, T., Liu, J., Tomlinson, B., Sun, H., Chen, X., . . . Zhang, Y. (2017). Uncontrolled hypertension increases with age in an older community-dwelling Chinese population in Shanghai. *Aging and disease, 8*(5), 558-569.

Saensunon, C., & Suwannaphant, K. (2021). Factors associated with quality of life among hypertension patients in Banphai district, Khon Kaen province. *Academic Journal of Comminuty Public Health, 7*(2), 42-61.

Serametakul, D., Wonghongkul, T., Klunklin, P., & Mesukko, J. (2019). A causal model of self-management for adolescents with asthma. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 23*(4), 320-333.

Sheeran, P., Wright, C. E., Avishai, A., Villegas, M. E., Lindemans, J. W., Klein, W. M., . . . Ntoumanis, N. (2020). Self-determination theory interventions for health behavior change: Meta-analysis and meta-analytic structural equation modeling of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(8), 726-737.

Sithikan, W. (2017). *Factors associated with health promotion behaviors of the elderly in Ban Hong subdistrict municipality, Ban Hong district, Lamphun province* (Master of Public Health). Faculty of science and technology Chiang Mai Rajabhat University, Chiang Mai.

Srisathitnarakoon, B. (2020). *Effect size power analysis sample size calculation using G*Power program*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Strategy and Planning Division Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2019). *Summary incidence of illness report 2019.* Bangkok: Digital health group strategy and planning division.

Suwan, N. (2015). *Drug use behaviors and related factors of hypertensive patients in Kong Khaek health promotion hospital, Mae Chaem district, Chiang Mai province* (Master of Public Health). Faculty of Public Health, University of Chiang Mai, Chiang Mai.

Tantiekkarat, S., Makmee, P., Suksanguam, N., & Sattaphan, N. (2020). Factors associated with self-care behavior of the elder with hypertension in Buriram Province by using the precede framework theory. *Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Research and Development Journal Science and Technology, 15*(1), 59-73.

Thai Hypertension Society. (2019). *2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Bangkok: Trickthink publication.

Weinstein, N., Legate, N., Kumashiro, M., & Ryan, R. M. (2016). Autonomy support and diastolic blood pressure: Long term effects and conflict navigation in romantic relationships. *Motivation and Emotion*, *40*(2), 212-225.

Yosaphol, D. (2017). *Factors related to self- care behaviors of elderly with hypertension in Aranyik sub-district, Nakhon Luang district, Pranakhon Si Ayutthaya province* (Master of Public Health). Faculty of Liberal Arts, Krirk University, Bangkok, Bang Khen.



การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

SELF–MANAGEMENT OF NURSING STUDENTS WITH LONG COVID

ชฎาพร คงเพ็ชร์[1,*] ภณิภารัศมิ์ ธรรมโยธินกุล[1] กัญญ์ชิสา สุนทรมาลัย[1]
Chadaporn Kongpetch Phaniparat Dhammayotinkul Kanchisa Soontonmalai
พรณภัช ชั้นแจ่ม[1] ฟ้าใส เรืองสารกุล[1]
Pornnaphat Chanjaem Fasai Rueangsarakul
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ วัชรพล มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล ตำบลลาดสวาย อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12150
Faculty of Nursing Watcharapol, Western University Watcharapol Campus,
Lat Sawai, Lam Luk Ka District, Pathum Thani, 12150, Thailand
[*]Corresponding author. E-mail: Chadakong94@gmail.com

Received: *September 29, 2023* Revised: *December 20, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือและการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ที่ติดเชื้อโควิด 19 ชั้นปี 1 - 3 จำนวน 206 คน เลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 และแบบวัดการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาล 206 คน มี 98 คน ที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 โดยอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า (ร้อยละ 69.39) รองลงมา คือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ (ร้อยละ 46.94) สำหรับการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.47, SD = .95) การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบมากที่สุด คือ การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (M = 4.31, SD = .74) รองลงมา คือ การจัดการอาการอ่อนเพลียเหนื่อยล้า (M = 3.95, SD = .86)

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง, อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The aim of this descriptive research was to investigate Long COVID and self-management among nursing students with Long COVID. A total of 206 nursing students with Long COVID from year 1 to 3 were selected using purposive sampling. The questionnaires on Long COVID and self-

management with Long COVID were used for data collection. Expert evaluated the content validity and reliability of the research instruments to be .81 and .85, respectively. Descriptive statistics were employed for data analysis.

The results showed that among the 206 nursing students with Long COVID, 98 exhibited residual Long COVID symptoms. The most prevalent residual symptoms of Long COVID were fatigue and tiredness (69.39%), followed by body aches and joint pain (46.94%). The overall level of self-management for residual symptoms of Long COVID was moderate (*M* = 3.47, *SD* = .95). Regarding self-management and residual symptoms of Long COVID-19, the most reported aspect was the prevention of reinfection (*M* = 4.31, *SD* = .74), followed by the management of fatigue and tiredness (*M* = 3.95, *SD* = .86).

Keywords: self-management, Long COVID, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นภาวะวิกฤตด้านสาธารณสุข ที่มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่รักษาหายแล้วอาจมีอาการหลงเหลือเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนหลังการติดเชื้อ และมีอาการนานอย่างน้อย 2 เดือน อาการเหล่านี้เกิดขึ้นกับหลายระบบในร่างกาย จึงเรียกเป็นกลุ่มอาการหลงเหลือหลังโควิด 19 หรือที่เรียกว่า “Post COVID-19 symptoms” และถ้าช่วงเวลาในการคงเหลือของอาการยาวนานออกไปจะเรียกเป็น “Long COVID” (World Health Organization: WHO, 2021a, 2021b)

กลุ่มอาการหลงเหลือหลังโควิด 19 ได้แก่ เหนื่อยล้า เหนื่อยง่ายหลังออกแรง หายใจลำบาก สมองล้า ปวดศีรษะ ปวดข้อและกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ผิวแห้ง เจ็บหน้าอก การรับกลิ่น-รับรสบกพร่อง และมีปัญหาสุขภาพจิต (Aiyegbusi et al., 2021; Crook et al., 2021) ซึ่งบางรายไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ (Ziauddeen et al., 2022) ประเทศไทยจากการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด 19 โดยกรมการแพทย์ ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ประมาณ 1,300 ราย ส่วนใหญ่มีอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยอาการที่พบบ่อย 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ผมร่วง เวียนศีรษะ วิตกกังวล/เครียด ความจำสั้น/สมองล้า และเจ็บหน้าอก (Ministry of Public Health, Department of Medical Services & Department of Mental Health, 2021)

ปีการศึกษา 2565 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล มีนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 - 3 จำนวน 368 คน มีนักศึกษาพยาบาลติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 55.98 ซึ่งเป็นการติดเชื้อโควิด 19 เกินครึ่งหนึ่งของนักศึกษาทั้งหมด และนักศึกษาพยาบาลที่ติดเชื้อหลายคนมีอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อ โควิด 19 ทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน แต่ส่งผลกระทบต่อการเรียนของนักศึกษาทำให้ไม่สามารถเรียนได้เหมือนปกติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลและการจัดการตนเองเพื่อบรรเทาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อนำข้อมูลจากการวิจัยไปกำหนดแนวทางการช่วยเหลือและการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับนักศึกษาพยาบาลในอนาคตที่อาจมีโรคอุบัติใหม่ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโควิด 19 หรือเมื่อเกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด 19 จะได้วางแผนป้องกันและดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. ศึกษาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

2. ศึกษาการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1 - 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งได้รับการยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ด้วยวิธี RT – CPR หรือ Self-ATK และได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 206 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี ระยะเวลาที่ป่วย ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา สถานที่เข้ารับการดูแลรักษาตัว ประวัติการรักษา โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนโควิด 19 และการมีอาการหลงเหลือจากโควิด 19 (มี/ไม่มี)

2. แบบสอบถามอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี/ไม่มี

3. แบบสอบถามการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 35 ข้อ แบ่งการจัดการจัดการตนเอง เป็น 12 ด้าน คือ 1) การจัดการอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า 3 ข้อ 2) การจัดการการหายใจ 3 ข้อ 3) การจัดการอาหาร 4 ข้อ 4) การจัดการกิจกรรมและการออกกำลังกาย 3 ข้อ 5) การจัดการการนอนหลับ 3 ข้อ 6) การจัดการความวิตกกังวล ความเครียด 4 ข้อ 7) การจัดการความจำและสมองล้า 3 ข้อ 8) การจัดการอาการปวด 2 ข้อ 9) การจัดการผิวหนัง 2 ข้อ 10) การจัดการอาการใจสั่นและหัวใจเต้นเร็ว 2 ข้อ 11) การจัดการจมูกไม่ได้กลิ่น/ ลิ้นไม่รับรส 2 ข้อ 12) การจัดการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ 4 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2) และ ไม่เคยปฏิบัติ (1) การแปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.00 - 2.33 หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย

2.34 - 3.67 หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3.68 - 5.00 หมายถึง การจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 และแบบวัดการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .88 และ .82 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามทั้ง 2 เครื่องมือ ไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เลขที่ WTU 2566-0041 ลงวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย การให้สิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะตอบเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน และผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาพยาบาลและสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลเท่านั้น ภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทิ้งทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตวัชรพล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยเข้าพบนักศึกษาพยาบาลทีละชั้นปี จนครบ 3 ชั้นปี

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 - 3 มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 98 คน (ร้อยละ 47.58) ซึ่งใกล้เคียงกับ กลุ่มที่ไม่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 108 คน (ร้อยละ 52.42) ซึ่งกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.79 มีอายุระหว่าง 21 - 23 ปี ร้อยละ 34.69 ช่วงระยะเวลาที่ป่วยติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด คือ เดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2565 ร้อยละ 45.91 ระยะเวลาที่รักษาตัว 1 - 2 สัปดาห์ ร้อยละ 95.91 สถานที่เข้ารับการรักษาหรือกักตัว คือ กักตัวที่บ้าน ร้อยละ 67.34 ไม่มีการใช้ออกซิเจน ร้อยละ 98.97 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 92.85 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (Favipiravir หรือ Molnupiravir) ร้อยละ 8.16 และได้รับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 4 เข็ม ร้อยละ 85.7

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือ จำนวน 98 คน มีอาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ร้อยละ 69.39 รองลงมา คือ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ ร้อยละ 46.94 และน้อยที่สุด คือ ความจำไม่ดี/ไม่มีสมาธิ ร้อยละ 11.22 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล (*n* = 98)

อาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19	*n*	%
1. อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า	68	69.39
2. ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดข้อ	46	46.94
3. ปวดศีรษะ	44	44.90
4. หอบเหนื่อย ไอ หายใจไม่เต็มอิ่ม	37	37.76
5. ผิวแห้ง / ผมร่วง	36	36.73
6. จมูกไม่ได้กลิ่น / ลิ้นไม่รับรส	22	22.45
7. นอนไม่หลับ	21	21.43
8. วิตกกังวล / เครียด	14	14.29
9. ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว	13	13.27
10. ความจำไม่ดี / ไม่มีสมาธิ	11	11.22

3. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่มีอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 98 คน มีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 3.47, *SD* = .95) การจัดการตนเองที่พบมากที่สุด คือ การจัดการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ โดยอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.31, *SD* = .74) รองลงมา คือ การจัดการอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นกัน (*M* = 3.95, *SD* = .86) และนักศึกษาพยาบาลมีการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 น้อยที่สุด คือ การจัดการจมูกไม่ได้กลิ่น/ลิ้นไม่รับรส โดยอยู่ในระดับน้อย (*M* = 2.30, *SD* = 1.35) ดังตาราง 2

ตาราง 2 การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล (*n* = 98)

การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19	*M*	*SD*	*ระดับ*
1. การจัดการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ	4.31	.74	มาก
2. การจัดการอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า	3.95	.86	มาก
3. การจัดการอาการปวด (ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยร่างกาย ปวดข้อ)	3.86	.95	มาก
4. การจัดการการนอนหลับ	3.82	.97	มาก
5. การจัดการอาหาร	3.73	.86	มาก
6. การจัดการวิตกกังวล / เครียด	3.70	.97	มาก
7. การจัดการทำกิจกรรม / การออกกำลังกาย	3.59	.90	ปานกลาง
8. การจัดการผิวแห้ง / ผมร่วง	3.44	.94	ปานกลาง
9. การจัดการความจำ / สมาธิ	3.35	.90	ปานกลาง
10. การจัดการการหายใจ	3.29	1.04	ปานกลาง
11. การจัดการอาการใจสั่น / หัวใจเต้นเร็ว	2.31	1.00	น้อย
12. การจัดการจมูกไม่ได้กลิ่น / ลิ้นไม่รับรส	2.30	1.35	น้อย
รวม	3.47	.95	ปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของนักศึกษาพยาบาลมีอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการหลงเหลือ ร้อยละ 45.4 (Channarong, 2022) โดยอาการหลงเหลือภายหลังการติดเชื้อโควิด 19 ที่พบบ่อยของนักศึกษาพยาบาลในการศึกษานี้ ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า หายใจลำบาก สมองล้า ปวดศีรษะ ปวดข้อและกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ผิวแห้ง วิตกกังวล และเจ็บหน้าอก สอดคล้องกับการศึกษาของ Schaap et al. (2022) และ Channarong (2022) ที่พบว่า อาการหลงเหลือที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า

การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดการกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ได้ เพราะนักศึกษาพยาบาลทุกคนผ่านการติดเชื้อโควิด 19 เป็นครั้งแรก จึงยังไม่มีประสบการณ์การจัดการกับอาการ นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า การจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลที่พบมากที่สุด คือ การป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ รองลงมา คือ การจัดการอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ซึ่งการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำจะทำให้ร่างกายอ่อนแอ ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเมือง พบว่า ภายหลังการติดเชื้อโควิด 19 ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลัวการติดเชื้อซ้ำ จึงเพิ่มความระมัดระวังในการป้องกันโรคมากขึ้นโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้ออีก เช่น การใช้หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ และการเดินทางไปในที่สาธารณะ (Lingthaisong et al., 2021) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาพัฒนารูปแบบสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการสุขภาพตนเองในภาวะอาการหลงเหลือของผู้ป่วยโควิด 19 หลังรักษาหาย ที่พบว่า หลังจากที่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมการจัดการตนเอง อาการเหนื่อยและอ่อนล้า มีแนวโน้มดีขึ้น (Likitkulthanaporn, Wattanakul, & Leardrungchaisakul, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น คณะพยาบาลศาสตร์ ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด 19 เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังการติดเชื้อโควิด 19 เช่น การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีการฟื้นฟูสภาพสภาพร่างกายที่รวดเร็วยิ่งขึ้น และหายจากอาการหลงเหลือหลังจากติดเชื้อโควิด 19

2. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลมีการจัดการตนเองด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ซ้ำ มากที่สุด ดังนั้น ควรมีการศึกษาและติดตามอุบัติการณ์การติดเชื้อซ้ำในนักศึกษาพยาบาลในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aiyegbusi, O. L., Hughes, S. E., Turner, G., Rivera, S. C., McMullan, C., Chandan, J. S., . . . Calvert, M. J. (2021). Symptoms, complication and management of long COVID: A review. *Journal of Royal Society of Medicine*, *114*(9), 428 -442.

Channarong, M. (2022). Factors relating to discharge persistence of symptoms after hospitalization among persons with coronavirus disease 2019. *Journal of Health and Nursing Education*, *28*(1), 1-16.

Crook, H., Rasa, S., Nowell, J., Young, M., & Edison, P. (2021). Long COVID–mechanism, risk factor and management. *The British Medical Journal,* 374, 1648.

Likitkulthanaporn, S., Wattanakul, B., & Leardrungchaisakul, R. (2022). Development of self- management support for self-management behaviors in the post COVID-19 patients on residual symptoms in COVID-19 patients healed. *Journal of the Department of Medical Services, 47*(3), 104-112.

Lingthaisong, C., Yeesri, S., Nakkarut, C., & Chevakieatyingyong, T. (2021). *The study Impacts post-coronavirus disease of personnel, metropolitan health and wellness institutes.* Retrieved from https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwiresearch/download?id=95560&mid=36865&mkey=m_document&lang=th&did=28108

Ministry of Public Health, Department of Medical Services & Department of Mental Health. (2021). *Caring for patients with long COVID*. Retrieved from https://www.dms.go.th

Schaap, G., Wensink, M., Doggen, C. J., van der Palen, J., Vonkeman, H. E., & Bode, C. (2022). “It really is an elusive illness”- post-COVID-19 illness perceptions and recovery strategies: A thematic analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(20), 13003.

World Health Organization (WHO). (2021a). *Support for rehabilitation: Self-management after COVID-19 related illness, second edition.* Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344472/WHO-EURO-2021-855-40590-59892-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (WHO). (2021b). *A clinical case definition of post COVID - 19 condition by a Delphi consensus*, 6 October 2021. Retrieved from https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1

Ziauddeen, N., Gurdasani, D., O' Hara, M. E., Hastie, C., Roderick, P., You, G., & Alwan, N. A. (2022). Characteristics and impact of Long Covid: Finding from an online survey. *PloS one, 17*(3), E0264331.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

FACTORS PREDICTING HYPERTENSION PREVENTIVE BEHAVIORS AMONG MONKS IN MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

พัชรินทร์ คำแก่น[1] ณัฐวรรณ พินิจสุวรรณ[2] กันย์นิรินท์ ไชยแก้ว[1] ภรัญยู สุภาตา[1]
Patcharin Komkaen Nuttawan Pinijsuwan Khannirinth Chaikaew Paranyu Supata
[1]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000
Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai Collage, Mueang, Chiang Rai, 57000, Thailand
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี 20250
Nursing Instructor, School of Nursing, Panyapiwat Institute of Management, Sattahip, Chon Buri, 20250, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: nuttawanpin@pim.ac.th

Received: *August 3, 2023* Revised: *December 1, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power รุ่น 3.1 ได้ตัวอย่างจำนวน 111 รูป เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว และด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ เครื่องมือผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 และ.70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.6) และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (*OR* = .07, *95%CI* = .01 - .47, *p* = .01) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (*OR* = 33.31, *95%CI* = 2.47 - 448.62, *p* = .01) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (*OR* = 12.83, *95%CI* = 3.35 - 49.10, *p* = .00) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, พระสงฆ์

Abstract

This predictive research focused on hypertension preventive behavior and related influencing factors among monks in Mueang District, Chiang Rai Province. The sample size calculated using G* Power 3.1 software resulted in 111 monks aged 20 years and over in Mueang District, Chiang Rai Province. Data collection tools included a health belief plan questionnaire on preventing hypertension for monks, divided into five aspects: perceived risks, perceived severity, perceived benefits of practice, perceived barriers to practice, and perceived self-efficacy in preventing hypertension. Additionally, a hypertension preventive behavior questionnaire for monks was utilized. The instruments were tested for reliability and validity, with Cronbach's alpha coefficients of .93 and .70, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results indicated that most monks in Mueang District, Chiang Rai Province, had a moderate level of hypertension preventive behaviors (76.6%). Factors predicting hypertension preventive behaviors among these monks with statistical significance were perceived risks (*OR* = .07, *95%CI* = .01 - .47, *p* = .01), perceived benefits of practice (*OR* = 33.31, *95%CI* = 2.47 - 448.62, *p* = .01), and perceived self-efficacy in preventing hypertension (*OR* = 12.83, *95%CI* = 3.35 - 49.10, *p* = .00). These factors, together, could predict 36% of the hypertension preventive behaviors.

Keywords: hypertension preventive behavior, Buddhist monk

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประชากรทั่วโลก ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 - 79 ปีทั่วโลกมีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน (World Health Organization, 2023) ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่ามีประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Division of Non Communicable Diseases, 2022) พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 28,891 รูป ในโครงการ "1 วัด 1 โรงพยาบาล" (กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2561) พบว่า มีพระสงฆ์ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.2 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 14.6 และโรคเบาหวานร้อยละ 10.8 (Department of Health, 2022)

โรคความดันโลหิตสูง มักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากข้อมูลทางการแพทย์ปี พ.ศ. 2564 ระบุว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่ได้รับการรักษาจะเสียชีวิตจากหัวใจวายร้อยละ 60 - 75 เสียชีวิตจากหลอดเลือดในสมองอุดตัน

หรือแตกร้อยละ 20 - 30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 5 - 10 (Thai Hypertension Society, 2019) ข้อมูลของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ปีงบประมาณ 2560 พบว่า พระสงฆ์ฉันอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการสุขภาพ และจากการทบทวนวรรณกรรมด้านสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาด้วยโรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานตามลำดับ (Department of Medical Service, 2017) และแนวโน้มของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไตมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถือเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มพระสงฆ์ และส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาของพระสงฆ์ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา จะส่งผลกระทบตามมา ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันหรือเรื้อรัง หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดในสมองแตก เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากถึงขั้นไตวายเรื้อรัง และอาจจะทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต ไปจนถึงการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ดังนั้น การลดหรือควบคุมความดันโลหิตจึงเป็นเป้าหมายสำคัญทั้งในประชากรทั่วไปรวมถึงพระสงฆ์

พฤติกรรมสุขภาพเป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Caltabiano & Sarafino, 2002) ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อโรคความดันโลหิตสูง และเป็นปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ โรเซนสต๊อก สเทร็ชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) ให้แนวคิดว่าว่าการรับรู้ของบุคคลมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ดังนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ และโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลกระทบคุกคามต่อชีวิต (perceived severity) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำอันจะส่งผลดีต่อตนเอง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของโรค (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามที่ตนได้คาดไว้ (perceived barriers) เช่น ค่าใช้จ่ายการได้รับการอำนวยความสะดวก ความเจ็บปวด และความไม่สุขสบายใจต่าง ๆ โดยเปรียบเทียบถึงผลดีที่มีมากกว่าปัญหาอุปสรรคที่ตนคาดไว้ 5) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะของตนเองแค่ไหน ต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยบุคคลจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและมีสุขภาพที่ดีตามมา

พระสงฆ์ คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และผ่านพิธีอุปสมบทถูกต้องตามธรรมวินัย (Viriyo, 2022) มีวัตรปฏิบัติในการรับถวายอาหารจากประชาชนซึ่งเลือกอาหารไม่ได้ จึงทำให้มีโอกาสฉันอาหารที่มีแคลอรีสูงจากการถวายของญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาโดยอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูปที่หาซื้อได้สะดวก และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร (Priest hospital, 2012) จากการปฏิบัติอยู่ในพระวินัยบางข้อจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เพราะมีเพียง การเดินบิณฑบาต และกวาดลานวัด เป็นต้น (Banchao, 2022) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพระสงฆ์ในประเทศไทยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยสูบบุหรี่

เฉลี่ยต่อเนื่องมา 16 ปี และเฉลี่ยสูบบุหรี่วันละ 11 มวน มีการฉันอาหารตามญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาถวายเท่านั้น ซึ่งอาหารที่นำมาถวายส่วนใหญ่มีแป้งและน้ำตาลสูง พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมการดื่มกาแฟวันละ 8 แก้ว ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเกินวันละ 2 ขวด ดื่มน้ำไม่ถึงวันละ 6 แก้ว ส่วนใหญ่ออกกำลังกายตามกิจวัตรของพระสงฆ์เท่านั้น เพราะคิดว่าผิดต่อพระธรรมวินัย รวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพ จึงเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพในพระสงฆ์ไทย (Thai Health Promotion Foundation, 2013)

ประชาชนส่วนใหญ่มักเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปถวายพระสงฆ์ ซึ่งอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารที่มีโซเดียมสูง ไขมันสูง ของหวาน และผลไม้ เป็นต้น (Seemanee et al, 2018) จึงเป็นเหตุปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการทวนงานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาพบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการรับรู้ของบุคคลทั้ง 5 ด้านตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนทั่วไป (Saetia, 2019) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย มีเพียงแต่การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในจังหวัดหรือภาคอื่น ๆ ซึ่งมีความแตกต่างในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของจังหวัดเชียงรายตามที่กล่าวมา การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย จึงเป็นประโยชน์ในด้านการได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย รวมถึงการสร้างแนวทางการปรับพฤติกรรมและด้านต่าง ๆ เพื่อสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

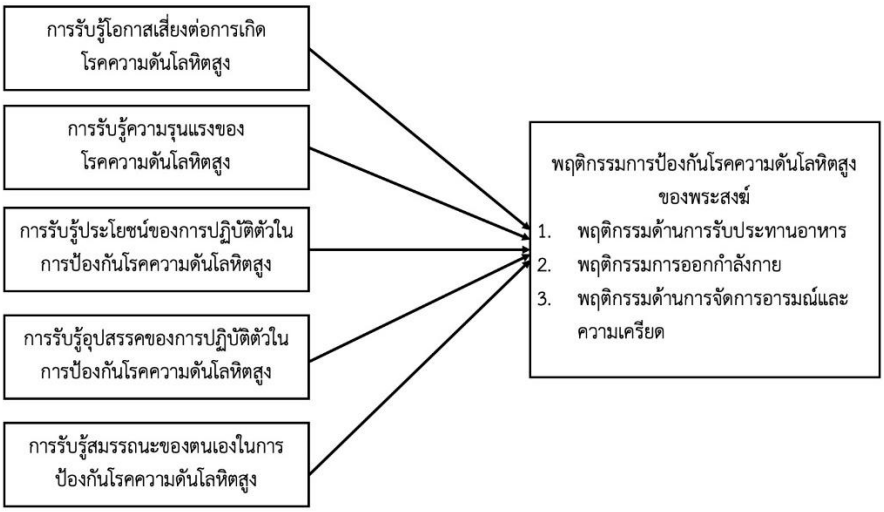
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

สมมุติฐานวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต๊อก สเทร็ชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต๊อก สเทร็ชเชอร์ และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988) เพียงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในโรคความดันโลหิตสูง และ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มต่าง ๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งพระสงฆ์ที่มีการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ พระสงฆ์ที่อยู่ในจังหวัดเชียงราย ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

ตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่อยู่ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน และยินดีเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1 กำหนดสถิติ Multiple regression กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) เท่ากับ .15 (Cohen, 1988 อ้างถึงใน Thato, 2018) และการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระที่เป็นปัจจัยสาเหตุทั้งหมด 5 ตัวแปร เมื่อแทนค่าในโปรแกรมได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 92 ราย และเพื่อป้องกันการได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Hungler, 1995 as cited in Marcellus, 2004) จึงตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 111 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลกและทางธรรม โรคประจำตัว ญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้ำหนัก ส่วนสูง และประวัติการสูบบุหรี่

2. แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ (Saetia, 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรม ตามข้อกำหนดธรรมวินัยของพระสงฆ์ ประกอบด้วย 5 ด้าน 47 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ 5) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แปลผลโดยใช้คะแนนรวมแต่ละด้าน ที่แบ่งตามอัตรภาคชั้นเป็น 3 ระดับ ในแต่ละด้าน (ต่ำ-ปานกลาง-สูง) แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .89 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมิน

ไปใช้กับพระสงฆ์ที่มีลักษณะคล้ายตัวอย่าง จำนวน 30 รูป ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .93

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ (Saetia, 2019) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดตามธรรมวินัยของพระสงฆ์ มีจำนวน 13 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร 7 ข้อ พฤติกรรมการออกกำลังกาย 2 ข้อ และพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (ไม่เคยเลย) ถึง 5 (เป็นประจำทุกวัน) คะแนนรวม 13 - 65 คะแนน แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 13.00 – 30.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับต่ำ 30.34 – 47.66 คะแนนหมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง และ 47.67 – 65.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับสูง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .86 มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเชียงราย เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2565 ตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 022/2565 เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติแล้วได้ทำหนังสือชี้แจงรายละเอียดแก่ตัวอย่าง แจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการวิจัยนี้ไม่มีการระบุชื่อของตัวอย่างที่ศึกษา การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และการเสนอผลงานวิจัยทำในภาพรวม นอกจากนี้ ตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หรือถอนตัวจากการวิจัยได้โดยตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อตัวอย่างแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.หลังจากได้รับการอนุมัติการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงเจ้าคณะจังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อสื่อสารผู้รับผิดชอบในการติดต่อประสานงานของเจ้าคณะจังหวัด เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเป็นผู้ช่วยทำวิจัย

3. ทำการเตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายขั้นตอนคัดเลือกและเชิญตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยตามเอกสารคำชี้แจง

4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัยในการแจกและเก็บรวบรวมแบบสอบถามคืนตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง เมษายน พ.ศ. 2566 โดยนัดหมายในช่วงเวลา 13.00 – 16.30 น โดยผู้ช่วยวิจัยจะนัดหมายกับตัวอย่างตามวันและเวลาที่ตัวอย่างสะดวก โดยให้เวลาผู้ตอบแบบสอบถามรายละ 30 นาที ในสถานที่มีความเป็นส่วนตัว หลังจากที่ตัวอย่างทำเสร็จ ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และส่งให้ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และ พฤติกรรม

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงจัดกระทำข้อมูลให้เป็นตัวแปร Dummy แบ่งข้อมูลเป็น 2 ระดับ คือระดับปานกลางและระดับสูง จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) แบบขั้นตอนเดียว (Enter method)

ผลการวิจัย

1. พระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 44.14 มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 39 ปี อายุเฉลี่ย 43.07 ปี (*SD* = 14.91) ระยะเวลาการบวชจำนวนพรรษาเฉลี่ย 13.90 พรรษา (*SD* = 10.56) ระดับการศึกษาทางโลกร้อยละ 33.33 อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรมส่วนใหญ่ร้อยละ 67.7 อยู่ในระดับนักธรรมชั้นเอกแผนกบาลีร้อยละ 58.56 ไม่มีโรคประจำตัว กลุ่มที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.96 เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ ร้อยละ 36.94 ไม่มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย 34.23 อยู่ในระดับอ้วน/โรคอ้วนระดับ 2 ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 59.16 ไม่สูบบุหรี่ โดยมีเพียงร้อยละ 15.32 ควรระบุจำนวนคน ที่ยังคงสูบบุหรี่ ซึ่งในกลุ่มที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 41.18 ควรระบุจำนวนคน สูบบุหรี่วันละ 3 - 8 มวน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่ร้อยละ 76.6 อยู่ในระดับปานกลาง (*M*= 44.31, *SD*=5.33) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่ร้อยละ 62.2 อยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 21.32, *SD* = 3.92) พฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่ร้อยละ 52.3 อยู่ในระดับสูง (*M* = 7.69, *SD* = 1.58) และพฤติกรรมด้านการจัดการอารมณ์และความเครียดส่วนใหญ่ร้อยละ 64.9 อยู่ในระดับสูง (*M* = 15.30, *SD* = 2.84)

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ 36 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*Nagelkerke R Square* =.36, $p < .05$) และมีเพียงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*OR* = .07, *95%CI* = .01 -.47, p=.01; *OR* = 33.31., *95%CI* = 2.47 - 448-62, p = .01; *OR* = 12.83, *95%CI* = 3.35-49.10, p = .00) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (*n*=111)

ปัจจัยทำนาย	*B*	*SE*	*Wald*	*df*	*p*	*OR*	*95%Cl*
Constant	-3.70	1.20	9.55	1	.00	.03	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง[1]	-2.71	1.00	7.28	1	.007	.06	.01 - .48
การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง[2]	.352	.61	.33	1	.564	1.42	.43 - 4.71
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[3]	3.51	1.33	6.98	1	.008	33.32	2.47- 448.62
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อปเองกันโรคความดันโลหิตสูง[4]	-.06	.63	.01	1	.930	.95	.28-3.22
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง[5]	2.552	.69	13.90	1	.000	12.84	3.36-49.11
Nagelkerke R Square (RN^2) =.36, $p < .05$							

[1]Reference group : การรับรู้โอกาสเสี่ยงปานกลาง [2]Reference group : การรับรู้ความรุนแรงของโรคปานกลาง
[3]Reference group : การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวปานกลาง [4]Reference group : การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวสูง
[5]Reference group : การรู้สมรรถนะของตนเองปานกลาง

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.07 ปี อายุพรรษาเฉลี่ยเท่ากับ 13.90 ปี ระดับการศึกษาทางโลกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ระดับการศึกษาทางธรรมส่วนใหญ่เป็นนักธรรมเอก ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว แต่กลุ่มที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sararak, Sungwalee, & Khampangsri (2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าพระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wuttisaksakul (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ ยังพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.17 มีค่าดัชนีมวลกายที่เกินกว่ามาตรฐาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามมารวมถึงโรคความดันโลหิตสูงซึ่งสาเหตุหนึ่งเกิดจากการมีดัชนีมวลกายที่เกินกว่ามาตรฐาน (Thai hypertension society, 2019)

2. พระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าพฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร่วมกับพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่ามาตรฐาน อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์ฉันอาหารที่ได้มาจากการบิณฑบาต ไม่สามารถประกอบอาหารเพื่อบริโภคได้ และอาหารที่ญาติโยมนำมาถวายบางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เนื่องจากเป็นความเชื่อและความศรัทธาของญาติโยม บางครั้งจึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่ส่งผลทำให้เกิดโรคความดัน

โลหิตสูงได้ โดยเฉพาะอาหารรสชาติ หวาน มัน เค็ม อาหารไขมันสูง เป็นต้น (Seemanee, Mattavagkul, Poomrittikul, Ditajorn, & Trangkasant, 2018) ดังนั้น ประชาชน ญาติโยมควรถวายอาหารที่ครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ รวมถึงพระสงฆ์ควรฉันอาหารแต่พออิ่มไม่มากไม่น้อยจนเกินไปก็จะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ (Pintadong, 2022)

นอกจากนี้ พฤติกรรมการออกกำลังกายของตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและสูง จากการมีกิจกรรมทางกาย เช่น การเดินบิณฑบาต การกวาดลานวัด ทำความสะอาดกุฏิ ศาลาวัด รวมถึงการเดินจงกรม เป็นต้น ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายดังกล่าวเป็นกิจวัตรของสงฆ์อยู่แล้ว ดังข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ออกกำลังกายตามกิจวัตรของสงฆ์เท่านั้น เพราะคิดว่าผิดต่อพระธรรมวินัยรวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนด้านออกกำลังกายที่ถูกต้อง (Thai Health Promotion Foundation, 2013) และจากการศึกษาของ Chotikasathit and Pongpieng (2010) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดระยอง ที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ออกกำลังกายโดยอาศัยการทำกิจวัตรของสงฆ์ แต่ยังพบว่าการออกกำลังกายรูปแบบอื่น เช่น กายบริหาร การใช้เครื่องช่วยออกกำลังกาย ยังมีเป็นส่วนน้อย ซึ่งในความเป็นจริงแล้วพระสงฆ์สามารถออกกำลังกายนอกเหนือจากกิจวัตรของสงฆได้เช่น วิ่งอยู่กับที่ ยกน้ำหนักเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ยืดพื้น ลุกนั่ง เล่นโยคะ เป็นต้น แต่ออกกำลังกายด้วยความสำรวมและทำในที่อันควร

ส่วนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากการบวชเป็นพระทำให้พระสงฆ์ได้ศึกษาในพระธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า และอาจส่งผลให้พระสงฆ์เรียนรู้ที่จะเข้าใจกับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบและมีการจัดการอย่างเหมาะสม (Wirochano et al., 2019) และจากระยะเวลาการบวชของตัวอย่างพบว่ามีจำนวนพรรษาเฉลี่ย 13.90 พรรษา จึงน่าจะมีพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phithiyanuwat, Ophasshathikhun, Kantathammo, Thavaro, and Yodboon (2021) ที่ศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี

3. ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้สรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายได้ อภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ อธิบายได้ว่าหากพระสงฆ์มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเกิดความคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับโดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sukrueangkul, Vannarit, Boonsoi,

and Autsi (2017) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้ร้อยละ 36 ($p < .001$) และจากการศึกษาของ Meeaium (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้ร้อยละ 40.2 ($p < .001$)

การรับรู้สรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยต่อมาที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายได้ นั้นคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิต ทำให้ตัวอย่างมีความมั่นใจที่ทำพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ร่วมกับตัวอย่างจบการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ารวมถึงส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับธรรมเอกทำให้เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวให้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rerkluenrit et al. (2010) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักในการทำนายมากที่สุด และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hinkong, Thongbai, and Kummabutr (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้ (*Beta* = .49) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Bandura (1977) โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถตนก่อน จึงส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการเปลี่ยนความคิด ภายในตัวบุคคล เกิดการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าหากพระสงฆ์มีความคิดและความเชื่อว่าหากตนไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ถูกต้องอาจจะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงตามมาแต่หากพระสงฆ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่ดีย่อมส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ Meeaium (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ได้ร้อยละ 40.2

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย อธิบายได้ว่าแม้ว่าพระสงฆ์จะรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงต่ำหรือสูงก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับดีเหมือนกัน เช่นเดียวกับกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงต่ำหรือสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับดีเหมือนกัน อาจเนื่องมาจากพระสงฆ์มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ดัง

การศึกษาของ Luenam et al. (2019) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้ และการศึกษาของ Hinkong, Thongbai, & khummabutr (2022) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าตัวแปรที่กล่าวมานี้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงรายได้ แต่ยังไม่อาจสรุปได้ว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่มีความสำคัญ เนื่องจากอาจมีตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้ศึกษาแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า เช่น ความรอบรู้ ความตระหนักรู้ ทัศนคติ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพควรส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงแก่พระสงฆ์ทั้งในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพื่อเป็นพระสงฆ์ที่ปราศจากโรคความดันโลหิตสูง

2. ด้านการวิจัย การศึกษาต่อไปในอนาคตควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์

เอกสารอ้างอิง

Banchao, A. (2022). *Health promotion behaviors among buddhist monks in regional health promotion center 2 Phitsanulok*. Retrieved from https://hpc2service.anamai.moph.go.th/researchhpc2/file/227.pdf

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215.

Caltabiano, M. L., & Sarafino, E. P. (2002). *Health psychology: Biopsychosocial interactions, An Australian perspective*. John Wiley & Sons.

Chotikasathit, S., & Pongpieng, S. (2010). Health status and self-health care behaviors of monks in Amphur Muang, Ranong. *Lanna Public Health Journal, 6*(3), 297-307.

Department of Disease Control. (2022). *Advises people to pay attention to their health, measure your blood pressure regularly, prevent high blood pressure.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=25290&deptcode=brc&news_views=388

Department of Health. (2022). *Guidelines for the implementation of health promotion temples for the year 2022.* Retrieved from https://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2021/11-10169-20211102131650/0399382c978463d6646f3c476bda5127.pdf

Department of Medical Service. (2017). *Statistics of Thai monks get sick 5 disease from food*. department of health, Ministry of public health. Retrieved from https://news.thaipbs.or. th/content/254049

Division of Non Communicable Diseases. (2022). *World hypertension day*. Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news-detail.php?id=14345&gid=18

Hinkong, W., & Thongbai, J. (2022). The factors predicting cardiovascular disease preventive behaviors among monks in Sesaket province in Thailand. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 7*(4), 396-411.

Luenam, A., Ngamkham, N., Sangsawang, D., Pengpanich, W., & Rattanasuwannachai, K. (2019). Predictive factors of self-care behavior for prevention of hypertension among population group at risk. *HCU journal of Health Science*, *23*(1), 93-106.

Marcellus, L. (2004). Are we missing anything? Pursuing research on attrition. *Canadian Journal of Nursing Research, 36*(3), 82-98.

Mheeaium, P. (2020). *Factors effect with health behavior of monks in Takhli district, Nakhonsawan province* (Master of public health program). Graduate School, Naresuan University, Phitsanulok.

Onsrinoi, N., Leelukkanaveera, Y., & Toonsiri, C. (2017). Predictive factors of hypertension preventive

behaviors among people with per-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *37*(1), 63-74.

Phithiyanuwat, C., Ophasshathikhun, P., Kantathammo, P., Thavaro, P., & Yodboon, P. (2021). *Health behavior and health promotion guidelines of monks in Mueang district, Chachoengsao province*. Retrieved from https://lpn.mcu.ac.th/mculpn/wp-content/uploads/2021/03/A-040-.pdf

Pintadong, R. (2022). Food consumption behavior of monks in temples at Dusit district, Bangkok. *Technical Education Journal: King Monkut's University of Technology North Bangkok, 12*(1), 119-126.

Priest hospital. (2012). *Priest hospital invites you to join the campaign to lose weight and reduce the belly of the* monks. Retrieved from http://www.thaihospital.org/board2/index.php?topic=4437

Rerkluenrit, J., Ngensod, M., Wihok, K., Dachadilok, N., Jaikordee, S., Karnchen, A., . . . Toso, P. (2010). Factors predicting health-promoting behavior among Buddhist monks in Nakhonnayok province, Thailand. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 5*(4), 333-343.

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.

Saetia, Y. (2019). F*actors predicting hypertension preventive behaviors among persons at risk to hypertension* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing Burapha University, Chon Buri.

Sararak, M., Sungwalee, W., & Khampangsri, W. (2017). Prevalence and factors associated with chronic illness of monks in Amphoe Warinchamrab, Ubon Ratchatani province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University, 19*(1), 38-49.

Seemanee, S., Mattavagkul, C., Poomrittikul, P., Ditajorn, R., & Trangkasant, P. (2018). Factors related nutrition consumption behaviors of monks and foodstuff dedication behaviors to the Buddhist monks of people in Phasicharoen district, Bangkok. *Journal of Nursing, Siam University. 19*(37), 22-38.

Srisatidnarakul, B. (2019). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*power software* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Sukrueangkul, A., Vannarit, T., Boonsoi, P., & Autsri, P. (2017). Factors predicting health promoting behaviors among. *Nursing Journal, 44*(Supplement), 38-48.

Thai Health Promotion Foundation. (2013). *The urgent situation of the health of monks*. Retrieved from http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.spx?NewsID=9560000064131

Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the treatment of hypertension 2019.* Retrieved From http://www.thaihypertension.org/

Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (4 edition). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Viriyo, P. A. (2022). Selection of persons to enter the Sangha organization according to the principles of dharma and discipline and the rules of the Sangha Sangha council. *Journal of Buddhist Innovation Review, 3*(2), 52-64.

Wirochano, W. P., Suksatit, B., Samerchua, W., & Singmanee, C. (2019). Situational analysis of health based on the concept of Bhavana 4 among buddhis monks in Phichit province. *Journal of MCU Social Science Review*, *8*(3), 15–27.

World Health Organization. (2020). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

Wuttisaksakul, K. (2018). Factors related to health behaviors of monks in Fang district, Chiangmai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Region, 24*(1), 71–83.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น[1]

FACTORS INFLUENCING TRANSITION TO MOTHERHOOD AMONG PREGNANT TEENAGERS

ณัฐธนาฒย์ เมฆาวรรณ์[2] วรรณา พาหุวัฒนกร[3] เอมพร รตินธร[4]
Nattanat Mekawan Wanna Phahuwatanakorn Ameporn Ratinthorn
[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
A part of a thesis, Master's Degree of Nursing Science, Faculty of Nursing, Mahidol University
[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700
Graduated student in Master of Nursing Science (Midwifery), Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700
Assistance Professor, Dr., Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand
[4]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10700
Associate Professor, Dr., Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, 10700, Thailand
[3]Corresponding author E-mail: wanna.pha@mahidol.ac.th

Received: *August 14, 2023* Revised: *November 30, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ตัวอย่างเป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก อายุ 10 - 19 ปี จำนวน 99 ราย ที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ และแบบสอบถามการสำรวจเอกลักษณ์ของการเป็นมารดา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทุกฉบับเท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97, .85 , .89 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคุณ

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวางแผนการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ร้อยละ 47.7 (R = .691, R^2 = .477, $R^2_{Adjusted}$ = .45, F(5,93) = 16.981, p = .000) ซึ่งตัวแปรที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากผลการศึกษามีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์ควรช่วยส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ ความมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เปลี่ยนผ่านบทบาทสู่การเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์, การสนับสนุนทางสังคม, การเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดา, สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

Abstract

This predictive research aimed to identify factors influencing the transition to motherhood among first-time pregnant teenagers. The participants consisted of 99 pregnant teenagers aged 10 - 19 who visited the antenatal clinic at Police General Hospital. Data were collected through demographic, social support, self-esteem, attitude towards pregnancy, and maternal identity exploration questionnaires. These questionnaires were evaluated for content validity by three experts, and each version had a content validity index of 1.00. The reliability values were .97, .85, .89, and .94, respectively. Data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple linear regression analysis.

The results showed that self - esteem, pregnancy planning, attitude towards pregnancy, good quality antenatal care, and social support were able to be utilized to co-predict the transition to motherhood among the participants who are pregnant teenagers by 47.7% (R = .691, R^2 = .477, $R^2_{Adjusted}$ = .449, F(5,93) = 16.981, p = .000). The variables predicted with statistical significance at the .05 level were attitudes towards pregnancy and self-esteem.

The results revealed that self-esteem, pregnancy planning, attitude towards pregnancy, good-quality antenatal care, and social support collectively predicted the transition to motherhood among the pregnant teenagers by 47.7 (R = .691, R^2 = .477, $R^2_{Adjusted}$ = .449, F(5,93) = 16.981, p = .000). The variables that significantly predicted the transition at the .05 level were attitudes towards pregnancy and self-esteem.

It is recommended that nurses focus on promoting positive attitudes towards pregnancy and enhancing self-esteem to facilitate an appropriate transition to motherhood for pregnant teenagers.

Keywords: self-esteem, attitude towards pregnancy, social support, transition to motherhood, pregnant teenagers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศที่สำคัญ จากสถิติองค์การอนามัยโลก เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุ 15 - 19 ปี มีการตั้งครรภ์ จำนวน 21 ล้านคนจากทั่วโลก และในจำนวนนี้มี 12 ล้านคน คลอดบุตร ซึ่งพบมากในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา (World Health Organization: WHO, 2023) ข้อมูลของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการคลอดของสตรีวัยรุ่น อายุ 10 - 14 ปี เท่ากับ .80 ต่อประชากรสตรีพันคน และ อายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 21.00 ต่อประชากรสตรีพันคน ซึ่งยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 กำหนดให้ลดอัตราการคลอดของวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2569 เท่ากับ 0.5 ต่อประชากรสตรีพันคน และอัตราการคลอดของสตรีวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 25 ต่อประชากรสตรีพันคน ปัญหานี้จึงยังเป็นปัญหาที่หลายหน่วยงานหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน (Bureau of Reproductive Health Department of Health, Ministry of Public health, 2022)

สตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในปัจจุบันมีทั้งที่ไม่ได้วางแผนและขาดความตระหนักถึงการเข้ารับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ทำให้ไปรับการฝากครรภ์

ล่าช้าหรือไม่ฝากครรภ์ และมีความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะโลหิตจาง การคลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น (La–Orpipat & Suwanrath, 2019) หรือบางรายเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เครียด อาจรุนแรงถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย (Xavier, Brown, & Benoit, 2018) นอกจากนี้ สตรีวัยรุ่นหลายรายต้องเผชิญกับความขัดแย้งความสับสนกับบทบาทที่เปลี่ยนไป คือ เปลี่ยนจากบทบาทเด็กนักเรียนสู่การเป็นมารดา ซึ่งการเปลี่ยนผ่านบทบาทนี้อาจขาดการเตรียมพร้อม ทำให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและคนรอบข้าง (Javadifar, Majlesi, Nikbakht, Nedjat, & Montazeri, 2016) จึงถือว่าการตั้งครรภ์เป็นเหตุการณ์สำคัญที่สร้างความท้าทายต่อปรับบทบาทของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้ต้องมีความรับผิดชอบและมีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น (Mangeli, Rayyani, Cheraghi, & Tirgari, 2017)

การเป็นมารดาเป็นการเปลี่ยนผ่านตามพัฒนาการ จากสภาวะของบุคคลทั่วไปเป็นมารดา ซึ่งการตั้งครรภ์เป็นกระบวนการของการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดา เริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดโดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องปรับตัวจากความเป็นวัยรุ่นสู่การเป็นสตรีตั้งครรภ์จนกระทั่งรับบทบาทการเป็นมารดา ดังนั้นในการศึกษานี้จึงต้องการศึกษากระบวนการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ของสตรีวัยรุ่นเพื่อเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาได้อย่างสมบูรณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่าน ได้แก่ 1) เงื่อนไขด้านบุคคล ประกอบด้วย เศรษฐานะทางสังคม การให้ความหมาย การเตรียมความพร้อมและระดับของความรู้ ทักษะ ความเชื่อและทัศนคติ ระดับของการวางแผน ภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคล 2) เงื่อนไขด้านชุมชน คือ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด สมาชิกในครอบครัวและการสนับสนุนจากพยาบาล (Meleis et al., 2015) นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอีก ได้แก่

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการรับรู้ของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ (Rosenberg, 1965) ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัวของสตรีตั้งครรภ์เมื่อต้องเข้ารับบทบาทใหม่ คือ บทบาทการเป็นมารดาในระยะตั้งครรภ์ (Boonuan, 2018) และเอกลักษณ์ของการเป็นมารดาวัยรุ่นในระยะหลังคลอด (Suphawadee, Wirin, Kanittha, & Pimsurang, 2019)

การวางแผนการตั้งครรภ์ หากสตรีตั้งครรภ์มีการวางแผนการตั้งครรภ์ จะมองเห็นถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง แต่ในทางตรงกันข้าม สตรีที่ขาดการวางแผนการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และได้รับวิตามินบำรุงร่างกายในปริมาณน้อย (Lang et al., 2021) และมีโอกาสเกิดภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ คลอดก่อนกำหนด หรือทารกมีภาวะน้ำหนักตัวน้อย (Cheng et al., 2016)

ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ เป็นความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ กริยาท่าทีภายในบุคคลที่แสดงออกมาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ การยอมรับบทบาท การปรับตัว การปฏิบัติตนในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ (Kirdkriangkrai, 1984) เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ จะเกิดการแสดงออกถึงการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น (Barimani, Vikström, Rosander, Forslund Frykedal, & Berlin, 2017) แต่ในทางตรงกันข้ามหากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตั้งครรภ์จะทำให้เกิดพฤติกรรมและการยอมรับบทบาทการเป็นมารดาที่ไม่เหมาะสม (Figueiredo, Tendais, & Dias, 2014)

การฝากครรภ์คุณภาพ คือ การมาฝากครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีความเสี่ยง กำหนดเกณฑ์การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ตามนัดอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ครั้ง (Department of Health, Ministry of Public health, 2022) การเริ่มต้นมาฝากครรภ์เร็วจะทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและกระตุ้นพัฒนาการทารกในครรภ์ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาความผิดปกติที่ต้องได้รับการดูแลรักษา คำแนะนำและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์ (Cunningham et al., 2018) แต่การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าจะทำให้มีโอกาสเพิ่มอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Nam, Oh, & Park, 2022) ในขณะเดียวกันการมาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยส่งเสริมความรู้โดยการได้รับสุขศึกษาระหว่างการตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ฝึกทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการเตรียมตัวสู่การเป็นมารดา ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีความรู้และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น (Hong et al., 2021)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคล คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ (Zimet et al., 1988) ซึ่งการรับรู้ว่ามีบุคคลรอบข้างที่พร้อมให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน มีผลอย่างมากต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ สามารถแสดงออกทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม (Brown, Hudson Campbell-Grossman, Kupzyk, Yates & Hanna, 2018) ทำให้การสนับสนุนทางสังคมจึงส่งผลการเตรียมตัวเป็นมารดา (Updegraff et al., 2018)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่ามีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับพฤติกรรม ความรู้สึกและบทบาทการเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น แต่ทั้งหมดเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือกลุ่มปัจจัยที่ไม่สะท้อนการเปลี่ยนผ่านของสตรีวัยรุ่นในปัจจุบัน การศึกษาปัจจัยตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (transition theory) ที่กล่าวมาในเชิงทำนายการเป็นมารดาร่วมกัน จะทำให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการเตรียมความพร้อมการเป็นมารดา และสามารถนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน ส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถเปลี่ยนผ่านจากการเป็นสตรีวัยรุ่นสู่การเป็นมารดาวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น

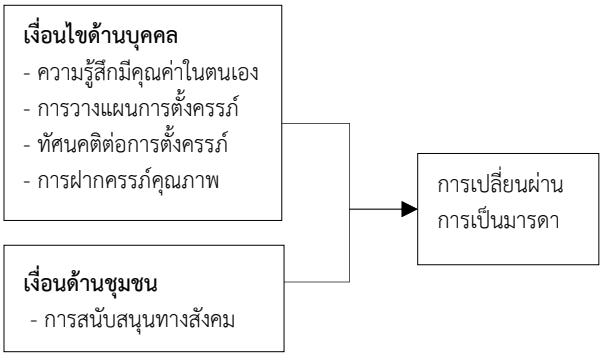
สมมุติฐานวิจัย

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวางแผนการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิสและคณะ (Meleis et al., 2015) มาเป็นแนวคิดหลักในการวิจัย ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพราะการเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากภาวะหนึ่งไปอีกภาวะหนึ่งของชีวิต ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและการปรับตัว จนกระทั่งสามารถคงสถานะหรือบทบาทใหม่ได้ดี ซึ่งการเปลี่ยนผ่านที่ประสบความสำเร็จจะเป็นการสร้างเอกลักษณ์ของตนเองและดำรงบทบาทในสถานะใหม่ได้อย่างเหมาะสมโดยจะต้องผ่านกระบวนการและประสบการณ์ที่อยู่ในสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านนั้น ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วย 1) ตัวนำของการเปลี่ยนผ่าน (transition triggers) คือ การเริ่มต้นเป็นมารดา และการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ด้านบทบาทหน้าที่และสถานภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และ 2) เงื่อนไขการเปลี่ยนผ่าน

(conditions of change) ด้านบุคคล (personal conditions) ประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวางแผนการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์คุณภาพ ส่วนเงื่อนไขด้านชุมชน (community conditions) คือ การสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลทางตรงต่อรูปแบบการตอบสนองเชิงกระบวนการ (process patterns) ซึ่งเป็นการตระหนักถึงกระบวนการและประสบการณ์ของบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่มีผลต่อการภาวะสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนั่นคือ การเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดา สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปี ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวนประมาณ 200 คน (Police General Hospital, 2020)

ตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10 - 19 ปีที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2565

การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis version 3.1.9.4 การวิจัยนี้ใช้สถิติสูงสุด คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ผู้วิจัยได้กำหนด Power analysis เท่ากับ .80 โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 ขนาดอิทธิพล (effect size: ES) คำนวณจากการวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การศึกษาของ Panthumas et al. (2019) ได้ค่า ES เท่ากับ .144 และกำหนดตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิดการวิจัยทั้งหมด 5 ตัวแปร ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 89 ราย เพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2004) จึงได้จำนวนของตัวอย่างที่เป็นสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการวิจัยนี้ทั้งสิ้น 100 ราย

การวิจัยนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สตรีตั้งครรภ์แรก 2) อายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ขึ้นไป 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์และอายุรศาสตร์ เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตั้งครรภ์แฝด ภาวะความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น และ 4) ไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุสามี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะครอบครัว บุคคลสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือในขณะตั้งครรภ์ และ 2) แบบบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ ข้อมูลเหล่านี้ได้จากการสัมภาษณ์ และบันทึกจากสมุดฝากครรภ์ ประกอบด้วย อายุครรภ์ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด จำนวนบุตรมีชีวิต จำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ (วางแผน/ไม่วางแผน)

2. แบบสอบถามความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (the multidimension scale of perceived social support: MSPSS) ที่สร้างขึ้นโดย Zimet et al. (1988) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการ

แปลย้อนกลับ (back translation) โดย Boonyamalik (2005) ใช้ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ คือ ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (2) ไม่เห็นด้วย (3) ค่อนข้างไม่เห็นด้วย (4) เฉย ๆ (5) ค่อยข้างเห็นด้วย (6) เห็นด้วย และ (7) เห็นด้วยอย่างมาก คะแนนรวม 12 - 84 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อย หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนมาก หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

3. แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg's self - esteem scale) สร้างขึ้นโดย Rosenberg et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยโดย Soomlek (1995) ใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 5 ข้อ และเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (2) ไม่เห็นด้วย (3) เห็นด้วย (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 - 40 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อย หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ คะแนนมาก หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

4. แบบสอบถามทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเจตคติต่อการตั้งครรภ์ของ Kumsuk (2002) มีข้อคำถาม 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย 2) ด้านความรู้สึกต่อทารกในครรภ์ 3) ด้านความรู้สึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายเชิงบวก 17 ข้อและเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เห็นด้วยมากที่สุด (2) เห็นด้วยน้อย (3) เห็นด้วยปานกลาง (4) เห็นด้วยมาก (5) เห็นด้วยอย่างมากที่สุด คะแนนรวม 22 - 110 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อย หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการตั้งครรภ์สูง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89

5. แบบสอบถามการสำรวจเอกลักษณ์ของการเป็นมารดา ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Maternal Identity Exploration Scales พัฒนาโดย Gross-Spector and Cinamon (2016) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับโดยผู้วิจัย เพื่อใช้ในการประเมินกระบวนการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น มีข้อคำถาม 13 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน 1) ด้านการมีส่วนร่วม (engaging) 2) ด้านการรับรู้สถานภาพ (locating and being situated) 3) ด้านการแสวงหาและการได้รับการสนับสนุน (seeking and receiving) และ 4) ด้านการสร้างความมั่นใจ (acquiring confidence) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (1) ไม่เห็นด้วย (2) เห็นด้วยน้อย (3) เห็นด้วยปานกลาง (4) เห็นด้วยมาก (5) เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนรวม 13 - 65 คะแนน การแปลผล คะแนนน้อย หมายถึง มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทมารดาในระดับต่ำ และ คะแนนมาก หมายถึง มีการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่บทบาทมารดาในระดับสูง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (IRB-NS) เลขที่ IRB-NS.2021/621.1106 ลงวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564 และโรงพยาบาลตำรวจ (รหัสโครงการ Nq 080455/64) ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแจ้งให้ตัวอย่างและผู้ปกครองทุกรายทราบวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การรักษาความลับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง และการถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลตามปกติ โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ ในช่วงเวลา 8.00 - 16.00 น. ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 - 10 มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยชี้แจงรายละเอียดต่อตัวอย่างเป็นรายบุคคล เมื่อได้รับความยินยอมจึงให้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน แต่ในรายที่อายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจากตัวอย่างเป็นเวลา 5 นาที เมื่อสัมภาษณ์เสร็จจึงให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำนวน 4 ชุด รวมข้อคำถาม 57 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 30 - 40 นาที ในระหว่างนั้น ผู้วิจัยขออนุญาตตัวอย่างเพื่อนำสมุดฝากครรภ์ของตัวอย่างมาบันทึกข้อมูลในแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล แต่หากพบว่าตัวอย่างตอบคำถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยสอบถามเหตุผลจากตัวอย่าง ถ้าเกิดจากความไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยอธิบายให้ตัวอย่างเข้าใจและลงมือตอบคำถามอีกครั้ง หากตัวอย่างไม่ต้องการตอบคำถามข้อนั้น ๆ ถือว่าเป็นแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ซึ่งจะไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล และทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจนครบตามจำนวนของตัวอย่างที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (ตามกรอบแนวคิดการวิจัย) โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression) ซึ่งในการวิจัยนี้มีการสร้างตัวแปรหุ่น (dummy) เพื่อให้สามารถใช้ในการวิเคราะห์ถดถอยได้ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ และ การฝากครรภ์คุณภาพ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนัยสำคัญสำหรับการทดสอบทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า ตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัยผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยทั้งตัวแปรตามมีการแจกแจงปกติ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง และการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์เป็นอิสระกัน และจากการทดสอบพบว่า ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกันโดยมีค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.471 นอกจากนี้ ยังมีค่า Variance Inflation Factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.012 - 1.381 และค่า Tolerance ระหว่าง .724 - .988 แสดงว่าไม่มี Multicollinearity

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ หน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 100 ราย มีจำนวน 1 ราย ที่มีข้อมูลในลักษณะสูงหรือต่ำผิดปกติ (outlier) ผู้วิจัยจึงเหลือสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการวิจัย จำนวน 99 ราย ซึ่งยังเพียงพอต่อการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษานี้มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อายุเฉลี่ย 18.30 ปี (*SD* = .76) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 มีอายุระหว่าง 17 - 19 ปี สามีของสตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64 อายุอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี อายุสามีโดยเฉลี่ย 22.40 ปี (*SD* = 3.21) ร้อยละ 82 ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสถานภาพสมรสคู่ และอาศัยอยู่กับสามี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 อยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6) หรือ ปวช. นอกจากนี้ ร้อยละ 67 เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 27 ไม่มีรายได้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,600 บาทต่อเดือน (*SD* = 5,712.39) บุคคลสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือส่วนใหญ่ คือ สามี ร้อยละ 58

การฝากครรภ์และการคลอด พบว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ ร้อยละ 54 มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 28 สัปดาห์ – 31 สัปดาห์ 6 วัน ร้อยละ 52 ฝากครรภ์มากกว่า 5 ครั้ง ฝากครรภ์เฉลี่ย 4.71 ครั้ง (*SD* = 1.75) ร้อยละ 69 ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และอายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก คือ 12.40 สัปดาห์ (*SD* = 4.60) ร้อยละ 61 ฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ และร้อยละ 91 ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง (*M* = 31.65, *SD* = 3.77) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ในระดับสูง (*M* = 93.08, *SD* = 6.07) คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (*M* = 73.95, *SD* = 5.19) และคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นมารดาอยู่ในระดับสูง (*M* = 56.20, *SD* = 5.03)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า การความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวางแผนการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ฝากครรภ์คุณภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้ร้อยละ 47.7 *(R* = .691, R^2 = .477, $R^2_{Adjusted}$ = .449, *F*(5, 93) = 16.981, *p* = .000*)* โดยมีเพียง 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ ดังตาราง 1

ตาราง 1 อิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น (*n* = 99)

ปัจจัย	*B*	SE_b	*Beta*	*t*	*p*
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.276	.117	.207	2.353	.021
การวางแผนการตั้งครรภ์	-.801	1.385	-.044	.573	.564
ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์	.452	.073	.547	6.216	.000
การฝากครรภ์คุณภาพ	-.134	.780	.066	.873	.385
การสนับสนุนทางสังคม	-.140	.073	-.144	-1.909	.059
Constant = 16.062, *R* = .691, R^2 = .477, $R^2_{Adjusted}$ = .449, *F*(5, 93) = 16.981, *p* = .000, *Durbin - Watson* = 1.471					

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ตรงตามสมมุติฐานวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การวางแผนการตั้งครรภ์ ทัศนคติต่อการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 47.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 สามารถอธิบายได้จากสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาโดยรวมอยู่ในระดับสูง แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มมีการยอมรับในกระบวนการเปลี่ยนผ่านต่อบทบาทการเป็นมารดา รวมไปถึงสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 61 มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ของการฝากครรภ์คุณภาพ แสดงถึงการยอมรับและรับรู้สถานภาพของตนเองว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์และกำลังเตรียมตัวเป็นมารดา เพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 95 อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย ช่วงอายุ 17 - 19 ปี ซึ่งเป็นวัยที่พัฒนาการทางร่างกายเทียบเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ทั้งด้านความคิดเป็นนามธรรม พึ่งพาตนเองมากขึ้น ด้านอารมณ์เริ่มมั่นคง รู้จักเหตุผล รวมทั้งมีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต (Panton & Maaks,

2019) การเปลี่ยนผ่านนี้เกิดตามพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตด้านกายภาพ ด้านความคิด และด้านสังคม รวมถึงยอมรับการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การเป็นมารดา ส่งผลต่อสุขภาพและสุขภาวะของบุคคล (Meleis et al., 2000)

นอกจากนี้ มีเพียงทัศนคติต่อการตั้งครรภ์และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจด้วยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี คือ มีการรับรู้ถึงการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านในทางที่ดี โดยสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ยอมรับว่าทารกเป็นส่วนหนึ่งของตนเอง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการให้ความหมาย (meaning) ซึ่งเป็นเงื่อนไขด้านบุคคลตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis (2000) เพื่อให้บุคคลตัดสิน และประเมินผลถึงสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนผ่านจะมีต่อชีวิต ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2012) ที่เมื่อมีการตั้งครรภ์ สตรีวัยรุ่นจะเริ่มมีการรับรู้ที่จะยอมรับการตั้งครรภ์ว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญและพร้อมรับมือการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น และการศึกษาของ Sangjinda et al. (2017) ที่พบว่า การให้ความหมายต่อการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพัฒนกิจการเป็นมารดาระยะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในการศึกษานี้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ระดับสูง แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถที่จะแสดงถึงบทบาทของการเป็นมารดาออกมาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tangsiri (2007) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น และสามารถทำนายการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาได้ร้อยละ 33.6 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Boonuan (2018) ที่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่ การวางแผนการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์คุณภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายการเปลี่ยนผ่านเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ เนื่องจากสตรีวัยรุ่นในการศึกษานี้เป็นวัยที่อยู่ในช่วงกำลังศึกษาเล่าเรียน จึงไม่มีความพร้อมที่จะเตรียมมีบุตร ทำให้ส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน จึงทำให้การวางแผนการตั้งครรภ์ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้กลับพบว่า เมื่อสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นทราบถึงการตั้งครรภ์เริ่มมีความรู้สึกและยอมรับการตั้งครรภ์ โดยการมารับบริการฝากครรภ์ นั้นแสดงว่าสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มเข้าถึงระดับของการมีส่วนร่วม (engaging) ในกระบวนการเปลี่ยนผ่านซึ่งตัวบ่งชี้เชิงกระบวนการ (process patterns) ของการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al.,2015) ซึ่งไปสอดคล้องกับการสังเคราะห์อภิมาณของ Crooks et al. (2022) ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมแต่สตรีวัยรุ่นก็ยังต้องการที่จะไปฝากครรภ์ เพื่อรับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ และจากการศึกษาของ Phoodaangua et al. (2014) พบว่ามารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจอายุน้อยกว่า 20 ปีนั้น มีการสวมบทบาทและเตรียมพร้อมเพื่อดูแลลูกและรับบทบาทใหม่ เช่น การฝากครรภ์ การฝึกบทบาทการเลี้ยงลูก เป็นต้น

การฝากครรภ์คุณภาพสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เข้าเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ คือ ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และมาฝากครรภ์ตรงตามเกณฑ์แต่ละ

ช่วงอายุครรภ์ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นเริ่มตระหนักรู้ (awareness) ว่ากำลังมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และเข้าไปมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต นอกจากนี้ยังความสัมพันธ์กับระดับความรู้ (Meleis et al., 2015) แต่การฝากครรภ์คุณภาพกลับไม่มีผลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น อาจเป็นเพราะการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดา นั้นเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ประสบการณ์และทักษะของสตรีจึงจะทำให้สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนบทบาทในการเป็นแม่ เห็นได้จากการศึกษาของ Van et al. (2018) พบว่า สตรีวัยรุ่นส่วนใหญ่ที่เปลี่ยนบทบาทสู่การเป็นแม่มักจะขาดความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นในการเตรียมตัวเพื่อเป็นแม่ จนทำให้เมื่อคลอดบุตรแล้วสตรีตั้งครรภ์เหล่านี้มักเกิดภาวะเครียด กดดันและไม่สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังการคลอดบุตรได้จึงเป็นเหตุผลที่ต้องส่งเสริมให้สตรีควรเข้ามารับการฝากครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์เพื่อเข้ารับการสอนสุขศึกษาเพื่อเตรียมตัวคลอดและการเลี้ยงทารกหลังคลอด

สุดท้าย การสนับสนุนทางสังคมของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นถึงแม้ว่าจะอยู่ในระดับดี แต่กลับพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ อาจเป็นเพราะสิ่งที่สตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นคาดหวังนั้นเป็นความต้องการการสนับสนุนเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (Gbogbo, 2020) นอกเหนือไปจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญตามเงื่อนไขด้านชุมชนของทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2015) ทำให้ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Updegraff et al. (2018) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการศึกษาของ Gross-Spector and Cinnamon (2017) พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรสด้านอารมณ์ และสิ่งของ มีอิทธิพลต่อกระบวนการเป็นมารดาในระยะหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรเพิ่มการให้คำแนะนำและการดูแลเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการตั้งครรภ์ และสร้างความมีคุณค่าในตนเอง ส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านการเป็นมารดาในสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นให้เหมาะสม นอกจากนี้ ควรจัดให้มีบริการคลินิกฝากครรภ์เฉพาะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Barimani, M., Vikström, A., Rosander, M., Forslund Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31*(3), 537-546.

Boonuan, N. (2018). Factors Influencing adaptation in the role of adolescent pregnant women. *Mahasarakham Hospital Journal, 15*(2), 78-84.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Role of life stress, depressive symptom and substance use (*Doctor of Philosophy). Johns Hopkins University, Maryland, US.

Brown, S. G., Hudson, D. B., Campbell-Grossman, C., Kupzyk, K. A., Yates, B. C., & Hanna, K. M. (2018). Social support, parenting competence, and parenting satisfaction among adolescent, African American, mothers. Western *Journal of Nursing* Research*, 40*(4), 502-519.

Bureau of Reproductive health Department of Health, Ministry of Public health . (2022). *Reproductive situation among teenagers and youth in 2022.* Retrieved from https://rh.anamai.moph.go.th/th/cmsof1/download/?did=214353&id=109136&reload=

Cheng, T. S., Loy, S. L., Cheung, Y. B., Godfrey, K. M., Gluckman, P. D., Kwek, K., . . . Lek, N. (2016). Demographic characteristics, health behaviors before and during pregnancy, and pregnancy and birth outcomes in mothers with different

pregnancy planning status. *Prevention Science, 17*(8), 960-969.

Crooks, R., Bedwell, C., & Lavender, T. (2022). Adolescent experiences of pregnancy in low-and middle-income countries: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*, 1-18.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2018). Chapter 9 Prenatal care. In F. G. Cunningham (Eds), *William's obstetrics* (pp. 243-273) (25th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Antenatal care manual for health personnel.* Retrieved from https://hp.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/210292.

Figueiredo, B., Tendais, I., & Dias, C. C. (2014). Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 27*(4), 194-201.

Gbogbo, S. (2020). Early motherhood: voices from female adolescents in the Hohoe Municipality, Ghana - a qualitative study utilizing Schlossberg's Transition Theory. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 15*(1), 1716620.

Gross-Spector, M., & Cinamon, R. G. (2016). Assessing adults' career exploration: development and validation of the vocational and maternal Identity exploration scales. *Journal of Career Development, 45*(1), 19-33.

Hong, K., Hwang, H., Han, H., Chae, J., Choi, J., Jeong, Y., . . . Lee, K. J. (2021). Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth, 34*(3), 219-230.

Kirdkriangkrai, P. (1984). *The relationship between selected factors and sexuality problem in pregnant women* (Master of nursing science program, Midwifery). Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Bangkok Noi.

Kumsuk, W. (2002). A study of attitude toward pregnancy and lifestyle in adolescent pregnancy (Master of nursing science program, Maternal and Child nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Bangkok Noi.

Lang, A. Y., Harrison, C. L., Barrett, G., Hall, J. A., Moran, L. J., & Boyle, J. A. (2021). Opportunities for enhancing pregnancy planning and preconception health behaviours of Australian women. *Women and Birth, 34*(2), e153-e161.

La-Orpipat, T., & Suwanrath, C. (2019). Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: A hospital-based study in Southern Thailand. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 39*(7), 934-940.

Javadifar, N., Majlesi, F., Nikbakht, A., Nedjat, S., & Montazeri, A. (2016). Journey to motherhood in the first year after child birth. *Journal of Family & Reproductive Health, 10*(3), 146-153.

Mangeli, M., Rayyani, M., Cheraghi, M. A., & Tirgari, B. (2017). Exploring the challenges of adolescent mothers from their life experiences in the transition to motherhood: A qualitative study. *Journal of Family & Reproductive Health, 11*(3), 165-173.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle - range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M., Smith, M. Parker, (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 361- 380) (4th ed). Philadelphia, PA: FA Davis Co.

Nam, J. Y., Oh, S. S., & Park, E. C. (2022). The association between adequate prenatal care and severe maternal morbidity among teenage pregnancies: A population-based cohort study. *Frontier in Public Health, 10*, 782143.

Nimi, T., Fraga, S., Costa, D., Campos, P., & Barros, H. (2016). Prenatal care and pregnancy outcomes: A cross-sectional study in Luanda, Angola. *International Journal Gynecology Obstetrics, 135(Suppl1)*, S72-S78.

Panton E. J., & Garzon, D. L. (2019). Developmental management of adolescents and young adults. In D. L. Garzon, N. B. Starr, M. A. Brady, N. M. Gaylord, M. Driessnack, & K. Duderstadt (Eds.), *Burns' pediatric primary care e-book* (pp.143-160). Elsevier Health Sciences.

Phoodaangau, B., Deoisres, W., & Chunlestskul, K. (2014). Taking role: Preparing for childbearing in unintended pregnant schoolgirls. *Thai Journal of Nursing*, *63*(3), 46–55.

Police General Hospital. (2020). *Statistics of adolescent pregnant women in B.E. 2563.* Medical records unit, Police General Hospital.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Retrieved from https://www.docdroid.

net/Vt9xpBg/society-and-the-adolescent-self-image-morris-rosenberg-1965-pdf

Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1989). Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review, 54*(6), 1004-1018.

Sangjinda, K., Siriarunrat, S., & Techasaksri, T. (2017). Factors related to maternal tasks of unplanned adolescent pregnant women. *Journal of Nursing, Siam University*, *18*(34), 6–20.

Soomlek, S. (1995). *A causal model of maternal role mastery among first time mother* (Doctor of nursing science). Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Bangkok Noi.

Smith, J. L., Skinner, S. R., & Fenwick, J. (2012). Perceptions of teen motherhood in Australian adolescent females: Life-line or lifederailment. *Women and Birth,* 25(4), 181-186.

Suphawadee, P., Wirin, K., Kanittha, C., & Pimsurang, T. (2019). Antecedent factors of maternal identity among primiparous Thai teenage mothers. *Journal of Health Research, 33*(4), 336-348.

Tangsiri, S. (2007). *Self-esteem, spouse support, mother-daughter relationships and maternal role adaptation during pregnancy of adolescents* (Master of nursing science program, Maternal and Child nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Bangkok Noi.

Updegraff, K. A., Umaña-Taylor, A. J., Zeiders, K. H., Bravo, D. Y., & Jahromi, L. B. (2018). Familism values across the transition to adolescent motherhood: Links to family functioning and Mexican-origin adolescent mothers' adjustment. *Development and Psychopathology, 30*(5), 1589-1609.

van Scheppingen, M. A., Denissen, J. J. A., Chung, J. M., Tambs, K., & Bleidorn, W. (2018). Self-esteem and relationship satisfaction during the transition to motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology, 114*(6), 973-991.

Xavier, C. G., Brown, H. K., & Benoit, A. C. (2018). Teenage pregnancy and long-term mental health outcomes among Indigenous women in Canada. *Archives of Women's Mental Health, 21*(3), 333-340.

World Health Organization (WHO). (2023). *Adolescents pregnancy.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30-41.



การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

DEVELOPMENT OF A CARE MODEL FOR CHILD PATIENTS WITH TRANSFUSION-DEPENDENT THALASSEMIA (TDT) AT PRANANGKLAO HOSPITAL

สุมนา ยวดยง[1] ปุณณภา ศรีสมบูรณ์[2] ศศิธร เลิศภิรมย์ลักษณ์[1]
Sumana Yuadyong Punnapa Srisomboon Sasithorn Lerdpiromluk
[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี 11000
Registered Nurse, Professional Level, Phranangklao Hospital, Nonthaburi, 11000, Thailand
[2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi, Nonthaburi, 11000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: punnapakob@gmail.com

Received: *September 25, 2023* Revised: *December 18, 2023* Accepted: *December 27, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติตามแผน (action) 3) การสังเกตผล (observation) และ 4) การสะท้อนผล (reflection) ระยะเวลาตั้งแต่มิถุนายน - กันยายน พ.ศ. 2566 ผู้ให้ข้อมูลและตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด และผู้ดูแล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและสถิติเชิงพรรณา

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) บริการล่าช้า รอคอยนาน 2) มาตรฐานแนวทางยังไม่ครอบคลุม 3) กิจกรรมการให้ความรู้ไม่ชัดเจน และ 4) การพัฒนาระบบสารสนเทศ

2. รูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 1) ลดขั้นตอนให้บริการ 2) สนับสนุนการจัดการตนเอง 3) พัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแล และ 4) พัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศ

3. ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมาก (M = 4.40, SD = .69) และค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับดีมากที่สุด (M = 4.62, SD = .54)

4. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นสามารถลดขั้นตอนให้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก จากเดิม 17 ขั้นตอน เหลือ 5 ขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยจากเดิม 160 นาที เหลือ 42 นาที และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยลดลงจาก 603 นาที เหลือ 495 นาที

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแล, ผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Abstract:

The objectives of this action research were 1) to investigate challenges in caring for children with Transfusion-Dependent Thalassemia (TDT) at Phranangklao hospital, 2) to develop a care model for children with TDT at Phranangklao hospital, and 3) to evaluate the effectiveness of this care model. The research followed the action research process, including planning, action, observation, and reflection, during the period from June to September 2023. Participants included multidisciplinary personnel, pediatric thalassemia patients requiring blood transfusions, and their caregivers. Data collection methods comprised in-depth interviews, focus groups, observations, recordings, and satisfaction assessments. Data analysis involved content analysis and statistical analysis.

The research findings revealed that:

1. Problems of caring for children with TDT at Phranangklao hospital were founded in 4 main points: 1) delayed service, long waiting times, 2) standards and guidelines not yet comprehensive, 3) unclear educational activities and 4) development of information systems.

2. The care model comprised 1) reducing service steps, 2) supporting self-management, 3) developing care standards and guidelines, and 4) developing information databases.

3. The average satisfaction level of multidisciplinary personnel with the care model was high (M = 4.40, SD = .69), and the average satisfaction level of service recipients with the care model was very high (M = 4.62, SD = .54).

4. Service procedures at the outpatient clinic could be reduced from 17 steps to 5 steps, reducing waiting time from 160 minutes to 42 minutes. The average number of days spent in the hospital decreased from 603 minutes to 495 minutes.

Keywords: care model, child transfusion-dependent thalassemia (TDT) patients, Phranangklao hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังทางพันธุกรรมที่พบอุบัติการณ์สูงมากในประเทศไทย เด็กจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต เช่น หลีกเลี่ยงอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ออกกำลังกายไม่ผาดโผน การขาดเรียน และมีความเครียดเป็นต้น (Sananreangsak et al., 2020) เด็กจะมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าตา มีอาการซีดเรื้อรัง ตับม้ามโต มีการเจริญเติบโตผิดปกติ น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ภาวะเหล็กเกิน ภาวะโรคหัวใจโตเนื่องจากทำงานหนัก เป็นโรคเบาหวานเนื่องจากการทำงานของตับอ่อนบกพร่อง ติดเชื้อง่าย และภาวะกระดูกหักเปราะง่าย จากสถิติประเทศไทยพบว่าเด็กเกิดใหม่ป่วยเป็นธาลัสซีเมียประมาณ 13 คน/ปี และ

มีผู้ป่วยประมาณ 6 แสนคน ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด (tranfusion dependent thalassemia: TDT) ที่ต้องรับเลือดและยาขับเหล็กทุกเดือน (Ministry of Public Health, 2017) จะเห็นว่าเด็กต้องได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ยาวนาน โดยการรับเลือดทุกเดือน อย่างไรก็ตาม การรับเลือดบ่อย ๆ ก็มีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน คือ ภาวะเหล็กคั่ง (Sa-nguanphong & Wongsawang, 2021) และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาตลอดอายุของเด็กประมาณ 6 ล้านบาทต่อคน (National Health Security office: NHSO, 2021) การพัฒนาคุณภาพการบริการจึงมีความสำคัญมากเนื่องจากกระบวนการดูแลรักษาโดยการให้เลือดมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วย หากมีการพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดประจำจะช่วยเพิ่มให้การดูแลมีมาตรฐานและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกับผู้ป่วย (Phaithai et al., 2020)

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีผู้ป่วยเด็กที่โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงหรือชนิดพึ่งพาเลือด (TDT) ที่มารับการดูแลรักษาจำนวนมากขึ้น โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2563, 2564 และ2565 พบผู้ป่วยเด็ก TDT จำนวน 32, 38 และ48 รายตามลำดับ และจำนวนครั้งในการรับเลือด คือ 685, 598 และ 636 ครั้ง ตามลำดับ (Pranangklao Hospital, 2020) ที่ผ่านมาการบริการในคลินิกของโรงพยาบาลมีหลายขั้นตอนที่ล่าช้า รอนาน และเตียงเต็ม ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานยังขาดการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ขาดแนวทางปฏิบัติในเรื่องการรับ/ส่งต่อ และแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาที่มีอยู่ไม่เป็นปัจจุบัน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาแม่และเด็ก โดยกำหนดนโยบายและเข็มมุ่งประเด็นเน้นโรคธาลัสซีเมียและการดำเนินงานอย่างครบวงจร

การทบทวนวรรณกรรมการจัดระบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทีมสหวิชาชีพ จัดระบบบริการให้เหมาะสมกับทรัพยากรของหน่วยบริการ จากการทบทวนรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) มี 6 องค์ประกอบ (Kunie, 2016) ได้แก่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน 2) หน่วยบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก ซึ่งน่าจะสามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อให้มีเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการกลุ่มเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) 4) สะท้อนกลับ (reflection) ในการดำเนินการวิจัยและใช้แนวคิดรูปแบบการดูแลการดูแลโรคเรื้อรังของ Wagner et al. (1996) ที่มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) นโยบายและทรัพยากรของชุมชน 2) หน่วยบริการสุขภาพ 3) การสนับสนุนการจัดการตนเอง 4) การออกแบบ

ระบบการให้บริการ 5) การสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) ระบบสารสนเทศทางคลินิก เป็นกรอบในการวิเคราะห์สภาพปัญหาและเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามรูปแบบของ Kemmis and McTaggart (1988) มีการดำเนินการวิจัยใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. วางแผน (planning) ผู้วิจัยศึกษาบริบทสภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รวมทั้งศึกษาเอกสาร มาตราฐาน แนวทาง งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

2. ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลจากขั้นตอนการวางแผนและร่วมพิจารณาความเป็นไปได้โดยการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสนทนากลุ่มกับทีมสหสาขาวิชาชีพหารูปแบบการดูแล ผู้ร่วมวิจัยประชุมสนทนากลุ่มจำนวน 2 ครั้ง เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นปัญหา เป้าหมาย รูปแบบการพัฒนาและแนวทางประเมินผลและร่างรูปแบบการพัฒนา รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้จนเป็นที่ยอมรับจากทีมสหวิชาชีพก่อนนำไปทดลองใช้ในการดูแล

3. สังเกตการณ์ (observation) โดยติดตามผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ โดยวิธีการสังเกต บันทึก รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) ระยะแรกประเมินผลของวงจรเชิงปฏิบัติการ และ 2) ระยะที่สองประเมินผลลัพธ์จากข้อมูล

4. สะท้อนกลับ (reflection) ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการสังเกตการณ์ให้ตัวอย่างได้สะท้อนผลลัพธ์การดูแลในแต่ละขั้นตอน พบว่า ขั้นตอนเดิมที่แผนกผู้ป่วยนอกมีทั้งหมด 17 ขั้นตอน ปรับลดเหลือ 5 ขั้นตอน และสามารถนำรูปแบบไปปฏิบัติได้ แต่ยังไม่ชัดเจนในกิจกรรมการให้ความรู้จึงนำไปทดลองต่ออีก 1 ครั้ง และมีการติดตามผลประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผู้ให้ข้อมูลและตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ทันตแพทย์ และครูพิเศษ จำนวน 10 คน

2. ผู้ปกครองเด็กที่สามารถสื่อสารอ่านเขียนได้ จำนวน 10 คน

3. ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 35 ราย

ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคธาลัสเซียชนิดพึ่งพาเลือดไม่น้อยกว่า 1 ปี ในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า 2) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการสาขากุมารเวชกรรมโรคธาลัสซีเมีย 3) มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด 9 ข้อ ถามเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เครื่องมือนี้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ .67 - 1.00

ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มมาวิเคราะห์ ร่างแผนรูปแบบการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาและผู้ปกครองเด็ก เพื่อนำไปปฏิบัติและนำข้อมูลส่วนนี้ไปใช้ในการวางแผนออกแบบรูปแบบการดูแล

2. แบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตำแหน่ง หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานและประสบการณ์เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ข้อคำถามมีลักษณะการตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วย (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแล 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ผู้ปกครอง อาชีพผู้ปกครอง เริ่มรักษาอายุและระยะเวลารักษา และผลลัพธ์ทางคลินิก ระยะเวลารอคอยที่คลินิก และระยะเวลานอนโรงพยาบาล และ 3) คำถามความคิดเห็นของผู้ดูแล จำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด

เครื่องมือสอบถามความคิดเห็นทั้ง 2 ชุดนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ ด้านความตรงจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กธาลัสซีเมีย ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง .67 - 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี หมายเลขโครงการ PE 6622 เอกสารรับรองหมายเลข EC 28/2566 วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์การให้ข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยอย่างสมัครใจ ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาความลับของข้อมูล และจะทำลายทิ้งเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานการดูแล ตลอดจนเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวมรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มสหสาขาวิชาชีพและกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 หลังจากนั้น นำมาข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยร่วมกันหารือกับสหสาขาวิชาชีพ แล้วนำไปทดลองใช้ ซึ่งภายหลังทดลองใช้ วัดความคิดเห็นของกลุ่มที่ใช้รูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (*M*) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (*SD*)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด มี 4 ประเด็น ดังนี้

1.1 <u>บริการล่าช้า รอคอยนาน</u> ดังข้อความจากผู้ให้ข้อมูล

“ผู้ปกครองจะมาติดต่อทำเรื่องนอนโรงพยาบาลเอง ทำให้ล่าช้า และแออัด เด็กและผู้ปกครองต้องรอคิวร่วมกับผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ บางครั้งเด็กมาดำเนินการเอง ต้องรอผู้ปกครองมาเซ็นให้ความยินยอมด้วยบางแผนกมี case elective จำนวนหลายรายตรงกับคลินิกโรคเลือดเด็ก ทำให้เกิดความล่าช้า” (P 01)

“ล่าช้าเนื่องจากมารับบริการปะปนกับผู้ป่วยประเภทอื่น ๆ บางทีมีคิวแทรกเนื่องจากมีผู้รับบริการแผนกอื่น ๆ หรือผู้ที่มารับใบส่งตัวบางทีใบส่งตัวหมดอายุ ไม่ได้ขอใบส่งตัวล่วงหน้าทำให้ต้องเสียเวลา” (P 03)

“การส่งเลือดหลังจาก 10.00 น. ทำให้ได้เลือดล่าช้าไปด้วยบางที่ปริมาณเลือดที่เจาะมาจำนวนที่ไม่ได้มาตรฐาน คือ Blood clot น้อยกว่า 3 cc ทำให้ต้องเจาะซ้ำเกิดความล่าช้า” (P 04)

“เจ้าหน้าที่ต้องรอมาครบจึงเดินส่งเลือด ทำให้รับเลือดทำให้ล่าช้า” (C10)

“บริการการหลายขั้นตอน รอคอยนาน ต้องรอพบแพทย์ตรวจก่อนขึ้นตึก สถานที่แออัด ตอนที่มีการระบาดของโรคระบบทางเดินหายใจ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ” (P 07)

1.2 <u>มาตรฐานแนวทางยังไม่ครอบคลุม</u> ดังข้อความจากผู้ให้ข้อมูล

“แนวปฏิบัติยังไม่ชัดเจน และขาด Flow chart การดูแล” (P07)

“ยังขาดการตรวจสอบ การตรวจพิเศษต่าง ๆ เช่น ตรวจ lab พิเศษ ยังไม่สม่ำเสมอ ใช้แนวทางการรักษาของเครือข่ายเขต 4 ยังขาด CPG ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า” (P08)

“ที่ ward ยังไม่ได้ทำแนวทางการพยาบาลเด็กที่ได้รับเลือด ของโรงพยาบาลและยังไม่ได้ทำมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย” (P09)

“ยังไม่มีระบบการดูแลรักษาร่วมกันในเครือข่ายจังหวัดนนทบุรี”(P08)

1.3 <u>กิจกรรมการให้ความรู้ไม่ชัดเจน</u> ดังข้อความจากผู้ให้ข้อมูล

“ยังไม่มีกิจกรรมให้ความรู้ที่ชัดเจน ส่วนใหญ่มีนักกิจกรรมบำบัดจากมูลนิธิมาพาเด็กทำกิจกรรมที่ ward ส่วนใหญ่เป็นการวาดรูประบายสี” (P06)

“การให้ความรู้ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล จำได้บ้างไม่ได้บ้าง”(C01)

1.4 <u>การพัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิก</u> ดังข้อความจากผู้ให้ข้อมูล

“การบันทึกข้อมูลยังใช้เอกสาร ขาดความสะดวกในการประมวลข้อมูล” (P07)

“การจัดเก็บข้อมูลยังเป็นรูปแบบแฟ้ม ทำให้การใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์ไม่สะดวก” (P08)

“ขั้นตอนการลงทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ที่ศูนย์ประกันสุขภาพ ใช้แบบฟอร์มกระดาษจัดเก็บข้อมูล” (P02)

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

2.1 ลดขั้นตอนการให้บริการดูแลรูปแบบเดิมมีหลายขั้นตอนในการให้บริการ รูปแบบใหม่ปรับลดขั้นตอนใช้แนวคิดลีนและการจัดการรายกรณี ซึ่งมี 4 ขั้นตอนย่อย ได้แก่ 1) เตรียมการ 2) ประเมินและคัดกรอง 3) บริการให้เลือด (one stop service) และ 4) จำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

2.2 การสนับสนุนการจัดการตนเอง เดิมให้ความรู้และคำแนะนำโดยแพทย์และพยาบาลตามปกติ รูปแบบใหม่ มีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา จัดช่องทางการให้คำปรึกษาผ่าน Line Official และจัดทำคู่มือการดูแลตนเอง รูปแบบสมุดประจำตัวและแบบ E-book ในกลุ่มเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียน มี Group Line ห้องเรียนโรคเลือดมีเกมส์ความรู้เรื่องการดูแลตนเองโรคธาลัสซีเมีย

2.3 พัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลรูปแบบเดิมยังไม่มีมาตรฐานแนวทางการดูแลที่เป็นบริบทของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รูปแบบใหม่จัดทำ Clinical practice guideline (CPG) มาใช้เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และมี CPG แนวทางการปฏิบัติในการให้เลือด จัดทำช่องทางการส่งต่อผ่านระบบ Qr code และ Group Line OPD non สำหรับเครือข่ายจังหวัดนนทบุรี

2.4 พัฒนาฐานข้อมูลสารสนเทศ รูปแบบเดิมใช้กระดาษในการจัดเก็บ รูปแบบใหม่ใช้โปรแกรม Microsoft Excell เพื่อสามารถสืบค้นและประมวลผลข้อมูลง่ายต่อการรายงานและติดตามความก้าวหน้า

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาล

พระนั่งเกล้า ในระยะที่ 1 จะเป็นการทำงานโดยปรับลดขั้นตอนเดิมที่แผนกผู้ป่วยนอก จากเดิมที่มีทั้งหมด 17 ขั้นตอน เหลือ 5 ขั้นตอน แล้วนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ที่ผู้วิจัยนำปัญหาจากการวิจัยระยะที่ 1 มาจัด เป็นกิจกรรมให้ความรู้มาวางแผนเพื่อให้มีความต่อเนื่องและเข้าถึงได้ โดยเพิ่มกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษาห้องเรียนโรคเลือด Line official ชื่อ “ห้องตรวจให้เลือด PNK” หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษาห้องเรียนโรคเลือด มาใส่ใน Line official ชื่อ“ห้องตรวจให้เลือด PNK” เพื่อให้ความรู้ และติดตามประเมินผล พบว่ารูปแบบสามารถนำไปใช้ได้

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากการประเมินความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด 6 - 10 ปี ร้อยละ 60 และทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.40, SD= .69) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องประสิทธิผลของการใช้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (M = 4.50, SD= .52) และพึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดไปใช้ (M = 4.3, SD = .94) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล (n = 10)

ความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพต่อรูปแบบการดูแล	*M*	*SD*
1. ความง่ายและความสะดวก	4.40	.52
2. ความชัดเจนของคำอธิบาย ขั้นตอนระบบบริการ	4.40	.69
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	4.40	.69
4. ความประหยัด ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา	4.40	.69
5. ประสิทธิผลของการใช้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	4.50	.52
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดไปใช้	4.30	.94
7. ความพึงพอใจโดยรวม	4.40	.69

ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดต่อรูปแบบการดูแล จำนวน 35 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 62.86 จบระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 51.42 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 40 อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริษัท ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 31.43 ผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (M = 4.62, SD= .54) โดยมีความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องความยาก/ง่าย สะดวกในการเข้ารับบริการ (M = 4.77) รองลงมา คือ ความชัดเจนในการปฏิบัติตามขั้นตอน (M = 4.71) และพึงพอใจน้อยที่สุดในเรื่องความรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย (M = 4.31) ซึ่งได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ ต้องการให้จัดบริการในวันหยุดเพื่อให้เด็กไม่ขาดเรียน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดต่อรูปแบบการดูแล (*n* = 35)

ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดต่อรูปแบบการดูแล	*M*	*SD*
1. ด้านความยาก/ง่าย สะดวกในการเข้ารับบริการ	4.77	.42
3. ด้านความเหมาะสมในการรับบริการ	4.60	.55
4. ด้านความรวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย	4.31	.71
5. ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการ	4.51	.56
6. ความพึงพอใจโดยรวม	4.62	.54

หลังพัฒนารูปแบบ สามารถลดขั้นตอนให้บริการที่คลินิกจาก 17 ขั้นตอนเหลือ 5 ขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยเฉลี่ยจาก 160 นาที เหลือ 42 นาที และ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยจาก 603 นาที เหลือ 495 นาที ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลลัพธ์การบริการหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ผลลัพธ์การบริการ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
ขั้นตอนให้บริการที่คลินิก	17 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย	160 นาที	42 นาที
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย	603 นาที	495 นาที

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่พบในการดูแลได้แก่ ให้บริการล่าช้า รอคอยนาน มาตรฐานแนวทางยังไม่ครอบคลุมการดูแล ขาดการจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งปัญหาที่พบยังไม่เป็นไปตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) ในประเด็นของระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก และการสนับสนุนการจัดการ ซึ่งควรได้รับการนำไปพัฒนาต่อเนื่องเพื่อให้ระบบบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเด็กโลหิตจางธาลัสซีเมียที่ได้รับเลือดจะช่วยเพิ่มความครอบคลุมการดูแลตามมาตรฐานและช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย (Phaithai et al, 2020) และควรพิจารณาแนวทางการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยการรักษาและปัญหาที่ต้องการให้ดูแลต่อโดยผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชนใช้เป็นแนวทางในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวและชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกระยะของการดูแล (Pitchalard & Moonpanane, 2013) และหากมีระบบการให้คำปรึกษาแม่ข่าย - ลูกข่ายในพื้นที่เครือข่ายการดูแลจะทำให้รูปแบบการดูแลมีความสมบูรณ์ขึ้น (Machapamo, 2020)

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ลดขั้นตอนให้บริการ ตั้งแต่จุดทำบัตร ตรวจสอบสิทธิ์ ทำเอกสาร Admit one stop service ที่ OPD โดยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นประเมิน

และคัดกรอง ขั้นบริการให้เลือดแบบ One stop service ขั้นจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง 2) การสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ มีคู่มือในการดูแลตนเองในรูปแบบเอกสารและ E-book มี Group line ช่องทางการสื่อสารด้านการรักษาและการให้ความรู้กับเด็กวัยเรียน 3) พัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแล 4) พัฒนาการจัดเก็บและฐานข้อมูลสารสนเทศ ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียในเวชปฏิบัติทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, 2017) และตามแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรัง Chronic Care Model (Wagner et al., 1996) ที่ประกอบไปด้วย ระบบสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการระบบสารสนเทศทางคลินิก และการสนับสนุนการจัดการตนเอง

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมระดับมาก ส่วนผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมระดับมากที่สุด ผลของรูปแบบสามารถนำไปใช้เพื่อลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการได้จริงสอดคล้องกับการศึกษาการประยุกต์ใช้แนวคิดลีนเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้บริการคลินิกโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าสามารถลดระยะเวลาในการรอคอย ได้ 36.07 นาที (Chaiwaree et al., 2020)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดที่มีการปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เข้าใจตรงกัน มีแนวทางในการทำงานที่สอดคล้องกันเป็นระบบ ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาช่วยในการให้ความรู้และติดต่อสื่อสารระหว่างผู้บริการกับผู้รับบริการ สามารถช่วยลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการได้ ดังนั้นโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดนนทบุรี สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

2. ควรพัฒนารูปแบบบริการอย่างต่อเนื่อง วงรอบต่อไปควรมุ่งเน้นรูปแบบการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยทีมของสหสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

Chaiwaree, N., Akkadechanunt, T., & Chitpakdee, B. (2020). Application of lean concept to improving service processes of cardiovascularclinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, *35*(4), 112-127.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (Eds.). (1988). *The action research reader* (3rd ed.). Geelong, Victoria, Australia: Deakin University Press.

Machapano, P. (2020). The development of a care model for children withwith severe anemia or transfusion dependent thalassemia, Wapi Pathum, Mahasarakham province. *Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office, 4*(8), 234-243.

Ministry of Public Health. (2014). *Literature review: The current situation and care model of non communicable diseases.* Bangkok: Institute of Medical Research and Technology Assessment.

Ministry of Public Health. (2017). *Guidelines for the care of thalassemia patients in general practice.* Bangkok: The war veterans organization of Thailand printing.

National Health Security office (NHSO). (2021). *Specialized care for managing specific diseases, care for patients with hemoglobin disorders, and thalassemia care*. Retrieved from https://www.nhso.go.th

Phaithai, P., Boonmasri, P., & Nantana, R. (2020). The development of a nursing practice guideline for children with thalassemia in receiving a blood transfusion in general pediatric ward, Loei hospital. *Chaiyaphum Medical Journal*, *40*(1), 34-43.

Pitchalard, K., & Moonpanane, K. (2013). Improvement of a continuing care model in child with thalassemia and caregivers. *Nursing Journal, 40*(3), 97-108.

Pranangklao hospital. (2020). *Thalassemia patient statistics*. (Unpublished Manuscript)

Puntuwong, P. (2023). Quality of life in children with transfusion-dependent thalassemia among network in Thungsong hospital. *Maharaj Nakorn Si Thammarat Medical Journal*, *6*(2), 90-101.

Sananreangsak, S., Teerarungsikul, N., & Sarapat, P. (2020). The model of self-management for children with thalassemia. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, *28*(2), 27-39.

Sa-Nguanphong, Y., & Tongsawang, K. (2021). Illness experiences of school-age thalassemia patients in Chaiyaphum province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, *15*(37), 262-281.

The Thai Society of Hematology. (2022). *Guidelines for the management of anemia and thalassemia*. Bangkok: The Thai Society of Hematology.

Wagner, E. H., Austin, B. T., & von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 511-544.



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร[1]

EFFECTS OF ENHANCING ATTITUDE PROGRAM TOWARDS THE ELDERLY AMONG NURSING STUDENTS ON ELDERLY CARING BEHAVIOR

รจนาถ หอมดี[2] กาญจนา ภัทราวิวัฒน์[3] ฐาศุกร์ จันประเสริฐ[4]

Rojjanart Homdee Kanchana Pattrawiwat Thasuk Junprasert

[1]ส่วนหนึ่งของปริญญานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Partial Fulfillment of Doctoral Dissertation in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

[2]นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ 10110

Graduate Student, Doctoral Degree in Applied Behavioral Science Research, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3,4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ 10110

Assistant Professor, Ph.D., Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3]Corresponding author E-mail: kanchanapa@g.swu.ac.th

Received: *July 2, 2023* Revised: *July 19, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามมาตรฐานของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวน 56 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน อยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติอ้างอิง ได้แก่ Independent *t*-test และ Repeated Measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตามผลมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภายในกลุ่ม

ทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรแตกต่างกันตามช่วงเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพิ่มมากที่สุดในระยะติดตามผล

ดังนั้น โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุสามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในนักศึกษาพยาบาล หรือผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุใน Nursing Home ศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

คำสำคัญ : เจตคติ, พฤติกรรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร, ผู้สูงอายุ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This quasi-experimental research aimed 1) to compare elderly caring behavior among nursing students between the experimental group, which received an attitude-enhancing program, and the control group, which received standardized learning management, and 2) to compare elderly caring behavior among nursing students in the experimental group, before and after receiving the program and during the follow-up period. The sample comprised 56 police nursing students, randomly assigned with 28 students in each group. The enhancing attitude program towards the elderly was used for the experimental group, while a behavioral assessment of compassionate elderly care was used for data collection in both groups. The content validity index, determined by three experts, ranged from .67 to 1.00, and the Cronbach alpha coefficient was .92. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-tests, and Repeated Measure ANOVA.

The results of this study revealed that police nursing students, after receiving the program and during the follow-up period in the experimental group, had higher mean scores of elderly caring behavior than those in the control group at a significance level of .05. Police nursing students in the experimental group also demonstrated statistically significant differences in mean scores of elderly caring behavior in each period at a significant level of .05., with the greatest increase observed during the follow-up period.

Therefore, the attitude-enhancing program towards the elderly can be further extended to develop caring behavior in nursing students. It may serve as a guideline for nurturing caring behavior among individuals responsible for elderly care or the care of chronically ill patients, such as caregivers in nursing homes or chronic disease care centers.

Keywords: attitude, caring behaviors, elderly, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางด้วยสภาพร่างกายมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากความเสื่อมตามวัย และในผู้ที่มีโรคประจำตัวยิ่งทำให้มีความซับซ้อนในการดูแล นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีสภาพจิตใจที่อ่อนไหวยากต่อการปรับตัวและเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกละเลยทอดทิ้ง หรือได้รับการกระทำที่รุนแรงทั้งจากผู้ดูแลบุคคลใกล้ชิดและสังคม (Summawong, Somanusorn, & Sumngern, 2017)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านเจตคติต่อผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Abreu & Caldevilla, 2015; Ghimire et al., 2019; Jang, Oh, & Kim, 2019; Leethong-in & Piyawattanapong, 2015) ปัญหาสำคัญใน

การดูแลผู้สูงอายุได้แก่ ขาดการนำองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีไปปรับใช้ให้เป็นรูปธรรมในทางปฏิบัติ มีการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้สูงอายุไม่เหมาะสม การไม่เคารพและพิทักษ์สิทธิ์ผู้สูงอายุที่เป็นเช่นนี้เพราะมีเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุในด้านลบมองไม่เห็นความแตกต่างระหว่างการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกับผู้ป่วยวัยอื่น ๆ หรือเน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ (Nawsuwan, Singhasem, & Naksrisang, 2019)

การจัดการเรียนการสอนทางการศึกษาพยาบาลมีการสอดแทรกแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรให้กับนักศึกษาพยาบาลในทุก ๆ ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ซึ่งพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบทางสังคมโดยเป็นการแสดงถึงความรัก ความเมตตา กรุณา และความสนใจ เอาใจใส่ เช่น แม่ดูแลลูก พี่ดูแลน้อง ครูดูแลลูกศิษย์ เป็นต้น การเจ็บป่วยทางใจไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เหมือนกับการรักษาทางกาย สิ่งที่จะเยียวยาได้ คือ ใจของผู้ป่วยเอง ไปจนถึงใจของคนที่อยู่รอบข้าง เช่น ญาติ พ่อแม่ พี่น้อง ลูกหลาน แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลรักษา ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนช่วยเยียวยาให้ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคได้ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้วยการดูแลเอาใจใส่ อดทน และห่วงใยผู้ป่วยอย่างแท้จริง (Kosolchuenvijit, 2008)

ผลจากการสัมภาษณ์อาจารย์นิเทศในวิชาภาคปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ พบว่าพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนสามารถดูแลผู้สูงอายุด้วยจิตที่เมตตาดี บางคนให้การดูแลตามหน้าที่โดยไม่ได้คิดปรารถนาอะไรทำให้ผู้สูงอายุถูกละเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านจิตใจ เพราะนักศึกษาพยาบาลรุ่นใหม่จะไม่ค่อยคุยกับผู้ป่วยและทำงานตามหน้าที่ ดังนั้น ด้านร่างกายจึงมักได้รับการดูแลอย่างสมบูรณ์ แต่ด้านจิตใจนั้นยังต้องเพิ่มเติมและใส่ใจให้มากขึ้น แม้จะบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในรายวิชา

ดังนั้น การศึกษาการส่งเสริมเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรในนักศึกษาพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญเพื่อให้การรองรับสังคมผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ และควรส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุตั้งแต่ยังเป็นนักศึกษาพยาบาล เพราะอนาคตของนักศึกษาพยาบาล คือ พยาบาลวิชาชีพที่จะออกไปดูแลสังคมผู้สูงอายุ และเจตคติต่อผู้สูงอายุส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Abreu & Caldevilla, 2015; Ghimire et al., 2019; Jang et al., 2019) การที่พยาบาลวิชาชีพที่มีเจตคติที่ดี จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ที่ดีและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มควบคุม

2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

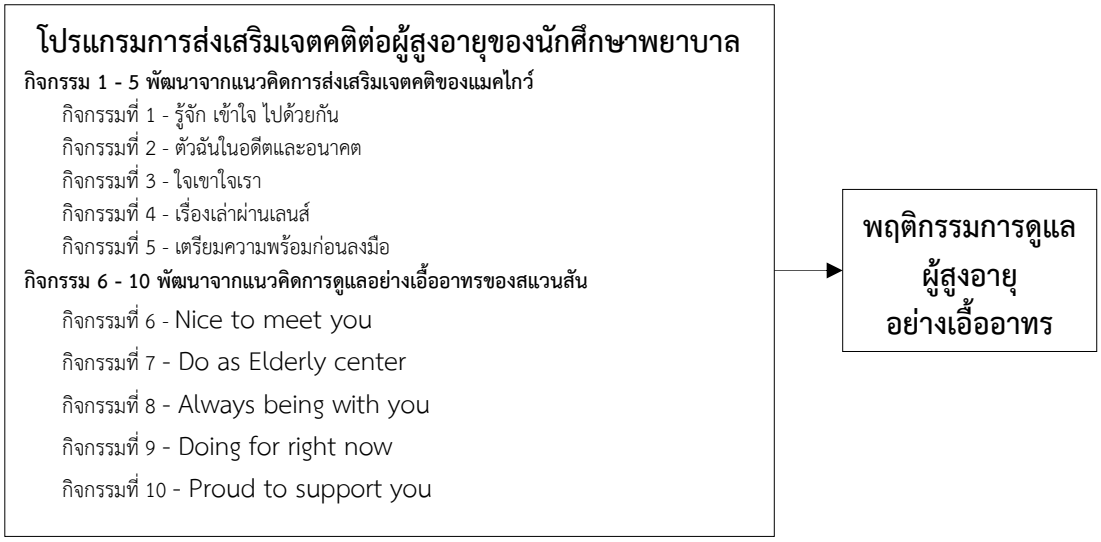
สมมุติฐานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ ภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดกระบวนการปรับเปลี่ยนเจตคติของ McGuire (1969) การเรียนรู้เชิงรุก (active learning) และการเรียนรู้โดยการสังเกตผ่านตัวแบบ (modeling) เพื่อส่งเสริมเจตตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993) มีรายละเอียดพอสังเขปดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 8 สัปดาห์

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวน 68 คน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) ผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1 (Faul, Erdfeder, Lang & Buchner, 2007) กำหนดรูปแบบการวิเคราะห์อำนาจจากการทดสอบก่อนการวิจัย (priori power analysis) สำหรับการทดสอบแบบทางเดียว กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power test) .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดเล็กเท่ากับ .02 (Rice, 2009) ได้ตัวอย่างอย่างน้อย 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างหรือมีการออกจากการวิจัยโดยมิได้รู้ล่วงหน้า ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 56 คน และ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) กลุ่มละ 28 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

เกณฑ์การคัดเข้า คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังขึ้นฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติ ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักการปรับเปลี่ยนเจตคติ 5 ขั้นของแมคไกว์ (McGuire, 1985) และแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993) กำหนดเป็นรูปแบบกิจกรรมเตรียมความพร้อม 5 กิจกรรม และกิจกรรมการลงมือปฏิบัติ 5 กิจกรรม ตามที่ปรากฏในกรอบแนวคิดการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ลักษณะครอบครัว จำนวนพี่น้อง และรายได้ครอบครัว

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน มีจำนวน 32 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด (1) จนถึง ปฏิบัติจริงมากที่สุด (5) ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 32 - 160 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยมากหมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ด้านความตรง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และอาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .67 - 1.00

2. ด้านความเที่ยง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรผ่านการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2564 เลขที่หนังสือรับรอง จว. 100/2564 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่รับจากการเข้าร่วมวิจัย และนักศึกษาพยาบาลมีสิทธิตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมตามความสมัครใจและสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ทั้งก่อนและขณะดำเนินกิจกรรมวิจัย โดยไม่มีผลต่อคะแนนการเรียนและการฝึกภาคปฏิบัติ เมื่อนักศึกษาพยาบาลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสาร และตอบแบบสอบถาม ในส่วนของการรักษาผลประโยชน์ให้กับกลุ่มควบคุมนั้น เมื่อผลการวิจัยออกมาแล้วได้ผลดี ผู้วิจัยจะทำการชดเชยให้กับกลุ่มควบคุม โดยจะได้รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังการสรุปผลการวิจัย ข้อมูลที่จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนของนักศึกษา และจะทำลายเอกสารเมื่อผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

1. การเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ และหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและขอใช้สถานที่ในการวิจัย

2. การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u> ได้รับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามมาตรฐานของรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล โดยผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่าง

เอื้ออาทร คนละประมาณ 10 – 15 นาที ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม และทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร อีกครั้งหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ รวมทั้ง ติดตามประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 8 และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ

กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยนัดหมายนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ทั้ง 28 คน ทำแบบประเมินพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร และแจ้งกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม วันละ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1) รู้จัก เข้าใจ ไปด้วยกัน
2) ตัวฉันในอดีตและอนาคต
3) ใจเขาใจเรา
4) เรื่องเล่าผ่านเลนส์
5) เตรียมความพร้อมก่อนลงมือ

สัปดาห์ที่ 2 ให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองฝึกภาคปฏิบัติ บนหอผู้ป่วย โดยมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เป็นเวลา 5 วัน และให้ทำ 5 กิจกรรม ดังนี้

1) Nice to meet you
2) Do as Elderly Center
3) Always being with you
4) Doing for right now
5) Proud to Support you

หลังเสร็จสิ้นการฝึกภาคปฏิบัติ ทำแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร และติดตามประเมินผลในครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 8) และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ เกรดเฉลี่ย ลักษณะครอบครัว จำนวนพี่น้อง รายได้ครอบครัว วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent *t*–test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.70 อายุอยู่ในช่วง 20 - 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 78.60 มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.01 - 3.50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 39.30 รองลงมาเป็นครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง/เสียชีวิต ร้อยละ 32.10 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน มากที่สุด ร้อยละ 60.70 ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,001 -30,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 39.30 รองลงมาต่ำกว่า 15,000 คิดเป็นร้อยละ 35.70 และมากกว่า 30,001 บาทต่อเดือนขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 25.00 ตามลำดับ

ในขณะที่นักศึกษาพยาบาล กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 92.90 อายุอยู่ในช่วง 20 - 21 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีเกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51 - 3.00 และ 3.01 - 3.50 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.70 ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีจำนวนพี่น้อง 2 คน มากที่สุด ร้อยละ 71.40 ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 35.80 รองลงมา เท่ากัน คือ 15,001 – 30,0000 และมากกว่า 30,001 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 32.10

2. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล พบว่า

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (p >.05) แต่หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 1

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลสูงกว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลอง และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (N = 56)

ระยะเวลา	การเปรียบเทียบ	*M*	*SD*	*t*	*p*
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง (*n*=28)	3.51	.29	-.122	.903
	กลุ่มควบคุม (*n*=28)	3.52	.31		
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง (*n*=28)	3.79	.26	3.139	.003
	กลุ่มควบคุม (*n*=28)	3.51	.27		
ระยะติดตามผล	กลุ่มทดลอง (*n*=28)	4.43	.32	3.424	.001
	กลุ่มควบคุม (*n*=28)	4.13	.33		

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล (n = 28)

ระยะเวลา	*M*	*Mean difference (MD)*			*F*	*p*
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล		
ก่อนการทดลอง	3.51		-.284*	-942*	118.571	.000
หลังการทดลอง	3.79			-641*		
ระยะติดตามผล	4.43					

* p< .05

การอภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลสามารถทำให้นักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรเพิ่มมากขึ้นในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ และมีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานแนวคิดการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยขั้นตอนการปรับเปลี่ยนเจตคติ 5 ขั้นของแมคไกว์ (McGuire, 1985) และแนวคิดการดูแลอย่างเอื้ออาทรของสแวนสัน (Swanson, 1993) ทำให้เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุแล้วทำให้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีเจตคติด้านบวกต่อการสูงอายุ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร (Celik, Kapucu, Tuna, & Akkus, 2017) และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรจะเกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan, Singhasem, and Naksrisang (2019) ที่พบว่า เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร เมื่อนักศึกษามีเจตคติที่ดีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นย่อมมีพฤติกรรมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเพิ่มมากขึ้น และยังมีผลต่อการแสดงออกถึงความเคารพ ให้เกียรติ ห่วงใยและใส่ใจบริการ เข้าใจและตระหนักในความเป็นผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Kumanjan et al., 2021; Wannakul, 2019)

2. นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร หลังการทดลองและระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ มีพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรในระดับมากและสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อธิบายได้จากโปรแกรมนี้ประกอบด้วย กิจกรรมที่ส่งเสริมเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุตามแนวคิดการส่งเสริมเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุของแมคไกว์ที่มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) รู้จัก เข้าใจ ไปด้วยกัน 2) ตัวฉันในอดีตและอนาคต 3) ใจเขาใจเรา 4) เรื่องเล่าผ่านเลนส์ และ 5) เตรียมความพร้อมก่อนลงมือ ซึ่งเมื่อใช้ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรของสแวนสันที่มี 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) Nice to meet you 2) Do as Elderly Center 3) Always being with you 4) Doing for right now และ 5) Proud to Support you ทำให้นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ตรงจากแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีความรู้ความเข้าใจต่อการดูแลสูงอายุมากขึ้น แม้ผู้สูงอายุจะมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการดูแลมากกว่าวัยอื่น และเสี่ยงต่อการถูกเพิกเฉยละเลยได้ง่าย จากตามองเห็นไม่ชัด การได้ยินลดลง เคลื่อนไหวช้า หรือถูกจำกัดกิจกรรม นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก็ยังมีความเข้าใจในธรรมชาติของวัยสูงอายุ มีเจตคติด้านบวกต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการเจตคติด้านบวกต่อผู้สูงอายุทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร สอดคล้องกับการศึกษาของ Khamwan, Malathum, and Jianvitayakij (2021) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ ได้แก่ เจตคติต่อผู้สูงอายุ กล่าวคือ เจตคติต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ เมื่อนักศึกษามีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ย่อมมีพฤติกรรมการพยาบาลอย่างเอื้ออาทรเพิ่มมากขึ้น และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่นักศึกษาแสดงออกนั้น ประกอบด้วยความรู้สึก คุณค่า วัฒนธรรม ประสบการณ์ และความเชื่อ ดังนั้น หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองจึงมีระดับพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทรสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเพิ่มสูงขึ้นแม้ในระยะติดตามผล 8 สัปดาห์ ที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะนักศึกษาพยาบาลเกิดความรู้สึกดีที่ได้

ทำสิ่งที่ดีที่ตนเองได้เคยทำ และเอาไปใช้ต่อแม้ในรายวิชาต่อมา จึงเกิดความยั่งยืนในการสร้างเจตคติต่อผู้สูงอายุและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร สามารถนำไปขยายผลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในกลุ่มการดูแลผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยวัยอื่น ๆ

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปสร้างเป็นแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลอย่างเอื้ออาทรในกลุ่มผู้มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางเสี่ยงต่อการถูกกระทำความรุนแรง เช่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุใน Nursing Home ศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

3. การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ขึ้นฝึกประสบการณ์ภาคปฏิบัติเป็นครั้งแรก ผู้สนใจอาจนำโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Celik, S. S., Kapucu, S., Tuna, Z., & Akkus, Y. (2017). Views and attitudes of nursing students towards ageing and older patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27*(4), 24-30.

Ghimire, S., Shrestha, N., Callahan, K. E., Nath, D., Baral, B. K., Lethak, N., & Singh, D. R. (2019). Undergraduate nursing student' knowledge of aging, attitudes toward and perception of working with older adults in Kathmandu Nepal. *International Journal of Nursing Sciences, 6*, 204-210.

Jang, I., Oh, D., & Kim, Y. S. (2019). Factors associated with nursing student' willingness to care for older adults in Korea and the United States. *International Journal of Nursing Sciences,* 426-431.

Khamwan, A., Malathum, P., & Jianvitayakij, S. (2021). Factors predicting professional nurses' caring behavior for older persons in a university hospital. *Ramathibodi Nursing Journal, 27*(1), 108-121.

Kosolchuenvijit, J. (2008). *A development of the instructional model through integrating Buddhist concepts to nurture caring behaviors in nursing students* (Doctor of education degree in research and development). Srinakarinwirot University, Bangkok.

Kumanjan, W., Kongkllo, K., Wattanasrisin, J., & Sukhumwang, K. (2017). Age friendly service in tambon health promoting hospital of Khuntalae, Suratthani province. *Journal of the Ministry of Public Health, 27*(Special Issue), 145-157.

Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2015). Predicting factors of age-friendly nursing care behavior by nursing students-nursing practice subject. *Journal of Nursing and Health Care, 33*(3), 70-79.

McGuire, W. J. (1985). Attitude and attitude change. In *The handbook of social psychology* (3rd ed.). New York, NY: Random House.

Nawsuwan, K., Singhasem, P., & Naksrisang, W. (2019). Essential competencies of registered nurses for the care of the elderly in an aging society. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health, 27*(1), 1-12.

Summawong, K., Somanusorn, S., & Sumngern, C. (2017). Factors related to elder abuse from perspective of older adults and family member. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 33*(1), 90-103.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *The Journal of nursing Scholarship, 25*(42), 352-357.

Wannakul, S. (2019). The study of age-friendly primary health care: Case study of primary care cluster, Ban Si Muat Klao sub district health promoting hospital, Mueang district, Lampang province. *Journal of Health Sciences Scholarship, 6*(2), 43-65.



ผลของรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ[1]

THE EFFECT OF THE BUDDHIST GROUP COUNSELING MODEL ON ENHANCING IDDHIPADA 4 AMONG POLICE NURSING STUDENTS

กาญจนา คงมั่น[2] สิทธิพร ครามานนท์[3] ฐาศุกร์ จันประเสริฐ[4]

Kanjana Kongman Sittiporn Kramanon Thasuk Junprasert

[1]ส่วนหนึ่งของปริญญานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Partial Fulfillment of Doctoral Dissertation in Applied Psychology,
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

[2]นิสิตปริญญาเอก สาขาจิตวิทยาประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ 10110
Graduate Student, Doctoral Degree in Applied Psychology, Behavioral Science Research Institute,
Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3]อาจารย์ ดร. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ 10110
Lecturer, Ph.D., Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพ 10110
Assistance Professor, Ph.D., Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3]Correspondence author E-mail: sittipornk@g.swu.ac.th

Received: *March 15, 2023*	Revised: *July 24, 2023*	Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มแนวพุทธต่ออิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลของการปรึกษากลุ่มแนวพุทธต่ออิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดอิทธิบาท 4 ซึ่งมีความเที่ยงตรงจากการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ หลังสิ้นสุดการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน มีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 3.45, M = 3.36, M = 3.49 และ M = 3.09 ตามลำดับ; F (1.877, 28.159) = 10.285, p = .001)

ดังนั้น ควรนำรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธไปใช้ในการพัฒนาอิทธิบาท 4 ให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปรับตัวและจัดการกับความเครียดในการเรียนและการใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ : อิทธิบาท 4, การปรึกษากลุ่มแนวพุทธ, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

This research employed a quasi-experimental design 1) to compare the effect of the Buddhist group counseling model on the Iddhipada 4 among police nursing students between the experimental and control groups, and 2) to compare the effect of the Buddhist group counseling model on the Iddhipada 4 among police nursing students in the experimental group before the experiment, immediately after the experiment, and during the 1-month and 4-month follow-up periods. The sample comprised 32 third-year police nursing students from the academic year 2021, divided into an experimental group and a control group, each consisting of 16 students. The experimental tool utilized was the Buddhist group counseling model, and data were collected using the Iddhipada 4 measurement scale, validated by five experts with a content validity index of .94 and proven Cronbach's alpha coefficient equaled to .93. Data analysis employed descriptive statistics and repeated measures ANOVA.

The results revealed that:

1. After the experiment, police nursing students in the experimental group that received the Buddhist group counseling model had higher mean scores of the Iddhipada 4 than those in the control group, which received conventional teaching at the significance level of .05.

2. Police nursing students in the experimental group, having received the Buddhist group counseling model, demonstrated higher mean scores of the Iddhipada 4 after the experiment and during the 1-month and 4-month follow-up periods than those before the experiment at a significance level of .05. (M = 3.45, M = 3.36, M = 3.49, and M = 3.09, respectively; F (1.877, 28.159) = 10.285, p = .001).

Therefore, the Buddhist group counseling model should be used to develop the Iddhipada 4 for nursing students, enabling them to adapt and manage the stress associated with studying and living independently.

Keywords: Iddhipada 4, Buddhist group counseling model, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพ ประชาชนจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปี พ.ศ. 2563 หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านการศึกษาและสุขภาพครั้งใหญ่มีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์เต็มรูปแบบหรือแบบผสมผสาน (Hybrid learning) มากขึ้น ทำให้

ผู้เรียนต้องปรับตัวในด้านการเรียน ซึ่งบางคนประสบปัญหาด้านการเรียน การปรับตัว และการใช้ชีวิต นำไปสู่การเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในที่สุด ข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยโดยกรมสุขภาพจิตในช่วง 18 เดือนของการระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 - 2564 พบว่า เด็กและวัยรุ่นมีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า มากถึงร้อยละ 32 มีภาวะเครียดสูง ร้อยละ 28 มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 22 และส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน การศึกษา และการจ้างงานในอนาคต (UNICEF Thailand, 2021)

สถานศึกษาจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือแก่เด็กและวัยรุ่นให้สามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ลดการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ส่งเสริมความสามารถด้านการเรียน ลดความเครียด และมองเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาในสาขาพยาบาลเป็นสาขาหนึ่งที่มีความกดดันในด้านการเรียนค่อนข้างมาก ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความเครียด โดยพบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ ปัจจัยภายในส่วนบุคคล เจตคติต่อวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย (Mokekhaow, Sukrapat & Promla, 2021) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เป็นชั้นที่มีการปรับเปลี่ยนประสบการณ์ทางคลินิกจากระดับปานกลางไปสู่ระดับที่สูงขึ้น และมีความเครียด ความวิตกกังวล จากการถูกคาดหวังในเรื่องผลการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติงานที่เพิ่มมากขึ้น (Bundasak, Chaowiang, Jungasem, Rojana, & Thainkumsri, 2017) และข้อมูลจากการสัมภาษณ์นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้สึกกังวลในการขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลมาก กลัวทำผิดพลาด ไม่มั่นใจในความรู้ของตนเอง

การให้การปรึกษาที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาที่ดีตลอดจนช่วยลดความเครียด เพิ่มศักยภาพด้านการเรียนรู้ของผู้เรียน เกิดความอดทน มุ่งมั่นตั้งใจในการฝ่าฟันอุปสรรคที่เกิดขึ้น มีการคิดไตร่ตรองในการแก้ปัญหา สามารถรับมือกับสิ่งที่เผชิญได้อย่างเหมาะสม สามารถตัดสินใจหาทางออกได้ด้วยตนเอง และนำไปสู่ความสำเร็จทางด้านการเรียนและการใช้ชีวิต (Phoyen, 2021) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับหลักอิทธิบาท 4 ของศาสนาพุทธ ดังนี้ 1) ฉันทะ คือ การมีใจรักปรารถนาจะทำให้สิ่งนั้นบรรลุเป้าหมาย 2) วิริยะ คือ การมีความเพียร มุ่งมั่นทำสิ่งนั้นให้สำเร็จ 3) จิตตะ คือ การมีใจ จดจ่อ มีสมาธิ ในการทำงาน และ 4) วิมังสา คือ การใช้ปัญญาพิจารณาและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น (Payutto, 2005) ซึ่งการนำหลักธรรมทางศาสนามาผสมผสานกับการปรึกษาทางจิตวิทยาจะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจตนเองเพิ่มขึ้น

การปรึกษากลุ่มแนวพุทธเป็นการนำหลักธรรมในพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการให้การปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจตนเองและสามารถแก้ปัญหาในใจหรือจิตใจของตนเองได้ (Peuchthonglang, Punnadharo, & Panyo, 2008) การปรึกษากลุ่มแนวพุทธ ประกอบด้วย 1) กระบวนการแก้ไขปัญหาของบุคคลตามแนวคิด 4F-TIR ประกอบด้วย 4F ได้แก่ Facilitate Disclosure เป็นการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเปิดเผยเรื่องราว Facilitate Interaction เป็นการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน Facilitate Growth เป็นการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความงอกงามในตนเอง และ Facilitate Counseling เป็นการเอื้อให้สมาชิกกลุ่มแก้ไขปัญหาที่ไม่สบายใจ เมื่อสมาชิกกลุ่มมีจิตใจที่เป็นกุศลจากกระบวนการ 4F แล้ว ผู้นำกลุ่มจะเอื้อให้สมาชิกเกิดความพร้อมพัฒนาตนเองใน 3 ภาวะ (TIR) ได้แก่ การเชื่อมสมาน (T: tuning in) การพินิจรอยแยก (I: identify split) และการเข้าใจเห็นจริง (R: realization) เมื่อบุคคลปฏิบัติดังกล่าว จะเกิดความเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้ด้วยปัญญา (Pokeao, 2022) 2) หลักอริยสัจ 4 ประกอบด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค เป็นฐานของการทำความรู้จัก เข้าใจ และ

แก้ปัญหาในใจ สามารถจัดการกับจิตใจฝ่ายอกุศลและพัฒนาจิตใจฝ่ายกุศลให้เกิดเป็นปัญญาได้ (Pokeao, 2022) 3) หลักไตรลักษณ์ ประกอบด้วย อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา สืบหาสาเหตุ และไตร่ตรองพิจารณาปัญหาด้วยปัญญา 4) หลักการคิดอย่างแยบคายหรือที่เรียกว่า “โยนิโสมนสิการ” เป็นการพัฒนาความคิดเห็น ความเข้าใจ และการใช้ปัญญาใคร่ครวญสิ่งต่าง ๆ ตามหลักอริยสัจ 4และ 5) หลักกัลยาณมิตรธรรม 7 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลต้องใช้ร่วมกับแนวคิดทั้ง 4 ที่กล่าวมา เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน และเกิดปัญญาจากการร่วมคิดแก้ไขปัญหา นำไปสู่การเพิ่มสุขภาวะทางจิต (Tonpaibool, 2019) การเพิ่มการควบคุมตนเอง (Mukdee, Srikhruedong, & Kongsuriyanawin, 2017) และช่วยลดความเครียดให้กับนักศึกษาพยาบาลได้ (Chiangkuntod, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธที่ใช้แนวคิด 4F–TIR หลักอริยสัจ 4 หลักไตรลักษณ์ หลักโยนิโสมนสิการ และหลักกัลยาณมิตรธรรม 7 ในการเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ให้กับนักศึกษาพยาบาลตำรวจ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลตำรวจได้รู้จักและเข้าใจตนเอง เมื่อมีปัญหาสามารถใช้ปัญญาในการเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จนนำไปสู่ความสำเร็จในด้านการเรียนพยาบาลและการใช้ชีวิต เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

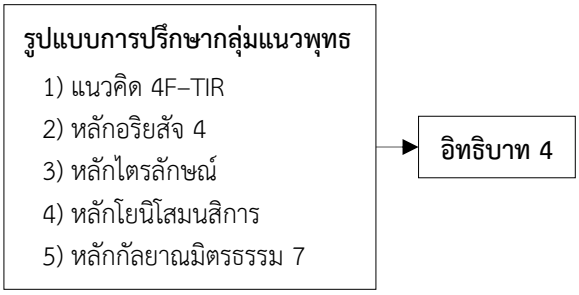
2. เพื่อเปรียบเทียบอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน

สมมุติฐานวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ มีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2564 วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ จำนวน 78 คน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2564 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ผ่านโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพลเท่ากับ .60 โดยคำนวณมาจากการศึกษาของ Tantranont, Supavititpatana, Sriarporn, Ragsakun, Suankaew, and Dhatsuwan (2022) ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 จำนวนครั้งในการวัดซ้ำ

4 ครั้ง (ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ติดตามผล 1 เดือน และติดตามผล 4 เดือน) และการวิจัยนี้แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้ขนาดของตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างที่ศึกษาระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016) จะได้ตัวอย่างกลุ่มละ 10 คน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้เป็นการให้การปรึกษาแนวพุทธที่เป็นกลุ่มทางจิตวิทยา ที่ต้องอาศัยความร่วมมือภายในจึงต้องมีสมาชิกต่อกลุ่มประมาณ 8 คน (Corey, 2012) ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีกลุ่มอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน แยกเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ จำนวน 16 คน รวมตัวอย่างทั้งสิ้น 32 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 ในระดับระดับปานกลางหรือต่ำกว่า 3.51

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา ได้แก่ แนวคิด 4F-TIR หลักอริยสัจ 4 หลักไตรลักษณ์ หลักโยนิโสมนสิการ และหลักกัลยาณมิตรธรรม 7 ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน คือ อาจารย์ด้านจิตวิทยาและหลักธรรมในพระพุทธศาสนา 3 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญจิตวิทยา 1 ท่าน และพระสงฆ์ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านจิตวิทยาการปรึกษา 1 ท่าน ได้ออกมาเป็นรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวม 8 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธโดยสังเขป ดังนี้

ครั้งที่ 1 “สายสัมพันธ์ฉันและเธอ” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพ ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ กิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับกับกลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 2 “เส้นทางชีวิตของฉัน”เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมฉันทะเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลทบทวนเหตุผลการเลือกเรียนพยาบาล

ครั้งที่ 3 “ศรัทธาในวิชาชีพ” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมจิตตะให้นักศึกษาพยาบาลทำการระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในการดูแลผู้ป่วย และให้นักศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มแบ่งปันความรู้สึกและสะท้อนคิดร่วมกันจากการได้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความศรัทธาในวิชาชีพพยาบาล

ครั้งที่ 4 “ชนะอุปสรรคได้ด้วยความเพียร” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมวิริยะให้นักศึกษาพยาบาลสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลที่ท้าทาย และแนวทางการปฏิบัติเพื่อก้าวผ่านเหตุการณ์นั้น

ครั้งที่ 5 “ชนะอุปสรรคได้ด้วยความเพียร” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความเข้าใจในอริยสัจ 4 โดยให้นักศึกษาพยาบาลได้เล่าถึงปัญหา อุปสรรคในการเรียนและผลที่เกิดขึ้น จากนั้นให้นักศึกษาพยาบาลร่วมกันสะท้อนคิดความทุกข์ตามวิธีคิดโยนิโสมนสิการและอริยสัจ 4 เพื่อพิจารณาปัญหา สาเหตุของปัญหา การคลี่คลายทุกข์ และแนวทางการแก้ไข และมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลเลือกปัญหาด้านการเรียนมา 1 เรื่อง เพื่อนำมาเล่าครั้งถัดไป

ครั้งที่ 6 “เผชิญปัญหาด้วยปัญญา” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมวิริยะ จิตตะ วิมังสา ให้นักศึกษาพยาบาลเล่าปัญหาที่เลือกไว้จากครั้งที่ 5 และให้พิจารณาตามหลักอริยสัจ 4 จากนั้นให้ทบทวนการแก้ปัญหาโดยใช้ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา

ครั้งที่ 7 “สุขใจในการทำหน้าที่” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา โดยให้นักศึกษาพยาบาลดูวิดีทัศน์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณ และให้นักศึกษาพยาบาลใน

กลุ่มเล่าประสบการณ์และความรู้สึกจากการดูแลผู้ป่วย โดยให้เชื่อมโยงกับการมีใจรักพยาบาล

ครั้งที่ 8 “ปิติสุขในวิถีการเป็นพยาบาล” เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา ให้กับนักศึกษา โดยให้พิจารณาเป้าหมายในการเรียน วิธีการ อุปสรรค ผ่านการวาดรูปและเขียนจดหมายให้กำลังใจตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบวัดอิทธิบาท 4 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย และเหตุผลในการเลือกเรียนพยาบาล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอิทธิบาท 4 ประกอบด้วย 4 ด้าน 39 ข้อ ได้แก่ ด้านฉันทะ 10 ข้อ ด้านวิริยะ 10 ข้อ ด้านจิตตะ 10 ข้อ และด้านวิมังสา 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) จนถึง มากที่สุด (5) แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย มีเกณฑ์ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง มีอิทธิบาท 4 ระดับมากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง มีอิทธิบาท 4 ระดับมาก

2.51 - 3.50 หมายถึง มีอิทธิบาท 4 ระดับปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง มีอิทธิบาท 4 ระดับน้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง มีอิทธิบาท 4 ระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .94 และผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยการนำแบบวัดอิทธิบาท 4 ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่หนังสือรับรอง จว145/64 ลงวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 สิ้นสุดวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิของนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งนักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้โดยไม่ส่งผลต่อคะแนนและผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น และภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจัดกลุ่มการปรึกษาแนวพุทธให้กับกลุ่มควบคุมที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเป็นการชดเชยที่ในตอนแรกไม่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเข้าพบนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัย แล้วทำการคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าโดยใช้แบบวัดอิทธิบาท 4 หลังจากนั้น สุ่มตัวอย่างมาเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม - 3 มิถุนายน พ.ศ. 2565 โดยกลุ่มควบคุมได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่ม A และ กลุ่ม B) กลุ่มละ 8 คน โดยกลุ่ม A จะได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ จำนวน 8 ครั้ง ในเวลาเวลา 9.00 - 12.00 น. และกลุ่ม B ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ จำนวน 8 ครั้ง ในเวลา 13.00 - 16.00 น. เมื่อสิ้นสุดการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดอิทธิบาท 4 และติดตามผลอิทธิบาท 4 ซ้ำอีก 1 เดือน และ 4 เดือน หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent *t*-test

3) เปรียบเทียบอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 4 เดือน โดยใช้ Repeated measure ANOVA ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 เกรดเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ระหว่าง 2.51 - 3.00 คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมาอยู่ระหว่าง 3.01 - 3.50 คิดเป็นร้อยละ 37.50 เหตุผลในการเรียนพยาบาล คือ เลือกเรียนเพราะตนเองและครอบครัว อย่างละเท่า ๆ กัน คือ ร้อยละ 50

ในขณะที่กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 100 เกรดเฉลี่ยมากสุดอยู่ระหว่าง 3.01 - 3.50 คิดเป็นร้อยละ 75 เหตุผลในการเรียนพยาบาล คือ เลือกเรียนเพราะครอบครัวมากที่สุด ร้อยละ 62.50

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ในระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 3.09, SD = .22 และ M = 3.19, SD = .21 ตามลำดับ, t = -1.69, p = .112) ในขณะที่ระยะหลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.78, p = .014; t = 3.13, p = .007 และ t = 2.46, p = .027 ตามลำดับ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ (N = 32)

อิทธิบาท 4	กลุ่มทดลอง (n = 16)		กลุ่มควบคุม (n = 16)		t	p
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง	3.09	.22	3.19	.21	-1.69	.112
หลังการทดลอง	3.45	.33	3.26	.19	2.78	.014
การติดตามผล 1 เดือน	3.36	.25	3.14	.18	3.13	.007
การติดตามผล 4 เดือน	3.49	.36	3.27	.21	2.46	.027

3. ผลการเปรียบเทียบอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = .36, MD = .27 และ MD = .39, p < .05 ตามลำดับ; F (1.877, 28.159) = 10.285, p = .001) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน (*n* =16)

ระยะเวลา	*M*	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การติดตามผล 1 เดือน	การติดตามผล 4 เดือน	*F*	*p*
ก่อนการทดลอง	3.09		.36*	.27*	.39*	10.29	.001
หลังการทดลอง	3.45		-	-.09	.04		
การติดตามผล 1 เดือน	3.36			-	.12		
การติดตามผล 4 เดือน	3.49				-		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีการบูรณาการแนวคิดการปรึกษาทางจิตวิทยาและหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาเข้าด้วยกันทำให้การดำเนินการปรึกษาเป็นไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอน โดยรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธที่พัฒนาขึ้นในแต่ละขั้นตอน ได้มีการสอดแทรกการส่งเสริมอิทธิบาท 4 ดังนี้ 1) การส่งเสริมการเกิดฉันทะ โดยให้นักศึกษาทบทวนเหตุผลการเข้าเรียนพยาบาล และชี้ให้เห็นถึงคุณค่าของวิชาชีพพยาบาล ประโยชน์ของงานที่ทำว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว ต่อสังคม และต่อประเทศชาติอย่างไร ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความรักความพอใจและต้องการที่จะทำงานในวิชาชีพพยาบาลต่อไป ซึ่งพบในกระบวนการให้การปรึกษากลุ่มแนวพุทธในครั้งที่ 2, 7 และ 8 สอดคล้องกับ Suwannapha (2008) ที่พบว่า การเข้ากลุ่มปรึกษาเชิงจิตวิทยาแนวพุทธส่งผลให้เกิดการรับรู้ถึงหน้าที่บทบาทของตัวเองอย่างชัดเจน พร้อมที่จะทบทวนตนเองอยู่เสมอ 2) การส่งเสริมการเกิดวิริยะ โดยให้นักศึกษาสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การขึ้นฝึกปฏิบัติและแนวทางการก้าวผ่านเหตุการณ์ ซึ่งกิจกรรมนี้จะชี้ให้นักศึกษาเห็นถึงความพยายาม ความอดทนเข้มแข็ง การไม่ย่อท้อในอุปสรรคของงานที่ทำ ซึ่งพบในกระบวนการให้การปรึกษากลุ่มแนวพุทธในครั้งที่ 4, 6, 7 และ 8 สอดคล้องกับ Changrangkarn (2021) ที่พบว่า กลุ่มการปรึกษาแนวพุทธส่งเสริมให้เกิดความอดทน มุ่งมั่นและเพียรพยายามในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ 3) การส่งเสริมการเกิดจิตตะ โดยให้นักศึกษาพิจารณาและศึกษารายละเอียดของงานที่มอบหมายให้เข้าใจด้วยความตั้งใจ ซึ่งรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธนี้มีการให้นักศึกษาได้รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายจดจ่อกับการศึกษาค้นคว้า เพื่อนำความรู้ที่ได้มาอภิปรายผลและงานที่ได้รับมอบหมาย โดยพบในกระบวนการให้การปรึกษากลุ่มแนวพุทธในครั้งที่ 3, 6, 7 และ 8 สอดคล้องกับ Patipatwutikul (2012) ที่พบว่า การปรึกษาแนวพุทธมีผลทำให้นักศึกษาแสดงถึงพฤติกรรมของความตั้งใจ มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน ไม่มีการล้มเลิกความตั้งใจในการทำงาน 4) การส่งเสริมการเกิดวิมังสา โดยให้นักศึกษาได้มีการค้นหาวิธีการปฏิบัติงานที่ดีกว่าเดิม คิดแก้ปัญหา และมีการปรับปรุงงานนั้นอยู่เสมอ ซึ่งพบในกระบวนการให้การปรึกษากลุ่มแนวพุทธในครั้งที่ 6, 7 และ 8 สอดคล้องกับ Srirattanawongse & Silasutho (2018) ที่พบว่า การปรึกษาแนวพุทธช่วยให้ผู้รับการปรึกษามองเห็นปัญหา แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม จากรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธจะเห็นได้ว่าในการพัฒนาอิทธิบาท 4 ต้องพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการ

มีการสอดแทรกแนวทางปฏิบัติที่ทำให้เกิดอิทธิบาท 4 ในแต่ละขั้นตอนอย่างต่อเนื่อง และเกื้อหนุนกันทั้ง 4 องค์ประกอบ ในระยะเวลาที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ย อิทธิบาท 4 หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเป็นการให้การปรึกษาที่นำหลักธรรมในพระพุทธศาสนามาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมทั้ง 8 ครั้ง โดยการให้ความรู้แก่นักศึกษาและลงมือปฏิบัติตามรูปแบบของการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีองค์ความรู้ เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องและต้องการเรียนรู้ด้วยตนเอง นอกจากนี้เมื่อนักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ด้วยตนเอง ทั้ง 8 ครั้ง โดยมีการอภิปรายวิดีทัศน์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม เล่าประสบการณ์เดิมที่เกิดขึ้น ทำให้นักศึกษาเกิดการทบทวนปัญหา ตระหนักถึงประสบการณ์เดิมของตนเอง มีการแบ่งปันความรู้สึกหรือเหตุการณ์ที่เผชิญร่วมกัน สะท้อนคิดเกี่ยวกับปัญหา ฝึกคิดหาสาเหตุ และหาแนวทางการแก้ไขเพื่อก้าวผ่านปัญหาได้ด้วยปัญญาของตนเอง จนเกิดเป็นความรู้และทักษะส่วนบุคคลติดตัวในระยะยาว สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantiwat (2017) ที่พบว่า รูปแบบการให้การปรึกษาตามหลักพุทธธรรมทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ กิจกรรมในครั้งที่ 8 ของการปรึกษากลุ่มแนวพุทธครั้งนี้ ได้ให้นักศึกษากำหนดเป้าหมายในการเรียนพยาบาลให้ประสบความสำเร็จ และสร้างแนวทางในการปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งกิจกรรมนี้ช่วยให้นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการมีอิทธิบาท 4 ในการเรียน และเมื่อนักศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของอิทธิบาท 4 แล้วนั้น จะทำให้เกิดการคงอยู่ของอิทธิบาท 4 ส่งผลให้กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมีค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 หลังการทดลอง การติดตามผล 1 เดือน และการติดตามผล 4 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jaroonjaruwutthana, Kuttasilo, Chanreang, and Khotsupo (2016) ที่พบว่าหลักคำสอนอิทธิบาท 4 เป็นแนวทางนำไปสู่ความสำเร็จในการเรียนและช่วยให้นักศึกษาเรียนได้สำเร็จตามความมุ่งหมาย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธ ในระยะการติดตามผล 1 เดือน จะมีคะแนนลดลงจากหลังการทดลองเล็กน้อย และมาเพิ่มสูงขึ้นในระยะติดตามผล 4 เดือน อาจเป็นเพราะเมื่อนักศึกษามีภารกิจในการเรียนการสอนที่หนักขึ้น อาจไม่ได้ใช้รูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธครบทั้งหมดในการส่งเสริมอิทธิบาท 4 แต่เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคมากขึ้น นักศึกษาจะนำรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธมาใช้ตามขั้นตอนมากขึ้น จึงทำให้ค่าเฉลี่ยอิทธิบาท 4 สูงขึ้นในระยะติดตามผล 4 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 นี้ เหมาะสำหรับผู้ที่มีพื้นฐานด้านจิตวิทยาการปรึกษา สำหรับผู้สนใจทั่วไปควรศึกษาเพิ่มเติมในหลักการปรึกษาทางจิตวิทยา และหลักธรรมในพระพุทธศาสนา รวมทั้งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปประยุกต์ใช้

2. การนำรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ไปใช้ ควรนำไปใช้เต็มรูปแบบ เนื่องจากการส่งเสริมให้เกิดอิทธิบาท 4 ได้นั้น ต้องอาศัยทั้งฉันทะ วิริยะ จิตตะ และวิมังสา

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเน้นการฝึกปฏิบัติตามแนวพุทธร่วมกับการใช้รูปแบบการปรึกษากลุ่มเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 หรือนำรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ไปใช้ในนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

Bundasak, T., Chaowiang, K., Jungasem, N., Rojana, S., & Thainkumsri, K. (2017). Affecting factors on nursing students anxiety while practicing in intensive care unit. *Journal Prapokklao Hospital Clinic Medical Education Center, 34*(1), 6-16.

Changrangkarn (Phrapalad Anon). (2021). *The development of psychological well-being of registered nurses through Buddhist group counseling* (Dissertation of counseling psychology). Faculty of Education, Burapha University, Chonburi.

Chiangkuntod, S. (2019). The development of stress management program following Buddhist psychology for nursing students at faculty of nursing, Siam university. *Journal of Graduate Studies Review, 15*(1), 184-195.

Corey, G. (2012). *Theory and practice of group counseling* (8th ed.). Canada: Nelson Education.

Gupta, K. K., Attri, J. P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trials! Saudi. *Journal of Anesthesia, 10*, 328-331.

Jaroonjaruwutthana, O., Kuttasilo, D., Chanreang, T., & Khotsup, P. (2016). An integration of the principle of fourfold Iddhipada with the teaching methodology in non-formal and informal education of Haiya sub-district, Muang district, Chiang Mai province. *Journal of Graduate Research, 7*(2), 183-194.

Mokekhaow, K., Sukrapat, W., & Promla, W. (2021). Factors related to stress of nursing students. *Journal of Nursing Science & Health, 44*(2), 60-71.

Mukdee, S., Srikhruedong, S., & Kongsuriyanawin, W. (2017). Development of a self-regulation program based on the concept of Buddhist psychology for nursing students at Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(1), 46-55.

Patipatwutikul, W. (2012). *The effect of Buddhist personal growth and counseling group on personal growth initiative and coping of high school students* (Master of education, counseling psychology). Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, Bangkok.

Payutto (Phra Brahmagunabhorn). (2005). *Dictionary of Buddhism* (13th ed.). Nonthaburi: S.R. Printing-mass product.

Peuchthonglang, P., Punnadharo, B., & Panyo, A. (2008). The processes and skills of Buddhist psychology counseling. *Journal of Philosophy and Religion, 14*(1), 1-31.

Phoyen, K. (2021). Counseling psychology: The important instrument for solving student's problem. *Journal of Education, Silpakorn University, 19*(2), 11-27.

Pokeao, S. (2022). *An application of the four nobles truths to counselling process for developing, treating, and healing: Concepts, ways, experience and research*. Samut Sakhon: Pimdee.

Srirattanawongse, S., & Silasutho, K. (2018). Buddhist counseling. *Journal of MCU Humannities Review, 4*(2), 1-12.

Suwannapha, B. (2008). *Research report, the story of right view of students at Nakhon Ratchasima Rajabhat university After joining the Buddhist psychological counseling group*. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Rajabhat University.

Tantiwat, S. (2017). The integration of Buddhist principles in student counseling for sustainable development. *Mahachula Academic Journal, 4*(2), 170-184.

Tantranont, K., Supavititpatana, B., Sriarporn, P., Ragsakun, N., Suankaew, S., & Dhatsuwan, J. (2022). Effectiveness of Sammathithi development program on stress level among nursing students. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 23*(2), 129-137.

Tonpaibool, C. (2019). Effects of the Buddhist personal growth and counseling group on psychological well–being of Sisaket Rajabhat university students. *Sisaket Rajabhat University Journal, 13*(1), 126-135.

UNICEF Thailand. (2021). *COVID-19 pandemic continues to drive poor mental health among children and young people.* Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/press-releases/covid-19-pandemic-continues-drive-poor-mental-health-among-children-and-young-people



การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการจัดการระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

EXPLORATORY FACTOR ANALYSIS OF HEALTH SERVICE SYSTEM MANAGEMENT COMPONENTS AT SRISANGWAN HOSPITAL, MAE HONG SON PROVINCE

มัลลิกา จีนาคำ[1] ประสพชัย พสุนนท์[2]
Mullika Jeenakum Prasopchai Pasunon
[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58000
Public Health Technical Officer, Senior professional Level, Service Development and Health Service Support
Srisangwan hospital, Mae Hong Son, 58000, Thailand
[2]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร จังหวัดเพชรบุรี 76000
Associate Professor, Dr., Faculty of Management Science, Silpakorn University, Phetchaburi, 76000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: prasopchai@ms.su.ac.th

Received: *December 27, 2023* Revised: *December 24, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และ 2) ศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพต่อความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ ตัวอย่าง คือ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างประจำ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการจัดการระบบบริการสุขภาพและแบบสอบถามความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 – 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การทำงานเป็นทีม การบริหารกลยุทธ์ และภาวะผู้นำ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ได้ร้อยละ 50.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R = .709, R^2 = .502, $R^2_{Adjusted}$ = 49.8, p < .05)

คำสำคัญ : การจัดการ, ระบบบริการสุขภาพ, การวิเคราะห์องค์ประกอบ

Abstract

This research was descriptive research aiming to 1) study the components of the health service system management of Srisangwan hospital and 2) examine the influence of these components in the success of health service system management. The sample included government officers, government employees ministry of public health staff, and full-time employees of Srisangwan hospital, totaling 400 participants. The research instruments were the health service system management questionnaire and the questionnaire about the success of health service system management, both demonstrating an index of item-objective congruence (IOC) between .67 and 1.00, with Cronbach's alpha coefficients of .98 and .95, respectively. Descriptive analysis, exploratory factor analysis, and multiple linear regression analysis were employed for data analysis.

The findings revealed that the health service system management at Srisangwan hospital comprises three components: teamwork potential, strategic management, and leadership. Together, these three elements can predict the success of Srisangwan hospital's health service system management at 50.20%, with statistical significance at the .05 level. (R = .709, R^2 = .502, $R^2_{Adjusted}$ = 49.8, p < .05).

Keywords: management, health service system, factor analysis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้กำหนด องค์ประกอบสำคัญที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไว้ 6 ส่วน (6 Building Block of health system) ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (World Health Organization, 2010) ระบบบริการสุขภาพ (health service system) เป็นบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุน ที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป (Ministry of Public Health, 2016)

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนด 3 ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง และการใช้เทคโนโลยีระดับสูง และราคาแพง โดยกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งประเทศอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ยังได้กำหนดแผนงาน และตัวชี้วัดในการกำกับติดตามไว้ถึง 14 แผนงาน 38 โครงการ และ 65 ตัวชี้วัด (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, 2022) ทุกโรงพยาบาลต้องจัดระบบ บริการสุขภาพตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานของโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital Accreditation: HA) ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (สรพ.) กำหนด

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์เป็นโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ S (ขนาด 150 เตียง) มุ่งเน้นการเข้าถึง บริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน พัฒนา สมรรถนะบุคลากรและระบบสนับสนุนบริการที่มีประสิทธิภาพ (Srisangwan hospital, 2020) การจัดระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุขสำหรับโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ยังประสบปัญหาหลายประการ เช่น ปัญหาประสิทธิภาพบริการ คุณภาพบริการ การเข้าถึงบริการ ระบบส่งต่อ ความแออัดของผู้มารับบริการ การจัดการระบบ

บริการสุขภาพในโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จจะเกิดขึ้นได้นั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบของการจัดการและระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ครบถ้วน เหมาะสมกับบริบทและศักยภาพที่แท้จริงของโรงพยาบาล (Srisangwan hospital, 2020)

ความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ นอกจากวัดตามกรอบทฤษฎีเชิงระบบที่ประกอบด้วย วิธีการเชิงระบบ การจัดการสภาพแวดล้อม หรือองค์ประกอบภายในองค์กรให้มีความพร้อมและมีศักยภาพที่สนับสนุนให้กระบวนการการปฏิบัติสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายทุกระดับ ภายใต้งบประมาณและทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด โดยทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน สนับสนุนซึ่งกันและกัน นำสู่กระบวนการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้แล้ว (Loka, 2016) นอกจากนี้ ยังสามารถใช้แนวคิด 7'S McKinsey สำหรับองค์ประกอบการจัดการบริการสุขภาพ (Waterman, Peters, & Phillips, 1980; Peters, 2011) ที่ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ แนวคิดเชิงกลยุทธ์ ความชัดเจนของโครงสร้างองค์กร การทำงานเป็นระบบ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะของบุคลากร และค่านิยมร่วม ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงความเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีเชิงระบบกับกระบวนการ 7S McKinsey แล้ว จะพบว่า ความสำเร็จขององค์กรน่าจะประกอบด้วยความพร้อมขององค์ประกอบภายในองค์กรและแนวทางการบริหารจัดการที่เป็นระบบจะสนับสนุนให้การขับเคลื่อนและพัฒนาองค์กรไปในทิศทางที่เหมาะสมกับบริบท และบรรลุตามเป้าหมายของแต่ละองค์กร

โรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพเพื่อขับเคลื่อนตามนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น ควบคู่กับการจัดระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการให้ระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการจัดการระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน เพื่อมุ่งหวังได้ข้อมูลองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ สามารถกำหนดกลยุทธในการพัฒนาสถานพยาบาลให้เกิดการจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความพร้อมในการเติบโตไปในทิศทางที่เหมาะสม ต่อเนื่องและยั่งยืน (sustainable organization)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลขององค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพต่อความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย

ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ 4 ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างประจำ จำนวน 507 คน

ตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ 4 ประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างประจำ ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามจำนวนที่ได้จากการคำนวณตามสูตรของ Yamane (1967) ที่ขนาดประชากร 507 คน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 5% ความเชื่อมั่นในการทดสอบเท่ากับ 95 % จะได้ขนาดตัวอย่างประมาณ 224 คน แต่ในการวิจัยนี้มีบุคลากรสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 400 คน ตามที่ได้ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาองค์กร การวิจัยนี้จึงใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สังกัดกลุ่มภารกิจ ประเภทตำแหน่ง ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเติมคำ และแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด 7S McKinsey ประกอบด้วย 7 ด้าน คือ ด้านแนวคิดเชิงกลยุทธ์ (strategy) ความชัดเจนขององค์กร การทำงานเป็นระบบ ภาวะผู้นำ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ทักษะของบุคลากร ค่านิยมร่วม จำนวน 37 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง มากที่สุด และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด 1 - 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 3.51 - 4.50 เห็นด้วยมาก และ 4.51 - 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

3. แบบสอบถามความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ที่มีองค์ประกอบที่พึงประสงค์ 6 อย่าง ประกอบด้วย ระบบบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 5 หมายถึง มากที่สุด และ 1 หมายถึง น้อยที่สุด การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1 - 1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 1.51 - 2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 2.51 - 3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 3.51 - 4.50 เห็นด้วยมาก และ 4.51 - 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

แบบสอบถามองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพและแบบสอบถามความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเชี่ยวชาญด้านการจัดการระบบสุขภาพ ด้านสถิติวิจัย และด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 - 1.00 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามฉบับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับบุคลากรที่ไม่ใช่ตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 และ .95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2565 หมายเลขรับรอง MHS REC 022.2565 และได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ให้ดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือประชาสัมพันธ์เชิญชวนบุคลากรของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์เข้าร่วมการวิจัย และมีการชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้สนใจเข้าร่วมการวิจัย และให้สิทธิแก่บุคลากรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ การนำเสนอข้อมูลจะทำเป็นภาพรวม และไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อเป็นการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดแม่ฮ่องสอน และโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และประสานเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เพื่อเข้าไปอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย และได้แจกแบบสอบถามให้ตัวอย่างทำด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามคนละ 30 – 60 นาที หลังจากนั้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) ขององค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปร (principal components analysis: PCA) และหมุนแกนแบบมุมฉาก (orthogonal rotation) ด้วยวิธีแวริแมกซ์ (varimax method) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ มากกว่า .50 ขึ้นไป (Wattanasirichaigoon, 2009) และกำหนดจำนวนข้อคำถามในหนึ่งคุณลักษณะควรมีอย่างน้อย 3 ข้อขึ้นไป ต่อ 1 องค์ประกอบ แล้วจึงกำหนดชื่อคุณลักษณะใหม่

3. วิเคราะห์อิทธิพลขององค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพต่อความสำเร็จของการจัดการ ระบบบริการสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณ

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 76.0 อายุระหว่าง 30 - 40 ปี ร้อยละ 35.00 ระดับการศึกษาสูงสุดเป็นระดับปริญญาตรีร้อยละ 82.80 สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลร้อยละ 47.00 ทำงานในตำแหน่งข้าราชการ 76.00 และมีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ 11 - 20 ปี ร้อยละ 62.50

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) ขององค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพ พบว่าข้อคำถามที่นำมาวิเคราะห์องค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันมากพอจะวิเคราะห์องค์ประกอบได้ และมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ โดยมีค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .956 ซึ่งมีค่ามากกว่า .50 และเข้าใกล้ 1.00 และผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity พบ Chi-square เท่ากับ 15915.298 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ที่ระดับ .05 อีกทั้ง ข้อคำถามที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) มากกว่า .50 ขึ้นไป พบมีจำนวน 34 ข้อ จาก 37 ข้อ ซึ่งสามารถแบ่งองค์ประกอบ การจัดการระบบบริการสุขภาพที่เดิมมี 7 ด้าน แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ จากการมีค่า Eigen values มากกว่า 1 และร้อยละความแปรปรวนสะสมเท่ากับ 68.33 จะได้องค์ประกอบของการจัดการระบบบริการสุขภาพที่แต่ละองค์ประกอบมีค่าน้ำหนักดังแสดงตาราง 1 และมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 14 ข้อ ตั้งชื่อว่า "ด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีม" มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .51 - .77 ค่า Eigen values = 22.266 ข้อที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ส่งเสริมความสำเร็จตามภารกิจของโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 12 ข้อ ตั้งชื่อว่า "ด้านการบริหารกลยุทธ์" มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .53 - .81 ค่า Eigenvalues = 1.872 ข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ การมุ่งเน้นพัฒนาคน เงิน ของ จะเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล

องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 8 ข้อ ตั้งชื่อว่า "ด้านภาวะผู้นำ" มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .53 - .85 ค่า Eigenvalues = 1.143 ข้อที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด คือ ผู้นำที่สามารถบริหารความขัดแย้งได้อย่างเป็นธรรม

3. องค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ที่ประกอบด้วย ด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีม ด้านการบริหารกลยุทธ์ และด้านภาวะผู้นำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้าน (M = 4.26, M = 4.19, M = 4.16)

ตาราง 1 น้ำหนักองค์ประกอบของการจัดการระบบบริการสุขภาพ (n = 400)

ข้อ	รายละเอียด	องค์ประกอบ			*M*	*SD*	แปลผล
		1	2	3			
ด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีม					**4.26**	**.72**	**มาก**
1.	การมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง นโยบาย ส่งเสริมความสำเร็จตามภารกิจของโรงพยาบาล	.77			4.11	.71	มาก
2.	การสร้างขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนจะช่วยลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน	.76			4.25	.71	มาก
3.	การยึดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายของโรงพยาบาลเป็นหลักการสำคัญในการทำงานร่วมกัน	.76			4.18	.70	มาก
4.	การพัฒนาสมรรถนะตามผลการประเมินรายบุคคลจะส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม	.73			4.15	.77	มาก
5.	ผู้รับบริการปลอดภัยและพึงพอใจ คือจุดเน้นของโรงพยาบาล	.73			4.32	.72	มาก
6.	การกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้บริหารและบุคลากรส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายของโรงพยาบาล	.69			4.16	.72	มาก
7.	บุคลากรที่สามารถสร้างความเชี่ยวชาญตามหน้าที่รับผิดชอบจะมีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจ	.69			4.32	.67	มาก
8.	บุคลากรที่สามารถทำงานเป็นทีมจะสามารถสร้างสรรค์ผลงานภาพรวมได้อย่างมีคุณภาพ	.65			4.26	.77	มาก
9.	การจัดสรรคนที่มีความรู้ความสามารถตรงตามลักษณะงานของหน่วยงานเป็นสิ่งสำคัญต่อคุณภาพงาน	.60			4.29	.75	มาก
10.	การให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากรจะส่งเสริมศักยภาพในการปฏิบัติงาน	.59			4.32	.70	มาก
11.	การทำงานเป็นทีมอย่างเป็นระบบจะสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อโรงพยาบาล	.59			4.33	.70	มาก
12.	การมีความรู้ ทักษะที่ตรงกับหน้าที่รับผิดชอบจะสร้างความปลอดภัยในการทำงาน	.56			4.38	.67	มาก
13.	บุคลากรปฏิบัติงานสอดคล้องกับลักษณะงาน กิจกรรมที่หน่วยงานได้กำหนดไว้จะสนับสนุนภารกิจโรงพยาบาล	.54			4.16	.74	มาก
14.	การวางแผนอัตรากำลังระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานของโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง	.51			4.34	.78	มาก
ด้านการบริหารกลยุทธ์					**4.19**	**.72**	**มาก**
15.	การมุ่งเน้นพัฒนาคน เงิน ของ จะเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล		.81		4.22	.81	มาก
16.	การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการ บุคลากร โรงพยาบาลควบคู่กันเป็นสิ่งจำเป็นในการบริหารโรงพยาบาล		.78		4.34	.70	มาก
17.	การสร้างสรรค์แนวคิดวิธีการใหม่ ๆ มีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานของโรงพยาบาล		.73		4.15	.66	มาก
18.	ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นส่งผลต่อความอยู่รอดของโรงพยาบาลในระยะยาว		.68		4.01	.69	มาก
19.	ความสามารถในการปรับเปลี่ยนระบบการทำงานได้ตามสถานการณ์จะส่งผลให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง		.58		4.19	.67	มาก

ข้อ	รายละเอียด	องค์ประกอบ			*M*	*SD*	แปลผล
		1	2	3			
20.	การกำหนดกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และปัญหาพื้นที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายโรงพยาบาล		.57		4.09	.72	มาก
21.	การส่งเสริมให้นำกลยุทธ์ไปปฏิบัติส่งผลต่อการความสำเร็จตามภารกิจของโรงพยาบาล		.56		4.15	.65	มาก
22.	การออกแบบโครงสร้างการทำงานที่เหมาะสมจะสนับสนุนการขับเคลื่อนเป้าหมายโรงพยาบาล		.55		4.11	.75	มาก
23.	การจัดโครงสร้างโรงพยาบาลควรคำนึงถึงกระบวนการการบริการหลัก เช่น การรักษาพยาบาล		.53		4.19	.68	มาก
24.	หน่วยงานที่มีอัตรากำลังเหมาะสมกับกับปริมาณงานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร		.53		4.28	.86	มาก
25.	ระบบการประสานงานที่ดีจะลดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรและหน่วยงาน		.53		4.29	.72	มาก
26.	ระบบการบริหารจัดการที่กระชับ ไม่ซับซ้อนส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่แล้วเสร็จตามเป้าหมาย ทันเวลา		.52		4.25	.79	มาก
ด้านภาวะผู้นำ					**4.16**	**.72**	**มาก**
27.	ผู้นำที่สามารถบริหารความขัดแย้งได้อย่างเป็นธรรม			.85	4.16	.75	มาก
28.	ผู้นำที่มีแผนการทำงานที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและจับต้องได้			.79	4.15	.75	มาก
29.	ผู้นำที่ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการหาทางออก / แก้ปัญหา			.75	4.21	.71	มาก
30.	ผู้นำที่สามารถตอบสนองและยืดหยุ่นต่อการเปลี่ยนแปลงได้ทันต่อสถานการณ์			.71	4.23	.72	มาก
31.	ผู้นำที่สามารถผลักดันให้มีการพัฒนางานได้อย่างต่อเนื่อง ราบรื่น			.69	4.21	.73	มาก
32.	การมอบหมายงานและกระจายอำนาจการทำงานส่งผลต่อความรวดเร็ว คล่องตัวในการปฏิบัติงาน			.54	4.15	.71	มาก
33.	การทำงานเชิงระบบแสดงถึงการสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงาน			.53	4.08	.68	มาก
34.	การวางแผนระบบงานที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ส่งผลต่อความพร้อมในการทำงานทุกสถานการณ์			.53	4.07	.74	มาก

4. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณพบว่าองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ประกอบด้วย ศักยภาพการทำงานเป็นทีม การบริหารกลยุทธ์ และภาวะผู้นำ สามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ได้ร้อยละ 50.20 (R = .709, R^2 = .502, $R^2_{Adjusted}$ = 49.8, $p < .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีม ด้านการบริหารกลยุทธ์ และด้านภาวะผู้นำ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายความสำเร็จการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ได้ร้อยละ 50.20 ที่เป็นเช่นนี้

อาจเนื่องจาก องค์ประกอบด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีมในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การที่ผู้นำและสมาชิกในองค์กรทุกคนที่มีเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิด ศักยภาพ และผลสัมฤทธิ์ของงานที่กำหนดไว้ อีกทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มและเกิดการปรับปรุงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ต่อกันระหว่างสมาชิกให้ดียิ่งขึ้น หน่วยงานก็จะมีประสิทธิภาพในการทำงาน สามารถทำงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร สอดคล้องกับ Keawchaoon and Chuntuk (2017) ที่บอกว่าการทำงานเป็นทีมเป็นกุญแจสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพงานขององค์กร ซึ่งสมาชิกทุกคนต้องเข้าใจหลักการทำงานเป็นทีม และในทีมต้องมีผู้นำที่มีทักษะและวิสัยทัศน์ที่ดี เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างบุคคล งาน ทีมงาน และองค์กรที่มีประสิทธิภาพ (Luangpirom, 2013)

ด้านการบริหารกลยุทธ์เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จในการบริหารงานโรงพยาบาล ดังผลการศึกษานี้ที่พบว่าการบริหารกลยุทธ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบอยู่องค์ประกอบที่ 2 โดยเรื่องมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและมีน้ำหนักองค์ประกอบมากที่สุด คือ การมุ่งเน้นพัฒนาคน เงิน ของจะเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาล ที่เป็นเช่นนี้เพราะโรงพยาบาลศรีสังวาลย์มีการกำหนดตัวชี้วัดและกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และพันธกิจและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครอบคลุมการพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล การให้ความสำคัญต่อผู้รับบริการของบุคลากรโรงพยาบาล ควบคู่กันเป็นการบริหารโรงพยาบาลซึ่งการสร้างกลยุทธ์ความเท่าเทียมในการรับบริการ (health equity) มีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ตลอดเวลา ความสำเร็จของระบบบริการสุขภาพตามภารกิจจะเกิดขึ้นได้ ต้องมีกลยุทธ์ในการสร้างกระบวนการคิด กระบวนการทำงานที่เป็นเอกภาพเชื่อมโยงกัน สามารถปรับตัวพร้อมรับทุกสถานการณ์ เพื่อให้ทุกปัจจัยขับเคลื่อนพร้อมกันอย่างเป็นระบบ (Monkhlung, 2017) การจัดระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล จึงต้องกำหนดกลยุทธ์เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสุข หรือที่เรียกว่า Happy Work Place

ด้านภาวะผู้นำเป็นองค์ประกอบสุดท้ายที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำพาทีมไปสู่ความสำเร็จ (Woodcock, 2016) โดยจากการศึกษานี้จะพบว่าผู้นำควรมีความสามารถบริหารความขัดแย้งได้อย่างเป็นธรรม มีการวาง และให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้มีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อโรงพยาบาล ผู้นำจึงมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการจัดสรรหน้าที่ให้สมาชิกปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ผู้นำหรือหัวหน้าทีม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสมาชิกในทีม ให้กลับกลายเป็นบุคคลหรือองค์กรที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน ซึ่งจากสถานการณ์ที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ผ่านวิกฤติการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้มีการพัฒนาองค์กรอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียมพร้อมและสามารถรองรับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

ดังนั้น องค์ประกอบของการจัดบริการสุขภาพของโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ที่ประกอบด้วยด้านศักยภาพการทำงานเป็นทีม ด้านการบริหารกลยุทธ์ และด้านภาวะผู้นำ ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ ซึ่งการบริหารจัดการโรงพยาบาลที่ดีจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมเป็นสำคัญ และต้องมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์สามารถจัดการกับความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และเหมาะสม จึงจะทำให้องค์กรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และเกิดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน และเกิดการบริการที่ไร้รอยต่อและระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งใช้ทรัพย์กรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Srisatidnarakul, 2017; Wattanasirichaigoon, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพที่วิเคราะห์ได้มาเป็นกรอบในการวางระบบบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านคน เงิน ของ ให้มีความสมดุลระหว่างระบบการบริหารงาน ระบบศักยภาพบริการ ระบบสนับสนุนบริการ และพัฒนาระบบบริการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สามารถนำองค์ประกอบการจัดการระบบบริการสุขภาพที่สร้างขึ้นในการวิจัยนี้ไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) เพื่อสร้างเป็นเครื่องมือในประเมินการจัดการระบบบริการสุขภาพ และต่อยอดเป็นการสร้างโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ส่งต่อความสำเร็จของการจัดการระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Keawchaoon, K., & Chuntuk, T. (2017). Team working for increasing work effectiveness. *Dusit Thani College Journal, 11*(1), 355-370.

Loka, T. (2016). *Listening & thinking: Skill for managers who can lead.* Documentation middle health executive lectures Boromrajchonni Nakhon Lampang College of Nursing.

Luangpirom, N. (2013). Cross-sectional study of team behavior and team success: The simulated case study of an SME. *Modern Management Journal, 11*(2), 30-38.

Ministry of Public Health. (2016). *Health service system.* Retrieved from https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-08--465.pdf

Monkhlung, R. (2017). Strategic management in the establishment of primary care units of local administrative organizations. *Journal of That Phanom, 1*(1), 46-61.

Pongwichai, S. (2009). *Statistical analysis of data* (22nd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University.

Srisangwan hospital. (2020). *Strategic planning of Srisangwan hospital.*

Srisatidnarakul, B. (2017). *Strategies for health service system management in the era of the ASEAN economic community.* Pathum Thani: Thammasat University Printing Press.

Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Ministry of public health indicators fiscal year 2022.* Retrieved from https://phdb.moph.go.th/main/upload/web_news_files/95o0rrqbu6scks4go4.pdf

TomPeters. (2011). *A brief history of the 7-s "Mckinsey 7-s" model.* Retrieved from https://tompeters.com/2011/03/a-brief-history-of-the-7-s-mckinsey-7-s-model/

Waterman Jr, R. H., Peters, T. J., & Phillips, J. R. (1980). Structure is not organization. *Business Horizons, 23*(3), 14-26.

Wattanasirichaigoon, S. (2018). *6 building blocks of a health system.* Retrieved from https://www.hsri.or.th

Wongrachit, K. (2022). *Special speeches the theme "health service systems, expectations for the next decade" at the symposium on health service development.* Decades of healthcare system development, moving together to create a new way of service. Retrieved from https://www.hfocus.org/content/2022/08/25796

Woodcock, M. (2016). *Team development manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.

World Health Organization. (2010). *National health planning tools: Health system building blocks.* Retrieved from https://extranet.who.int/nhptool/BuildingBlock.aspx

Yamane, T. (1967). *Statistics an introductory analysis* (2nd ed.). New York, NY: Harper and Row.

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ[1]

THE DEVELOPMENT OF THE TRAINING COURSE TO ENHANCE ENGAGEMENT LEADERSHIP FOR DRUG ABUSE PREVENTION OF POLICE NURSING STUDENTS

พัชรี กระจ่างโพธิ์[2] กิตติชัย สุธาสิโนบล[3] วิไลลักษณ์ ลังกา[4]
Patcharee Krachangpho Kittichai Suthasinobon Wilailak Langka

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) สาขาวิชาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Partial Fulfillment of Doctor of Philosophy Program in Educational Science and Learning Management, Faculty of Education, Srinakarinwirot University

[2]นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาการทางการศึกษาและการจัดการเรียนรู้ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ 10110
Graduate Student, Doctoral Degree in Educational Science and Learning Management, Faculty of Education, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3,4]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ 10110
Associate Professor, Dr., Faculty of Education, Srinakharinwirot University, Bangkok, 10110, Thailand

[3]Corresponding author E-mail: dr.kittichai2010@gmail.com

Received: *October 24, 2023* Revised: *December 15, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและหลักสูตรฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติด ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และแบบประเมินภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจในด้านความรู้ ด้านทักษะด้านคุณลักษณะ ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .81 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (M = 4.98, SD = .05) และสามารถส่งเสริมภาวะผู้นำ

แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะ ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.90, *SD* = .22) นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดก่อนเข้าหลักสูตรฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : หลักสูตรฝึกอบรม, ภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม, นักศึกษาพยาบาลตำรวจ

Abstract

The purposes of this research were to develop and evaluate the training course to enhance engagement leadership for drug abuse prevention of police nursing students. The sample comprised 30 third-year police nursing students, academic year 2022. The research instruments were 1) the interview note with experts examining the components of leadership and training course, 2) the training course to enhance engagement leadership for drug abuse prevention of police nursing students, approved by 5 experts, with the content validity equaled to 1.00, and 3) the evaluation form of engagement leadership for drug abuse prevention in knowledge, skill, and characteristic aspects, approved by the 5 experts, with the Index of item objective congruence (IOC) at 1.00 and with Cronbach's alpha coefficient at .82, .81, and .80, respectively. Quantitative data analysis was conducted by the calculation of percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis was used for qualitative data.

The results of the research showed that the training course to enhance engagement leadership for drug abuse prevention of police nursing students exhibited the suitability at the highest level (*M* = 4.98, *SD* = .05), and was capable of encouraging engagement leadership for drug abuse prevention of police nursing students in terms of knowledge, skills and characteristics at the highest level (*M* = 4.90, *SD* = .22). Moreover, it was found that after having implemented the training course, the average score of engagement leadership for drug abuse prevention of police nursing students was higher than the average score before implementing the training course, with statistical significance at the level of .05.

Keywords: training course, engagement leadership, police nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาด้านความมั่นคงของชาติ เพราะยาเสพติดเป็นตัวการที่สำคัญในการบ่อนทำลายกำลังทรัพยากรบุคคลของชาติ จากข้อมูลของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในปี ค.ศ. 2017 มีผู้ใช้ยาเสพติดทั่วโลกประมาณ 271 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลกและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศไทย (United Nations Office on Drugs and Crime, 2017)

ความท้าทายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดจึงไม่ใช่แค่การปราบปราม แต่เป็นการป้องกันจากต้นเหตุ ตามนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วย

การป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด (พ.ศ. 2566 - 2570) สำหรับนโยบายและแผนด้านการป้องกันยาเสพติด และมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) ด้านความมั่นคง ตลอดจนแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561 - 2580) ประเด็นความมั่นคงเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชาติมั่นคง ประชาชนมีความสุข” เป้าหมายที่ 1 ของนโยบายและแผนความมั่นคงที่ 8 ได้แก่ การป้องกันประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ซึ่งการจะบรรลุเป้าหมายตามนโยบายดังกล่าว ได้แก่ การดำเนินการแก้ไขปัญหายาเสพติดในทุกมิติแบบองค์รวม ทั้งในด้านการป้องกันยาเสพติด โดยการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันปัญหายาเสพติดในทุกช่วงวัย อย่างไรก็ตาม เด็กและเยาวชนยังเป็นกลุ่มเฝ้าระวังสูง ดังนั้น สถานศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กและเยาวชน ซึ่งการศึกษาพยาบาลนอกจากให้ความรู้ทางด้านวิชาการแล้ว ผลลัพธ์การเรียนรู้ของผู้เรียนยังมุ่งเน้นที่ความรับผิดชอบและสัมพันธภาพของนักศึกษาพยาบาล ให้มีส่วนร่วมทางสังคมในการรับผิดชอบคนทุกช่วงวัยที่อยู่ในความดูแลทั้งในขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาลและเป็นพยาบาลวิชาชีพ

ภาวะผู้นำมีความสำคัญในวิชาชีพพยาบาล เพราะเป็นการทำงานร่วมกับผู้อื่นในเชิงการบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งตรงกับสมรรถนะที่ 4 ของสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั่วไป ตามประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2018 ดังนั้น การเสริมสร้างภาวะผู้นำจึงมีความสำคัญต่อการผลิตบัณฑิตพยาบาล (Boontiam, 2019; Sripakho, 2014; Ubol, 2014) เพื่อให้สามารถทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายได้ ภาวะผู้นำที่ดีและมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีในสังคมปัจจุบัน (Boonpa, Muenjaem, Markmee, & Pongsriwat, 2019; Ponathong, Suvarnasara, & Pattrawiwat, 2019; Suwanjaroen, Patphol, & Jamjuree, 2022)

ผลการประเมินของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.) เดิม และสำนักงานรับรองมาตรฐานและการประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) (สมศ.) ที่ผ่านการประเมินผู้ใช้บัณฑิตส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นสภาพปัญหาของบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษา โดยพบว่า บัณฑิตบางส่วนยังขาดทักษะด้านภาวะผู้นำ (Chareonwongsak, 2017, 2018) สถาบันอุดมศึกษาจึงควรมีแนวทางการพัฒนาในการเสริมสร้างคุณลักษณะภาวะผู้นำให้กับนักศึกษาก่อนการทำงานจริง เพื่อให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ไปใช้ประกอบการทำงานในอนาคตได้เป็นอย่างดี

ภาวะผู้นำในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพมีบรรจุอยู่ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแล้ว และจากการวิเคราะห์ด้านเนื้อหาหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด พบว่ามีการกำหนดเนื้อหาสาระ ความรู้ด้านยาเสพติดไว้ในการจัดการเรียนการสอนโดยสอดแทรกเข้าไปในเนื้อหารายวิชา ซึ่งไม่เพียงพอที่จะเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ให้เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะให้มีภาวะผู้นำนักศึกษาแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด จึงควรมีกระบวนการให้ความรู้นอกเหนือจากการเรียนการสอนในชั้นเรียนด้วยวิธีการเสริมหลักสูตรฝึกอบรมให้แก่นักศึกษาพยาบาลตำรวจ มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญที่วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ซึ่งอยู่ในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เป็นส่วนหนึ่งในการตอบสนองนโยบายในเรื่องการป้องกันยาเสพติด จึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมในการเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ เพื่อพัฒนาผู้เรียนทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม อันเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันยาเสพติดให้กับสังคม ก่อเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพ สังคม และประเทศชาติ อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

2. เพื่อประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

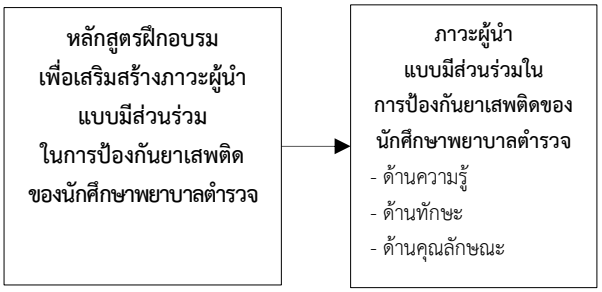
สมมุติฐานวิจัย

คะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจก่อนเข้าหลักสูตรฝึกอบรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

หลักสูตรฝึกอบรมจะต้องสอดรับกับแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 มาตรฐานการจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2565 มาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2560 ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 บนหลักการทำงานที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) ร่วมคิดร่วมทำแบบพันธมิตรและหุ้นส่วน (partnership) 2) เกิดประโยชน์ร่วมกันแก่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (mutual benefits) 3) เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเกิดผลงานวิชาการ (knowledge sharing and scholarship) 4) เกิดผลกระทบต่อสังคมที่ประเมินได้ (measurable social impact) เป็นการบรูณาการการทำงานวิชาการเพื่อสังคมมากขึ้น (Panich, 2017) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการสร้างความรู้ด้วยตนเอง (constructivism) และจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์ (experiential learning) แบบใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) แบบใช้โครงการเป็นฐาน (project-based learning) ดังภาพ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยวิจัยและพัฒนาที่ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณเข้ามาช่วยในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

ประชากร ได้แก่ 1) นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2565 จำนวน 280 คน และ 2) ผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษาพยาบาล จำนวน 7 คน

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้นำทางการศึกษาพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 7 ท่าน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจชั้นปีที่ 3 จำนวน 30 คน ปีการศึกษา 2565 ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการเรียนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐานและปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน
2. ศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 3
3. สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาองค์ประกอบของภาวะผู้นำและหลักสูตรฝึกอบรม โดยทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากข้อมูลของผู้ทรงคุณวุฒิและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ศึกษาความต้องการในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ โดยสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้นำทางการศึกษา อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน จำนวน 7 ท่าน ได้ข้อมูลหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้ (knowledge) ได้แก่ ความหมาย ความสำคัญการป้องกันยาเสพติด ตามบริบทชุมชน ช่วยกันคิดร่วมกันเพื่อประโยชน์ร่วมกัน ส่งผลร่วมกันต่อสังคม และความหมาย ความสำคัญองค์ประกอบและบทบาทของผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติด ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ 2) ด้านทักษะ (skill) ได้แก่ ทักษะการคิด การคิดอย่างมีเหตุผลและคิดอย่างสร้างสรรค์ การคิดแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ทักษะการวางแผนงานและบริหารจัดการอย่างเหมาะสม ทักษะการสื่อสารและสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะโน้มน้าวและการสร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในงาน และทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และ 3) ด้านคุณลักษณะ (characteristic) ได้แก่ มีคุณธรรมจริยธรรม มีความซื่อสัตย์ ยุติธรรม มีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัย ขยันอดทน เข้าใจผู้อื่น ปรับตัวยืดหยุ่น ทัศนคติเชิงบวก บุคลิกภาพดี และเรียนรู้และพัฒนาตนเอง

2.2 พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจฉบับร่าง ประกอบด้วย 1) กำหนดหลักการและเหตุผล 2) จุดประสงค์ของหลักสูตร 3) การจัดเนื้อหา 4) การจัดการเรียนรู้ 5) สื่อและอุปกรณ์ 6) การวัดและประเมินผล

2.3 ทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

2.4 ปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วม ในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ โดยรวบรวมข้อเสนอแนะจากนักศึกษา และผลการวิจัยมาจากการทดลองใช้หลักสูตรมาประเมินและปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้หลักสูตรมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพหลักสูตร หลักสูตรฝึกอบรมนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

3. แบบประเมินภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยในระยะสร้างและพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วย ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคในแต่ละด้านเท่ากับ .82, .81 และ .80 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรองโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-168/2564X ลงวันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2564 ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ประสานขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิผ่านทางต้นสังกัดต่าง ๆ แล้วเข้าไปชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ หลังจากนั้น ในส่วนของกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเข้าพบกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาลตำรวจผ่านทางผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ เพื่อเข้าไปในการดำเนินการวิจัย แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการชี้แจงรายละเอียดประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งให้นักศึกษาพยาบาลที่ยินดี

เข้าร่วมการวิจัยสามารถลงลายมือชื่อได้ หากไม่สะดวกสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียน ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอเพื่อการพัฒนาหลักสูตรเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามนัดหมาย จนครบตามจำนวน

2. ภายหลังสร้างหลักสูตรฝึกอบรมเสร็จ ผู้วิจัยให้นักศึกษาพยาบาลทำแบบประเมินภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะ ก่อนการฝึกอบรม

3. ดำเนินการฝึกอบรมให้กับนักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 เดือน ในภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2565

4. ให้นักศึกษาพยาบาลทำแบบประเมินภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะ หลังการฝึกอบรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาลตำรวจก่อนและหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดก่อนและหลังการฝึกอบรม โดยใช้การทดสอบทีแบบ Dependent *t*-test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

1. หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ประกอบด้วย

1.1 หลักการและเหตุผล

1.2 จุดมุ่งหมายของหลักสูตร

1.3 โครงสร้างเนื้อหาและระยะเวลาเรียนของหลักสูตร แบ่งเป็น 4 หน่วยการเรียนรู้ หน่วยละ 4 ชั่วโมง รวมเท่ากับ 16 ชั่วโมง ประกอบด้วย

หน่วยที่ 1 แกะรอยปัญหายาเสพติด

หน่วยที่ 2 พิชิตภัยร้าย ได้ด้วยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด

หน่วยที่ 3 ร่วมมือ ร่วมใจป้องกันภัยยาเสพติดปฏิบัติการสร้างภาวะผู้นำ

หน่วยที่ 4 ร่วมมือ ร่วมใจให้สังคมพ้นภัยยาเสพติด นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดที่ดี

1.4 แนวทางการจัดการเรียนรู้เป็นหลักสูตรรายวิชาเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ โดยใช้การเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) และใช้โครงงานเป็นฐาน (project-based learning) ซึ่งสามารถสังเคราะห์รวมกันเป็น 4 ขั้นตอน หรือ 4P ดังนี้

1) ขั้นรู้เท่าทันปัญหา (perception)

2) ขั้นสร้างปัญญาให้เพียบพร้อม (project)

3) ขั้นปฏิบัติกิจกรรมแก้ปัญหาอย่างสรรค์ (practice)

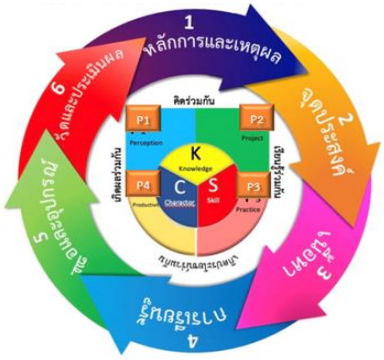
4) ขั้นสรุปผลสู่การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน (sustainable productivity)

1.5 สื่อการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ วัสดุคู่มือการปฏิบัติ เอกสารประกอบการสอน ใบงาน PowerPoint อุปกรณ์ เครื่องฉาย คอมพิวเตอร์ เว็บโปรแกรม Google classroom, Canva Zoom, Cloud meetings application, Clip VDO แบบทดสอบใน Google form ซึ่งมีความหลากหลายเหมาะสมสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายการเรียนรู้

1.6 การวัดและประเมินผลการจัดการเรียนรู้หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

ผลการตรวจสอบการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำนักศึกษาพยาบาลตำรวจแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด ในด้านความเหมาะสมพบว่ามีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.98, *SD* = .05)

องค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ สามารถสรุปได้ดังภาพ 2



ภาพ 2 หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ

2. ผลการประเมินหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจก่อนเข้าหลักสูตรฝึกอบรม ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะอยู่ในระดับมาก ปานกลาง ปานกลาง (*M* = 19.43, *SD* = .79; *M* = 3.06, *SD* =.46; *M* = 3.12, *SD* = .57 ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรมด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านคุณลักษณะอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 24.10, *SD* = .79; *M* = 4.82, *SD* =.46; *M* = 4.82, *SD* = .42 ตามลำดับ)

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดก่อนเข้าหลักสูตรฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติด ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจก่อนและหลังการฝึกอบรมหลักสูตรเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ (*n* = 30)

ภาวะผู้นำ	ก่อนหลังสูตรอบรม		หลังหลักสูตรอบรม		*t*	*95%CI*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ด้านความรู้	19.43	.74	24.10	.79	10.36	3.75 - 5.59	.00
ด้านทักษะ	3.06	.40	4.82	.35	36.59	1.64 - 1.83	.00
ด้านคุณลักษณะ	3.12	.57	4.82	.42	30.29	1.59 - 1.82	.00
โดยรวม	25.61	.57	33.72	.52	17.80	7.18 - 9.04	.00

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำนักศึกษาพยาบาลตำรวจแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด รูปแบบหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้น มีกระบวนการอย่างเป็นระบบ ตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัยและพัฒนา มีแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นสากล และศึกษาความต้องการในการพัฒนาภาวะผู้นำนักศึกษาพยาบาลตำรวจแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด จากตำรา งานวิจัย บทความ เอกสารที่เกี่ยวข้อง และจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย หลักการและเหตุผลของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร โครงสร้างเนื้อหาและระยะเวลาเรียนของหลักสูตร แนวทางการจัดการเรียนรู้ สื่อการจัดการเรียนรู้ การวัดและประเมินผล ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริง สอดคล้องกับ Oliva (2009) Taba (1962) Tyler (1968) และ Sinlarat (2018) ซึ่งเป็นกระบวนการหลักการของหลักสูตร และกระบวนการการพัฒนาหลักสูตรจึงหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมมีคุณภาพดี

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจหลังเข้าหลักสูตรฝึกอบรมสูงกว่าคะแนนภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดก่อนเข้าหลักสูตรฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการฝึกอบรมหลักสูตรที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นไปตามกระบวนการ และสามารถพัฒนาภาวะผู้นำของด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านคุณลักษณะของผู้เข้ารับการอบรมได้

คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากโปรแกรมนี้ให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติด ความหมาย ความสำคัญ ผลกระทบ การดูแลและป้องกันยาเสพติด บริบทชุมชน ร่วมคิดร่วมกัน เพื่อประโยชน์ร่วมกัน ส่งผลร่วมกันต่อสังคม และเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะผู้นำ ความหมาย และความสำคัญองค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ของผู้นำนักศึกษาพยาบาลตำรวจแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด

คะแนนเฉลี่ยด้านทักษะเพิ่มขึ้น เนื่องจากโปรแกรมนี้เพิ่มทักษะการคิด ได้แก่ การคิดอย่างมีเหตุผลและคิดอย่างสร้างสรรค์ การแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ (Suwanjaroen, Patphol, & Jamjuree, 2022) ทักษะการวางแผนงาน และบริหารจัดการอย่างเหมาะสม (Covey, 2002) ทักษะการสื่อสาร และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการทำงานเป็นทีม ทักษะโน้มน้าวการสร้างแรงจูงใจให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในงาน ทักษะด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Boonpa et al., 2019)

คะแนนเฉลี่ยด้านคุณลักษณะที่เพิ่มขึ้น อาจด้วยโปรแกรมนี้เน้นเรื่องคุณธรรม จริยธรรม มีความซื่อสัตย์ยุติธรรม มีความรับผิดชอบ มีระเบียบวินัย ขยันอดทน เข้าใจผู้อื่น ปรับตัว ยืดหยุ่น ทัศนคติเชิงบวก บุคลิกภาพดี และเรียนรู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ (Boontiam, 2019; Covey, 2002; Suwanjaroen, Patphol, & Jamjuree, 2022)

ผลการศึกษานี้โดยภาพรวมสอดคล้องกับการศึกษาของ Ponathong, Suvarnasara, and Pattrawiwat (2019) และ Patphol (2018) ที่พบว่า ภายหลังได้รับการฝึกอบรมพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงสำหรับนักศึกษาสถาบันอุดมศึกษา นักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเป็นผู้นำหลังการอบรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการเป็นผู้นำก่อนการอบรมทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากหลักสูตรฝึกอบรมที่พัฒนาขึ้นได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการจัดกิจกรรม การเรียนรู้เชิงรุก การใช้ปัญหาเป็นฐาน และการใช้โครงงานเป็นฐาน ปรับการเรียนรู้ที่หลากหลาย มีการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์การเรียนรู้เชื่อมโยงกับสังคม บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน และเอื้อให้เกิดการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Education in Thailand, 2018)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาและสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการนำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดที่พัฒนาขึ้น ไปขยายผล เผยแพร่ โดยมีการประยุกต์ใช้ตามบริบทของแต่ละที่ เพื่อให้นักศึกษามีภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติดสอดคล้องตามบริบทของแต่ละที่

1.2 หน่วยงานภาครัฐและประชาชนที่สนใจนำหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจไปปรับใช้ เพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมของสังคมในการป้องกันยาเสพติด แบบยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

2.1 ด้านผู้สอนควรศึกษาหลักสูตรเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ให้มีความรู้และมีความเชี่ยวชาญ คำนึงถึงบทบาทของผู้สอนในการเป็นผู้อำนวยความสะดวก (facilitator) ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เป็นผู้ฝึก (coach) และเป็นพี่เลี้ยง (mentor)ให้คำปรึกษาและแนะนำช่วยเหลือ ให้ผู้เรียนสามารถเข้าใจและสามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ด้านผู้เรียน ผู้เรียนควรได้เรียนรู้ตามความแตกต่างระหว่างบุคคล เพื่อเพิ่มภาวะผู้นำให้กับผู้ที่เข้ารับการฝึกอบรมมากขึ้น

2.3 ด้านสิ่งแวดล้อมของการเรียนรู้ควรมีการจัดการภายใต้บริบทของการส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ สร้างบรรยากาศแห่งความสุขในการเรียนรู้ร่วมกัน กล้าคิด กล้าทำ และกล้าแสดงความคิดเห็น ยอมรับความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างมีความสุข

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการบ่มเพาะภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ และติดตามอย่างต่อเนื่องตามสมรรถนะชั้นปีหลังจบหลักสูตรฝึกอบรม ให้มีความคงอยู่ อย่างยั่งยืน

3.2 ควรมีการศึกษาอนาคตภาพของภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจในอนาคต เพื่อพัฒนาต่อยอดภาวะผู้นำในศตวรรษที่ 21 ให้สอดคล้องกับสภาวการณ์ในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Boonpa, N., Muenjaem, S., Markmee, K., & Pongsriwat, S. (2019). Leadership development in 21st century for high school leader. *Sripatum Chonburi Journal, 16*(2), 163-174.

Boontiam, N. (2019). The development of health leadership in 3rd level nursing science students, generation 46 of Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong. *UMT-Poly Journal, 16*(2), 101-111.

Chareonwongsak, K. (2017). *Children and youth crisis...lack of leadership.* Retrieved from http://www.gringsak.com/index_php?components

Chareonwongsak, K. (2018). *Super leadership* (3rd ed.). Bangkok: Successmedia.

Covey, S. (2002). *Servant-leadership and community leadership in the twenty-first century.* New York, NY: Wiley & Sons.

Office of the Education Council, Ministry of Education. (2018). *Education in Thailand, 2018.* Bangkok: PhrikWan Graphic.

Office of the Narcotics Control Board. (2022). *ONCB annual report 2022*. Bangkok: Office of the Narcotics Control Board.

Oliva, P. F. (2009). *Developing the curriculum* (7th ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Panich, V. (2017). University role: Public engagement. UK. Bangkok: KNIT.

Patphol, M. (2018). *Evaluation of curriculum for learning and development* (4th ed.). Bangkok: Company Charansanitwong Printing.

Police Nursing College. (2017). *Self-assessment report 2017.* Bangkok: Police Nursing College.

Ponathong, A., Suvarnasara, C., & Pattrawiwat, K. (2019). Development of change leadership training course for students in higher education institutions. *Journal of MCU Peace Studies, 7*(2), 332-347.

Sinlarat, P. (2018). *Principles of curriculum management and teaching* (4th ed). Bangkok: Chulalongkorn University Press.

Sripakho, P. (2014). Professional nursing development: Developing nursing leadership. *Journal of Royal Thai army Nurses.* Volume 15 (3), 1-8.

Suwanjaroen, J., Patphol, M., & Jamjuree, D. (2022). Confirmatory factor analysis of creative leadership for students of the Bachelor of nursing program faculty of nursing royal institute ministry of public health. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 7*(6), 334-350.

Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. New York, NY: Harcourt, Brace & World.

Tyler, R. W. (1968). *Basic principles of curriculum and instruction*. Chicago: The university of Chicago press.

United Nations Office on Drugs and Crime. (20 1 7). *World drug report 2016*. Retrieved from https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf



การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

THE DEVELOPMENT OF PERSONALIZED CARE MODEL FOR ENHANCING DEVELOPMENTAL SKILLS IN EARLY CHILDHOOD WITH LOW-FUNCTIONING AUTISM

จารุวรรณ ประดา[1,*] Jaruwan Prada
ศิริพรรณ แสนลัง[1] Siripran Sanlung
วันทนี ผลสมบูรณ์[1] Wantanee Phosomboon
ณภัทร พรหมชู[1] Napat Promchoo
โสภณ สวัสดิ์[1] Sopon Sawat

[1]สถาบันราชานุกูล เขตดินแดง กรุงเทพ 10400
Rajanukul Institute, Din Daeng, Bangkok, 10400, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: jaruwan.prada@gmail.com

Received: *October 30, 2023* Revised: *December 18, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ตัวอย่างประกอบด้วย 1) เด็กออทิสติกปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง จำนวน 40 คน 2) ผู้ปกครองของเด็กออทิสติกปฐมวัย จำนวน 40 คน 3) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม 2) คู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง 3) คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง 4) แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก 5) แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล และ 6) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ 2 - 6 เท่ากับ .84, .81, .97, .86 และ .96 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติกเท่ากับ .93 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแล เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา สถิติบรรยาย และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงเป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมบริการผู้ป่วยใน ซึ่งตอบสนองปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและครอบครัวได้ แต่ยังไม่เจาะจงตามสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะราย ระยะเวลาการส่งเสริมพัฒนาการต้อง

ขยายเป็นอย่างน้อย 3 - 4 รอบ สำหรับการประเมินผลทุก 3 เดือน และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน

2. รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กระบวนการพยาบาลเฉพาะราย 5 ขั้นตอน

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะราย พบว่า ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : การส่งเสริมพัฒนาการ, เด็กออทิสติกปฐมวัย

Abstract

This research and development study aimed to assess the situation, develop a personalized care model, and evaluate its effectiveness for early childhood with low-functioning autism. The sample included 1) 40 children with low-functioning autism, aged 3-5 years, 2) 40 parents of children with early childhood autism, and 3) 6 professional nurses. Research tools included 1) a group conversation data recording form, 2) an individualized care guide to enhance developmental skills in early childhood with low-functioning autism, 3) a guide to enhance developmental skills in early childhood with low-functioning autism, 4) an assessment form for the severity of autism symptoms in children, 5) an assessment form for the knowledge and skills of caregivers, and 6) a nurse satisfaction assessment form. The content validity indices for tools 2-6 were .84, .81, .97, .86, and .96, respectively. The reliability of the assessing tool for the severity of autism symptoms in children is .93 and for the assessment form for the knowledge and skills of caregivers, it is .84. Data analysis involves content analysis, descriptive statistics, and *t*-tests.

The findings revealed that:

1. The situation of caring and enhancing developmental skills in early childhood with low-functioning autism followed an inpatient caring program and responded to the problems and needs of children with autism and their families. However, it lacked specificity in addressing individual problems, and the duration of developmental promotion needed to be extended to at least 3-4 rounds for evaluation every 3 months. Moreover, the caregiver's involvement in the care of children with autism lacked a clear model.

2. The personalized care model for enhancing developmental skills in early childhood with low-functioning autism consisted of 5 individual nursing process steps.

3. The results of the effectiveness of the personalized care model showed that the average severity of autism symptoms in the experimental group, which received care according to the personalized care model, differed from that in the control group, which received care according to the regular service program, both before and after the experiment, with statistical significance at the .05 level. Moreover, the knowledge and skills of caregivers in caring for early childhood with autism were significantly higher after the experiment, with statistical significance at the .05 level, and nurse satisfaction with the use of the personalized care model was at the highest level.

Keywords: developmental skills enhancing, early childhood with autism

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคออทิสติกหรือกลุ่มอาการออทิซึม (autism spectrum disorder: ASD) เป็นโรคพัฒนาการบกพร่องจากความผิดปกติของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) เป็นความผิดปกติของพัฒนาการเด็กรูปแบบหนึ่งซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว โดยเด็กไม่สามารถพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย มีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผนซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง และไม่ยืดหยุ่น สนใจสิ่งแวดล้อมน้อย เรียกไม่หัน ไม่สบตา ไม่สนใจใครโต้ตอบไม่เป็น เล่นไม่เหมาะสม จินตนาการไม่เป็น สนใจบางอย่างแบบหมกหมุ่น พูดเป็นภาษาต่างดาว กระตุ้นตัวเองเป็นระยะ ๆ เช่น หมุนตัว โยกตัว เขย่งเท้า สะบัดมือ เล่นมือ เล่นเสียง เป็นต้น (Sirirutraykha, 2022) ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ ความสามารถในการเรียนและการดำรงชีวิตของเด็ก รวมถึงครอบครัวของเด็กด้วย ซึ่งอาการของโรคจะปรากฏในวัยเด็กและเป็นต่อเนื่องไปจนโต โดยไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่หากได้รับการรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก ความบกพร่องจะลดลง และทำให้เด็กมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้ (Chuthapisith, 2018)

สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานเฉพาะทางที่ให้บริการด้านการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่เด็กบกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา และผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในจำนวนผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยโรคออทิสติกมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งและเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มารับบริการมีระดับความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร่วมด้วย การติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโรคออทิสติก อายุแรกเกิด - 5 ปี ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า พัฒนาการในภาพรวมไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 และมีแนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 74.2, 67.79 และ 54.55 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความก้าวหน้าพัฒนาการแต่ละทักษะ พบว่า ทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมา คือ ทักษะด้านความเข้าใจภาษา และทักษะด้านการเคลื่อนไหว ด้านมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือ ทักษะด้านการใช้ภาษาซึ่งมีแนวโน้มลดลงทุกปี (Quality Improvement Division Rajanukul Institute, 2022)

วิธีการรักษาเด็กออทิสติก ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยาเพียงอย่างเดียว ต้องใช้ยาร่วมกับวิธีบำบัด จึงจะกระตุ้นพัฒนาการเด็กกลุ่มนี้ได้ ซึ่งการบำบัดนั้นต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแล โดยมีเป้าหมายหลักของการฝึก คือ การเพิ่มระดับความสามารถด้านที่บกพร่องของเด็ก การเตรียมให้เด็กสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระให้ได้มากที่สุด และการเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัว (Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004) ปัจจุบันรูปแบบที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การปรับพฤติกรรม (apply behavioral analysis: ABA) การฝึกเน้นการสื่อสาร (communication-focus intervention) การฝึกกระตุ้นตามทฤษฎีพัฒนาการ (developmental approach) เป็นการส่งเสริมพัฒนาการเด็กผ่านกระบวนการเล่น ตามแนวคิด DIR/Floortime การกระตุ้นผ่านระบบประสาทรับความรู้สึก (sensory integration) กิจกรรมบำบัด (occupational therapy) และการฝึกพูด (speech therapy) เป็นต้น ซึ่งการฝึกในแต่ละรูปแบบมีทั้งข้อเด่นข้อด้อยต่างกัน (Weissman & Bridgemohan, 2012)

ลักษณะของรูปแบบการฝึกที่ได้ผลดี คือ การฝึกที่เข้มข้น มีรูปแบบที่ชัดเจน ให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม มีการฝึกที่เน้นเกี่ยวกับ Social

skills, Communication skill, play สอดคล้องกับการศึกษาของ Green, Charman, and Mcconachie (2010) พบว่าการเน้นให้ผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการฝึก จะทำให้การฝึกทักษะได้ผลดีขึ้น และทำให้ผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ฝึกต่อเนื่องในสถานการณ์อื่นหรือสถานที่อื่น ๆ ต่อได้ และการให้ผู้ปกครองได้เข้ามาในกลุ่มช่วยเหลือด้านจิตใจ จะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กและครอบครัวดีขึ้น (Scottish Intercollegiate Guideline Network, 2007)

รูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ปรับมาจากแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยทางด้านชีวภาพ หรือมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป ให้สามารถเข้าใจโรค รวมทั้ง ความต้องการ ความชอบของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งจะสนับสนุนให้แต่ละบุคคลมีสุขภาพที่ดีขึ้นและคงไว้ซึ่งสถานะทางสุขภาพที่ดี (NHS England, 2019) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่มาจากพื้นฐานเฉพาะตัวของแต่ละคน ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งนอกจากจะทำให้เข้าใจอาการที่แตกต่างกันของโรคแต่ละคนได้มากขึ้นแล้ว ยังช่วยพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคได้ดีขึ้นด้วย ทั้งนี้ การนำแนวคิดการดูแลเฉพาะรายมาประยุกต์ใช้ในการดูแลนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมและมีความเฉพาะต่อบุคคลตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และอาการทางคลินิกของโรคออทิสติกที่มีความเฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันเป็นรายบุคคล จึงได้นำรูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ตามองค์ประกอบการดูแลสุขภาพ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามหลักกระบวนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และแนวคิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก โดยทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ซึ่งรูปแบบการดูแลเฉพาะรายนี้จะเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลหนึ่งในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการบำบัดทางการพยาบาลและเป็นเครื่องมือบำบัดทางการพยาบาลสำหรับการพยาบาลเด็กออทิสติกระดับรุนแรงที่ตอบสนองและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะรายของเด็กออทิสติกปฐมวัยและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1 เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน ความต้องการทางการพยาบาล ปัญหาอุปสรรค ในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก

ปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง และ ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง

ประชากร คือ เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี และผู้ดูแล จำนวน 40 คน ที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอผู้ป่วยออทิสติก 2 และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยออทิสติก 1 หอผู้ป่วยออทิสติก 2 จำนวน 6 คน ณ สถาบันราชานุกูล ในปีงบประมาณ 2565

ตัวอย่าง คือ เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง รับไว้ประเภทผู้ป่วยใน และผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติก กำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 36 คน ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างเพื่อสำรองการถอนตัวจากการวิจัยอีกร้อยละ 10 ได้ตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 20 คน และวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับสลากเป็นคู่ (matched pair) ตามช่วงอายุ นอกจากนี้ การวิจัยนี้ยังมีตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี มีค่าดัชนีพัฒนาการ (DSI Index) ระดับรุนแรง คือ DSI Index ≤ .50
2. ผู้ดูแลหลักของเด็กออทิสติกที่พาเด็กมารับบริการประเภทผู้ป่วยใน สถาบันราชานุกูล
3. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานในสถาบันราชานุกูล ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยออทิสติก 1 หรือหอผู้ป่วยออทิสติก 2

เกณฑ์การคัดออก

1. ระยะเวลาเข้าร่วมโปรแกรม น้อยกว่าร้อยละ 80
2. เด็กออทิสติกที่มีปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษา
3. พยาบาลวิชาชีพมีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลเจ้าของไข้ของกลุ่มเด็กออทิสติกน้อยกว่าร้อยละ 80

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงสำหรับพยาบาล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกระบวนการพัฒนาและตรวจสอบตามแนวคิดของ van Meijel et al. (2004) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลเฉพาะรายของ Munro (2016) ตามสภาพการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยแต่ละราย ตามองค์ประกอบการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายของGlasper (2020) และกระบวนการพยาบาลของ Potter, Perry, Hall, and Stockert (2017) ประกอบด้วยกระบวนการเฉพาะราย 5 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการเฉพาะราย 2) การระบุปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการเฉพาะราย 3) การวางแผนการพยาบาลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ 4) การให้การพยาบาลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ และ 5) การประเมินผลการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ คู่มือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น

พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .84

1.2 คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงสำหรับพยาบาล เป็นคู่มือที่พัฒนาจาก Nursing Intervention สำหรับเด็กออทิสติกของชุมชนนักปฏิบัติออทิสติก (Rajanukul, 2021) ร่วมกับลักษณะอาการและการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) แบ่งตามปัญหาและอาการทางคลินิกที่สำคัญในเด็กออทิสติก 2 ด้าน คือ 1) ด้านการสื่อสารทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจำนวน 81 ข้อ 2) ด้านแบบแผนพฤติกรรม ความสนใจ กิจกรรมที่จำกัดซ้ำ ๆ จำนวน 79 ข้อ รวมทั้งหมด 160 ข้อ แต่ละด้านประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกตามวัตถุประสงค์และรายละเอียดกิจกรรมที่เด็กทำได้แต่ละช่วงอายุ รวมถึงวิธีทดสอบ/เกณฑ์ตัดสิน และวิธีการฝึก ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน กุมารแพทย์ พยาบาลเด็กและวัยรุ่น นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย นักจิตวิทยา และนักวิชาการการศึกษาพิเศษ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม เป็นแบบบันทึกข้อมูลสภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ตามประเด็นการสนทนา 5 ประเด็น คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงและความปลอดภัยในการดูแลและวิธีการแก้ไขปัญหาและความยุ่งยากในการให้การพยาบาลเด็กออทิสติกตามกระบวนการพยาบาล 3) วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลเด็กออทิสติก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วย ด้านผู้ดูแล ด้านพยาบาล และด้านสิ่งแวดล้อม 4) ข้อเสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลเด็กออทิสติกและครอบครัว และ 5) ความต้องการในการพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเพื่อการพยาบาลเด็กออทิสติก

2.2 แบบประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ดูแล และการประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติก ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) ของ Rimland and Edelson (2000) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินฉบับปรับปรุงโดย Thongpetch (2019) ที่แปลโดย Muangmolmaneerut and Tungpunkom (2006) มีทั้งหมด 77 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ประเมินพัฒนาการของเด็กและความรุนแรงของโรคใน 4 ด้าน คือ 1) การพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร 14 ข้อ 2) ด้านสังคม 20 ข้อ 3) ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ 18 ข้อ และ 4) ด้านสุขภาพและพฤติกรรม 25 ข้อ แปลผลโดยใช้คะแนนรวมในช่วงตั้งแต่ 0 - 154 คะแนน คะแนนต่ำแสดงถึงอาการออทิสติกน้อย คะแนนสูงแสดงถึงอาการออทิสติกมาก เครื่องมือนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 (Thongpetch, 2019)

2.3 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยอายุ 3 - 5 ปี เป็นแบบวัดความรู้แบบให้ค่าคะแนน 2 ค่า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบถูกหรือผิด เกณฑ์การให้คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

เท่ากับ .81 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder - Richardson 20 (KR-20) เป็นการหาความเที่ยงใหม่

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านประโยชน์และความมั่นใจในกการนำใช้ 3) ด้านความรู้และทักษะในการดูแลเฉพาะราย ลักษณะแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เป็นกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาเด็กและวัยรุ่น พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กออทิสติก ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันราชานุกูล รหัสโครงการ RI.IRB 007/2565_Ful วันที่รับรอง 23 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์จากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง กรณียินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และตัวอย่างวิจัยที่เป็นเด็กผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพการณ์ การดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่รับไว้ในหอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอออทิสติก 2 ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งเป็นช่วงก่อนเกิดสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมารับบริการที่สถาบันอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยใช้การทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนย้อนหลัง ร่วมกับการประชุมกลุ่มเพื่อระดมสมอง ระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วยและตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์และโปรแกรมบริการเด็กออทิสติก ตั้งแต่รับใหม่จนกระทั่งจำหน่าย และบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่มเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะราย ผู้วิจัยนำข้อมูลและผลจากการศึกษาจากระยะที่ 1 มาออกแบบโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำผลที่ได้มาปรับปรุงจนได้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเฉพาะราย

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลเฉพาะราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ก่อนการทดลองให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรุนแรงอาการของด็กออทิสติก

2. ในช่วงดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะราย ตามขั้นตอนกิจกรรม 5 ขั้นตอน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

3. หลังการทดลองให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินความรุนแรงอาการของเด็กออทิสติกและในกลุ่มทดลองเท่านั้นที่ประเมินความรู้และทักษะการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายและประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

2. วิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

3. เปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลเด็กออทิสติกปฐมวัยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

4. เปรียบเทียบความรุนแรงอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกปฐมวัย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการทดสอบที

5. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะราย วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์สภาพการณ์การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า

1.1 ระบบการบริการทางการพยาบาล

1.1.1 ระบบบริการทางการพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการแก่เด็กออทิสติกและครอบครัวได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปกครอง/หรือผู้ดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมาย เด็กออทิสติกไม่สามารถจำหน่ายสู่ระบบการศึกษาหรือกลับไปใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวได้

ระบบบริการเด็กออทิสติกที่มารับบริการประเภทผู้ป่วยในสถาบันราชานุกูล ปัจจุบันเป็นการให้บริการตามโปรแกรมโดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกรับ ระยะบำบัดรักษา และระยะก่อนจำหน่าย

1.1.2 ระยะเวลาของโปรแกรม คือ 3 เดือน และพิจารณาต่อระยะเวลาของโปรแกรมออกไปอีกในกรณีที่พัฒนาการของผู้ป่วยไม่ก้าวหน้า พยาบาลให้ความเห็นว่า ระยะเวลาของโปรแกรม 3 เดือน เป็นระยะเวลาที่อาจน้อยไปในการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งจากประสบการณ์การทำงานของพยาบาลมีความเห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะดีขึ้นอยู่ที่ระยะเวลาประมาณ 6 - 9 เดือน และการเตรียมผู้ป่วยออทิสติกสำหรับไปโรงเรียนเฉลี่ยควรเป็นระยะเวลา 13 เดือน

1.1.3 กิจกรรมมีทั้งแบบรายบุคคลและกิจกรรมกลุ่ม จุดอ่อนของการจัดกิจกรรมกลุ่มคือจะไม่ได้แบ่งตามความสามารถของเด็กที่ชัดเจน แต่จะแบ่งตามปัญหาพฤติกรรม

1.2 ความพร้อมของเด็กออทิสติกส่งสถานศึกษา

จากผลการติดตามตัวชี้วัดร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีคะแนนความพร้อมเพื่อส่งสถานศึกษาด้านการช่วยเหลือตนเอง ด้านความเข้าใจภาษา และทักษะทางสังคม เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ 70 และ 80 ในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผลลัพธ์ไม่บรรลุเป้าหมาย คือ ทำได้เพียงร้อยละ 66.67 และ 71.43 ซึ่งเด็กออทิสติกที่รับไว้ในหอผู้ป่วยออทิสติก 1 และหอผู้ป่วยออทิสติก 2 ร้อยละ 65.71 เด็กมีปัญหาพฤติกรรมทางอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง

1.3 ความต้องการของพยาบาลที่ให้การดูแลเด็กออทิสติก

พยาบาลต้องการพัฒนาความชำนาญและประสบการณ์เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาผู้ปกครองโดยที่มีเทคนิคเฉพาะ การทำกลุ่มบำบัดการปรับและแก้ไขพฤติกรรมในเด็กออทิสติก การควบคุมพฤติกรรม ทักษะการสื่อสารกับผู้ปกครอง รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยสู่ระบบการศึกษาทั้งการศึกษาพิเศษ และโรงเรียนปกติ

2. รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกระบวนการพยาบาลเฉพาะราย 5 ขั้นตอน ได้แก่

2.1 การประเมินปัจจัยที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการ เป็นการค้นหาและประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติก การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของผู้ดูแล

2.2 การระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการ เป็นการวิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงตามสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเฉพาะราย

2.3 การวางแผนการพยาบาลเป็นการกำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล การส่งเสริมพัฒนาการ และการดูแลความปลอดภัย ตามลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหาตามปัญหาและความต้องการเฉพาะราย

2.4 การให้การพยาบาล เป็นขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลและส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามสภาพปัญหาความต้องการด้วยคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย

2.5 การประเมินผลการดูแลเฉพาะรายเป็นการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล

พยาบาลดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ตามสภาพปัญหาความต้องการ อาการทางคลินิก และปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกที่เจาะจงเฉพาะรายด้วยคู่มือการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง วันละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 เรื่อง ๆ ละ 20 นาที รวม 60 นาที/วัน ตามปัญหาและอาการทางคลินิกที่สำคัญ

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า

3.1 เด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70 อายุ 5 ปี ร้อยละ 47.5 กลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุระหว่าง 25 - 40 ปี ร้อยละ 45 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 50

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงอาการออทิสติกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ พบว่า

3.2.1 ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองโดยรวมมีอาการออทิสติกรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 2.184, p = .035) นอกจากนี้ ยังพบผลสอดคล้องกันในด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร (t = 2.391, p = .023) และด้านที่ 2 ด้านสังคม (t = .2115, p = .041) สำหรับด้านที่ 3 ด้านประสาทการรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการออทิสติกรุนแรงสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 1.352, p = .184 และ t = .948, p = .349 ตามลำดับ) ดังตาราง 1 และ 2

3.2.2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองโดยรวมด้านที่ 2 ด้านสังคม ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้ และด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม มีอาการออทิสติกรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = -2.768, p = .010; t = -2.859, p = .008; t = -2.329, p = .026; t = -2.242, p = .031 ตามลำดับ) สำหรับด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร พบว่า กลุ่มทดลองมีอาการออทิสติกรุนแรงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -.869, p = .392) ดังตาราง 1 และ 2

3.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ดูแลสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05 (*M* = 15.80, *SD* = 1.61 และ *M* = 19.95, *SD* = 1.7, *t* = - 4.056, *p* = .001)

3.4 พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M* = 4.58, *SD* = .34) โดยพยาบาลมีความพึงพอใจมากที่สุด (*M* = 4.83, SD = .41) ในเรื่องรูปแบบการดูแลเฉพาะรายช่วยทำให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกได้มากขึ้น และช่วยให้พยาบาลดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ได้จริงเกิดประโยชน์ต่อการพยาบาลเด็กออทิสติและครอบครัว (*M* = 4.67, *SD* = .52)

ตาราง 1 ความรุนแรงอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (*N* = 40)

ความรุนแรงอาการออทิสติก	กลุ่มทดลอง (*n* = 20)		กลุ่มควบคุม (*n* = 20)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ก่อนการทดลอง	91.15	16.70	76.65	24.54	2.184	.035
หลังการทดลอง	59.75	9.95	76.15	24.56	-2.768	.010

ตาราง 2 ความรุนแรงอาการออทิสติกรายด้านของเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (*N* = 40)

ความรุนแรงอาการออทิสติก	กลุ่มทดลอง (*n* = 20)		กลุ่มควบคุม (*n* = 20)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ด้านที่ 1 ด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร						
ก่อนการทดลอง	21.05	3.89	17.05	6.38	2.391	.023
หลังการทดลอง	15.90	3.87	17.45	6.96	-.869	.392
ด้านที่ 2 ด้านสังคม						
ก่อนการทดลอง	23.50	8.13	18.00	8.30	2.115	.041
หลังการทดลอง	11.95	4.46	18.10	8.52	-2.859	.008
ด้านที่ 3 ด้านประสาทรับความรู้สึก/การรับรู้						
ก่อนการทดลอง	22.60	5.40	20.05	6.47	1.352	.184
หลังการทดลอง	16.05	4.19	20.15	6.65	-2.329	.026
ด้านที่ 4 ด้านสุขภาพและพฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง	24.00	8.10	21.55	8.23	.948	.349
หลังการทดลอง	15.85	5.77	20.45	7.12	-2.242	.031

การอภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพการณ์ปัจจุบันของการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง มีปัญหาทั้งความต้องการการดูแล การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมพัฒนาเด็กออทิสติก

ที่มีพัฒนาการระดับรุนแรง ความเสี่ยงทางคลินิกทั้งจากผู้ดูแล บุคลากรพยาบาล อาจเป็นเพราะระบบบริการทางการพยาบาลเด็กออทิสติกและผู้ดูแลเป็นการพยาบาลตามพัฒนาการ ปัญหาพฤติกรรม ที่ยังไม่ครอบคลุมถึงปัจจัยเสี่ยง และปัญหาตามอาการทางคลินิกของเด็กออทิสติกที่มีปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็กออทิสติกและผู้ดูแล และแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) โดยให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม เช่น ผู้ป่วยที่มีปัจจัยทางด้านชีวภาพ หรือมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันไป โดยทำความเข้าใจปัจจัยส่วนบุคคลเฉพาะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโรคให้สามารถเข้าใจโรคได้กว้างขึ้นเกี่ยวกับสถานะสุขภาพรวมถึงการดูแลและการส่งต่อข้อมูลการรักษา

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย อายุ 3 - 5 ปี ที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง ในการวิจัยนี้ สามารถช่วยทำให้ทั้งเด็กออทิสติกมีพัฒนาที่ดีขึ้น พยาบาลสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลได้อย่างเข้าใจ และผู้ดูแลให้ร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกมากขึ้น เนื่องมาจากรูปแบบการดูแลเฉพาะรายในขั้นตอนที่ 1 และ 2 มีการค้นหาประเมิน วิเคราะห์และระบุปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกตามสภาพปัญหาและความต้องการเจาะจงเฉพาะรายทั้งด้านเด็กและด้านผู้ดูแล ปัจจัยเสี่ยงด้านเด็กได้แก่ ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม ความบกพร่องด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสื่อสารด้วยคำพูด การแยกตัวจากสังคม พัฒนาการช้า/ไม่เหมาะสมกับช่วงวัย การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ รูปแบบการนอนหลับถูกรบกวน และการเคลื่อนไหวทางร่างกายบกพร่อง ส่วนปัจจัยเสี่ยงด้านผู้ดูแล ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็กออทิสติก การจัดการและเผชิญความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมและชุมชน และในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาลที่กำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล และการส่งเสริมพัฒนาการ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลช่วยเหลือ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่พยาบาลและผู้ดูแลได้มีการสื่อสารให้ความรู้และวิธีดูแลเด็กออทิสติกที่อยู่ในความดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการเฉพาะรายอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลในขั้นตอนที่ 4 และการประเมินผลการดูแลเฉพาะราย ด้วยเกณฑ์ประเมินในขั้นตอนที่ 5 ทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้น ความรุนแรงของอาการลดลง ไม่เกิดอุบัติเหตุหรืออันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาหรือความคลาดเคลื่อนทางยา ส่วนผู้ดูแลมีความรู้และทักษะการดูแลสเด็กออทิสติกได้ สามารถจัดการความเครียดและเผชิญความเครียดได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม และใช้ประโยชน์จากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนจากชุมชนได้

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดความรุนแรงอาการออทิสติกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบการดูแลเฉพาะรายได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมบริการปกติ ที่พบผลเช่นนี้ อาจเนื่องมาจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมพยาบาล การบำบัดทางการพยาบาล และการส่งเสริมพัฒนาการได้ตามสภาพปัญหา ความต้องการของเด็กออทิสติกตามความสำคัญและเร่งด่วนของปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจขัดขวางความก้าวหน้าพัฒนาการของเด็กออทิสติกตามปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการดูแลความปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thongpetch (2019) ที่พบว่า กลุ่มทดลอง

หลังได้รับการบำบัดทางการพยาบาลความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกระยะแรกลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยด้านที่ความรุนแรงของอาการเด็กออทิสติกลดลงมากที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมา คือ ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Punphong (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถในการดูแลของครอบครัวต่ออาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียน ที่พบว่าอาการออทิสติกของเด็กออทิสติกวัยก่อนเรียนหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่าเฉลี่ยอาการออทิสติกในรายด้านในด้านที่ 2 - 4 ของทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยอาการออทิสติกน้อยกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสาร พบว่า หลังการทดลอง แม้ว่ากลุ่มทดลองจะมีความรุนแรงของอาการออกทิสติกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากอาการสำคัญของเด็กออทิสติกได้แก่ ความบกพร่องในการพูด การใช้ภาษา และการติดต่อสื่อสาร ดังนั้น จึงต้องใช้เวลาในการพัฒนาในด้านนี้มากกว่าด้านอื่น

4. พยาบาลวิชาชีพ มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายภาพรวมในระดับมากที่สุด โดยด้านที่พยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด คือ ช่วยทำให้พยาบาลสื่อสารกับผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจ และร่วมมือในการดูแลเด็กออทิสติกได้มากขึ้น และช่วยให้พยาบาลดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้อย่างต่อเนื่อง ที่เป็นเช่นนี้ เพราะรูปแบบดังกล่าวออกแบบตามสภาพปัญหาและรูปแบบการดูแลเฉพาะราย (personalized care model) ที่ปรับมาจากแนวคิดหลักการดูแลสุขภาพแบบเจาะจงเฉพาะบุคคล (Ma et al, 2016) ซึ่งให้ความสำคัญต่อการประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ให้การดูแลตามลักษณะปัจจัยของแต่ละบุคคลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ที่จะนำรูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรงไปใช้ควรศึกษาและทำความเข้าใจเนื้อหาโปรแกรมและการใช้โปรแกรม

2. ควรจัดทำหลักสูตรอบรมการใช้รูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีพัฒนาการระดับรุนแรง โดยอบรมการดูแลเฉพาะรายตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน วิธีการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัย วิธีการฝึก การประเมินความรุนแรงอาการออทิสติก และบันทึกความก้าวหน้าพัฒนาการ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และการใช้เครื่องประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

3. ควรขยายผลโดยการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างอายุ 6 - 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มักมีปัญหาพฤติกรรมเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาด้านการพูด การใช้ภาษาและการติดต่อสื่อสารมากกว่า 4 สัปดาห์

เอกสารอ้างอิง

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)* (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric.

Chuthapisith, J. (2018). Autism spectrum disorder. In S. Sutchritpongsa, R. Roongpraiwan, T. Hansakunachai, B. Benjasuwantep, A. Fuengfoo, J. Chuthapisith, & P. Rojmahamongkol (Eds.). *Textbook of developmental and behavioral pediatrics* (pp. 587-598). Bangkok: P.A.Living.

Glasper, A. (2020). Strategies to ensure that all patients have a personalized nursing care plan. *British Journal of Nursing*, *29*(1), 62-63.

Green, J., Charman, T., McConachie, H., Aldred, C., Slonims, V., Howlin, P., . . . Pickles, A. (2010). Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): A randomised

controlled trial. *The Lancet, 375*(9732), 2152-2160.

Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2004). Adult outcome for children with autism. *Journal of Child Psychology and Allied Disciplines Psychiatry*, *45*, 212–29. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00215.x

Ma, J., Rosas, L. G., & Lv, N. (2016). Precision lifestyle medicine: A new frontier in the science of behavior change and population health. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(3), 395-397.

Muangmolmaneerut, W., & Tungpunkom, P. (2006). *The relationship between selected factors, social support, and dependent care agency among mothers of autistic children* (Master of nursing science, mental health and psychiatric nursing). Chiang Mai University, Chiang Mai.

Munro, C. L., & Savel, R. H. (2016). The promise of personalized care in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care, 25*(5), 388-390.

NHS England. (2019). *NHS long term plan*. Retrieved from https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf

Potter, P. A., Perry, A. G., Hall, A., & Stockert, P. A. (2017). *Fundamentals of nursing* (9th ed.). Mosby Elsevier.

Punphong, S. (2018). *The effect of enhancing family caregiving ability program on autistic symptoms among autistic preschoolers* (Master of nursing science program, nursing science). Faculty of Nursing Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Rajanukul institute. Quality Improvement Division. (2022). *Self-assessment report 2020.* Bangkok: institute.

Rajanukul institute, Community of Practices (CoPs) of autism spectrum disorder. (2021*). Intervention of autism spectrum disorder.* Bangkok: institute.

Rimland, B., & Edelson, S. M. (2000). *Autism treatment evaluation checklist.* Retrieved from https://www.autism.com/atec/2000.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2007). *Assessment, diagnosis and clinical interventions for children and young people with autism spectrum disorders*. Edinburgh: SIGN 98.

Sirirutraykha, T. (2022). *Autism.* Retrieved from https://www.happyhomeclinic.com/au21-autism-fag.html

Thongpetch, U., Yunibhand, J., & Choomchit, S. (2019). Effects of early nursing intervention on symptom severity of preschool children with autism. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice,* 6(1), 19-35.

van Meijel, B., Gamel, C., van Swieten-Duijfjes, B., & Grypdonck, M. H. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: Methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing, 48*(1), 84-92.

Weissman, L., & Bridgemohan, C. (2012). Autism spectrum disorders in children and adolescents: Pharmacologic interventions. In UpToDate, M. M. Torchia (Ed.), *UpToDate*. Waltham, MA.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน[1]

THE EFFECTS OF A RESOURCE-ENHANCING PROGRAM ON THE STRESS MANAGEMENT SKILLS OF CAREGIVERS OF DIABETES MELLITUS PATIENTS IN THE COMMUNITY

กานต์ตริน ศรีสุวรรณ[2] ก้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง[2,*] สุมิศา กุมลา[3] สมจิตต์ ลุประสงค์[2]
Kantarin Srisuwan Kongkrissadakorn Chondaen Soomisa Koomala Somchit Luprasong

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34190
This research was funded by Ubonratchathani University, 34190, Thailand

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี 34190
Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Ubonratchathani University, 34190, Thailand
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม 48000
Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University, 48000, Thailand
*Corresponding author E-mail: kongkrissadakorn.c@ubu.ac.th

Received: *August 8, 2023* Revised: *December 17, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร และ 2) เปรียบเทียบทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกได้จำนวน 44 คน แล้วสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร และ 3) แบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงของแบบวัดทักษะการจัดการกับความเครียด เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดหลังการทดลอง (M = 72.05 , SD = 11.01) มากกว่าก่อนการทดลอง (M = 55.50, SD = 14.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.92, p = .000) และ 2) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 4.14, p = .000)

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรสามารถเพิ่มทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร, ทักษะการจัดการกับความเครียด, ผู้ดูแล, โรคเบาหวาน

Abstract

This quasi-experimental research aimed to 1) compare the stress management skills of caregivers of diabetes mellitus patients in the community of the experimental group before and after a resource-enhancing program, and 2) compare the stress management skills of caregivers of diabetes mellitus patients in the community, before and after a resource-enhancing program, between the participants who attended an experimental group and a control group. The sample consisted of 44 caregivers of diabetes mellitus patients, recruited based on inclusion criteria, and randomly assigned to the control and experimental groups, each comprising 22 subjects. The experimental group participated in the resource-enhancing program, which spanned four sessions conducted once a week for four weeks, while the control group received routine care. The research instruments included a personal data questionnaire, the resource-enhancing program, and a stress management skills scale, achieved a Cronbach's alpha coefficient of .87 for content validity by three experts. Data analysis employed descriptive statistics and *t*-tests.

The research findings indicated that 1) the mean post-test score (M = 72.05, SD = 11.01) of participants in the experimental group, after engaging in the program, was significantly higher than the pre-test score (M = 55.50, SD = 14.98) (t = 3.92, p = .000), and 2) the mean difference in stress management skills scores between the pre-test and post-test in the experimental group was significantly greater than that of the control group receiving routine care (t = 4.14, p = .000).

Therefore, the resource-enhancing program proved effective in enhancing the stress management skills of caregivers of diabetes mellitus patients in the community.

Keywords: resource-enhancing program, stress management skill, caregivers, diabetes mellitus patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable disease: NCDs) ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุหลักของอาการตาบอด ภาวะไตวาย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและการตัดอวัยวะส่วนล่างของผู้ป่วยอย่างไรก็ตามยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 3 หรือประมาณ 2 ล้านคนทั่วโลก จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 422 ล้านคนทั่วโลก และอีกประมาณ 20 ปีข้างหน้าคาดว่าผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 785 ล้านคน (World Health Organization: WHO, 2022) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 393,887 ราย ซึ่งจำนวนของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง(Sanloa, Thanapiyawat, & Sripawaripom, 2019) เช่นเดียวกันกับรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2559 - 2562 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 840,489 คน 876,970 คน จำนวน 941,226 คน และ 1,002,310 คน ตามลำดับ (Ministry of Public Health, 2019) สะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี

โรคเบาหวานเป็นโรคที่ต้องรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาของโรคที่ยาวนาน (Chunsorn, Kangchai, & Rattanajarana, 2018) โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพได้ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ปัญหาเท้าเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากปลายประสาทเสื่อม เส้นเลือดส่วนปลายตีบตันและติดเชื้อ จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันต่าง ๆ และนำไปสู่ความพิการ (Diabetes Association of Thailand, 2017) ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นนอกจากจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล หรือครอบครัว รวมทั้งเศรษฐกิจ โดยค่าใช้จ่ายของครอบครัวที่ใช้ในการรักษาและดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นหากผู้ป่วยเกิดความพิการ (Chiaranai, Chularee, & Prawatwong, 2020) ดังนั้น นอกจากผู้ป่วยที่ต้องดูแลตัวเองแล้ว ผู้ดูแลยังมีบทบาทที่สำคัญและเกี่ยวข้องในการดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้อยู่กับโรคเบาหวานและบรรลุเป้าหมายในการรักษา (Kristaningrum, Ramadhani, Hayati, & Setyoadi, 2021) ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน คือ การจัดเตรียมอาหาร เตรียมยา การช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดบ้าน พามาพบแพทย์ตามนัด อย่างไรก็ตาม จากบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลไม่เพียงแต่ดูแลเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ยังต้องดูแลประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานด้วย ดังนั้น สิ่งที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อตัวผู้ดูแลด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความขัดแย้งทางจิตใจทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล (Alsaedi et al., 2022)

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีความเครียดสูง โดยมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดจาก 2 แหล่ง คือ ตัวผู้ดูแลและการดูแลผู้ป่วย ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่จะสร้างปัญหาการดูแล เช่น การใช้ความรุนแรง และปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ป่วย (Nicolosi et al., 2019) ผลวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานพบว่าผู้ดูแลที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ขาดความแข็งแกร่งในชีวิต ขาดทักษะการสื่อสารในครอบครัว และผู้ป่วยเบาหวานมีปัญหาด้านพฤติกรรมจะทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดที่สูงกว่าผู้ดูแลที่ปรับตัวได้ (Gucuk, 2016) สอดคล้องกับแนวคิดเพียร์ลินที่กล่าวถึงกระบวนการความเครียดของผู้ดูแล (Pearlin, Mullan, Semple, Marilyn & Skaff, 1990) ที่อธิบายว่า กระบวนการความเครียดมีปัจจัยสาเหตุหลายองค์ประกอบที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแล โดยรูปแบบกระบวนการความเครียดนี้ ประกอบด้วย ความเครียดหลัก (primary stressors) ความเครียดจากบทบาทของผู้ดูแล (secondary role strains) ความเครียดภายในจิตใจของผู้ดูแล (secondary intrapsychic strains) และแหล่งทรัพยากรที่เป็นตัวกลาง (mediators) ซึ่งการเผชิญปัญหา (coping) และแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นแหล่งทรัพยากรที่ช่วยในการจัดการระหว่างความเครียดเรื้อรังของผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดในด้านการเผชิญปัญหา แรงสนับสนุนทางสังคมและส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลสู่ผลลัพธ์ของทักษะการจัดการกับความเครียดที่เพิ่มขึ้นด้วย (Edraki, Rambod, & Molazem, 2018; Leenatham & Julvanichpong, 2013; Pumprawai, Janejatkarn, Kanokwongnuwat, Hemchayat, & Janchai, 2019)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบโปรแกรมส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่ตัวผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องของพฤติกรรมการปฏิบัติตัว แต่สิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวที่เหมาะสม คือ ผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวจะยิ่งมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ (Cheumthonh, Kimsungnoen, & Namjuntra, 2020) นอกจากนี้ โปรแกรมที่

กล่าวมาข้างต้น ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นหลัก แต่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาการดูแลและปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและยาวนาน และจากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงเกิดจากขาดประสบการณ์ในการจัดการความเครียด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ซึ่งมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้หลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับบริบทสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและการรับรู้ของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทักษะการจัดการกับความเครียดที่ดี มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยเบาหวาน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร

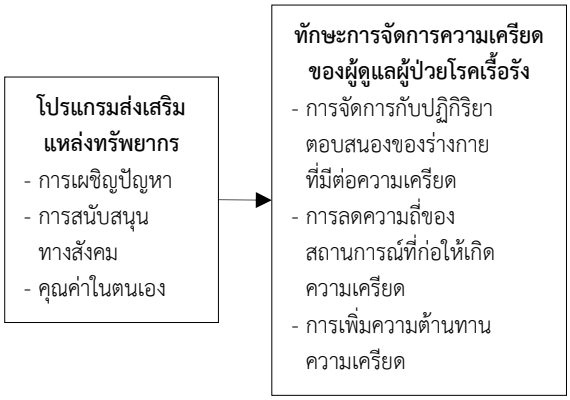
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

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

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวางและตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 395 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่รับบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวางและตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เลือกมาแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ

1) เป็นผู้ดูแลหลักเพศชายหรือหญิงที่มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือความสัมพันธ์ทางกฎหมาย

2) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และรับการรักษาด้วยยารับประทาน ยาฉีดอินซูลิน ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานไม่ต่ำกว่า 2 ปีขึ้นไป

3) ดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อวัน หรืออย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

4) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีบทบาทหน้าที่ในการจัดเตรียมอาหาร เตรียมยา การช่วยเหลือดูแลทำความสะอาดร่างกาย ทำความสะอาดบ้าน การพามาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น

5) มีคะแนนความเครียดในระดับปานกลางจากการวัดโดยแบบประเมินความเครียด (ST - 5)

6) เป็นผู้ดูแลหลักเพียง 1 คน สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 1 ราย ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยทั้งการอ่าน และการเขียนได้

ขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .80 มีค่า α เท่ากับ .05 และค่าขนาดของอิทธิพล (effect size) คำนวณจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ Wichaidit, Soonthornchaiya, and Phanasathit (2022) ได้เท่ากับ 3.99 ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เมื่อนำมาคำนวณจะได้ตัวอย่างวิจัยจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลในการศึกษานี้ที่ระดับ .80 แทน ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับสูง (Cohen, 1992) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 42 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดของตัวอย่างอีก 5 % เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่างระหว่างเก็บข้อมูล จึงได้ตัวอย่างทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยพัฒนาต่อจากโปรแกรมแหล่งส่งเสริมทรัพยาการของเพียร์ลิน ร่วมกับแนวคิดกระบวนการความเครียด (Pearlin et al., 1990; Wichaidit, Soonthornchaiya, & Phanasathit, 2022) มาพัฒนาเป็นรูปแบบการบำบัดเพื่อส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 120 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และมอบหมายการบ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เล่าสู่กันฟัง” เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาสาเหตุของความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

กิจกรรมที่ 2 “ปรับเปลี่ยนเรียนรู้” เพื่อฝึกทักษะการเผชิญปัญหา และทักษะการจัดการกับอารมณ์ในการที่จะเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 “กระจกสะท้อนตัวตน” เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการจัดสรรแบ่งเวลาการพักผ่อนของตนเองจากการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

กิจกรรมที่ 4 “เครือข่ายสังคมผู้ดูแล” เพื่อสนับสนุนทางสังคม และเครือข่ายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดการสนับสนุนแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ

โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาความถูกต้องของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย ด้านระดับการศึกษา อาชีพ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล

3. แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) และปรับปรุงแบบสอบถามต่อจาก Srisuwan, Somprasert, and Lerthasilp (2019) มีทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 3, 6, 8, 10, 13, 20, 22 2) ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียดมี

8 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 2, 5, 7, 11, 14, 17, 18, 19 และ 3) ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มี 7 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 9, 12, 15, 16, 21, 23 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำประจำ (4) ค่อนข้างบ่อย (3) บ่อยครั้ง (2) บางครั้ง (1) ไม่เคย (0) จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 20 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ คะแนนรวม 0 - 92 คะแนน การแปลผล คะแนนสูงหมายถึง มีทักษะการจัดการกับความเครียดที่ดี

แบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 - 1.00 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองโครงการ UBU - REC - 24/2565 วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลและเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังแจ้งถึงสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับตามสิทธิ์ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยนี้ภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวางและตำบลโพธิ์ใหญ่ และเริ่มดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือน มิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2565 โดยสุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวางเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่เป็นกลุ่มควบคุม และคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดได้จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำขวาง และกลุ่มควบคุม 22 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ใหญ่ มีรายละเอียดในแต่ละกลุ่ม ดังนี้

<u>กลุ่มควบคุม</u>

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในครั้งแรกที่พบกัน

2. ดำเนินการทดลองโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

3. เมื่อครบสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดในกลุ่มควบคุม ซึ่งหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรที่กลุ่มทดลองได้รับ เพื่อเป็นการชดเชย

<u>กลุ่มทดลอง</u>

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลในครั้งแรกที่พบกัน

2. ดำเนินการทดลองโดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม แต่ละกิจกรรมใช้เวลา 120 นาที โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

3. เมื่อครบสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดในกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมแหล่งส่งเสริมทรัพยากรโดยใช้การทดสอบทีแบบ Dependent *t*-test และ Independent *t*-test รวมทั้งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ทั้งหมด 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 48.68 ปี (*SD* = 12.96) และกลุ่มควบคุม 46.73 ปี (*SD* = 12.24) ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.40 และ 63.60 ระดับการศึกษาสูงสุดพบว่า กลุ่มทดลองจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 40.90 และกลุ่มควบคุมจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.10 ด้านสถานภาพสมรสพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 68.20 และ 77.30 ตามลำดับ ด้านลักษณะครอบครัวพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 68.20 และ 72.20 ตามลำดับ ด้านอาชีพพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 54.50 และ 40.90 ตามลำดับ ด้านโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 86.40 และ 81.80 ตามลำดับ ด้านรายได้ของครอบครัว กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 5,001 - 10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 68.20 และ 63.60 ตามลำดับ และด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 63.60 และ 59.10 ตามลำดับ

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดหลังการทดลอง (*M* = 72.05, *SD* = 11.01) มากกว่าก่อนการทดลอง (*M* = 55.50, *SD* = 14.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*t* = 3.92, *p* = .000) โดยทั้งกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด และด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1)

3. ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\overline{D}$ = -16.55 และ $\overline{D}$ = -1.27 ตามลำดับ; *t*= 4.14, *p* = .000) (ตาราง 2)

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหนาวในชุมชนของกลุ่มทดลอง (*n* = 22)

ทักษะการจัดการกับความเครียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*df*	*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*			
ด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองต่อร่างกาย	19.91	5.55	24.91	4.01	21	3.05	.00
ด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด	19.32	6.29	25.18	4.20	21	3.81	.00
ด้านการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด	16.27	4.38	21.95	3.72	21	4.15	.00
รวม	55.50	14.98	72.05	11.01	21	3.92	.00

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 44)

โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร	ทักษะการจัดการกับความเครียด							
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{D}$	$SD_{\bar{D}}$	*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*				
กลุ่มทดลอง (*n* = 22)	55.50	14.98	72.05	11.01	16.55	19.76	4.14	.000
กลุ่มควบคุม (*n* = 22)	56.00	17.42	54.73	16.80	-1.27	4.10		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลอง ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของกระบวนการความเครียด (Pearlin et al., 1990) มีการประเมินทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนผ่านกระบวนการกลุ่ม 3 ขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ ดำเนินการ และ สิ้นสุดการสร้างสัมพันธภาพ จึงเกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาทักษะ ส่งผลลัพธ์ให้เกิดทักษะในการจัดการความเครียด ครอบคลุม 3 ทักษะ คือ การจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด การลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเพิ่มความต้านทานความเครียด

นอกจากนี้ โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรที่พัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping) เรียนรู้ขั้นตอนการแก้ไขปัญหา ฝึกให้ผู้ดูแลปรับมุมมองในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก การค้นคว้ามุมมองในเชิงบวกจากเหตุการณ์ปัญหาที่ผู้ดูแลพบเจอ อีกทั้งผู้ดูแลได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์โกรธ ได้รับความรู้ในเรื่องของโรคเบาหวาน ความหมายของความเครียด ระบุสาเหตุ อาการแสดงของความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการความเครียดของตนเองได้ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) จากกิจกรรมผู้ดูแลเกิดความรู้ว่าความเครียดนั้นเป็นสภาวะที่ทางร่างกาย และทางจิตใจที่มนุษย์ตอบสนองเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้าที่มากระตุ้น และผู้ดูแลได้เรียนรู้เกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด ซึ่งผู้ดูแลสามารถอธิบายวิธีการจัดการกับความเครียดในด้านการจัดการกับปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่มีต่อความเครียด เกิดความรู้ ความเข้าใจว่าการจัดการความเครียดเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ด้วยตนเอง (Lazarus & Folkman, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhou et al. (2021) พบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้ในการเผชิญกับความเครียดสูงจะมีทักษะในการจัดการกับความเครียดได้

ในส่วนของแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) ในโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรนี้ แสดงออกใน 2 รูปแบบ คือ 1) การสนับทางด้านจิตใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่มผู้ดูแลด้วยกัน การติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ช่วยเหลือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพิ่มช่องทางการติดต่อทั้งทางการพูดคุยสื่อสารและทางออนไลน์ และ 2) แหล่งทรัพยากร โดยเน้นการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชนตั้งแต่การป้องกันเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินแก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงเกิดความมั่นใจในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะจิตใจอารมณ์ โดยการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้

ตระหนักในความสามารถ และศักยภาพของตนเองที่ยังคงสามารถปฏิบัติต่อตนเองและผู้อื่นได้ รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติเพื่อสำเร็จตามเป้าหมาย (House, 1981) ให้สอดคล้องและมีโอกาสสำเร็จตามบริบทของชีวิตผู้ดูแลแต่ละบุคคลด้วย จะส่งผลให้เกิดทักษะการจัดการกับความเครียดในด้านการเพิ่มความต้านทานต่อความเครียด ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Juntarangsrivorakul and Kontha (2021) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่ได้รับส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมมากจะช่วยลดระดับความเครียดได้

ยิ่งไปกว่านั้น โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรยังมุ่งเน้นการสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง (self - esteem) โดยส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการพัฒนาการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลเพิ่มการลดความถี่ของสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ที่ผ่านมาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Pankong, Khampeng, Suwanno, & Soodsuk, 2021)

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการจัดการกับความเครียดก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรสร้างขึ้นจากแนวคิดกระบวนการความเครียด (Pearlin, Mullan, Semple, Marilyn & Skaff, 1990) ที่ส่งเสริมทักษะการจัดการกับความเครียดแบบเฉพาะเจาะจงกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ได้แก่ การเผชิญปัญหา (coping) แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และการตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง (self - esteem) และมีการเสริมสร้างทักษะการจัดการกับความเครียด โดยออกแบบกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้รู้สาเหตุของความเครียดที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของตนเองรวมไปถึงวิธีการจัดการกับความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลายความเครียดแบบก้าวหน้า การกำหนดลมหายใจ เป็นต้น พร้อมทั้งการมีกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลได้สะท้อนคิดการเรียนรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และส่งเสริมการตระหนักรู้การมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์โดยการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในการเรียนรู้ทักษะการจัดการกับความเครียดทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานได้เรียนรู้เข้าใจถึงสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองเผชิญต่อความเครียด สามารถสร้างความเข้มแข็งด้านจิตใจ จัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และเลือกวิธีการจัดการกับความเครียดตามสถานการณ์ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลหากมีความตระหนักรู้ในตนเอง และได้รับการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับแนวทางการเผชิญความเครียด จะมีผลต่อการลดความเครียดและช่วยเพิ่มการจัดการกับความเครียดที่ดีได้ (Lalun & Kwathai, 2022)

ดังนั้น โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนนี้ สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะการจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นมากกว่าการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดอบรมการใช้โปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรกับพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการ

ด้านกลุ่มโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการทักษะการจัดการความเครียดในผู้ดูแล

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากร ในลักษณะที่มีการจัดการความเครียดในรูปแบบของผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน และมีการศึกษาข้อมูลในระยะยาว เพื่อศึกษาการคงอยู่ของทักษะการจัดการกับความเครียด

เอกสารอ้างอิง

Alsaedi, Y., Almalki, A., Alqurashi, R., Altwairqi, R., Almalki, D., Alshehri, K., Alamri, A., & Alswat, K. (2022). Assessment of type 2 diabetes patients' caregivers' burnout level: A cross-sectional study in Arabia. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity Targets and Therapy*, *15*(1),1091-1099.

Cheumthonh, P., Kimsungnoen, N., & Namjuntra, R. (2020). The effects of educative supportive program on self care behaviors and HbA1c in persons newly diagnosed with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Science and Health, 43*(1), 78-86.

Chiaranai, C., Chularee, S., & Prawatwong, W. (2020). Two-way sms reminders for medication adherence and quality of life in adults with type 2 aiabetes: A randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, *27*(3), 457-471.

Chunsorn, N., Kangchai, W., & Rattanajarana, S. (2018). Predictive factors of resilience among elderly with diabetes. *Journal of Nursing and Health Sciences*, *12*(2), 12-14.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology*: A power primer. Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.

Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes 2017* (3rd ed.). Romyen media.

Edraki, M., Rambod, M., & Molazem, Z. (2018). The effect of coping skills training on depression, anxiety, stress, and self-efficacy in adolescents with diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 6*(4), 324-333.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence.* Elsevier health sciences.

Gucuk, S. (2016). Effects of the behavior of elderly type 2 diabetic patients and their relatives as caregivers on diabetes follow- up parameters in Bolu, Turkey. *Geriatrics Gerontology, 16*(2), 182-190.

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* California, CA: Addison-wesley.

Juntarangsrivorakul, W., & Kontha, J. (2021). Relationships between personal factors, burden of care, social support and stress of caregiver the patient with chronic diseases in community. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health, 44*(1), 88-101.

Kristaningrum, N. D., Ramadhani, D. A., Hayati, Y. S., & Setyoadi. (2021) . Correlation between the burden of family caregivers and health status of people with diabetes mellitus. *Journal of Public Health Research*, *10*, 22-27. https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2227

Lalun, A., & Kwathai, L. (2022). Factors predicting quality of life in caregivers of type 2 diabetes patients during the coronavirus 2019 pandemic. *Journal of Health and Health Management*, *8*(1), 151-164.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and appraisal*. New York, NY: Springer.

Leenatham, K., & Julvanichpong, T. (2013). The effect of health education program and social support on stress of puerperium. *UMT-Poly Journal*, *11*(1), 1-11.

Ministry of Public Health (2019). *Rate of inpatient with diabetes mellitus.* Retrieved from http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13684&tid=32&gid=1-020

Nicolosi, B. F., Lima, S. M., Rodrigues, M.K., Juliani, C. M-M., Spiri, W. C., Calderon, I. M-P., & Rudge, M. V-C. (2019). Prenatal care satisfaction: Perception of caregivers with diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*(3), 305-311. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0978

Pankong, O., Khampeng, S., Suwanno, P., & Soodsuk, K. (2021). The effects of program strengthening caregiving ability for dependence chronic diseases older adults of community health workers. *Academic Journal of Community Public Health,7*(4), 29-41.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., Marilyn, M., & Skaff, M. A. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontological Society of America*, *30*(5), 583-594.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Pearson education.

Pumprawai, A., Janejatkarn, B., Kanokwongnuwat, P., Hemchayat, U., & Janchai, N. (2019). Effectiveness of self- esteem promoting program on depression of elder people in borploy sub-district, samkok district, pathumthani province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, *27*(1), 33-41.

Sanloa, P., Thanapiyawat, N., & Sripawariporn, S. (2019). Self-management in elderly people with diabetes mellitus in Esaan context. *Journal of Nursing and Health Care*, *37*(3), 221-229.

Srisuwan, K., Somprasert, C., & Lerthasilp, T. (2019). The effects of an adjustment -promoting program on the stress management skills of mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *20*(3), 371-379.

Wichaidit, A., Soonthornchaiya, R., & Phanasathit, M. (2022). The effects of a resource- enhancing program based on Pearlin's conception on the depression of the caregivers of elderly with dementia. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, *23*(1), 371-379.

World Health Organization. (2022). Diabetes. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes.

Zhou, Z., Wang, Y., Feng P., Li, T., Tebes, J., Luan, R., & Yu, Y. (2021). Associations of caregiving knowledge and skills with caregiver burden, psychological well-being, and coping styles among primary family caregivers of people living with schizophrenia in China. *Frontiers in Psychiatry, 12*(1), 1-11. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.631420



ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดที่มีต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

EFFECTS OF CASE-BASED LEARNING AND SIMULATION-BASED LEARNING COMBINED WITH REFLECTION ON NURSING STUDENTS' CLINICAL DECISION-MAKING ABILITY

พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน[1] ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ[2]
Pimnatcha Sulaiman Narongsak Rorbkorb
[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดยะลา 95000
Nursing Instructor, Boromarajonai College of Nursing, Yala Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Yala, 95000, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จังหวัดปัตตานี 94000
Instructor, Ph.D., Faculty of Education, Prince of Songkhla University, Pattani Campus, Pattani, 94000, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: pimnatcha.sulaiman@gmail.com

Received: *October 24, 2023* Revised: *December 25, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด 2) เปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด กับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปี 3 จำนวน 60 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการสอนพร้อมสื่อการสอน 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .75 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 39.07, SD = 1.33 และ M = 23.77, SD = 2.11; t = 33.99, p = .000) และนักเรียนที่เรียนโดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่ากลุ่มได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (t = 32.72, p = .000)

คำสำคัญ : กรณีศึกษาเป็นฐาน, สถานการณ์จำลอง, การสะท้อนคิด, การตัดสินใจทางคลินิก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare clinical decision-making ability of the third-year nursing students before and after attending the case-based learning (CBL) and simulation-based learning (SBL) approach and to compare the difference in clinical decision-making ability between the 2 groups, a control group and an experimental group. Sixty third-year nursing students were randomly selected and divided into 2 groups, 30 students in each group. The research tools consisted of 2 parts: 1) lesson plans and instructional media were employed as the experimental tools, and 2) a Clinical Decision-Making. A questionnaire was used for data collection. Content validity was assessed by three panels of experts, with Cronbach's alpha coefficient at .75. The data were analyzed using paired t-test and independent t-test.

Findings revealed that, after studying, the experiment group had significantly higher scores of clinical decision-making ability compared with before studying at .05 level (M = 39.07, SD = 1.33 and M = 23.77, SD = 2.11; t = 33.99, p = .000). Meanwhile, the experimental group had significantly higher scores of clinical decision-making ability than the control group at .05 level (t = 32.72, p = .000).

Keywords: case-based learning, simulation-based learning, reflection, clinical decision-making

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลให้แนวทางในการดูแลสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น การส่งเสริมสมรรถนะของพยาบาลให้ปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ และป้องกันข้อผิดพลาดในการพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้การพยาบาล (Kantar & Alexander, 2012) ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อผิดพลาดในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่า ร้อยละ 50 ของการเกิดข้อผิดพลาดทางการพยาบาลเป็นผลมาจากการขาดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (Dowding & Thompson, 2003; Sinthuchai, Chiengta & Bunsonti, 2018) จึงอาจกล่าวได้ว่า การตัดสินใจทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลและสามารถป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดทางการพยาบาล (Kantar & Alexander, 2012) การตัดสินใจทางคลินิกเป็นความสามารถที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับพยาบาล ด้วยเหตุนี้การจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาเกิดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม จึงถือเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและป้องกันการเกิดข้อผิดพลาดทางการพยาบาลซึ่งถือเป็นเป้าหมายสูงสุดในการพยาบาล

ระบบการจัดการศึกษาพยาบาลในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาพบว่า มีการส่งเสริมความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกมากขึ้น เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า มีพยาบาลจบใหม่ส่วนมากไม่มีความพร้อมในการตัดสินใจทางคลินิก (Panyoyai & LeSeure, 2022) และในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลาง (Ahmed, El-hosany & Sleem, 2022) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ทำการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล พบว่า ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (Kanchanaudom, Charoensuk, Watcharaach, Wankrathok, & Sribout, 2021) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ

ทางคลินิกจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักศึกษาพยาบาล

นอกจากนี้ จากรายงานสรุปผลการจัดการเรียนการสอนในปีการศึกษา 2564 ในหน่วยงานของผู้วิจัยเอง โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาชั้นปี 3 โดยการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มอาจารย์ผู้สอนให้ความเห็นว่า นักศึกษายังมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกอยู่ในระดับน้อย ไม่มั่นใจในการให้การพยาบาล โดยเฉพาะรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ หัวข้อเรื่องการทำคลอดปกติ ซึ่งเป็นการพยาบาลในระยะวิกฤตที่นักศึกษาต้องใช้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสมกับสถานการณ์และระยะเวลา ถึงแม้จะมีการจัดการเรียนรู้ด้วยวิธีการสาธิต การใช้สถานการณ์จำลอง และการสรุปผลการเรียนรู้ แต่ก็พบว่าความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษายังคงอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ ความสามารถในการทำความเข้าใจสถานการณ์ของนักศึกษายังน้อย ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก เมื่อเผชิญสถานการณ์จริง หรือ สถานการณ์จำลองอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น นอกจากนี้ ยังพบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปี 3 ที่ลงทะเบียนเรียนการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 เป็นการเรียนเกี่ยวกับการทำคลอดครั้งแรก ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ในการทำคลอดมาก่อนจึงทำให้ความสามารถในการตัดสินใจไม่เพียงพอ เนื่องจากไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อน จึงส่งผลให้ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกไม่เหมาะสมและต้องใช้การตัดสินใจในเชิงเหตุผล ทำให้ใช้เวลาในการทำความเข้าใจสถานการณ์มาก จึงอาจตัดสินใจนานและไม่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความ สามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ด้วยวิธีการที่หลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิชาปฏิบัติการพยาบาลทั้งสิ้น เช่น การใช้สถานการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนมีความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์จริงได้ (Chow, Ahmat, Leung & Chan, 2023) การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการในการทำความเข้าใจสถานการณ์เพื่อนำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก (Acar, Guner, & Vural, 2022) การใช้สถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด (Phormpayak, Sattayawong, Rattana, Hamtanon, & Rungkavat, 2019) การใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับกระบวนการสะท้อนคิด (NikornJanpilom, Sengsri, Kaewprom, & Teeraputon, 2022) ใช้กรณีศึกษาเป็นฐานร่วมกับการใช้สถานการณ์เสมือนจริง (Punsomreung, Kanhadilok, Prasertsri, & Inchaithep, 2021) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ในรายวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ในหัวข้อการพยาบาลมารดาในระยะคลอด เพื่อให้ผู้เรียนมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ในการปฏิบัติการพยาบาลในระยะคลอด ก่อนการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ อันนำมาสู่การวางแผน การดูแลผู้รับบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด

2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของระหว่างนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดและนักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

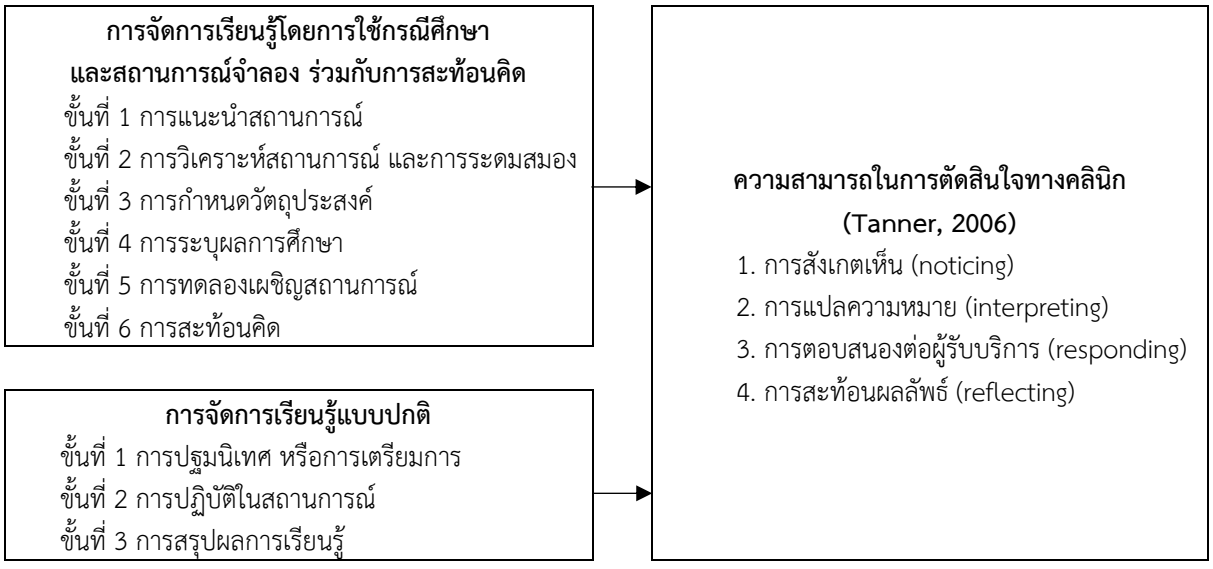
สมมุติฐานวิจัย

1. นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดจะมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน

2. นักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดจะมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยประยุกต์ใช้การจัดการเรียนรู้ที่ใช้กรณีศึกษาตามแนวคิด Seven Jump Process ของ Williams ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb และแนวคิดการสะท้อนคิดของ Gibbs ด้วยวิธีการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง และการสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การแนะนำสถานการณ์ 2) การวิเคราะห์กรณีศึกษา และระดมสมอง เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการสังเกตเห็นข้อมูล และแปลความจากข้อมูลจนเกิดความเข้าใจในปัญหาของผู้รับบริการ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการ 4) การระบุผลการศึกษา เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลผู้รับบริการ 5) การทดลองเผชิญสถานการณ์ และ 6) การสะท้อนคิดเพื่อเป็นการพัฒนาปรับปรุงเมื่อเผชิญสถานการณ์ในอนาคต ดังนั้น การจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล จึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ทั้ง 4 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของแทนเนอร์ (Tanner, 2006) ที่ทำให้เกิดองค์ประกอบของการตัดสินใจทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) การสังเกตเห็น (noticing) 2) การแปลความหมาย (interpreting) 3) การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (responding) และ 4) การสะท้อนผลลัพธ์ (reflecting) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 79 คน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 60 คน กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988 as cited in Grove, Burns & Gray, 2013) คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้เท่ากับ .88 จากนั้นนำมาคำนวณด้วยโปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .95 และความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 58 คน จำแนกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 29 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกกลุ่มละ 1 คน รวมเป็นกลุ่มละ 30 คน ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีตัวอย่างที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมจำแนกเป็น กลุ่มเก่ง กลุ่มปานกลาง และกลุ่มอ่อน ปนอยู่ด้วยกัน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1

เกณฑ์การคัดออก คือ นักศึกษาที่ไม่สามารถเข้าร่วมขั้นตอนการวิจัยได้จนเสร็จสิ้นการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานร่วมกับสถานการณ์จำลอง และการสะท้อนคิดที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ประกอบด้วย แผนการสอนพร้อมสื่อการสอน เรื่องการพยาบาลระยะคลอด และสื่อการสอนในภาคทดลอง เช่น เครื่องมือและอุปกรณ์ในการให้บริการผู้คลอด พร้อมหุ่นจำลองเสมือนจริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

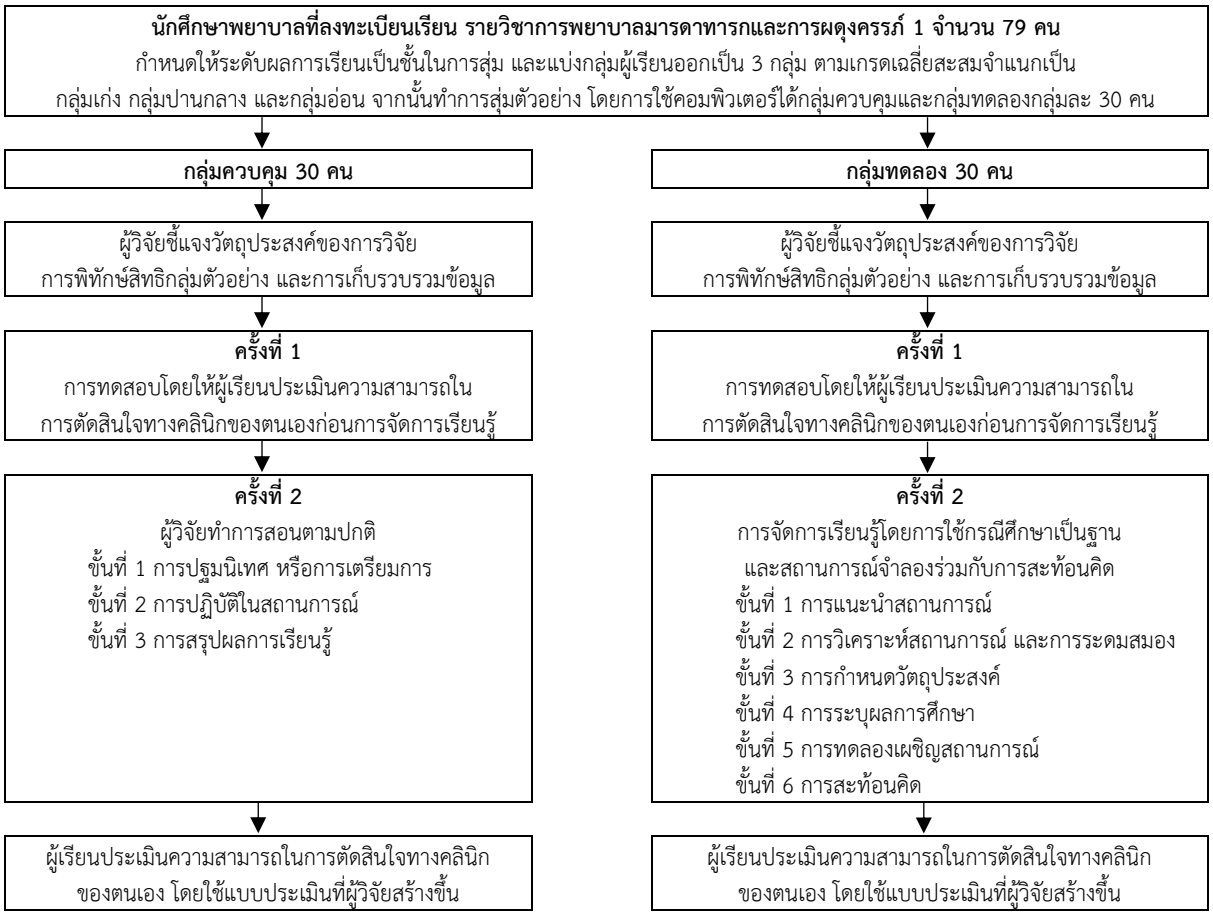
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก ดัดแปลงจากการศึกษาของ ปาริชาติ สุขสวัสดิพร และคณะ (Suksawatdiporn, Pasiphol, & Na-songkhla, 2019) เป็นมาตรวัด 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน มีทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการตั้งข้อสังเกต จำนวน 4 ข้อ ด้านการตีความ จำนวน 2 ข้อ ด้านการตอบสนอง จำนวน 4 ข้อ และด้านการสะท้อนคิด จำนวน 2 ข้อ คะแนนรวม 12 - 48 คะแนน แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไข และทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างจำนวน 19 ราย เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .75

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ตามเอกสารรับรองเลขที่ BCNYA21/2565 ลงวันที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้เข้าแนะนำตัวกับตัวอย่าง โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับ กระบวนการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ วิธีการดำเนินการวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งในระหว่างเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนและคะแนนที่พึงได้รับตามปกติ เมื่อมีการดำเนินการในกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว ถ้าผลการวิจัยออกมาดี ผู้วิจัยจะชดเชยให้กลุ่มควบคุม โดยสอบถามความต้องการ

การเรียนรู้เกี่ยวกับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคล และผู้วิจัยจะดำเนินการจัดการเรียนการสอนให้อีกครั้งภายหลังการเสร็จสิ้นการทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 30 คน จากนั้นดำเนินการในกลุ่มทดลองอีก 30 คน ดังภาพ 2



ภาพ 2 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกก่อนและหลังการทดลอง รวมทั้งการเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบทีแบบ Dependent และ Independent

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน มีอายุตั้งแต่ 20 - 23 ปี อายุเฉลี่ย 21.33 ปี (*SD* = 1.14) มีเกรดเฉลี่ยสะสมโดยเฉลี่ย 3.19 (*SD* = .30) แบ่งเป็นกลุ่มเก่ง (*M* = 3.53) กลุ่มปานกลาง (*M* = 3.20) กลุ่มอ่อน (*M* = 2.85) กลุ่มละ 10 คน ในขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน มีอายุตั้งแต่ 20 - 24 ปี อายุเฉลี่ย 21.43 ปี (*SD* = 1.15) มีเกรดเฉลี่ยสะสมโดยเฉลี่ย 3.18 (*SD* = .31) แบ่งเป็นกลุ่มเก่ง (*M* = 3.51) กลุ่มปานกลาง (*M* = 3.19) กลุ่มอ่อน (*M* = 2.84) กลุ่มละ 10 คน

2. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลองภายในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก สูงกว่าก่อนได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 39.07, SD = 1.33 และ M = 23.77, SD = 2.11; t = 33.99, p = .000) ดังแสดงในตาราง 1

3. ผลการเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลังการทดลองระหว่างกลุ่มได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด และกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ ผลการศึกษาการเปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองระหว่างได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลอง ร่วมกับการสะท้อนคิด และกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้การใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการสะท้อนคิด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 39.07, SD = 1.33 และ M = 28.47, SD = 1.28; t = 32.72, p = .000) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด (n = 30)

ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการมุ่งการสังเกต	8.83	1.15	12.57	.86	14.48	.000
2. ด้านการตีความ	3.93	1.14	6.80	.61	12.02	.000
3. ด้านการตอบสนอง	7.50	1.20	12.73	1.01	16.91	.000
4. ด้านการสะท้อนคิด	3.50	.78	6.97	.85	17.68	.000
โดยรวม	23.77	2.11	39.07	1.33	33.99	.000

ตาราง 2 เปรียบเทียบความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกระหว่างกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดกับกลุ่มที่ได้รับการจัดการเรียนรู้ตามปกติหลังการทดลอง (N = 60)

ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก	กลุ่มควบคุม (n = 30)		กลุ่มทดลอง (n = 30)		t	p
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการมุ่งการสังเกต	10.00	1.51	12.57	.86	8.10	.000
2. ด้านการตีความ	4.83	.65	6.80	.61	12.10	.000
3. ด้านการตอบสนอง	9.20	.92	12.73	1.01	14.10	.000
4. ด้านการสะท้อนคิด	4.43	.68	6.97	.85	12.75	.000
โดยรวม	28.47	1.28	39.07	1.33	32.72	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด จะมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ เนื่องจากรูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่มีการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิด จะมีลักษณะที่สำคัญซึ่งส่งผลให้นักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกโดยมีประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านการจัดการเรียนรู้ที่มีการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และการใช้สถานการณ์จำลอง ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมโดยตรงจากประสบการณ์ ทั้งจากกรณีศึกษาและจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์จำลอง ถือเป็นการสร้างประสบการณ์ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์ โดยการประยุกต์ใช้ความรู้ที่มีมาใช้ในการวิเคราะห์ และตีความข้อมูลจากสถานการณ์ เพื่อระบุปัญหา คัดหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลดา กิ่งมาลา และคณะ ที่กล่าวว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นการจัดการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างแท้จริง โดยการช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ เมื่อต้องลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Kingmala, Sookpool, Pangsuk, & NakornLuxsiam, 2020) เช่นเดียวกับสุทธิดา อ่อนละออ และคณะ ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการสอนโดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน จะมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง เป็นผลมาจากความรู้และประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Ornlaor, Wattana, Apinyalungkon, & Jaradrattanapaiboon, 2022) นอกจากนี้ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ ยังกล่าวว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก โดยพบว่า คะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มทดลองหลังการเรียนสูงกว่าก่อนเรียน และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Phormpayak et al., 2019) ทั้งนี้ เพราะการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางคลินิกที่เป็นรูปธรรมมีอิทธิพลต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา และการประยุกต์ใช้รูปแบบการเรียนรู้ในการตัดสินใจทางคลินิก (Wijnen-Meijer, Brandhuber, Schneider, & Berberat, 2022).

2) ปัจจัยทางด้านการสะท้อนคิดเป็นปัจจัยสำคัญในการเปลี่ยนประสบการณ์ให้เป็นความรู้ โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนวิเคราะห์เชื่อมโยงเพื่อแสดงถึงความเข้าใจในสถานการณ์ในกรณีศึกษา ถือเป็นการพัฒนาความเข้าใจในเนื้อหาสาระที่ได้จากสถานการณ์ และการนำความรู้ไปใช้ปรับปรุงใช้ในสถานการณ์ใหม่ การสะท้อนคิดมีบทบาทสำคัญในเรียนรู้ที่ทำให้นักศึกษาได้ฝึกกระบวนการคิด โดยเน้นการคิดจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น โดยการให้หลักเหตุผล ใช้ความคิดเพื่อการสรุปความและเชื่อมกับสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจเนื้อหาสาระ และการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการใช้เหตุผลทางคลินิก พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก รวมทั้งปรับปรุงประสบการณ์การเรียนรู้โดยรวมของนักศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Qi, Yi, Mo, Huang, and Yang (2018) ที่กล่าวว่า การเชื่อมโยงความรู้และการปฏิบัติการพยาบาลเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดทักษะการแก้ปัญหามีแนวทางในการให้เหตุผลที่สอดคล้องกับความเป็นจริง ผู้เรียนแต่ละคนจึงมีโอกาสในการคิด และตัดสินใจในการตอบสนองความต้องการในการแก้ปัญหา เช่นเดียวกับ ดวงใจ พรหมพยัคฆ์ และคณะ ที่กล่าวว่า การสะท้อนคิดทำให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการในการทบทวนตนเองทั้งความรู้สึก

และการกระทำ ทำให้มีการประเมินศักยภาพของตนเอง เรียนรู้เกี่ยวกับจุดบกพร่องของตนเอง และยังค้นหาวิธีในการพัฒนาตนเอง ส่งผลให้เกิดการวิเคราะห์ความรู้ที่เกี่ยวข้องและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างวิจารณญาณ (Phormpayak et al., 2019) นอกจากนี้ ยังมีการให้เหตุผลของการพัฒนาตนเองเพื่อก่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกได้ดีขึ้น ช่วยให้เกิดความเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่กับประสบการณ์และทฤษฎี ส่งผลให้มีการเปลี่ยนผ่านความรู้จากการปฏิบัติสู่ความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจในอนาคต (Punsumreung & Kanhadilok, 2017)

3) การมีขั้นตอนการสอนที่สอดคล้องกับองค์ประกอบการตัดสินใจทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ และการระดมสมอง ถือเป็นขั้นสำคัญที่ใช้ในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ ก่อนนำไปสู่การตัดสินใจทางคลินิก โดยขั้นดังกล่าวจะกระตุ้นให้ผู้เรียนใช้กระบวนการทางความคิดในการค้นหาข้อมูลเพื่อตั้งข้อสังเกตในสถานการณ์ การแปลความข้อมูลจากสถานการณ์มาใช้ในการระบุปัญหาทางการพยาบาล การค้นหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้เพราะการได้มาซึ่งการตั้งข้อสังเกตเพื่อนำมาคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น และพิจารณาความน่าจะเป็นที่อาจจะเกิดขึ้นว่ามีความเป็นได้อยู่ในระดับใด จะทำให้เกิดการตีความข้อมูลได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกที่เหมาะสม (Tanner, 2006)

2. ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลในกลุ่มการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐาน และสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดมีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนรู้แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากขั้นตอนการจัดการเรียนรู้โดยการใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดที่เน้นในเรื่องการวิเคราะห์สถานการณ์ และการระดมสมองจากข้อมูลในสถานการณ์ ทำให้เกิดการตั้งข้อสังเกต การวิเคราะห์ และนำข้อมูลต่าง ๆ สู่การตีความเพื่อตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์ ซึ่ง Tanner (2006) กล่าวว่า การตั้งข้อสังเกตและการวิเคราะห์นั้นจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ และพิจารณาทางเลือกในการตัดสินใจ รวมทั้งเกิดการตัดสินใจตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ซึ่งจะช่วยให้ผลลัพธ์ของความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกดีขึ้น นอกจากนี้ ในขั้นตอนการสะท้อนคิดยังเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้นักศึกษามีความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกดีขึ้น เพราะการสะท้อนคิดเป็นการพัฒนาความเข้าใจในเนื้อหาสาระ และนำความรู้ไปใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยการใช้หลักเหตุผล ใช้ความคิด และประสบการณ์เพื่อสรุปความ ช่วยให้ผู้เรียนพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา ด้วยการมีส่วนร่วมในการสร้างแนวความคิดเชิงนามธรรม (Punsumreung & Kanhadilok, 2017)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการศึกษาพยาบาล สามารถนำแนวทางในการนำไปใช้ในการจัดการเรียนรู้ดังกล่าวไปใช้ เพื่อให้ผู้เรียนได้พัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ รวมทั้งการสร้างการเรียนรู้ของตนเองจากการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จากสถานการณ์ ทำให้ผู้เรียนได้มีในการคิด ตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหา แต่ทั้งนี้ในการจัดการเรียนรู้ในขั้นการวิเคราะห์สถานการณ์ และการระดมสมองอาจต้องปรับปรุงในเรื่องระยะเวลาการสอน เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ใช้เวลานาน จึงอาจต้องมีการปรับระยะเวลาในการสอนขั้นนี้ให้มากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความคงทนของความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกหลังการจัดการเรียนรู้ และแนวทางในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความคงทนในความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิก

เอกสารอ้างอิง

Acar, M. D., Guner, U. C., & Vural, B. (2022). The effect of case-based learning methods on self-confidence and anxiety of pediatric nursing students in clinical decision making process. *Celal Bayar Universitesi Saglık Bilimleri Enstitusu Dergisi*, *9*(4), 501-508.

Ahmed, E-H., El-hosany, W. A., & Sleem, W. F. (2022). Clinical decision-making ability among students at faculty of nursing in Suez Canal university. *Trends in Nursing and Health Care Journal*, *4*(1), 17-30.

Chow, K. M., Ahmat, R., Leung, A. W. Y., & Chan, C. W. H. (2023). Is high-fidelity simulation-based training in emergency nursing effective in enhancing clinical decision-making skills? A mixed methods study. *Nurse Education in Practice*, *69*, 103610.

Dowding, D., & Thompson, C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 44*(1), 49-57.

Fewster-Thuente, L., & Batteson, T. (2018). Kolb's Experiential learning theory as a theoretical underpinning for interprofessional education. *Journal of Allied Health*, *47*, 3-8.

Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research*. Maryland: Elsevier Saunders.

Kanchanaudom, P., Charoensuk, S., Watcharaach, J., Wankrathok, S., & Sribout, S. (2021). The relationship between systematic thinking, critical thinking and clinical judgment of nursing students, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri. *Journal Of Health Science Research*, *15*(2), 75-87.

Kantar, L., & Alexander, R. (2012). Integration of clinical judgment in the nursing curriculum: Challenges and perspectives. *Journal of Nursing Education*, *51*(8), 444-453.

Kingmala, C., Sookpool, A., Pangsuk, P., & Luxsiam, N. (2020). Effects of case-study learning on knowledge and self-efficacy in community health care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *7*(3), 223-232.

Nikorn, J., Sengsri, S., Kaewprom, C., & Teeraputon, D. (2022). Instructional design and development with use simulation set collaborate the process of reflective thinking to enhance decision-making skills in patient critical care for nursing student's. *Boromarajonani college of Nursing, Uttaradit Journal, 14*(1), 176-190.

Ornlaor, S., Wattana, S., Apinyalungkon, K., & jaradrattanapaiboon, Y. (2022). Effects of a case-based learning on clinical decision making among nursing students. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *9*(1), 69-80.

Panyoyai, P., & LeSeure, P. (2022). Teaching nursing process, improving clinical judgment, and concept-based instruction: A teaching strategy for the transitional period. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *42*(1), 135-146.

Phormpayak, D., Sattayawong, W., Rattana-Umpa, J., Hamtanon, P., & Rungkavat, V. (2019). The effects of using simulation based learning and reflective thinking skillpromoting on nursing students' reflective thinking behaviorand clinical decision-making abilities. *The Journal of Baromarajonani College of Nusing, Nakhonratchasima*, *25*(2), 57-71.

Punsomreung, T., Kanhadilok, S., Prasertsri, R., & Inchaithep, S. (2021). Effects of case based learning and simulation based learning on students' perceptions of clinical judgment and students'clinical judgment. *Journal of Nursing and Education*, *14*(1), 14-32

Punsumreung, T., & Kanhadilok, S. (2017). Clinical judgement: An essential skill for nursing intervention. *Journal of Nursing, Siam University*, *18*(35), 81-94.

Qi, M., Yi, Q., Mo, M., Huang, H., & Yang, Y. (2018). Application of case-based learning in instructing clinical skills on nursing undergraduates. *Biomedical Research*, *29*(2), 300-304.

Sinthuchai, S., Chiengta, P., & Bunsonti, N. (2018). Clinical reasoning : Concept and application for learning and teaching in nursing students. *Nursing Journal of the Ministry of Public*, *28*(2), 27-40.

Suksawatdiporn, P., Pasiphol, S., & Na-songkhla, J. (2019). Development of the clinical judgement test in obstetric nursing for nursing students. *Journal Of The Police Nurses*, *11*(2), 464-473.

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, *45*(6), 204-211.

Wijnen-Meijer, M., Brandhuber, T., Schneider, A., & Berberat, P. O. (2022). Implementing Kolb´s experiential learning cycle by linking real experience, case-based discussion and simulation. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, *9*(2), 1-11.



สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ[1]

COMPETENCIES IN INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY IN THE 21ST CENTURY OF NURSING STUDENTS AT POLICE NURSING COLLEGE

สิวาภรณ์ เจริญวงค์[2] ปาริชาติ สุขสวัสดิพร[3] ทศพร ดิษฐ์ศิริ[4]
Ziwapon Charoenwong Parichart Suksawatdiporn Tossaporn Ditsiri

[1]ได้รับทุนสนับสนุนวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
This research was funded by Police Nursing College.

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330
Assistant Professor, Police Colonel, Ph.D., Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand
[3]อาจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330
Instructor, Police Colonel Lieutenant, Ph.D., Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand
[4]อาจารย์ ดร. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ จังหวัดนนทบุรี 11000
Instructor, Ph.D., Faculty of Science and Technology, Rajamangala University of Technology Suvarnabhumi, Nonthaburi, 11000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: mscs.rsu46x@nursepolice.go.th

Received: *October 30, 2023* Revised: *December 26, 2023* Accepted: *December 28, 2023*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 274 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .67 - 1.00 ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ .90 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ Google Form วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลตำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.99 มีอายุระหว่าง 17 - 22 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม 2.50 - 3.54 นักศึกษาพยาบาลตำรวจมีค่าเฉลี่ยสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างสูง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านเจตคติ (*M* = 4.29, *SD* = .57) รองลงมา คือ ด้านทักษะ (*M* = 4.26, *SD* = .59) และน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ (*M* = 4.18, *SD* = .59)

คำสำคัญ : สมรรถนะ, เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, ศตวรรษที่ 21, นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purpose of this survey research was to study police nursing students' competencies in information and communication technology in the 21st century. The population was 274 police nursing students, academic year 2021, 1st – 4th years. The research instrument was the information and communication technology competency questionnaire in the 21st century, with a content validity index of .67 - 1.00. The reliability coefficient of the questionnaire was .90. Data were collected using Google Form and analyzed using the descriptive statistics: frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results were as follows: Most police nursing students were female (95.99%). The age was between 17 - 22 years. The cumulative GPA was 2.50 - 3.54. Police nursing students' competency average score in information and communication technology in the 21st century was quite high in all three dimensions. The aspect with the highest mean score was the attitude (*M* = 4.29, *SD* = .57), followed by the skills (*M* = 4.26, *SD* = .59), and the least was the knowledge (*M* = 4.18, *SD* = .59).

Keywords: competency, information and communication technology, 21st century, nursing students

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศตวรรษที่ 21 เป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยได้นำเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือสนับสนุนการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศสู่การเป็นประเทศไทย 4.0 เพื่อสร้างระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยมุ่งเน้นให้ประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย ประชาชนมีความรอบรู้ สามารถเข้าถึง พัฒนาและใช้ประโยชน์จากสารสนเทศได้อย่างรู้เท่าทัน ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ สามารถนำเอาระบบเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์และการสื่อสาร มาใช้ในการเชื่อมโยงระบบข้อมูลและระบบสารสนเทศได้อย่างไร้รอยต่อ อย่างไรก็ตาม ผู้ใช้จำเป็นต้องมีสมรรถนะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication technology: ICT) ที่ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะการใช้งานไอซีที และเจตคติที่ดี เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการใช้งาน รวมทั้งเป็นผู้ผลิตและผู้เผยแพร่ผลงานที่มีความรับผิดชอบและเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม (Ministry of Communication and Technology, 2017) สอดคล้องกับนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม (พ.ศ. 2561 - 2580) ในยุทธศาสตร์ที่ 5 การพัฒนากำลังคนให้พร้อมเข้าสู่ยุคเศรษฐกิจและสังคมดิจิทัล ที่บุคลากรทำงานทุกสาขาจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะด้านดิจิทัลเพื่อให้สามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรู้เท่าทันในการประกอบอาชีพ (Ministry of Digital Economy and Society, 2018) ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดสมรรถนะหลักที่จำเป็นของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ 8 สมรรถนะ และ 1 ใน 8 คือ สมรรถนะด้านที่ 7 สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ที่พยาบาลวิชาชีพจำต้องเป็นผู้มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ สามารถใช้โปรแกรมใช้งานพื้นฐานในการประมวลผล คำนวณจัดเก็บและนำเสนอ สามารถใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการสืบค้นข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและการพยาบาลตลอดจน รู้จักองค์ประกอบของเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพและการพยาบาล ระบบการจำแนกข้อมูลทางการพยาบาล และสามารถนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหาร การปฏิบัติการพยาบาล

การศึกษา และการวิจัยได้ (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2018) สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาล พ.ศ. 2560 ที่สถาบันการศึกษาพยาบาลต้องผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีผลลัพธ์การเรียนรู้ 6 ด้าน คือ 1) ด้านคุณธรรม จริยธรรม 2) ด้านความรู้ 3) ด้านทักษะทางปัญญา 4) ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ 5) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และ 6) ด้านทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพ (Ministry of Education, 2017)

วิทยาลัยพยาบาลตำรวจเป็นสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ตามมาตรฐานการศึกษาของสภาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ซึ่งการจัดการเรียนการสอนและพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้และการวัดและประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ยังขาดการประเมินสมรรถนะที่เกี่ยวกับทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เป็น 1 ใน 6 ผลลัพธ์การเรียนรู้หลักของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ที่ประกอบด้วยด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ เพื่อนำมาวางวางแผนการจัดการเรียนการสอนและหาแนวทางพัฒนาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกยุคดิจิทัล และให้เป็นผู้ที่รู้เท่าทันสื่อ สามารถสื่อสาร เรียนรู้ และใช้เทคโนโลยีได้อย่างปลอดภัย และเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิตในวิชาชีพพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

กรอบแนวคิด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดตามการศึกษาของ Weissblueth, E., Nissim, Y., & Amar (2014) ที่พบว่า ทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่นักศึกษาในศตวรรษที่ 21 พึงมี ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ทักษะการเรียนรู้ (learning skill) ได้แก่ การคิดและทักษะการแก้ปัญหา (thinking and problem-solving skill) ทักษะสารสนเทศและการสื่อสาร (information and communication skill) และทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์และการกำกับตนเอง (interpersonal and self-directed skill) 2) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินทักษะศตวรรษที่ 21 (21^{st} century tools) ได้แก่ การสื่อสาร การประมวลผลข้อมูล การพัฒนาเว็บ เครื่องมือค้นหาทางอินเทอร์เน็ต และการพัฒนาส่วนบุคคลและเครื่องมือการผลิต และ 3) ความรอบรู้ด้าน ICT (ICT literacy) ได้แก่ การใช้ไอซีทีเพื่อเพิ่มผลผลิตและการพัฒนาส่วนบุคคล การใช้ไอซีทีในการเข้าถึงจัดการบูรณาการประเมินผลการสร้างและการสื่อสาร การใช้ไอซีทีในการจัดการความซับซ้อนของปัญหา การคิดวิเคราะห์สร้างสรรค์เป็นระบบ ดังนั้น สมรรถนะที่การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการศึกษานี้ จึงประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ คือ มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสาร 2) ด้านทักษะ คือ สามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างเหมาะสม และ 3) ด้านเจตคติ คือ มีความรับผิดชอบต่อการใช้เทคโนโลยีและตระหนักถึงหลักจริยธรรม จรรยาบรรณ มารยาท และการอยู่ร่วมกันในสังคมเครือข่าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล สังกัดวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2564 ชั้นปีที่ 1 - 4 จำนวน 274 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2. แบบสอบถามสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากโดย กนิษฐิกา โปษกานนท์ (Posakanon, 2017) มีจำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็นการประเมินสมรรถนะด้านความรู้ มี 10 ข้อ และด้านทักษะ มี 10 ข้อ และด้านเจตคติ 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ (5) เห็นด้วยมากที่สุด (4) เห็นด้วยมาก (3) เห็นด้วยปานกลาง (2) เห็นด้วยน้อย และ (1) เห็นด้วยน้อยที่สุด แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best and Kahn (2016) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะระดับสูง (very good)

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะระดับค่อนข้างสูง (good)

คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง นักศึกษามี สมรรถนะระดับปานกลาง (fair)

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะระดับค่อนข้างต่ำ (poor)

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง นักศึกษามีสมรรถนะระดับต่ำ (very poor)

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .60 - 1.00 และมีความเที่ยงจากการนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลตำรวจ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2563 จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่รับรอง จว.94/2564 อนุมัติโครงการวิจัยเมื่อ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่บังคับ และมีสิทธิ์ปฏิเสธการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียสิทธิ์ใด ๆ และไม่มีผลกระทบต่อการเรียน การนำเสนอข้อมูลจะใช้รหัสข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อของตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยรายงานในภาพรวมของการศึกษา เพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ หลังจากนั้น ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้านักศึกษาพยาบาลตำรวจ ชั้นปี 1 - 4 เพื่อแจ้งให้นักศึกษาพยาบาลตำรวจทราบถึงวัตถุประสงค์ขอเก็บข้อมูลวิจัย และทำการนัดหมายวันและเวลานอกเวลาเรียน เวลา 18.00 - 19.00 น. โดยให้นักศึกษาพยาบาลทำแบบสอบถามผ่านด้วยตนเองผ่าน Google Form ใช้เวลาในทำแบบสอบถามคนละ 45 - 60 นาที ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ตุลาคม พ.ศ.2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลตำรวจ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.99 มีอายุระหว่าง 17 - 22 ปี เกรดเฉลี่ยสะสม (GPA) อยู่ระหว่าง 2.24 - 3.84

2. ผลการศึกษาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี มีสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งด้านความรู้ (*M* = 4.18, *SD* = .59) ด้านทักษะ (*M* = 4.26, *SD* = .59) และด้านเจตคติ (*M* = 4.29, *SD* = .57) ดังตาราง 1

ตาราง 1 สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ (*N* = 274)

สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		รวม	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
1. สมรรถนะด้านความรู้									**4.18**	**.59**
1.1 มีความรู้และเข้าใจความหมายเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร	3.91	.74	4.14	.43	4.05	.68	4.10	.30	4.05	.54
1.2 มีความรู้พื้นฐานในการใช้งานอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile device) เช่น การบันทึกการรับ-ส่งข้อมูล การเชื่อมต่อสัญญาณ	4.43	.46	**4.41**	**.50**	**4.40**	**.52**	4.37	.49	**4.40**	**.49**
1.3 มีความรู้พื้นฐานในการใช้คอมพิวเตอร์ เช่น อุปกรณ์ฮาร์ดแวร์คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์บันทึกข้อมูล อุปกรณ์ต่อพ่วงประเภทต่าง ๆ การจัดเก็บและการบำรุงรักษา	**4.51**	**.45**	4.27	.45	3.64	.84	**4.47**	**.50**	4.22	.56
1.4 มีความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้านต่าง ๆ เช่น โปรแกรมประมวลผล โปรแกรมสร้างตาราง โปรแกรมนำเสนอ	4.28	.51	4.32	.47	4.31	.77	4.10	.40	4.25	.54
1.5 มีความรู้ด้านโปรแกรมอรรถประโยชน์ (utility program) เช่น โปรแกรมป้องกันไวรัส โปรแกรมเขียน-บันทึกข้อมูลลงแผ่น โปรแกรมบีบอัดไฟล์ ข้อมูล	4.20	.75	4.26	.44	4.00	.70	4.23	.43	4.17	.58
1.6 มีความรู้ด้านโปรแกรมกราฟิก (graphic program)	4.15	.81	4.15	.36	4.06	.83	4.17	.46	4.13	.62
1.7 มีความรู้ด้านโปรแกรมสำหรับออกแบบและสร้างเว็บไซต์	4.03	.78	4.18	.39	4.15	.69	4.23	.43	4.15	.57
1.8 มีความรู้ด้านโปรแกรมทางสถิติ เช่น SPSS	3.91	.67	4.14	.63	3.89	.71	3.97	.76	3.98	.69
1.9 มีความรู้ด้านโปรแกรมมัลติมีเดีย (multimedia program) เช่น สำหรับเล่นแสดงผลไฟล์มัลติมีเดียทั้งภาพและเสียง	4.31	.88	4.29	.58	4.28	.72	4.07	.52	4.24	.68
1.10 มีความรู้พื้นฐานในการใช้งานอินเทอร์เน็ต เช่น การเชื่อมต่อ การสืบค้นข้อมูล การใช้งานไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรมสนทนาหรือติดต่อสื่อสารบนสังคมเครือข่าย	4.17	.88	4.21	.41	4.36	.70	4.13	.43	4.22	.61
2. สมรรถนะด้านทักษะ									**4.26**	**.59**
2.1 สามารถใช้งานอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile device) ได้ เช่น การบันทึกข้อมูล การรับ-ส่งข้อมูล การเชื่อมต่อสัญญาณ	**4.38**	**.83**	4.33	.48	4.32	.71	**4.37**	**.49**	**4.35**	**.63**
2.2 สามารถใช้คอมพิวเตอร์ได้ เช่น การบันทึกข้อมูล การต่อพ่วงอุปกรณ์ต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นการบำรุงรักษา	4.20	.81	4.20	.44	4.36	.74	4.23	.46	4.25	.61
2.3 สามารถใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้านต่าง ๆ ได้ เช่น โปรแกรมประมวลผลคำ โปรแกรมตาราง โปรแกรมนำเสนอ โปรแกรมทางสถิติ	4.06	.80	4.27	.62	**4.41**	**.68**	4.30	.51	4.26	.65

สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21	ชั้นปีที่ 1		ชั้นปีที่ 2		ชั้นปีที่ 3		ชั้นปีที่ 4		รวม	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
2.4 สามารถใช้โปรแกรมอรรถประโยชน์ (utility program) ได้ เช่น โปรแกรมป้องกันไวรัส โปรแกรมเขียน-บันทึกข้อมูลลงแผ่น โปรแกรมบีบอัดไฟล์ ข้อมูล	4.20	.79	4.24	.43	4.33	.70	4.27	.45	4.26	.59
2.5 สามารถใช้โปรแกรมกราฟิก (graphic program) ได้ เช่น โปรแกรมตกแต่งภาพ โปรแกรมกราฟิกเวกเตอร์	4.16	.70	4.23	.42	4.30	.71	4.13	.34	4.21	.54
2.6 สามารถใช้โปรแกรมสำหรับออกแบบและสร้างเว็บไซต์ได้	3.80	.73	4.30	.46	4.27	.66	4.20	.40	4.12	.56
2.7 สามารถใช้โปรแกรมมัลติมีเดีย (Multimedia Program) เช่น การเล่นการแสดงผลไฟล์มัลติมีเดียทั้งภาพและเสียง การตัดต่อมัลติมีเดีย	4.37	.68	4.23	.42	4.31	.66	4.27	.45	4.30	.55
2.8 สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ต เช่น การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต การสืบค้นข้อมูล การใช้งานไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรมสนทนาหรือติดต่อสื่อสารบนสังคมเครือข่าย	4.30	.72	4.21	.48	4.27	.68	4.33	.59	4.28	.62
2.9 ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในชีวิตประจำวันได้	4.34	.76	**4.35**	**.48**	4.33	.60	4.23	.43	4.31	.57
2.10 ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อกิจกรรมการเรียน เช่น จัดเก็บข้อมูลและนำเสนอสารสนเทศในรูปแบบของสื่อที่น่าสนใจ	4.20	.60	4.20	.40	4.29	.67	4.29	.45	4.25	.53
3.สมรรถนะด้านเจตคติ									**4.29**	**.57**
3.1 มีความเคารพต่อกฎระเบียบ กติกา มารยาทในการใช้ห้องสมุด ห้องปฏิบัติการคอมพิวเตอร์	4.37	.62	4.15	.44	4.31	.69	4.20	.41	4.26	.54
3.2 สามารถคิดที่จะบูรณาการเทคโนโลยีกับการเรียนการสอนในชั้นเรียนได้	4.34	.68	4.38	.49	4.29	.70	4.27	.63	4.32	.63
3.3 มีวินัยในตนเองและเคารพกฎเกณฑ์ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภายในสถานศึกษา	**4.51**	**.65**	4.29	.46	**4.36**	**.67**	4.20	.40	**4.34**	**.55**
3.4 ตระหนักถึงการละเมิดลิขสิทธิ์และมีความรับผิดชอบต่อข้อมูลที่เผยแพร่	4.37	.70	4.09	.38	4.32	.69	4.23	.43	4.25	.56
3.5 ตระหนักและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไปในทางที่ถูกต้อง ไม่ขัดต่อศีลธรรมและหลักกฎหมาย	4.30	.68	**4.45**	**.50**	4.28	.68	**4.33**	**.48**	**4.34**	**.59**
3.6 เห็นคุณค่าและประโยชน์ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการเรียน	4.26	.81	4.14	.43	4.33	.70	4.20	.40	4.23	.59

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ทั้ง 4 ชั้นปี พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับค่อนข้างสูง ทั้งด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ โดยเมื่อเรียงตามคะแนนเฉลี่ย จะพบว่า ด้านเจตคติมีค่ามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านทักษะ และน้อยที่สุด คือ ด้านความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้ด้านโปรแกรมทางสถิติ เช่น SPSS โปรแกรมเฉพาะทาง ซึ่งมีความซับซ้อน

นักศึกษาพยาบาลต้องใช้เวลาในการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ ต้องมีผู้เชี่ยวชาญคอยชี้แนะ แต่ในข้ออื่น ๆ นักศึกษาสามารถหาข้อมูลและเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตก็ได้บรรจุรายวิชาสารสนเทศทางการพยาบาลไว้แล้ว ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้เนื้อหาต่าง ๆ เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จึงเกิดความรู้ความเข้าใจในระดับค่อนข้างสูงหรือระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Phalasri, Khakkunmalee, Maneesi, Lalun, and Kwathai (2021) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอยู่ในระดับมาก

สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ด้านทักษะ พบว่าทั้ง 4 ชั้นปี มีสมรรถนะอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายข้อพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถใช้งานอุปกรณ์เคลื่อนที่ (mobile device) ได้ เช่น การบันทึกข้อมูล การรับ-ส่งข้อมูล การเชื่อมต่อสัญญาณมากที่สุด รองลงมา คือ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในชีวิตประจำวันได้ และน้อยที่สุด คือ สามารถใช้โปรแกรมสำหรับออกแบบและสร้างเว็บไซต์ได้ ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากปัจจุบันนักศึกษาพยาบาลมีการใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์เคลื่อนที่ โปรแกรมพื้นฐาน และสื่อดิจิทัล รวมถึงอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (electronic equipment) หรือแอปพลิเคชัน (application) ต่าง ๆ ในการเรียนรู้มากขึ้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลต้องเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอยู่ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Radabutr, Saard, Milintangkul, and Pileuk (2011) พบว่านักศึกษาพยาบาลใช้อินเทอร์เน็ตในการสืบค้นข้อมูลมากที่สุด และความสามารถในการใช้งานคอมพิวเตอร์อยู่ในระดับมาก

สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ด้านเจตคติพบว่านักศึกษาพยาบาลตำรวจมีเจตคติอยู่ในระดับค่อนสูง และมากที่สุดใน 3 ด้าน ซึ่งนักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดในเรื่อง มีวินัยในตนเองและเคารพกฎเกณฑ์ในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศภายในสถานศึกษา และตระหนักและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไปในทางที่ถูกต้อง ไม่ขัดต่อศีลธรรมและหลักกฎหมาย รองลงมา คือ สามารถคิดที่จะบูรณาการเทคโนโลยีกับการเรียนการสอนในชั้นเรียนได้ และน้อยที่สุด คือ เห็นคุณค่าและประโยชน์ในการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องจากเจตคติเป็นเรื่องของความเชื่อ ธรรมเนียม ค่านิยม เมื่อนักศึกษามีเจตคติที่ดีจะมีความสนใจ และใฝ่ศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ทั้งในและนอกชั้นเรียน สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องเจตคติมีส่วนสำคัญที่ทำให้นักศึกษาเกิดแรงจูงใจ (motivation) สนใจใฝ่เรียนรู้เพิ่มเติมการเรียนมากขึ้น (Nirattisai, 2018) นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Warshawski, Itzhaki, and Barnoy (2019) พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีเจตคติที่ดีต่อสารสนเทศส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีสมรรถนะการรู้สารสนเทศในระดับดี ซึ่งการสร้างเจตคติที่ดีต่อการเรียนเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของนักศึกษา (Lasuwong, 1995) ดังนั้น การพัฒนาความรู้ ทักษะและเจตคติในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้สอนทางการพยาบาลต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในนักศึกษาพยาบาล ดังการศึกษาของ Duangloy (2015) ที่พบว่า การสร้างพื้นฐานที่ดีและเจตคติที่ดีจะทำให้มีทักษะที่เพิ่มขึ้นได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. สถาบันการศึกษา ควรมีนโยบายในการส่งเสริมความรู้คู่การปฏิบัติ ให้นักศึกษาได้ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติในการประมวลความรู้ขั้นพื้นฐาน ส่งเสริมทัศนคติต่อการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และจัดกิจกรรมเสริมการใช้โปรแกรมสำหรับออกแบบและสร้างเว็บไซต์ เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในวิชาชีพพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2016). *Research in education.* India: Pearson Education.

Cetin, S. (2017). The attitude determination scale for value acquisition: A validity and reliability study. *Journal of Education and Practice, 8*(12), 15-21.

Duangloy, M. (2015). Factors affecting English reading problem of students in Rajamangala University of Technology Krungthep. *Journal of Technology Education Rajamangala University of Technology Thanyaburi, 3*(1), 153-167.

Lasuwong, K. (1995). *Educational Psychology.* Bangkok: Srinakharinwirot University Prasarnmit Book Center.

Posakanon, K. (2017). *Information and communication in education competencies framework for undergraduate students in faculty of education institute of physical education* (Master's degree of educational technology). Silpakorn University, Bangkok.

Ministry of Communication and Technology. (2017). *Communication and Technology plan 2017-2036*. The agricultural co-operative of Thailand.

Ministry of Digital Economy and Society, (2018). *Thailand digital economy and society development plan*. The Digital of Thailand.

Ministry of Education. (2017). *Ministry of education announcement subject: Bachelor's degree qualification standards nursing field, B.E. 2560.* Retrieved from https://www.ubu.ac.th/web/files_up/46f2018011909463762.pdf

Nirattisai, S. (2018). Attitudes, motivation, and english. learning behavior of Phuket Rajabhat University students. *Humanity and Social Science Journal, Ubon Ratchathani University*, *9*(2), 138-170.

Phalasri, A., Khakkunmalee, R., Maneesi, S., & Lalun, A. (2021). The relationship between literacy and acceptance of information technology and the information technology use behaviors in the nursing practices of nursing students. *Journal of Health and Nursing Education*, *27*(1), 43-57.

Radabutr, M., Saard, S., Milintangkul, S., & Pileuk, S. (2011). Competency in using information technology of nursing college students under the Praboromarajchanok institute ministry of public health. *Academic Services Journal, 22*(1), 109-116.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2018). *Core competencies of graduates with bachelor's, master's, doctoral degrees in nursing advanced nursing training course at the diploma level and obtaining a certificate/certificate showing specialized knowledge in nursing and midwifery.* The nursing specialized in nursing science. Retrieved from https://www.tnmc.or.th/

Warshawski, S., Itzhaki, M., & Barnoy, S. (2019). Nurse and nurse student attitudes and perceived self-efficacy in use of information and communication technologies: Professional and cultural differences. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 37*(1), 20-28.

Weissblueth, E., Nissim, Y., & Amar, S. (2014). Educating for the future: A structured course to train teachers for the 21st century. *Creative Education, 5*(11), 166-178. https://doi.org/10.4236/ce.2014.511103

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ
HEALTH PROMOTION AND PREVENTION FOR SARCOPENIA IN OLDER ADULTS

เบญญาภา ทนต์ประเสริฐเวช[1] ลักขณา แพทยานันท์[2]
Benyapa Thonprasertvat Lukkana Phattayanant
[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330
Nurse Instructor, Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand
[2]รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพฯ 10330
Associate Professor, Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok, 10330, Thailand
[1]Corresponding author E-mail: puzzyboom@gmail.com

Received: *August 4, 2023* Revised: *November 14, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยทั่วไปภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเกิดจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อร่วมกับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและ/หรือสมรรถภาพทางกายลดลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยในสมรรถภาพร่างกาย เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม กระดูกหัก จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก จะทำให้การป้องกันและรักษาล่าช้า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะพึ่งพา และคุณภาพชีวิตลดลง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเพื่อให้คำแนะนำด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทความนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยให้ความสำคัญกับการประเมินและคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตั้งแต่ระยะแรกทั้งในบริบทโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และชะลอความรุนแรงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทำให้ผู้สูงอายุยังคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน, ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย, ผู้สูงอายุ

Abstract

Sarcopenia, a geriatric syndrome, becomes more prevalent with advanced age. Typically, it results from progressive muscle mass loss and decreased muscle strength and/or physical function, leading to functional decline and an increased risk of falls and fractures, requiring hospitalization. If early sarcopenia screening is not appropriately administered, the profound impacts of delayed prevention and treatment can result in adverse health outcomes, increased dependency, and a diminished quality of life for older adults. Given the essential role that nurses play in providing healthcare to older adults, understanding the concept of sarcopenia is crucial. This article aims to propose guidelines for managing sarcopenia in older adults, emphasizing the importance of early screening for sarcopenia in hospitals and community settings. The ultimate goal is to raise awareness, prevent sarcopenia, and mitigate its progression or severity, enabling older adults to maintain their independence.

Keywords: health promotion and prevention, sarcopenia, older adults

บทนำ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) เป็นหนึ่งในปัญหาที่พบได้บ่อยของกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) มีแนวโน้มพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในเพศหญิงและเพศชาย (Kitamura et al., 2021) โดยเฉพาะตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสพบได้มากยิ่งขึ้น (Therakomen, Petchlorlian, & Lakananurak, 2020) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลง เกิดความเสื่อมของระบบต่าง ๆ ระบบกล้ามเนื้อพบว่ามวลกล้ามเนื้อจะเริ่มลดลงร้อยละ 1 - 2 ต่อปี เมื่ออายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงเร็วมากขึ้น ในอัตราร้อยละ 1.5 ต่อปี ในช่วงอายุ 50 - 60 ปี และหลังจากอายุ 60 ปี จะลดลงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3 ต่อปี (Pongchaiyakul, Limpawattana, Kotruchin, & Rajatanavin, 2013) การศึกษาทบวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุทั่วโลกอยู่ระหว่างร้อยละ 10 - 27 (Petermann-Rocha et al., 2022) ประเทศไทยพบความชุกของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุอยู่ร้อยละ 8.8 - 30.5 (Khongsri, Tongsuntud, Limampai, & Kuptniratsaikul, 2016; Therakomen et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ความชุกในแต่ละการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันเนื่องจากใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยและศึกษาในกลุ่มประชากรที่ต่างกัน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น การขาดกิจกรรมทางกายหรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และภาวะทุพโภชนาการ (Gao et al., 2021) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยจะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้ม กระดูกหัก จนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกิดความเสื่อมถอยภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิต (Kitamura et al., 2021; Yeung et al., 2019) หากผู้สูงอายุไม่ได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตั้งแต่ในระยะแรกจะส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้าและก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะพึ่งพาและคุณภาพชีวิตลดลง

ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบจากภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ ดังนั้น พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยตั้งแต่ในระยะแรก ผ่านการใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สามารถชะลอความรุนแรงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ถูกกล่าวถึงประมาณปี ค.ศ. 1989 โดย Irwin Rosenberg มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก คือ คำว่า “sarx” (flesh) (กล้ามเนื้อ) และ “penia” หรือ “pausity” (loss) (การสูญเสีย) ทำให้ความหมายของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คือ การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อร่วมกับการมีความแข็งแรง และสมรรถภาพทางกายลดลง (Rosenberg, 1997)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1998 Baumgartner และคณะ ได้ให้คำจำกัดความของ “ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย” ว่าหมายถึง ภาวะที่มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว และได้ริเริ่มแนวทางการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นคนแรก โดยยึดตามเกณฑ์การลดลงของมวลกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว (Baumgartner et al., 1998)

ปี ค.ศ. 2010 European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) ซึ่งเป็นกลุ่มคณะทำงานเกี่ยวกับภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในแถบยุโรป ได้ให้คำจำกัดความของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะเฉพาะ คือ มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่องจากความสูงอายุ (Cruz-Jentoft et al., 2010)

สรุปได้ว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย หมายถึง กลุ่มอาการสูงอายุที่เกิดจากการลดลงของมวลกล้ามเนื้อ ร่วมกับการมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ/หรือสมรรถภาพทางกายลดลง

สาเหตุของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน การสลายของโปรตีน ความคงตัวของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ รวมถึงองค์ประกอบของมวลกล้ามเนื้อและไขมัน เมื่ออายุมากขึ้นเส้นใยกล้ามเนื้อจะลดขนาดและจำนวนลง โดยเฉพาะเส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่ 2 (fast twitch muscle fiber) หรือเรียกว่าเส้นใยกล้ามเนื้อกระตุกเร็ว และมีการเปลี่ยนแปลงของเส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่ 2 ไปเป็นเส้นใยกล้ามเนื้อชนิดที่ 1 (fatigue-resistant fiber) หรือเรียกว่า เส้นใยกล้ามเนื้อทนล้ามากขึ้น ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุลดลง

อย่างไรก็ตาม สาเหตุการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอาจไม่ได้เกิดเพียงสาเหตุเดียว จึงสามารถแบ่งสาเหตุของการเกิดเป็น 2 ประเภท คือ

1) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดปฐมภูมิ (primary sarcopenia) มีสาเหตุจากความเสื่อมตามวัยหรือสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น การมีฮอร์โมนเพศลดลง การตายของเซลล์แบบ Apoptosis และไมโทคอนเดรียทำงานผิดปกติ (mitochondrial dysfunction)

2) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดทุติยภูมิ (secondary sarcopenia) มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำ (activity-related) เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ที่มีสมรรถภาพร่างกายถดถอย (deconditioning) และผู้ที่อยู่ในสภาวะไร้แรงโน้มถ่วง (zero-gravity conditioning) กลุ่มนี้จะไม่แรงในการทำกิจกรรม ส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดการเสื่อมถอย นอกจากนี้ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดทุติยภูมิยังมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (nutrition-related) เช่น ผู้ที่ได้รับสารอาหารโปรตีน และ/หรือพลังงานไม่เพียงพอ ผู้ที่มีการดูดซึมของร่างกายผิดปกติ (malabsorption) ผู้ที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร หรือผู้ที่มีการใช้ยาที่ทำให้เบื่ออาหาร นอกจากนั้น ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยชนิดทุติยภูมิยังสัมพันธ์กับโรคที่เป็น (disease-related) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ปอดอักเสบ ตับวาย ไตวาย และโรคทางระบบประสาท รวมทั้ง โรคที่ก่อให้เกิด

การอักเสบ โรคมะเร็ง หรือโรคของระบบต่อมไร้ท่อ (Cruz-Jentoft et al., 2010; Limpawattana & Manjavong, 2020)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

1. อายุ (age) อายุที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เนื่องจากมีจำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง มีกระบวนการสลายกล้ามเนื้อมากกว่าการสร้างกล้ามเนื้อ (Pongchaiyakul et al., 2013) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมักพบในผู้ที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และพบสูงสุดในผู้ที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป (Therakomen et al., 2020)

2. การขาดกิจกรรมทางกาย (physical inactivity) หรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary behavior) ทำให้การสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อลดลง เพิ่มการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ ทำให้พื้นที่หน้าตัดของกล้ามเนื้อลดลง อีกทั้ง มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Atherton et al., 2016; Rom et al., 2012)

3. ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะโปรตีนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย โดยพบว่าเมื่อโปรตีนย่อยสลายจะเกิดกรดอะมิโนที่มีความจำเป็น คือ Leucine ซึ่งมีส่วนสำคัญในการนำไปสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นการสร้าง Anabolic ที่มีผลโดยตรงต่อกระบวนการสร้างกล้ามเนื้อ (Robinson et al., 2018)

4. โรคเรื้อรัง (chronic diseases) มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระบบเมแทบอลิซึมของร่างกาย ทั้งการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนหรือกระบวนการอักเสบในร่างกาย ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และสมรรถภาพของกล้ามเนื้อลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (Gao et al., 2021)

5. การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ โดยทำให้การสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อบกพร่อง เป็นผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง (alcoholic myopathy) และนำไปสู่การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Limpawattana, 2018; Rom et al., 2012)

6. การสูบบุหรี่ (smoking) ส่งผลให้การสังเคราะห์โปรตีนในกล้ามเนื้อลดลง และเพิ่มความเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อ นำไปสู่การสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อ พื้นที่หน้าตัดของเส้นใยกล้ามเนื้อชนิด Type I และ Type IIa จึงลดลงตลอดจน การคงสภาพของมวลกล้ามเนื้อบกพร่อง มวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพของกล้ามเนื้อจึงลดลง (Gao et al., 2021; Limpawattana & Manjavong, 2020)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

กลุ่มประเทศแถบเอเชียรวมถึงประเทศไทยนิยมใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของกลุ่มคณะทำงาน The Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS) ที่ได้มีการพัฒนาและปรับปรุงเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยล่าสุด ในปี ค.ศ. 2019 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Chen et al., 2020) ดังนี้

1. มวลกล้ามเนื้อต่ำ ประเมินโดยใช้ Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DXA) มีเกณฑ์ในเพศชาย คือ มีค่ามวลกล้ามเนื้อน้อยกว่า 7 กิโลกรัม/ตารางเมตร และเพศหญิงมีค่ามวลกล้ามเนื้อน้อยกว่า 5.4 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรืออาจใช้การประเมินโดย Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ซึ่งใช้เกณฑ์ คือ เพศชายค่ามวลกล้ามเนื้อน้อยกว่า 7 กิโลกรัม/ตารางเมตร และเพศหญิงมีค่ามวลกล้ามเนื้อน้อยกว่า 5.7 กิโลกรัม/ตารางเมตร โดยค่ามวลกล้ามเนื้อคำนวณจากมวลกล้ามเนื้อลาย (appendicular skeletal muscle mass) หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง วัดจากแรงบีบมือ (handgrip strength) โดยในเพศชายบีบได้น้อยกว่า 28 กิโลกรัม และเพศหญิงบีบได้น้อยกว่า 18 กิโลกรัม ประเมินโดยใช้เครื่องวัดแรงบีบมือ (handgrip dynamometer) ที่สามารถวัดได้ทั้งมือข้างที่ถนัดและไม่ถนัด และมีการวัดแรงบีบมือทั้งหมด 2 ครั้ง ใช้ค่าครั้งที่วัดได้สูงที่สุดในการบันทึกและรายงานผล

3. สมรรถภาพทางกายลดลง เช่น ความเร็วในการเดินลดลง ประเมินจาก 6-M walk น้อยกว่า 1.0 เมตร/วินาที หรือจากแบบประเมิน Short Physical Performance Battery (SPPB) ได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน หรือทดสอบจาก 5-Time chair stand ได้ระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที

เกณฑ์การวินิจฉัยข้างต้นสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ 3 ระดับ (Chen et al., 2020) ดังนี้

1. ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยระยะแรก (pre-sarcopenia) คือ มีมวลกล้ามเนื้อลดลงเพียงอย่างเดียว

2. ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) คือ มีมวลกล้ามเนื้อลดลงร่วมกับการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หรือสมรรถภาพทางกายลดลงเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

3. ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยรุนแรง (severe sarcopenia) คือ มีมวลกล้ามเนื้อลดลงร่วมกับการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

1. การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

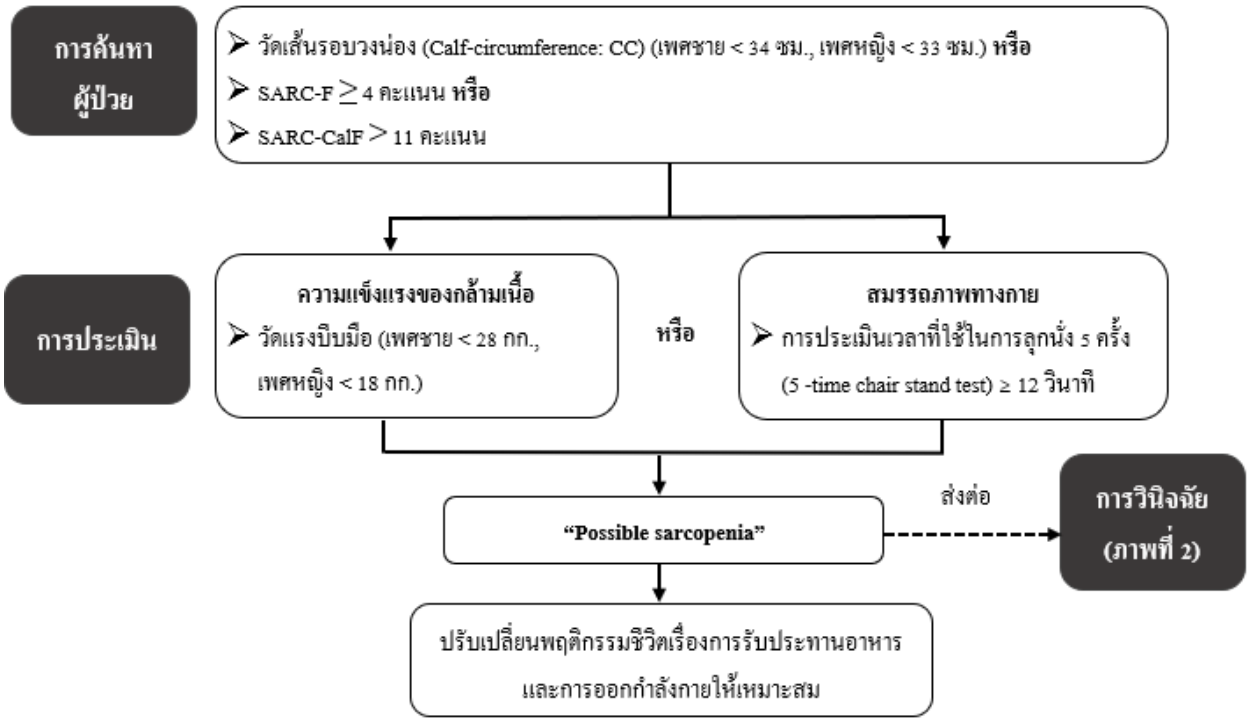
1.1 การคัดกรองและการวินิจฉัยตามแนวปฏิบัติของ AWGS 2019 ประกอบด้วย

- การค้นหาผู้ป่วย (case-finding)
- การประเมิน (assessment)
- แนวทางการวินิจฉัย (diagnosis)

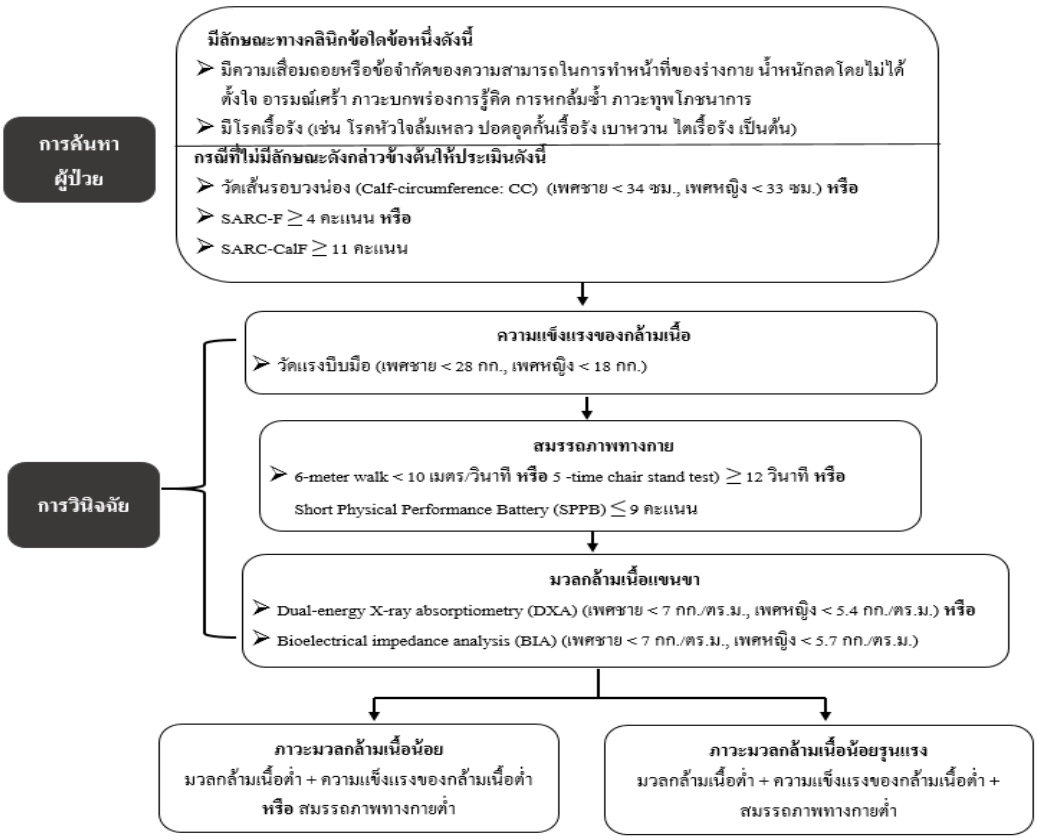
ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แนวทางตามระดับของรูปแบบสถานให้บริการทางสุขภาพ (Chen et al., 2020) ดังนี้

1) สถานบริการปฐมภูมิ หรือในชุมชน คัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโดยใช้แบบสอบถาม SARC-F, SARC-CalF, หรือ Calf-circumference และเพิ่มการระบุผู้ที่มีความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยที่เรียกว่า “Possible sarcopenia” เพราะอาจมีการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหรือสมรรถภาพทางกายอย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุในสถานบริการปฐมภูมิหรือในชุมชนที่มีข้อจำกัดของเครื่องมือวินิจฉัยขั้นสูง ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ซึ่งภายหลังการคัดกรองควรให้คำแนะนำในการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่เหมาะสมในการป้องกันและชะลอการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยด้วย นอกจากนี้ ควรส่งต่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัย Possible sarcopenia เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยยืนยันอีกครั้งที่โรงพยาบาล แนวทางปฏิบัติดังภาพ 1

2) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะเฉียบพลันถึงระยะเรื้อรัง ถ้าพบว่าผู้สูงอายุไม่มีลักษณะทางคลินิกที่ทำให้เกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แนะนำให้ใช้แบบสอบถาม SARC-F, SARC-CalF, หรือ Calf-circumference ในการค้นหาผู้ป่วยเช่นเดียวกับในสถานบริการปฐมภูมิ หรือในชุมชน และการวินิจฉัยในระยะนี้จะใช้ตามเกณฑ์ของ AWGS 2019 โดยควรทำการประเมินทั้งมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย รายละเอียดแนวทางการปฏิบัติดังภาพ 2



ภาพ 1 แนวทางการคัดกรอง และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในสถานบริการปฐมภูมิ หรือในชุมชน (ปรับจาก Limpawattana & Manjavong, 2020)



ภาพ 2 แนวทางการคัดกรอง และการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยโรงพยาบาลที่ให้การดูแลในระยะเฉียบพลันถึงระยะเรื้อรัง หรือในการศึกษาวิจัย (ปรับจาก Limpawattana & Manjavong, 2020)

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) The SARC-F questionnaire (strength, assistance in walking, rise from a chair, climb stairs, and falls) ได้รับความนิยมในการนำมาใช้คัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเป็นเครื่องมือที่ AWGS 2019 แนะนำให้ใช้เพราะเหมาะสมในการคัดกรองผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล (Cruz-Jentoft et al., 2019) ข้อคำถามประกอบไปด้วยการประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเดิน การลุกจากเก้าอี้ การขึ้นบันได และการหกล้ม คะแนนรวม 0 - 10 คะแนน คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน หมายถึง มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Malmstrom & Morley, 2013) ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ เป็นแบบประเมินที่สั้น ง่าย ใช้เวลาในการประเมินไม่มาก (Barbosa-Silva et al., 2016; Cruz-Jentoft et al., 2019; Malmstrom & Morley, 2013) แต่มีข้อจำกัด คือ ข้อคำถามมุ่งเน้นที่การประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายโดยปราศจากการประเมินมวลกล้ามเนื้อที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Barbosa-Silva et al., 2016)

2) The SARC-CalF questionnaire เป็นเครื่องมือที่ AWGS 2019 แนะนำในการใช้คัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเช่นเดียวกับ SARC-F ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดย 5 ข้อแรกเหมือนกับแบบสอบถาม SARC-F และเพิ่มข้อที่ 6 การวัดสัดส่วนร่างกาย (anthropometric measurement) คือ เส้นรอบวงน่อง (calf circumference: CC) ซึ่งการวัด CC เป็นการประเมินมวลกล้ามเนื้อ (muscle mass) โดยตรง วัดในท่ายืน บริเวณตำแหน่งที่กล้ามเนื้อน่องขวาที่นูนมากที่สุด เหมาะสำหรับใช้คัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล (Cruz-Jentoft et al., 2019) คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Lim et al., 2019) ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ ง่าย ใช้เวลาน้อย และมีความแม่นยำในการวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยมากกว่า SARC-F แต่มีข้อจำกัด คือ การประเมิน CC ในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มักมีการสะสมของไขมันในกล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังที่อาจส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการแปลผลได้ (Barbosa-Silva et al., 2016)

3) The Modified Mini Sarcopenia Risk Assessment-5 questionnaire (modified MSRA-5) ฉบับภาษาไทย เหมาะสำหรับคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุประเทศไทยโดยเฉพาะในสถานบริการปฐมภูมิและในชุมชน (Akarapornkrailert, Muangpaisan, Boonpeng, & Daengdee, 2020) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการทำกิจกรรม ประวัติการนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา น้ำหนักลดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และจำนวนมื้ออาหารต่อวัน คะแนนรวม 0 - 34 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ข้อดีของแบบสอบถามนี้ คือ สั้น ใช้งานง่าย ใช้เวลาน้อยการประเมิน แต่มีข้อจำกัด คือ ยังขาดการศึกษาเรื่องคุณภาพเครื่องมือที่นำไปใช้คัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุประเทศไทยในบริบทชุมชน (Akarapornkrailert et al., 2020)

การประเมินและคัดกรองภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาล โดยสามารถนำแบบประเมินมาใช้ได้ทั้ง 3 เครื่องมือ เพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงได้ตั้งแต่ในระยะแรก

2. การป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ วิธีไม่ใช้ยาและวิธีใช้ยา ผู้สูงอายุนิยมวิธีไม่ใช้ยามากกว่าเพราะเป็นแนวทางที่ปลอดภัย สะดวก และเสียค่าใช้จ่ายน้อย รวมถึงมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่ามีการใช้วิธีไม่ใช้ยามากกว่า

วิธีใช้ยาที่ยังมีข้อมูลสนับสนุนน้อย มีข้อมูลพอสังเขป ดังนี้

2.1 วิธีไม่ใช้ยา

2.1.1 การออกกำลังกาย เป็นวิธีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างชัดเจน การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistance exercise) วิธีนี้ช่วยเพิ่มเส้นใยกล้ามเนื้อ Type I และ Type II และกระตุ้นกระบวนการสร้างกล้ามเนื้อ รวมถึงเพิ่มพื้นที่หน้าตัดของกล้ามเนื้อ (Moro, Brightwell, Volpi, Rasmussen, & Fry, 2020) ที่ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายแบบแอโรบิค (aerobic exercise) สามารถช่วยให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มพื้นที่หน้าตัดของเส้นใยกล้ามเนื้อ ทำให้ปริมาตรไมโตคอนเดรียเพิ่มขึ้น (mitochondrial volume) และเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ ผลที่ตามมา คือ ทำให้มีการสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อมากขึ้น และลดไขมันในกล้ามเนื้อ (Limpawattana & Manjavong, 2020) จึงชะลอการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Panasupon (2016) ที่พบว่า การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านและแบบแอโรบิก 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทำให้มวลกล้ามเนื้อและสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้การออกกำลังกาย โดยการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน ประกอบด้วย การออกกำลังกายทั้งกล้ามเนื้อแขนและขาด้วยเครื่อง Nautilus machine และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Vikberg et al., 2019) การออกกำลังกายจึงสามารถช่วยป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และชะลอความรุนแรงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้

2.1.2 การให้โภชนบำบัด

2.1.2.1 โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนอย่างน้อย 1g/kg/day โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เสี่ยงภาวะทุพโภชนาการ (Volkert et al., 2022) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย อีกทั้งควรได้รับโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน นม ไข่ ธัญพืช เป็นต้น รวมถึงการได้รับสารอาหารที่มีกรดอะมิโนที่จำเป็น (the essential amino acid: EAA) ได้แก่ ลิวซีน (leucine) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการควบคุมเมแทบอลิซึมของกล้ามเนื้อโดยการกระตุ้นการสร้างโปรตีนและลดการสลายโปรตีนในกล้ามเนื้อ อาหารที่พบ Leucine สูง ได้แก่ โปรตีนจากพืช เช่น ถั่วเหลือง และในเนื้อสัตว์จำพวกเนื้อวัว และเนื้อปลา (Limpawattana & Manjavong, 2020; Rom et al., 2012) ปัจจุบันมีอาหารเสริมที่ได้รับความนิยม คือ เวย์โปรตีน เพราะมี Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate (HMB) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ซึ่ง HMB เป็น Active metabolite ของ Leucine ที่มีคุณสมบัติในการส่งเสริมการสังเคราะห์โปรตีนของกล้ามเนื้อและยับยั้งการสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อ นอกจากนั้น ผู้สูงอายุที่ได้รับอาหารเสริมที่มี HMB เป็นส่วนประกอบยังส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอีกด้วย (Lin, Zhao, & He, 2022)

2.1.2.2 วิตามินดี (vitamin D) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องวิตามินดี ควรได้รับวิตามินดีทดแทนในรูปของอาหารเสริมในปริมาณ 800 - 1,000 IU ต่อวัน และกรณีที่มีภาวะขาดวิตามินดีอาจเพิ่มปริมาณมากกว่านี้ได้ (Chen et al., 2022) เพราะการได้รับวิตามินดีอย่างเพียงพอจะทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเนื่องจากในกล้ามเนื้อลายมีตัวรับวิตามินดี (vitamin D receptor) อยู่บริเวณนั้น (Limpawattana, 2018)

2.1.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การงดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการสูบบุหรี่ส่งผลให้การสร้างโปรตีนที่กล้ามเนื้อลดลง และยังมีความสัมพันธ์กับ Up-regulating genes ที่เกี่ยวกับการคงสภาพของมวลกล้ามเนื้อบกพร่อง อีกทั้งแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายสร้างมวลกล้ามเนื้อลดลง นำไปสู่การเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ อย่างไรก็ตาม พบว่าภายหลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 6 - 12 เดือน มวลกล้ามเนื้อจะสามารถกลับคืนสู่ปกติได้ ดังนั้น การงดการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงน่าจะช่วยป้องกันในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้ (Limpawattana & Manjavong, 2020)

ดังนั้น การให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายและได้รับโภชนบำบัดร่วมด้วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและชะลอความรุนแรงของภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ทั้งนี้ ควรทำร่วมกับการปรับพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

2.2 วิธีใช้ยา การรักษาโดยการใช้ยายังไม่ได้รับความนิยมเนื่องจากข้อจำกัดด้านผลข้างเคียงของยา และยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในการนำมาใช้อย่างเพียงพอ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามียาที่นิยมใช้ ดังนี้

2.2.1 การให้ฮอร์โมนเพศทดแทน (sex steroid supplementation) ได้แก่ Testosterone, Estrogen, และ Progesterone โดยฮอร์โมนทั้ง 3 ชนิดนี้ ยังไม่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกาในการนำมาใช้รักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เนื่องจากยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่เพียงพอ และมีความปลอดภัยต่ำ โดย Estrogen และ Progesterone ไม่แนะนำให้นำมาใช้ในการรักษา แต่ Testosterone สามารถนำมาใช้ได้ในระยะสั้นหรือเป็นครั้งคราว (Huang & Wang, 2021) เพราะ Testosterone เป็นฮอร์โมนที่ช่วยเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ กำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มการสร้างโปรตีนของกล้ามเนื้อ และลดมวลไขมัน ฮอร์โมนชนิดนี้จะลดลงร้อยละ 1 ต่อปีในเพศชาย ที่อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป แต่ฮอร์โมนนี้ยังไม่ค่อยได้รับความนิยมใช้รักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เนื่องจากทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อผู้ใช้ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก เต้านมโตในผู้ชาย (gynecomastia) ภาวะเม็ดเลือดแดงมากผิดปกติ (polycythemia) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มความรุนแรงของโรคหยุดหายใจขณะนอนหลับ และเกิดภาวะน้ำในร่างกายคั่ง เป็นต้น (Limpawattana, 2018; Morley, 2016)

2.2.2 ฮอร์โมนเกี่ยวกับการเจริญเติบโต (growth hormone: GH) ซึ่ง GH ออกฤทธิ์ผ่าน Insulin-like growth factor-1 (IGF-1) ช่วยเพิ่มการสร้างมวลกล้ามเนื้อ ส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน GH ยังไม่ได้รับความนิยมในการนำมารักษาเนื่องจากมีผลข้างเคียง เช่น ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ภาวะบวมน้ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ (carpal tunnel syndrome) เป็นต้น (Limpawattana, 2018)

2.2.3 ยาต้านการทำงานของ Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) ช่วยเพิ่มการทำงานของเซลล์เยื่อบุ (endothelial function) มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ และเพิ่มการสร้างหลอดเลือด (angiogenesis) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงบริเวณกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น อีกทั้งเพิ่มปริมาณไมโทคอนเดรีย และระดับ IGF-1 (Limpawattana, 2018) จึงใช้รักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยได้

2.2.4 ครีเอทีน (creatine) มีหน้าที่สำคัญในเมแทบอลิสซึมของโปรตีน โดยช่วยเพิ่มการแสดงออกของ Myogenic transcription factor ส่งผลให้ความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น และพบว่าการให้ Creatine เสริม จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในคนอายุน้อย แต่ในผู้สูงอายุยังมีการศึกษาน้อย จึงยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในการนำมาใช้รักษา (Limpawattana, 2018)

2.2.5 ยายับยั้งไมโอสเตติน (myostatin inhibitor) ด้วย Myostatin เป็น potent negative regulator ของการสร้างกล้ามเนื้อ ถ้าเกิดการมิวเทชันของ Myostatin จะทำให้เซลล์กล้ามเนื้อใหญ่มากเกิน (hypertrophy) และเพิ่มปริมาณเซลล์กล้ามเนื้อ (hyperplasia) ดังนั้น การได้รับยาที่ยับยั้งการทำงานของ Myostatin จะช่วยในการรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เพราะไปยับยั้งกระบวนการ Degradation และ Apoptosis ของโปรตีน แต่ในมนุษย์ยังมีการศึกษาค่อนข้างจำกัดจึงยังไม่มีการนำมาใช้ (Limpawattana, 2018)

สรุป

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่มีการลดลงของมวลกล้ามเนื้อร่วมกับการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และ/หรือสมรรถภาพทางกาย สามารถป้องกันและชะลอการเกิดได้ โดย AWGS 2019 ได้กำหนดแนวปฏิบัติในการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ในระยะแรก ทั้งในบริบทของชุมชนและโรงพยาบาล แนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ การค้นหาผู้ป่วย การประเมิน และการวินิจฉัย ซึ่งปัจจุบันแนวทางที่นิยมใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย คือ การรักษาด้วยวิธีไม่ใช้ยา ได้แก่ การออกกำลังกาย การได้รับโภชนบำบัด และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจในการประเมินและคัดกรองตั้งแต่ในระยะแรก เพื่อจะได้ให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และนำไปสู่การลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

Akarapornkrailert P., Muangpaisan W., Boonpeng A., & Daengdee D. (2020). Validation of the Thai version of SARC-F, MSRA-7, and MSRA-5 questionnaires compared to AWGS 2019 and sarcopenia risks in older patients at a medical outpatient clinic. *Osteoporos Sarcopenia, 6*(4), 205-211. http://doi.org/10.1016/j.afos.2020.11.006

Atherton, P. J., Greenhaff, P. L., Phillips, S. M., Bodine, S. C., Adams, C. M., & Lang, C. H. (2016). Control of skeletal muscle atrophy in response to disuse: Clinical/preclinical contentions and fallacies of evidence. *American journal of physiology. Endocrinology and metabolism, 311*(3), E594–E604. http://doi.org/10.1152/ajpendo.00257.2016

Barbosa-Silva, T. G., Menezes, A. M., Bielemann, R. M., Malmstrom, T. K., Gonzalez, M. C., & Grupo de Estudos em Composição Corporal e Nutrição (COCONUT). (2016). Enhancing SARC-F: Improving sarcopenia screening in the clinical practice. *Journal of the American Medical Directors Association, 17*(12), 1136–1141. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.004

Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., . . . Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American Journal of Epidemiology, 147*(8), 755-763. http://doi.org/10.1093/ox fordjournals.aje.a009520

Chen, L. K., Arai, H., Assantachai, P., Akishita, M., Chew, S. T. H., Dumlao, L. C., . . . Woo, J. (2022). Roles of nutrition in muscle health of community-dwelling older adults: Evidence-based expert consensus from Asian Working Group for Sarcopenia. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 13*(3), 1653-1672. http://doi.org/10.1002/jcs m.12981

Chen, L. K., Woo, J., Assantachai, P., Auyeung, T. W., Chou, M. Y., Iijima, K., . . . Arai, H. (2020). Asian working group for sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(3), 300-307. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.12.012

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens J. P., Bauer J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., . . . Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age Ageing, 39*(4), 412-423. http://doi.org/10.1093/ageing/afq034

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., . . . The Extended Group for EWGSOP2. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing, 48*(1), 16–31. http://doi.org/10.1093/ageing/afy169

Gao, Q., Mei, F., Shang, Y., Hu, K., Chen, F., Zhao, L., & Ma, B. (2021). Global prevalence of sarcopenic obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 40*(7), 4633-4641. http://doi.org/10. 1016/j.clnu. 2021.06.009

Huang, L. T., & Wang, J. H. (2021). The therapeutic intervention of sex steroid hormones for sarcopenia. *Frontiers in Medicine, 8*, 739251. http://doi.org/10.3389/fmed. 2021.739251

Khongsri N., Tongsuntud S., Limampai P., & Kuptniratsaikul V. (2016). The prevalence of sarcopenia and related factors in a community-dwelling elders Thai population. *Osteoporos Sarcopenia, 2*(2), 110-115. http://doi.org/10.1016/j.afos.2016.05.001

Kitamura, A., Seino, S., Abe, T., Nofuji, Y., Yokoyama, Y., Amano, H., . . . Shinkai, S. (2021). Sarcopenia: Prevalence, associated factors, and the risk of mortality and disability in Japanese older adults. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 12*(1), 30-38. http://doi.org/10.1002/jcs m.12651

Lim, W. S., Chew, J., Lim, J. P., Tay, L., Hafizah, N., & Ding, Y. Y. (2019). Letter to the editor: Case for validated instead of standard cut-offs for SARC-CalF. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 23*(4), 393–395. http://doi.org/10.1007/s1 2603-019-1177-y

Lin, Z., Zhao, A., & He, J. (2022). Effect of β-hydroxy-β-methylbutyrate (HMB) on the muscle strength in the elderly population: A meta-analysis. *Frontiers in Nutrition, 9*, 914866. http://doi.org/10.3389/fnut.2022.914866

Limpawattana, P. (2018). Frailty and sarcopenia. In P. Limpawattana (Eds.), *Geriatric syndromes and interesting health issues* (pp.203-221) (2nd ed.). Khon Kaen: Klungnana Vitthaya.

Limpawattana, P., & Manjavong, M. (2020). Clinical practice for sarcopenia. *KKU Journal of Medicine, 6*, 7-16.

Malmstrom, T. K., & Morley, J. E. (2013). SARC-F: A simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(8), 531-532. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018

Morley, J. E. (2016). Pharmacologic options for the treatment of sarcopenia. *Calcified Tissue International, 98*(4), 319-33. http://doi.org/10.1 007/s002 23-015-0022-5

Moro, T., Brightwell, C. R., Volpi, E., Rasmussen, B. B., & Fry, C. S. (2020). Resistance exercise training promotes fiber type-specific myonuclear adaptations in older adults. *Journal of Applied Physiology, 128*(4), 795–804. http://doi.org/10.1152/japplphysiol.00723.2019

Panasupon, L. (2016). *Effect of progressive resistance and aerobic exercise training on physical performance in elderly women with sarcopenia* (Master of science program, sports medicine). Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Petermann-Rocha, F., Balntzi, V., Gray, S. R., Lara, J., Ho, F. K., Pell, J. P., & Celis-Morales, C. (2022). Global prevalence of sarcopenia and severe sarcopenia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 13*(1), 86-99. http://doi.org/10.1002/ jcsm.12783

Pongchaiyakul, C., Limpawattana, P., Kotruchin, P., & Rajatanavin, R. (2013). Prevalence of sarcopenia and associated factors among Thai population. *Journal of Bone and Mineral Metabolism, 31*(3), 346-350. http://doi.org/10.1007/s00774-013-0422-4

Robinson, S. M., Reginster, J. Y., Rizzoli, R., Shaw, S. C., Kanis, J. A., Bautmans, I., . . . ESCEO working group. (2018). Does nutrition play a role in the prevention and management of sarcopenia? *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 37*(4), 1121–1132. http://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.08.016

Rom, O., Kaisari, S., Aizenbud, D., & Reznick, A. Z. (2012). Lifestyle and sarcopenia-etiology, prevention, and treatment. *Rambam Maimonides Medical Journal, 3*(4), e0024. http://doi.org/10.5041/rmmj.10091

Rosenberg, I. H. (1997). Sarcopenia: Origins and clinical relevance. *The Journal of Nutrition, 127*(5 Suppl), 990s-991s. http://doi.org/10.1093/jn/127.5.990S

Therakomen, V., Petchlorlian, A., & Lakananurak, N. (2020). Prevalence and risk factors of primary sarcopenia in community-dwelling outpatient elderly: A cross-sectional study. *Scientific Reports, 10*(1), 19551. http://doi.org/10.1038/ s41598-020-75250-y

Vikberg, S., Sörlén, N., Brandén, L., Johansson, J., Nordström, A., Hult, A., & Nordström, P. (2019). Effects of resistance training on functional strength and muscle mass in 70-year-old individuals with pre-sarcopenia: A randomized controlled trial. *Journal of The American Medical Directors Association, 20*(1), 28–34. http://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.011

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., . . . Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 41*(4), 958–989. http://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024

Yeung, S. S. Y., Reijnierse, E. M., Pham, V. K., Trappenburg, M. C., Lim, W. K., Meskers, C. G. M., & Maier, A. B. (2019). Sarcopenia and its association with falls and fractures in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 10*(3), 485–500. http://doi.org/10.1002/jcsm.12411



การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

NURSING CARE FOR OLDER PERSONS WITH DEMENTIA USING EVIDENCE-BASED CARE IN CARING

ภานุชนาถ พูสี[1] ศศิวิมล บูรณะเรข[2]
Panudchanard Phoosri Sasiwimon Booranarek
[1,2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพ 10400
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Bangkok, 10400, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: *September 30, 2023* Revised: *December 12, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันแม้จะมีการรักษาภาวะสมองเสื่อม แต่การรักษาส่วนใหญ่ยังเป็นการรักษาแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด การคงไว้ซึ่งความสามารถของผู้สูงอายุจึงเป็นหัวใจสำคัญในการดูแล เพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ดังนั้น พยาบาลควรให้การพยาบาลในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับการดูแลตรงตามความต้องการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพ ชะลอความเสื่อมตามโรค และช่วยลดการเกิดภาระการดูแลในผู้ดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Dementia poses a significant health challenge, primarily affecting the elderly and showing a continuous upward trend. As a chronic disease, dementia affects various aspects of the elderly population's life, encompassing physical, mental, behavioral, social, economic, and overall quality of life. Currently, although there is a cure for dementia, the majority of treatments follow a palliative approach, yielding limited results. The key to caregiving lies in preserving the abilities of the elderly. To impede the progression of dementia in the elderly, nurses should engage in care practices that focus on promotion, prevention, treatment, and rehabilitation, utilizing evidence-based approaches,

which ensures that the elderly and their caregivers receive care tailored to their specific needs. The primary objective of this article is to enhance nurses' knowledge and understanding in caring for the elderly with dementia, with a focus on maintaining their ability to self-care, decelerating disease deterioration, and concurrently alleviating the caregiving burden in a sustainable manner.

Keywords: nursing, older adults, dementia

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาผู้สูงอายุที่พบได้ร้อยละ 1 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ทุก ๆ 5 ปี จากสถิติขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2022 พบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมประมาณ 47.47 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มสูงถึง 75 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ยร้อยละ 2 ถึง 10 จากสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ปี พ.ศ. 2563 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกือบล้านคน (Ministry of Social Development and Human Security Department of Older Persons, 2020) ผลจากภาวะสมองเสื่อมทำให้ความสามารถทางสติปัญญาลดลง ตลอดจนการรับรู้ ความจำ ความใส่ใจภาษาและการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากสมองสูญเสียหน้าที่แบบค่อยเป็นค่อยไป บางรายมีบุคลิกภาพพฤติกรรม และสภาพจิตใจผิดปกติ เช่น ประสาทหลอน ก้าวร้าว หลงผิด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติด้วยตนเอง เมื่อการดำเนินโรคแย่ลงจำเป็นต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือ (Yimsai, Intanon, & Kongsuwan, 2016) ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแลลดลง ปัจจุบันแม้จะมีการรักษาภาวะสมองเสื่อมมากมาย แต่การรักษาส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด อาจเนื่องจากพยาบาลและผู้ดูแลพร่องความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลเพื่อชะลอภาวะสมองเสื่อม (Suwan, 2017)

พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลโดยเน้นการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามศักยภาพเพื่อการชะลอความเสื่อมตามโรค และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ภาวะสมองเสื่อมกับผู้สูงอายุ

ภาวะสมองเสื่อมเกิดจากสมองสูญเสียหน้าที่ทำให้การทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ ลดลงหรือเกิดการบกพร่อง ส่งผลต่อกระบวนการรู้คิด (cognition) จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการอยู่ร่วมกันในสังคม

แนวทางการวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อมจากเดิมใช้คำว่า Dementia นิยามศัพท์ใหม่ใช้คำว่า Neurocognitive disorder (NCD) มีเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-5 (Sukying & Nakawiro, 2015) ดังนี้

A: การทำงานของสมองในด้านต่าง ๆ ลดลงจากเดิมชัดเจน อย่างน้อย 1 อย่าง คือ

1) มีความยากลำบากในการใส่ใจ รับรู้ข้อมูล ถูกดึงความสนใจได้ง่าย หรือไม่มีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำ

2) มีลักษณะความคิดในด้านการตัดสินใจ การวางแผน การมองในลักษณะนามธรรมบกพร่องไป

3) ความจำและการเรียนรู้สิ่งใหม่บกพร่อง

4) มีความลำบากในการพูดสื่อสารหรือเข้าใจภาษา (language)

5) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คุ้นเคยมาก่อนบกพร่อง ทั้ง ๆ ที่ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายแขนขาปกติ

6) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับบริบทสิ่งแวดล้อม ไม่คำนึงถึงความรู้สึกผู้อื่น

B: ถ้าเป็น Major NCD มีอาการที่เป็นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของคนผู้นั้น

C: อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดในช่วงของภาวะเพ้อ (delirium)

D: อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้จากโรคจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า

ถ้าเป็น Mild NCD ยังสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ แต่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากหรืออาศัยกลยุทธ์บางอย่างเพื่อให้ทำได้เหมือนเดิม ทั้งนี้ในการซักประวัติควรประเมินข้อมูลทางคลินิก และการดำเนินโรคทั้งจากตัวผู้ป่วยและจากญาติหรือผู้ดูแลร่วมด้วย (Sukying & Nakawiro, 2015)

สาเหตุ

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ 1) การเกิดพยาธิสภาพที่สมองโดยตรง และ 2) ความบกพร่องในส่วนอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสมอง เช่น การติดเชื้อ การได้รับสารพิษ ทำให้เซลล์ประสาทในสมองทำงานผิดปกติ เป็นภาวะที่สามารถบำบัดรักษาและป้องกันได้

2. ปัจจัยเสริม (precipitating factors) ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม การติดสุรา และเคยได้รับอุบัติเหตุทางสมอง (Charoensak, 2016)

อาการและอาการแสดง

1. ระยะแรก (early stage) เริ่มมีปัญหาด้านความจำ แต่ยังสามารถทำกิจวัตรด้วยตนเองได้

2. ระยะกลาง (middle stage) มีปัญหาด้านภาษา อารมณ์ การเข้าสังคม ไม่สนใจกิจวัตร

3. ระยะสุดท้าย (late stage) มีอาการทางจิต หวาดระแวง จำใครไม่ได้ พูดไม่ได้ และไม่สามารถทำกิจวัตรทุกอย่างได้ด้วยตนเอง (Imkome, 2022)

การดำเนินโรค แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ก่อนสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญาเล็กน้อย (mild cognitive impairment)

2. สมองเสื่อมระยะแรก (mild dementia) สามารถตรวจพบความผิดปกติโดยแพทย์ เช่น มีปัญหาด้านการคิด การจำและการคำนวณ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนได้ เช่น การทำอาหาร การเดินทาง การจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น บางรายอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์หรือแยกตัวได้

3. สมองเสื่อมระยะกลาง (moderate dementia) ระยะนี้พบว่ามีความผิดปกติเกี่ยวกับความจำและการคิดมากขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อน เช่น จำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้ สับสนเรื่องบุคคล เวลา และสถานที่ มีปัญหาในการนับเลข เช่น การจ่ายค่าเดินทาง จ่ายค่าอาหาร การคิดเงินทอน เป็นต้น ซึ่งบางรายยังช่วยตนเองเรื่องการรับประทานอาหารและการใช้ห้องสุขาได้ แต่ในช่วงท้ายของระยะกลางอาจจะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ นอกจากนี้ ระยะนี้ยังพบปัญหาทางจิตเวชและพฤติกรรมได้ เช่น การหลงผิด ประสาทหลอน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ช้าลง และเดินหลงทาง เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในระยะกลางถึงระยะสุดท้าย มากกว่าร้อยละ 90 จะมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ เช่น โมโหร้าย อาละวาด หงุดหงิดง่าย วุ่นวาย ไม่นอน หลงผิด หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ทำร้ายผู้อื่น ไม่รับประทานอาหาร เป็นต้น

4. สมองเสื่อมระยะสุดท้าย (severe or advanced dementia) มีอาการของกลุ่มอาการ BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) ซึ่งจะมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ การกลืน การสนทนากับบุคคลอื่น และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ส่วนใหญ่จะพบในลักษณะของผู้ป่วยติดเตียง (Imkome, 2022)

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งสำคัญและมีความจำเป็น เนื่องจากหลายคนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม อีกทั้ง อาการและอาการแสดงมีความหลากหลาย (Ondee, 2018) ซึ่งภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ซับซ้อนมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และสังคมอย่างมาก จำเป็นต้องใช้ศาสตร์และศิลปะในการดูแล ในแต่ละระยะ และมีความจำเพาะในผู้ป่วยแต่ละราย การพยาบาลจึงต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเข้ามาช่วยในการดูแล ซึ่งการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ร่วมด้วยในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลจะทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ดังที่จะกล่าวต่อไปนี้

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในกระบวนการพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

1. การประเมินภาวะสุขภาพ (health assessment) พยาบาลควรซักประวัติ ตรวจร่างกาย ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินสมรรถภาพของสมอง ประเมินความรู้ความสามารถของญาติหรือผู้ดูแลในทุก ๆ ด้าน และประเมินสภาพแวดล้อม โดยข้อมูลที่ต้องนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้ปัญหาความต้องการและสาเหตุของปัญหาที่ถูกต้อง ทั้งของผู้สูงอายุและญาติหรือผู้ดูแล พยาบาลสามารถใช้การประเมินตามหลัก A-B-C ดังนี้

A: Activities of daily livings (ADLs) คือ การประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

B: Behavioral and neuropsychiatric symptoms เป็นการประเมินพฤติกรรมทางกาย เช่น การเคลื่อนไหว ประวัติการหกล้ม ภาวะโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ เป็นต้น และอาการทางจิตประสาท เช่น ซึมเศร้า เหม่อลอย เป็นต้น

C: Cognition ได้แก่ การประเมินปัญหาด้านการรู้คิดทั้ง 6 ด้าน ว่ามีความบกพร่องมากกว่าปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลงจากความสามารถเดิมของผู้ป่วยหรือไม่ ประกอบด้วย 1) การเรียนรู้และความจำ 2) การใส่ใจหรือสมาธิจดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลง รวมไปถึงความเร็วในการประมวลข้อมูล 3) การสื่อสาร การใช้คำและภาษา 4) การวางแผนและจัดการงานให้ราบรื่น รวมไปถึงการยับยั้งชั่งใจในการตอบสนอง และความยืดหยุ่น ในการทำงาน 5) การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ได้แก่ การสับสนทิศทาง การสับสนเหตุการณ์อดีตกับปัจจุบัน การทำงานประสานกันของการรับรู้และการเคลื่อนไหว โดยไม่มีปัญหาการรับรู้ ความรู้สึกและกล้ามเนื้อไม่อ่อนแรงและ 6) การรู้คิดทางสังคม ได้แก่ ปัญหาการควบคุมอารมณ์ การจัดการและเข้าใจสภาพจิตใจของตนเองและผู้อื่น การแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง (Limpawattana & Manjavong, 2020)

นอกจากนี้ การประเมินสิ่งแวดล้อมที่สะท้อนสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัย ห้องนอน ห้องน้ำ พื้นบ้าน ราวจับ ขั้นบันได รั้วบ้าน จุดเสี่ยงในบ้าน ประเด็นที่เกี่ยวข้องทางกฎหมาย และสิ่งที่ขาดไม่ได้ คือ ความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุของญาติ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ในครอบครัวกับผู้สูงอายุ เป็นต้น เพราะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องอาศัยการมีร่วมของญาติหรือผู้ดูแลทั้งกำลังกาย กำลังใจ และกำลังทรัพย์ (Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018)

ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการทั้งหมดจะมีความสมบูรณ์และครอบคลุมแค่ไหนขึ้นอยู่กับความรู้พื้นฐานของพยาบาล ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมแต่ละรายมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ บางครั้งพบว่าอาการและอาการแสดงอาจส่งผลให้พยาบาลเกิดความรำคาญหรืออารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย เช่น การถามซ้ำ การหลงทาง การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น ดังนั้น พยาบาลควรมีคุณสมบัติที่เอื้อต่อการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

(Kuha, & Kumniyom, 2020; Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018)

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) เริ่มด้วยสรุปข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่รวบรวมได้ เพื่อกำหนดเป็นปัญหาหรือภาวะเสี่ยงหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่สอดคล้องกับระยะหรืออาการที่เกิดขึ้น เพื่อให้การพยาบาลเฉพาะกรณี

3. การวางแผนการพยาบาล (planning) และการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการกำหนดกิจกรรมการดูแลที่ตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับปัญหาในข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย เกณฑ์ประเมินผล ซึ่งเป็นกิจกรรมจากบทบาทอิสระและบทบาทกึ่งอิสระของพยาบาล ซึ่งพยาบาลสามารถกำหนดกิจกรรมได้ 5 ลักษณะ ได้แก่ 1) การกระทำให้หรือกระทำแทน 2) การชี้แนะ 3) การสนับสนุน 4) การสอน และ 5) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001)

นอกจากนี้ ระยะที่ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำแต่ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งพบได้บ่อยในชุมชน พยาบาลจะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การแนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักอาศัยในบริเวณที่มีอากาศดี พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงการทำให้สมองได้รับการบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน การสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ควรมีการส่งเสริมพัฒนาสมองโดยการอ่านหนังสือ ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ เป็นต้น

ตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้ในแต่ละระยะ มีดังนี้

1) ภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก ผู้สูงอายุยังสามารถรับรู้ได้ถึงความยากลำบากในการดำเนินชีวิตของตนเอง ดังนั้น อาจเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล หงุดหงิดหรือก้าวร้าวได้ ดังนั้น ระยะนี้ต้องเน้นการให้กำลังใจผู้สูงอายุและแนะนำวิธีการพัฒนาสมองเพื่อให้คงความจำไว้ได้นานที่สุด สำหรับพยาบาลหรือบุคลากรทางสาธารณสุข ควรมีการประเมินความสามารถของสมองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนให้คำแนะนำต่อผู้ดูแลในการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นสมอง ฝึกให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับกิจกรรมและตารางเวลากิจกรรม หากมีการถามซ้ำ ๆ ควรใช้รูปภาพและเขียนอธิบายภาพเพื่อเป็นสื่อ ให้ผู้สูงอายุได้อ่านและทบทวนความจำบ่อย ๆ

2) ภาวะสมองเสื่อมระยะกลาง ผู้สูงอายุจะลืมขั้นตอนการทำกิจวัตรประจำวันหลายอย่าง เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร ดังนั้น พยาบาลควรบอกขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นง่าย ๆ สั้น ๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายหรือทำเป็นตัวอย่างให้ดู หากผู้สูงอายุมีอาการลืมมากขึ้นและหลงผิด ควรใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจโดยการเปลี่ยนเรื่องคุยจากสิ่งที่ผู้สูงอายุหมกมุ่นไปทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบ พยายามหลีกเลี่ยงการถกเถียงแม้จะเป็นการนำเสนอความจริงก็ตาม เพราะอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018) รวมทั้ง ควรมีการป้องกันการพลัดหลงของผู้สูงอายุ โดยการทำป้ายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุไว้ในกรณีที่หายออกจากบ้าน (Kuha & Kumniyom, 2020)

3) ภาวะสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุอาจจะนอนติดเตียง ลืมวิธีการกลืน หรือการกิน ดังนั้นพยาบาลอาจจะต้องใส่สายยางให้อาหารทางจมูก หรือทางหน้าท้อง ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลแบบสมบูรณ์แก่ผู้สูงอายุ และระมัดระวังเรื่องภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ และการสำลักอาหาร เป็นต้น (Kuha, & Kumniyom, 2020)

5. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evalulation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ

พยาบาล โดยประเมินว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลและมีการพัฒนาการไปสู่จุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์หรือไม่ ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลผู้สูงอายุ และผู้ดูแลต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าสิ่งที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมายจำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการใหม่จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจึงขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่ตั้งไว้และสภาพของผู้ป่วยในระยะนั้น ๆ ถ้าปัญหายังคงมีอยู่ ต้องค้นหาสาเหตุ และหาข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อเข้าสู่กระบวนการพยาบาลอีกครั้ง (Imkome, 2022; Punthasee, 2016)

กระบวนการพยาบาลจึงเป็นแนวทางในการดูแลอย่างเป็นระบบที่ทำให้พยาบาลสามารถมองเห็นหรือค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างแท้จริง และนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่แก้ไขปัญหาให้ลดน้อยลง หรือหมดไปนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และที่ขาดไม่ได้ญาติและผู้ดูแลก็ต้องมีคุณภาพชีวิตในการดูแลและการใช้ชีวิตที่ดีด้วย

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สำหรับผู้ดูแล จึงประกอบไปด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018; Suwan, 2017)

1. การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องเคารพในความเป็นบุคคลของผู้สูงอายุด้วย เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจะทำให้สมองของผู้สูงอายุจากที่เคยเป็นบุคคลที่มีความสามารถสูง เกิดการลดการทำหน้าที่ พฤติกรรม อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ผู้สูงอายุไม่ได้มีการเจตนาหรือประสงค์ที่จะกลั่นแกล้ง แต่ทำไปโดยที่สมองเสื่อม ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งผู้ดูแลต้องระลึกถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ

2. การให้คำแนะนำหรือส่งเสริมการจัดการในครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเครียดกดดัน และความรู้สึกเป็นภาระก่อนเวลาอันควรแก่ผู้ดูแลหลัก เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีภาวะเครียดทางร่างกายและจิตใจร่วมด้วย ดังนั้น พยาบาลจึงควรให้คำแนะนำผู้ดูแลหลักให้พยายามจัดสรรเวลาส่วนตัวหรือมีการพักผ่อนเป็นระยะ โดยให้ผู้ดูแลรอง มาช่วยดูแลผู้สูงอายุแทน หากไม่สามารถตกลงกันในครอบครัวได้ พยาบาลอาจเป็นตัวกลางในการประสานให้ครอบครัว มีการประชุมปรึกษาวางแผนการดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่าย อันนำไปสู่การดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีความสุข

3. วิธีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Imkome, 2022; Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018; Ondee, 2018; Rojanaudomsart, Kheawchi, & Tuntiritthisak, 2021) แบ่งเป็นแต่ละด้าน ดังนี้

3.1 ด้านการรับประทาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักประสบปัญหาการรับประทานอาหารลำบาก นำมาซึ่งภาวะขาดสารอาหารที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้าย การดูแลความสะอาดของปากและฟัน จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สนใจรับประทานอาหาร ใช้ภาชนะอาหารที่ไม่แตกภาชนะแต่ละชนิดแยกสีชัดเจน อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารเหลว หรืออาหารตัดเป็นชิ้นเล็ก ๆ ใส่ชามรวมกัน หรือ เสริฟอาหารทีละอย่าง ตลอดจนเลือกอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ชนิดอาหารที่ผู้สูงอายุชอบ อาหารไม่ควรร้อนจัด มีการเตือนให้เคี้ยวก่อนกลืน จัดให้รับประทานอาหารในสถานที่เดิมและเป็นเวลา อยู่เป็นเพื่อนขณะที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ถ้าหากผู้สูงอายุยังไม่อยากรับประทานอาหารควรนำไปทำกิจกรรมอื่น ๆ ก่อน นอกจากนี้ ต้องไม่ตำหนิพฤติกรรมการรับประทาน

อาหารของผู้สูงอายุ และควรมีการจัดอาหารว่างถ้าได้รับอาหารในแต่ละมื้อไม่เพียงพอ

3.2 ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย จัดให้อาบน้ำตรงตามเวลาทุกวัน แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายด้วยวิธีการที่เหมาะสม เลือกใช้สบู่อ่อนไม่ระคายเคืองผิวหนัง จัดหาเครื่องนุ่งห่มที่สวมใส่ง่าย จัดสิ่งแวดล้อมในห้องน้ำให้ปลอดภัย จัดตารางสำหรับการขับถ่าย เช่น เตือนหรือพาไปห้องน้ำทุก 2 ชั่วโมง หรือพยายามสังเกตเวลาขับถ่ายของผู้สูงอายุและพาไปห้องน้ำตามเวลานั้น เสื้อผ้ามีความสะดวกง่ายต่อการสวมใส่ เช่น การใส่เสื้อคอกระเช้าแทนเสื้อที่ติดกระดุม หลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลขับปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ หรือดื่มน้ำก่อนนอน

3.3 ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีทั้งพฤติกรรมนอนหลับมากและไม่ยอมนอน สิ่งที่เป็นปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม คือ ตื่นในเวลากลางคืนและเดินวุ่นวาย หรือทำสิ่งต่าง ๆ ซ้ำ ๆ ผู้ดูแลควรจะเปิดไฟให้มีความสว่างเพียงพอ เปิดไฟก่อนมืดและเปิดไฟขณะนอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย การให้การดูแลควรควรคงสภาพสมดุลของผู้สูงอายุระหว่างการพักผ่อน การออกกำลังกาย นันทนาการ สังคมและการสื่อสารผู้ดูแลควรจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องตามความสามารถและความสนใจของผู้สูงอายุในเวลากลางวันไม่ให้ผู้สูงอายุหลับกลางวัน

3.4 ด้านอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น อาการตื่นเต้นวุ่นวาย (agitation) เดินออกนอกบ้านและหลงทาง (wandering) อาการจิตประสาทหลอน (hallucination) และอาการหลงผิด (delusion) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อาจทำให้เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความเข้าใจในสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าว และพยายามเอาใจใส่ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รู้จักสงบใจ และรู้จักใช้ถ้อยคำที่จะช่วยลดพฤติกรรม ซึ่งอาจใช้วิธีการจัดการกับปัญหาด้านนี้ ดังนี้

3.4.1 พฤติกรรมชอบเที่ยวออกนอกบ้านและหลงทาง (wandering) สาเหตุอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนึกย้อนชีวิตกลับไปสู่กิจวัตรประจำวันที่เคยทำในอดีต หรือความทรงจำสมัยเด็ก เช่น บางรายอาจเคยเดินไปรับลูกกลับจากโรงเรียนตอนเย็น ดังนั้น ในทุกเย็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเดินออกนอกบ้านเพื่อไปรับลูก ซึ่งในปัจจุบันลูก ๆ ไม่ได้เรียนหนังสือแล้ว ผู้ดูแลอาจจะนำผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกลับมาสู่เวลาและสถานที่ในปัจจุบันด้วยความสุภาพหรือหากิจกรรมที่เพลิดเพลินอื่นที่ผู้สูงอายุชื่นชอบมาให้ทำ เช่น การหางานอดิเรกให้ทำ หาเทปเพลงเก่ามาให้ฟัง หรือพาไปเดินเล่นเพื่อออกกำลังกาย และควรปิดประตูบ้านเพื่อความปลอดภัยด้วย (Imkome, 2022)

3.4.2 พฤติกรรมก้าวร้าว (aggressive) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมักมีสาเหตุจากความผิดปกติด้านความจำ ทำให้การตัดสินใจและการแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมที่เคยทำได้ เกิดความรู้สึกทางลบ เช่น มีความคิดว่าตัวเองไม่มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคมอีกต่อไป เป็นที่รังเกียจของลูกหลาน มีความรู้สึกว่าจะมีคนปองร้ายเพื่อหวังสมบัติ ฯลฯ ความคิดหล่านี้จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมความก้าวร้าวเมื่อพบว่ามีเหตุการณ์มากระตุ้น เช่น หาของบางอย่างไม่เจอ จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ไหน หรือระแวงว่ามีคนขโมยไป ผู้ดูแลจึงต้องยอมรับว่าเป็นอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม อย่าได้แสดงความไม่พอใจหรือต่อปากต่อคำด้วย เพราะจะทำให้เกิดความรุนแรงมากขึ้น ผู้ดูแลควรจัดสิ่งของเครื่องใช้ในบ้านให้อยู่ในที่ที่เคยอยู่ตลอดเวลา หลีกเลี่ยงการย้ายตำแหน่งให้มากที่สุด เมื่อผู้สูงอายุมีอาการและกำลังค้นหาสิ่งของที่ต้องการ ไม่เจอด้วยอารมณ์ที่โมโห ผู้ดูแลต้องเข้าไปช่วยหาและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น หากมีโอกาส

อาจจะเบนความสนใจของผู้สูงอายุไปสู่เรื่องอื่น ๆ หรือชักชวนให้ออกไปจากสถานการณ์ที่ทำให้แสดงความก้าวร้าวนั้นเสีย (Ondee, 2018)

3.5 ด้านการขับถ่าย ได้แก่ การกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่อยู่ (incontinence) มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้อหูรูดของท่ออุจจาระหย่อนยานลง ทำให้การกลั้นอุจจาระทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ ร่วมกับอาการของภาวะสมองเสื่อมที่มีความบกพร่องในการรับรู้ ทำให้หาห้องน้ำไม่พบ ผู้สูงอายุจึงขับถ่ายเรี่ยราด จึงควรจัดห้องนอนของผู้สูงอายุให้อยู่ใกล้กับห้องน้ำ ทางเดินไม่วกวน เปิดไฟให้สว่างตลอดเวลา เพื่อความสะดวกและปลอดภัย ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ บอกทิศทางในการไปห้องน้ำ อย่าให้มีสิ่งกีดขวาง ไม่ควรขัดหรือทาน้ำมันจนลื่น และจดบันทึกเวลาในการขับถ่ายเป็นประจำ เพื่อจะได้ประมาณเวลาที่จะพาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำได้ทันก่อนการอุจจาระเรี่ยราด และส่งเสริมให้เข้าห้องน้ำห้องส้วมให้เป็นเวลา ดูแลเรื่องการดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น วันละ 6 - 8 แก้ว ถ้าหากดื่มน้ำมากเกินไปจะรบกวนการทำกิจกรรมอื่นของผู้สูงอายุได้ (Aroonsan, 2017)

3.6 ด้านการสนทนาและการสื่อสาร การใช้ภาษาพูด ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายและที่อยู่ในระยะรุนแรงจะใช้คำในการเรียกชื่อของสิ่งของที่ผิดไปจากเดิม ถ้ามากขึ้นจะมีการใช้ไวยากรณ์ที่ผิด พูดไม่จบประโยค ใช้คำพูดวกวน หรืออาจพูดไม่รู้เรื่องเลยก็เป็นได้ ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ฟังคับข้องใจ สุดท้ายนำมาสู่ปัญหาการต่อต้านและโวยวาย ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ช่วยพูดคำต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้สูงอายุต้องการจะพูดเพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกคำที่นึกไม่ออก หรือหากไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุบอกก็ลองให้อธิบายออกมา ถ้าไม่สำเร็จผู้ดูแลควรบอกผู้สูงอายุว่าให้ใช้คำหรือประโยคง่าย ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยแก้ไขปัญหาการสื่อสารให้ดีขึ้น ลดความคับข้องใจทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล แต่ต้องแน่ใจว่าผู้สูงอายุได้ยินในสิ่งที่ผู้ดูแลบอก หรือมองเห็นป้ายที่เขียนอย่างดี เพราะผู้สูงอายุอาจมีปัญหาเรื่องการได้ยินหรือปัญหาทางสายตาได้ ถ้าจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยฟังหรือแว่นตาด้วย ผู้ดูแลต้องใช้คำพูดที่นุ่มนวล ชัดถ้อยชัดคำ และพูดช้า ๆ ให้โอกาสผู้สูงอายุในการคิดและควรรอการตอบสนอง ลดและจำกัดเสียงรบกวนจากรอบข้างให้มากที่สุด เช่น ให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในสถานที่หรือบริเวณที่เงียบไม่มีคนพลุกพล่าน ใช้คำหรือประโยคสั้น ๆ ไม่ควรใช้ประโยคที่ซับซ้อนหรือยาวเกินไปในการพูดหรือถามให้ถามทีละประโยคและถามซ้ำ หากผู้สูงอายุแสดงท่าทางไม่เข้าใจ ในบางครั้งการแสดงท่าทางประกอบการพูดจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ดีขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะเข้าใจการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูดได้ดีกว่าการใช้คำพูด (Maneerat, Maneerat, & Kambunlua, 2018; Yimsai, Intanon, & Kongsuwan, 2016)

สรุป

ภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นภาวะที่ยากต่อการวินิจฉัย จำเป็นต้องใช้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญในการหาสาเหตุ การรักษาจึงค่อนข้างซับซ้อน เนื่องด้วยการดำเนินโรคมักแย่ลงเมื่อมีอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล ตลอดจนพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อการคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพ ชะลอความเสื่อมตามโรค และช่วยลดการเกิดภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aroonsan, P. (2017). Problems of the elderly in hospital. In *Nursing care of important problems of the elderly: Application* (4th ed). Khon Kaen: Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

Charoensak, S. (2016). Major neurocognitive disorder and mild neurocognitive disorder. In *Siriraj psychiatric textbook Siriraj DSM-5* (pp. 349-363) (3rd ed.). Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Imkome, E. (2022). Nurses in caring for older persons with dementia. In *Mental health and psychiatric nursing: Application to selected cases* (pp. 319-325) (5th ed.). Bangkok, Thammasat University Press.

Kuha, O., & Kumniyom, N. (2020). Knowledge about dementia for health volunteers and caregivers and volunteers. *Complete manual for managing care for the elderly with dementia circuit for volunteer caregivers in the community* (pp. 1-11). Nonthaburi, Institute of Geriatric Medicine.

Limpawattana, P., & Manjavong, M. (2020). Mild cognitive impairment. *Khon Kaen University Journal of Medicine, 6*(1), 25-35.

Maneerat, S., Maneerat, S., & Kambunlua, T. (2018). Psychosocial nursing care for the elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of Health Science, 12*(2), 1-9.

Ministry of Social Development and Human Security Department of Older Persons. (2020). *Elderly statistics of Thailand 77 provinces as of 31 December 2020*. Retrieved from https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335

Ondee, P. (2018). Nursing care for persons with neurocognitive disorders. In *Psychiatric nursing (revised edition)* (pp. 481-505) (3rd ed.). Department of Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Nursing, Mahidol University.

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.

Punthasee, P. (2016). Nursing process. In *Nursing Process & functional health pattern: Application in clinical practice* (18th ed.). Bangkok: Pimaksorn Publishing.

Rojanaudomsart, A., Kheawchi, J., & Tuntiritthisak, T. (2021). Diagnosing dementia. In *Clinical practice guideline for dementia* (pp. 29 - 48). Bangkok: Neurological Institute of Thailand.

Sukying, J., & Nakawiro, D. (2015). Dementia. In *Psychiatry Ramathibodi Using DSM-5* (pp. 86 – 101) (4th ed.). Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Suwan, A. (2017). Role of nurses in caring for older persons with dementia. *Journal of Nursing and Health Care, 35*(1), 6-15.

World Health Organization. (2022). *Dementia*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Yimsai, R., Intanon, T., & Kongsuwan, V. (2016). The relationship between perceived caring self-efficacy and caring behaviors among caregivers of persons with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *36*(2), 104-117.

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด

NURSING CARE FOR PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE TO PREVENT COGNITIVE IMPAIRMENT

พรขวัญ มุ่งกลาง
Pornkhaun Mungklang
อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Nurse Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
Corresponding author E-mail: pornkhaun.m@stin.ac.th

Received: *August 3, 2023* Revised: *December 1, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดความบกพร่องด้านการรู้คิด สาเหตุเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และการขาดออกซิเจน ส่งผลให้มีการเสื่อมของเซลล์ประสาทในสมอง ความบกพร่องด้านการรู้คิดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านความจำ การใช้ภาษาและการสื่อสาร ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ และการบริหารจัดการของสมอง ตลอดจนการสูญเสียสมรรถภาพด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว ความบกพร่องด้านการทำกิจวัตรประจำวัน และเกิดภาวะพึ่งพา จนส่งผลต่อการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่เป็นไปได้อย่างล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจุบันมีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้ประสิทธิภาพการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลจึงควรมีความรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด และช่วยส่งเสริมการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างสมองทั้ง 2 ซีก เพื่อเพิ่มความสามารถในการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้าง การทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ตลอดจนการฟื้นฟูระบบประสาทที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน, ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด, การพยาบาล

Abstract

Stroke is a major contributor to cognitive impairment, attributed to diminished blood supply and oxygen deficiency leading to neuronal degeneration in the brain. Cognitive impairment adversely affects various patient abilities, including memory, language and communication, visuo-spatial skills, attention, and executive functions. Additionally, it results in decreased physical abilities such as movement, balance, and performing daily activities, consequently necessitating assistance from others for daily living. These factors contribute to delayed and inefficient nervous system recovery. Nevertheless, nurses play a crucial role in the rehabilitation of patients with ischemic stroke. Currently, multiple evidence-based practices are employed in nursing care to enhance stroke recovery, mitigate complications, and improve the patient's quality of life. Nurses should focus on caring for stroke patients to prevent cognitive impairment, foster interhemispheric brain connections, enhance brain structuring and functioning (neuroplasticity), and facilitate efficient neurological recovery.

Keywords: ischemic stroke, cognitive impairment, nursing care

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke/cerebro-vascular disease) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุพพลภาพที่สูงเป็นอันดับที่ 3 โดยพบผู้ป่วยใหม่เพิ่มมากขึ้นเฉลี่ย 12.2 ล้านคน และเสียชีวิต 6.5 ล้านคนต่อปี (Feigin et al., 2022) สำหรับประเทศไทยจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2560 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้นทุกปี โดยมีค่าเฉลี่ย 278.5, 303.2, 318.9, 328, 330.2 และ 330.7 ต่อประชากร 100,000 คน ตามลำดับ (National Health Security office, 2022; Tiamkao, 2022)

พยาธิสภาพของภาวะสมองขาดเลือด จากการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดในสมอง (ischemic stroke) เป็นผลมาจากการอุดกั้นจากก้อนเลือด หรือลิ่มเลือดที่หลุดจากผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ และภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เมื่อเกิดการอุดกั้นทันทีทันใดทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์ประสาทจะค่อย ๆ ตายลงใน 6 – 8 ชั่วโมง เนื้อสมองบวมจากการสูญเสีย Blood brain barrier อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนมีการกดเบียดก้านสมอง หรือการอุดกั้นการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง (Neurological Institute of Thailand, 2019) ซึ่งการขาดเลือดทำให้เซลล์สมองได้รับความเสียหายจากการไม่มีระบบการไหลเวียนของเลือด การขาดเลือดที่รุนแรงเป็นสาเหตุการตายของเซลล์ประสาทและสมอง ซึ่งค่าปกติของอัตราการไหลเวียนโลหิตในสมองจะอยู่ในช่วง 50 - 55 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของตำแหน่งการขาดเลือดอยู่ในช่วง 6 - 10 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที โดยเซลล์ประสาทในตำแหน่งการขาดเลือดที่พบใหม่จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติระหว่างที่มีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติได้ ถ้าสามารถช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้อย่างรวดเร็ว ภายในช่วงเวลาสำคัญของการรักษาและช่วงเวลาของการฟื้นฟูหรือช่วงเวลาทอง (Golden period) ระยะเวลา 3 – 4.5 ชั่วโมง ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Pajareya, 2018)

สภาวะที่สมองขาดเลือดทำให้ระบบประสาทสูญเสียหน้าที่การทำงาน การส่งสัญญาณบริเวณจุดประสานประสาทช้าลง และส่งผลให้เกิดความบกพร่องด้านการรู้คิด ความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาทขั้นสูง การสูญเสียสมรรถภาพด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว การทรงตัว ความบกพร่องด้านการทำกิจวัตรประจำวัน เกิดภาวะพึ่งพา (dependency) ซึ่งส่งผลให้การฟื้นตัวทางระบบประสาทเป็นไปอย่างล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพ (Lee et al., 2021; Rost et al., 2022) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด โดยการส่งเสริมการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างสมองทั้ง 2 ซีก เพิ่มความสามารถในการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (Neuroplasticity) และส่งเสริมการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่มีประสิทธิภาพ (Green et al., 2021) จึงควรมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้

ความบกพร่องด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน

การเกิดความบกพร่องด้านการรู้คิดภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันสามารถพบได้มาก ตั้งแต่ร้อยละ 35 ถึง 92 พบได้ตั้งแต่ระยะ 4 - 8 สัปดาห์ ไปจนถึง 3 และ 6 เดือนหลังมีอาการ และนำไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ภายในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองและตำแหน่งพยาธิสภาพ (Sharma, Mallick, Llinas, & Marsh, 2020)

ความบกพร่องด้านการรู้คิดเกิดจากสภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้การส่งสัญญาณไปบริเวณจุดประสานประสาทในสมองส่วน Cerebral cortex ช้าลง ส่งผลต่อสมองที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาทขั้นสูง ความบกพร่องด้านความจำ การใช้ภาษาและการสื่อสาร ทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (visuo-spatial abilities) ความตั้งใจหรือการมีสมาธิ และการบริหารจัดการ (Rost et al., 2022) สามารถแบ่งความบกพร่องด้านการรู้คิดได้ 4 ประเภท ดังต่อไปนี้

1. ความจำบกพร่อง (memory deficit) ความจำ คือ การคงไว้ซึ่งข้อมูลที่เข้าไปจากการเรียนรู้เกิดขึ้นผ่านกระบวนการที่เรียกว่าการเข้ารหัส (encoding) การคงไว้ซึ่งข้อมูล (consolidation) และการดึงหน่วยความจำที่เก็บไว้มาใช้ (retrieval) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วน Hippocampus ที่ซึ่งเก็บความจำระยะสั้นให้เป็นความจำระยะยาว (consolidation of long term memory) ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความผิดปกติของความจำ ได้แก่ การสูญเสียความทรงจำที่เพิ่งผ่านไป การสูญเสียความทรงจำในอดีตที่เกี่ยวกับตนเองและเหตุการณ์ที่ผ่านมา และไม่สามารถคงไว้ซึ่งข้อมูลที่เกิดจากการเรียนรู้ภายหลังจากเกิดโรค (Lammers, Lugtmeijer, De Haan, & Kessels, 2022; Martin, Ding, Hamilton, & Schnur, 2021)

2. สมาธิบกพร่อง (attention deficit) สมาธิเป็นกระบวนการรับรู้ การแปลความหมายของสิ่งที่มากระตุ้นระบบรับความรู้สึก ความสามารถในการจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และเลือกรับการกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง หากมีการบาดเจ็บของสมองส่วน Frontal lobe จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียสมาธิ ไม่สามารถจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้นาน รวมทั้ง ไม่สามารถรับข้อมูลจากการรับรู้ต่าง ๆ ได้ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย ไม่ใส่ใจตนเอง สิ่งแวดล้อม มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น (impulsivity) และแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดฉุนเฉียวได้ง่าย (irritability) (Loetscher, Potter, Wong, & das Nair, 2019; Spaccavento et al., 2019)

3. ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร (language and communication deficit) ความผิดปกติด้านการใช้ภาษาเพื่อสื่อความหมาย ทั้งการคิด คำพูด และการออกเสียงพูดให้เป็นประโยค และยังอาจรวมไปถึงปัญหาด้าน

การอ่านหรือเขียน อาการแสดงจะแตกต่างกันตามตำแหน่งและความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่มักจะมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่สมองซีกซ้ายที่เป็นบริเวณควบคุมภาษาและการสื่อสาร (Borthwick, 2012; Kupnirattisaikul, 2018) ซึ่งแบ่งความผิดปกติย่อยได้ ดังนี้

3.1 ความบกพร่องด้านการใช้ภาษา (aphasia) ประกอบด้วย 1) ความบกพร่องทางด้านความเข้าใจภาษา (Wernicke's aphasia) มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ Wernicke's area ของสมองส่วนกลางซีกซ้าย (left superior temporal lobe) ผู้ป่วยจะสามารถพูดได้ แต่ฟังภาษาไม่เข้าใจ 2) ความบกพร่องด้านการแสดงออกทางภาษา (Broca's aphasia) มักพบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่ Broca's area บริเวณสมองส่วนหน้าซีกซ้าย (left frontal lobe) โดยผู้ป่วยจะมีความเข้าใจดี แต่ไม่สามารถพูดได้ และ 3) ความบกพร่องทั้งทางด้านความเข้าใจและการแสดงออก (Global aphasia) พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทั้งบริเวณ Wernicke's area และ Broca's area ผู้ป่วยจะไม่สามารถพูดและฟังไม่เข้าใจ จึงเกิดความลำบากในสื่อสารกับผู้อื่น

3.2 ความผิดปกติในการพูด แบ่งเป็น 1) Dysarthria เป็นการพูดไม่ชัด จากกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูดอ่อนแรงหรือเกร็ง เช่น กล้ามเนื้อปาก ลิ้น เพดาน ขากรรไกร กล่องเสียง 2) Dysphonia เป็นการพูดแล้วเสียงจะเปลี่ยนไปจากเดิม เป็นผลมาจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการพูด และ 3) Dyspraxia ผู้ป่วยจะเสียความสามารถในการเริ่มพูด โดยกล้ามเนื้อที่ควบคุมการพูดปกติดี หากปล่อยทิ้งไว้สักพัก ผู้ป่วยจะพูดได้เอง

4. ความผิดปกติด้านการรู้คิดขั้นสูง (executive function deficits) การรู้คิดขั้นสูง หมายถึง ความสามารถในการบริหารจัดการของสมอง เป็นกระบวนการทำงานที่สำคัญช่วยให้บุคคลทำงานสำเร็จตามเป้าหมาย และการควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสม ความบกพร่องด้านการรู้คิดขั้นสูงมักจะพบในผู้ที่มีพยาธิสภาพของสมองส่วนหน้าสุด (Prefrontal cortex) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ ความคิด และการกระทำของมนุษย์ พยาธิสภาพของ Frontal lobe เป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพ สติปัญญา ความเหมาะสมในการวางตัว การตัดสินใจ และพฤติกรรมต่าง ๆ และการทำลาย Motor area จะทำให้เกิดการอ่อนแรงของร่างกายด้านตรงข้าม ทั้งนี้ การทำงานของสมองส่วนหน้าควบคุมทั้งความคิด การสั่งการทำงานของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ การรักษาสมดุลของท่าทาง การเคลื่อนไหวของร่างกายต้องอาศัยการทำงานเชื่อมโยงประสานกันของสมองทั้งสองซีก ดังนั้น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถด้านการรู้คิด และไม่ได้เกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยการทำงานของสมองและระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วยเพื่อเชื่อมโยงไปสู่ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการฟื้นฟูระบบประสาทที่มีประสิทธิภาพ (Einstad et al., 2021; Laakso et al., 2019)

การปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบประสาท (Neuroplasticity)

Neuroplasticity เป็นความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นกระบวนการที่เซลล์ประสาทมีการแตกแขนงทดแทนส่วนที่สูญเสียไปจากการขาดเลือด พร้อมทั้งสร้างความแข็งแรงในการเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทส่วนอื่น ๆ ส่งผลให้เกิดเครือข่ายประสานเซลล์ประสาทอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้สมองหลายส่วนเกิดการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน เพิ่มความสามารถในการส่งสารสื่อประสาทสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ของสมองให้ดียิ่งขึ้น

กลไกการฟื้นตัวของระบบประสาทเกิดจาก 3 กลไก ดังต่อไปนี้

1) การฟื้นสภาพของสมอง สามารถเกิดขึ้นได้เอง (natural spontaneous recovery) จากการไหลเวียนเลือดที่ดีขึ้นในส่วนของพยาธิ

สภาพของสมองรอบ ๆ ส่วนที่ขาดเลือด ทำให้เกิดการจัดโครงสร้างหรือการงอกของเซลล์ประสาท ใช้ระยะเวลา 1 - 2 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ (Dabrowski et al., 2019; Wang, 2022)

1.1 การจัดโครงสร้างใหม่ของแอกซอน (axon) และเดนไดรต์ (dendrite) เริ่มจากส่วนปลายจะแตกแขนงเล็ก ๆ ทุกทิศทางเพื่อแสวงหาเอนโดนิวรอล (endoneural tube) มาจับกันและสร้างปลอกเยื่อหุ้มไมอีลิน (myelin sheath) ขึ้นมาใหม่ แต่จะมีขนาดไม่เกินร้อยละ 80 ของขนาดเดิม และเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทอื่น ๆ

1.2 สเปราท์ติง (sprouting) เป็นการงอกของเซลล์ประสาทที่ได้รับบาดเจ็บที่อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อให้ทำงานทดแทนส่วนที่สูญเสียไป พร้อมทั้งสร้างความแข็งแรงในการเชื่อมต่อกับเซลล์ประสาทอื่น ๆ เกิดเครือข่ายประสานเซลล์ประสาท และเพิ่มความสามารถในการส่งสารสื่อประสาทสมอง

2. กระบวนการทำงานของสารสื่อประสาท โดยเฉพาะสารสื่อประสาทกลุ่มอะซิติลโคลิน (acetylcholine) เช่น Dopamine, Serotonin และ Norepinephrine ที่ช่วยกระตุ้นการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทสมองส่วนอื่น ๆ (O'Sullivan, Oestreich, Wright, & Clarkson, 2022; Pajareya, 2018)

3. กระบวนการฝึกฝนและการเรียนรู้ที่จะกระตุ้นให้เกิดกระบวนการการงอกของเซลล์ประสาทและแตกกิ่งก้านสาขาแขนงประสาท (dendrite) ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมอง (structural reorganization) และช่วยกระตุ้นวงจรประสาทของสมองบริเวณใกล้เคียงหรือสมองซีกปกติด้านตรงข้ามซึ่งอยู่ในตำแหน่งที่สมมาตรกัน ให้ทำงานทดแทนส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ (vicariation) และมีการเชื่อมต่อโครงสร้างใยประสาทมากขึ้น สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับประสบการณ์หรือกิจกรรมที่บุคคลนั้นได้รับ (Maier, Ballester, & Verschure, 2019; Su & Xu, 2020)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นข้างต้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นตัวของระบบประสาท ในทางคลินิกพบว่าการฟื้นตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการฟื้นได้เร็วภายใน 3 เดือนแรกภายหลังจากมีอาการของโรค และต่อเนื่องได้จนถึง 6 เดือน และจะมีการฟื้นตัวช้า ๆ จนถึง 1 ปี การฟื้นตัวของระบบประสาทขึ้นอยู่กับตำแหน่งพยาธิสภาพ และความรุนแรงของโรค การฟื้นฟูสภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้มากที่สุด ควรเริ่มตั้งแต่ในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในหอผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการประเมิน วางแผน และเริ่มการฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ การฟื้นฟูสภาพควรประกอบด้วย การทำกายภาพบำบัดหรือการฟื้นฟูเฉพาะด้านร่วมกัน เช่น การออกกำลังกาย การฝึกกิจกรรมที่เฉพาะ เช่น การฝึกความจำ การฝึกสมาธิ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างสมองทั้ง 2 ซีก กระตุ้นกระบวนการรู้คิด เพิ่มความสามารถในการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (Neuroplasticity) และมีประโยชน์ในด้านของการส่งเสริมการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Kupnirattisaikul, 2018; Sun et al., 2021)

การฝึกการรู้คิดของสมองสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การฝึกความสามารถด้านการรู้คิดสามารถทำได้โดยมีชุดกิจกรรมที่เน้นการฝึกการรู้คิด แต่ละด้านอย่างเฉพาะเจาะจง ทำให้เกิดการพัฒนาที่แสดงให้เห็นแต่ละด้านอย่างชัดเจน เช่น การฝึกความจำโดยเฉพาะ หรือการฝึกสมาธิโดยเฉพาะ เป็นต้น และการใช้รูปแบบการฝึกสมองอย่างบูรณาการ โดยรวมหลาย ๆ ทักษะเป็นชุดกิจกรรมเดียวกัน เพื่อการส่งเสริมความสามารถของสมองอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้การทำงานของสมองมีประสิทธิภาพ (Gomez-Soria, Peralta-Marrupe & Plo, 2020; Irazoki et al., 2020) มีรายละเอียดดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด (cognitive rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ที่เน้นการฝึกการรู้คิดเฉพาะด้าน เน้นการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วย และเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิดแบบครอบคลุม โดยใช้เทคนิคหลายอย่างร่วมกับการฝึกแบบเฉพาะบุคคล เป้าหมายของการฝึกไม่ได้มุ่งเน้นปัญหาของสมรรถภาพสมองอย่างใดอย่างหนึ่ง แต่เน้นไปที่สมรรถภาพสมองภาพรวมที่ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน (Kitisomprayoonkul, 2015; Maier et al., 2019) งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีการใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การใช้เกมส์จำลองสถานการณ์การใช้ชีวิตประจำวัน เพื่อกระตุ้นการรับรู้สิ่งแวดล้อม ความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อระยะเวลา 4 – 6 สัปดาห์ และพบว่าสามารถพัฒนาความสามารถด้านการรู้คิด และความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกายได้ (Kannan, Vora, Bhatt, & Hughes, 2019; Parisi et al., 2022)

2. การฝึกสมองด้านการรู้คิด (cognitive training) เป็นการออกแบบชุดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นความสามารถของสมองอย่างเฉพาะเจาะจง เน้นการฝึกทักษะการรู้คิดในแต่ละด้าน ได้แก่ สมาธิ ความจำ การใช้ภาษาและการสื่อสาร และทักษะการบริหารจัดการ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น Memory training เป็นการฝึกขั้นพื้นฐานในการพัฒนาการรู้คิดด้านความสามารถในการจดจำ การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ เน้นการชดเชยความสามารถที่มีอยู่และการใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น สมุดบันทึก เป็นต้น และการฝึกแบบรวมกลุ่มบำบัด (group therapy) กลุ่มละ 3 – 8 คน เพื่อฝึกทักษะเกี่ยวกับความสามารถในการจดจำซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของความสามารถด้านการรู้คิดทั้งความจำระยะสั้นและระยะยาว ระยะเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าสามารถพัฒนาความสามารถในการจดจำได้ (Abelmann, Kessels, Brazil, Fasotti, & Bertens, 2023; Withiel et al., 2019)

3. การกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด (cognitive stimulation) เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความคิดเกี่ยวกับการรับรู้โดยใช้สิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และใช้พฤติกรรมบำบัดมาเป็นกิจกรรมสำคัญ เช่น Reality orientation เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลเรื่องบุคคล สถานที่ วันเวลา ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แบ่งออกเป็นระดับพื้นฐานข้อมูลทั่วไป เช่น วัน เวลา สถานที่ และเพิ่มการใช้ Sensory stimulation เช่น การพูดคุยเรื่องราวในอดีตและปัจจุบัน นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมที่มีการกระตุ้นสมองด้านการรู้คิด เช่น การจัดพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมกลุ่มหรือส่งเสริมการเข้าสังคมในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพบปะและมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและพัฒนาทักษะทางสังคมดีขึ้นตามลำดับ (Rosbergen, Grimley, Hayward & Brauer, 2019; Woods, Rai, Elliott, Aguirre, Orrell, & Spector, 2023)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด

พยาบาลมีหน้าที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสภาพเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Jacelon, 2011; Jullamate, 2022; Kennedy, 2021) โดยสามารถทำได้ในระยะต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป็นการฟื้นฟูสภาพในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคจนกระทั่งอาการคงที่ ใช้เวลา 24 – 48 ชั่วโมง โดยมีเป้าหมาย คือ การเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่ ตลอดจนป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด (Xue et al., 2023) มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale: GCS) การประเมินขนาดรูม่านตา ปฏิกิริยาต่อแสง (pupils) การประเมินกำลังความเคลื่อนไหวของแขนขา (motor response) และการประเมินกำลังของแขนขา (motor power) การประเมินสัญญาณชีพ และติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด

1.2 การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมิน National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) ซึ่งมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 – 42 คะแนน คะแนนมากแสดงถึงมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองมาก (Nilanont et al., 2010)

1.3 การดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การดูแลให้ได้รับอาหารและประเมินความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดแฟบ ปอดบวม การติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน การเกิดแผลกดทับ เป็นต้น

1.4 การฟื้นฟูสภาพด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย เน้นการป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง (immobilization) ได้แก่ การบริหารข้อ (range of motion) การเคลื่อนไหวบนเตียง และการจัดท่าที่เหมาะสม (positioning) เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวและการฟื้นตัวของระบบประสาทสั่งการ (Kitisomprayoonkul, 2015)

1.5 การกระตุ้นการรู้คิดของสมอง โดยการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (reality orientation) ในผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ เพื่อส่งเสริมกลไกการฟื้นสภาพของสมอง การงอกและการแตกแขนงของเซลล์ประสาทเพื่อทำหน้าที่ทดแทนส่วนที่สูญเสียจากภาวะสมองขาดเลือด (Xuefang, Guihua, & Fengru, 2021)

2. ระยะวิกฤต ระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่เพราะผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงในระยะ 48 ชั่วโมงหลังมีอาการ ใช้เวลาตั้งแต่ 1 - 14 วัน แม้จะเป็นช่วงเวลาที่อยู่ในสถานการณ์เร่งด่วน แต่การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในระยะวิกฤตมีความสำคัญ การพัฒนาระดับความสามารถของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ตามศักยภาพสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (Xue et al., 2023; Xuefang et al., 2021) การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะวิกฤตมีดังนี้

2.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นเดียวกับการดูแลในระยะเฉียบพลัน เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอย่างต่อเนื่อง

2.2 การเริ่มต้นฟื้นฟูสภาพด้านร่างกายโดยเร็ว (early rehabilitation) และจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมการเคลื่อนไหว (enriched environment) เพื่อให้ระบบประสาทสั่งการฟื้นตัวได้ดีขึ้น โดยการเลือกฝึกกิจกรรมที่จำเพาะเจาะจง (Task-specific) เน้นการฝึกกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูญเสียไป (Kitisomprayoonkul, 2015; Pajareya, 2018) ประกอบด้วย

2.2.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของข้อและกล้ามเนื้อ (strengthening) เช่น การบริหารข้อ (range of motion exercise)

2.2.2 การฝึกการทรงตัวและการประสานสัมพันธ์ (balance and co-ordination training) เช่น การฝึกทรงตัวในท่านั่ง การฝึกเดิน เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทนทานมากขึ้น

ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะใช้งานและควบคุมกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น เพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง เกิดการประสานภายในเครือข่ายของระบบประสาท (functional connectivity) ตลอดจนกระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท acetylcholine ช่วยการเชื่อมต่อของเซลล์ประสาทสมองส่วนอื่น ๆ ทำให้การฟื้นฟูสภาพได้ผลดียิ่งขึ้น (Xuefang et al., 2021)

2.2.3 การฝึกการเคลื่อนไหวโดยใช้ภาพสะท้อนเงา (Mirror therapy) โดยนำกระจกเงามาวางบนโต๊ะฝึกคั่นระหว่างแขนและมือทั้ง 2 ข้าง โดยวางหน้าต่อแขนและมือข้างที่อ่อนแรงเพื่อสะท้อนภาพการเคลื่อนไหวของแขนและมือข้างที่ดีให้ผู้ป่วยเฝ้ามองการเคลื่อนไหวนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าแขนและมือข้างที่อ่อนแรงสามารถขยับเองได้ ภาพสะท้อนซึ่งเป็นข้อมูลย้อนกลับร่วมกับความพยายามเคลื่อนไหวแขนและมือข้างที่อ่อนแรง จะช่วยกระตุ้นสมองส่วน Premotor cortex ซึ่งมีเครือข่ายวงจรประสาทเชื่อมต่อถึงกัน จึงเป็นการกระตุ้นทั้ง Somatosensory และ Motor cortices ส่งผลให้สมองส่วนควบคุมการเคลื่อนไหวซีกที่มีพยาธิสภาพมีการทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างสมอง (cortical reorganization) และกระตุ้นการฟื้นตัวของระบบประสาทเพิ่มมากขึ้น (Pajareya, 2018) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าการฝึก Mirror therapy สัปดาห์ละ 3 - 7 ครั้ง ครั้งละ 15 - 30 นาที ระยะเวลา 4 - 8 สัปดาห์ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มมากขึ้น และคงอยู่อย่างน้อย 6 เดือนหลังจากการฝึกได้ (Thieme et al., 2019)

2.3 การฝึกการรู้คิดของสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ประกอบด้วย

2.3.1 การกระตุ้นการรู้คิดของสมอง โดยการกระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (reality orientation) เพื่อส่งเสริมกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพของสมองอย่างต่อเนื่อง

2.3.2 การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเป็นรายบุคคล เน้นการทำหน้าที่ด้านร่างกายและเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิดแบบครอบคลุม โดยใช้เทคนิคหลายอย่างร่วมกับการฝึกแบบเฉพาะบุคคล ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีเข้ามาผสมผสานในการฝึกมากขึ้น ได้แก่ Virtual Reality (VR) และ Human-computer interface ซึ่งการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวจะมีการออกแบบให้ผู้ใช้งานอยู่ในสถานการณ์เสมือนจริงและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นแบบซ้ำ ๆ จำเพาะเจาะจงและใช้การกระตุ้นหลากหลายร่วมกับให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น ให้หยิบจับวัตถุสิ่งของไปวางตรงตำแหน่งที่กำหนดไว้ การฝึกเดินโดยใช้ VR ซึ่งมีภาพเคลื่อนไหวจำลองจากสถานการณ์จริง และการฝึกแขนและมือโดยใช้ VR ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ากำลังอยู่ในสถานการณ์ใด เช่น เดินในสวน สนามหญ้า เดินบนพื้นราบ ขึ้นลงบันได หลบหลีกสิ่งกีดขวาง หรือเดินข้ามถนน ตลอดจนการใช้ VR ร่วมกับวิดีโอเกม เช่น เกมจ่ายตลาด เกมธนาคาร เป็นต้น การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองรูปแบบ VR จึงเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการของโรคไม่เกิน 6 เดือน และมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งในระยะเวลา 4 - 12 สัปดาห์ สามารถพัฒนาระดับความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและความสามารถด้านการรู้คิด โดยเฉพาะความสามารถด้านการบริหารจัดการ ความจำ และทักษะด้านมิติสัมพันธ์ (Maggio et al., 2019; Zhang et al., 2021)

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่หลังจากผ่านพ้นระยะวิกฤตมาแล้ว ตลอดจนผู้ป่วยมีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ได้ การฟื้นฟูระยะนี้สามารถทำได้หลายรูปแบบ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด (Jacelon, 2011; Xue et al., 2023) ประกอบด้วย

3.1 การประเมินความสามารถด้านการรู้คิด มีความสำคัญเนื่องจากความสามารถด้าน

การรู้คิด คือ จุดเริ่มต้นที่สำคัญของทักษะการเรียนรู้ การคัดกรองในระยะเริ่มต้นจะนำไปสู่การวินิจฉัยและการวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม (Lingo VanGilder, Hooyman, Peterson, & Schaefer, 2020) เครื่องมือสำหรับการประเมินความสามารถด้านการรู้คิด มีดังนี้

3.1.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (The Mini-Mental State Examination: MMSE-Thai) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถด้านการรู้คิดโดยทั่วไปในผู้ป่วยที่เกิดโรคในระบบประสาทส่วนกลาง ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ 30 คะแนน

3.1.2 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination: TMSE) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นมาจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น (MMSE) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานภาพการศึกษาและวัฒนธรรมของคนไทยเป็นหลัก ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.1.3 แบบประเมินพุทธิปัญญา (Montreal Cognitive Assessment: MOCA) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ 30 คะแนน

MMSE เป็นแบบทดสอบมาตรฐานที่ถูกใช้มากที่สุดในการคัดกรองภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด โดยมีความไวของการทดสอบ (sensitivity) ร้อยละ 68 - 88 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 66 - 82 ส่วนแบบประเมิน MOCA เป็นเครื่องมือที่มีความเหมาะสมในการประเมินภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดระดับเล็กน้อย (mild cognitive Impairment) มีค่าความไวร้อยละ 64 - 96 และความจำเพาะของการทดสอบร้อยละ 71 - 90 (Khaw et. Al., 2021)

3.2 การฝึกการรู้คิดของสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ประกอบด้วย

3.2.1 การกระตุ้นสมรรถภาพสมองด้านการรู้คิด (cognitive stimulation) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ความคิดเกี่ยวกับการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการฝึกสมองด้านการรู้คิด (cognitive training) โดยการฝึกแบบรวมกลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นระยะเวลา 6 - 12 สัปดาห์ ได้แก่ การเชื่อมโยงใบหน้าและชื่อ ฝึกการจำชื่อและใบหน้าของผู้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน การฝึกสมาธิและความจำทั้งระยะสั้นและระยะยาวจากเสียงที่ได้ยินและการบอกเล่าเรื่องราว การเขียนแผนที่เพื่อฝึกทักษะด้านมิติสัมพันธ์ การฝึกความจำจากการมองเห็น ฝึกทักษะด้านการบริหารจัดการจากการคำนวณ สามารถพัฒนาการรับรู้และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social cognition) การใช้ภาษาและการสื่อสาร (Nakawiro et al., 2017; Xuefang et al., 2021)

3.2.2 การฝึกสมองด้านการรู้คิดในแต่ละด้านร่วมกับการใช้เกม ใช้ระยะเวลา 4 - 6 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองหลายส่วนให้เกิดการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของสมอง ส่งเสริมการเกิดกระบวนการ Neuroplasticity ผ่านการเรียนรู้และการฝึกฝนซ้ำ ๆ (Van de Ven, Murre, Veltman, & Schmand, 2016; Zucchella et al., 2014) ประกอบด้วย

- การฝึกความจำ (memory) การกระตุ้นความจำโดยการใช้เครื่องมือและสัญลักษณ์ ได้แก่ การเล่าเหตุการณ์หรือการฝึกการสะท้อนคิด การเขียนบันทึกประจำวัน การเล่นเกมการ์ดจับคู่ ซึ่งจะสามารถพัฒนาได้ทั้งความจำระยะสั้น และระยะยาว จากการกระตุ้นการทำงานของสมองส่วน frontal lobe (Van de Ven et al., 2016)

- การฝึกสมาธิ (attention) โดยฝึกการรับรู้ซ้าย-ขวา เกมต่อจิ๊กซอว์ และเกมหาความแตกต่างของภาพ พัฒนาความสามารถด้านความสนใจจดจ่อผ่านการกระตุ้น Reticular activating system การทำงานของสมองส่วน Frontal lobe และ Limbic system (Zucchella et al., 2014)

- การฝึกการให้เหตุผล (logical reasoning) ทักษะการคำนวณ (calculation) และทักษะด้านการบริหารจัดการของสมอง (executive function) ได้แก่ การเล่นเกมจัดหมวดหมู่ เกมที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา เช่น เกมเขาวงกต เกมโดมิโน และโปรแกรมจำลองสถานการณ์เสมือนจริงการใช้ชีวิตประจำวัน Virtual Reality (VR) เช่น การเดินทาง การจ่ายตลาด และเกมจำลองการวางแผน เพื่อพัฒนาความสามารถด้านการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาผ่านการกระตุ้นสมองส่วน Prefrontal cortex และ Limbic system (Xuefang et al., 2021; Zucchella et al., 2014)

3.3 การวางแผนปฏิบัติการพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการเลือกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมความสามารถด้านการรู้คิด ให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาความบกพร่องด้านร่างกายและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร กระตุ้นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การแสดงออกทางพฤติกรรม กิจกรรมส่งเสริมความสามารถด้านการรู้คิดทั้งรายด้านและองค์รวม และมีการประเมินผลภายหลังการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรค ทักษะความสามารถด้านต่าง ๆ พฤติกรรมการแสดงออก การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุง และวางแผนพัฒนาการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมต่อไป (Si et al., 2021)

สรุป

ภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และการฟื้นตัวทางระบบประสาทที่เป็นไปอย่างล่าช้า พยาบาลมีส่วนสำคัญด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ พยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิดดังที่กล่าวมาไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยตามระยะต่าง ๆ ได้ เพื่อคงไว้ซึ่งประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย และส่งเสริมการฟื้นตัวของระบบประสาทที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Abelmann, A. C., Kessels, R. P. C., Brazil, I. A., Fasotti, L., & Bertens, D. (2023). Game-supported cognitive strategy training for slowed information processing speed after acquired brain injury: Study protocol for a randomised controlled trial. *British Medical Journal Open, 13*(9), 1-13.

Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard (through 2013)*, *26*(19), 35-41.

Dabrowski, J., Czajka, A., Zielinska-Turek, J., Jaroszynski, J., Furtak-Niczyporuk, M., Mela, A., . . . Ziemba, A. (2019). Brain functional reserve in the context of neuroplasticity after stroke. *Neural Plasticity*, 1-10.

Einstad, M. S., Saltvedt, I., Lydersen, S., Ursin, M. H., Munthe-Kaas, R., Ihle-Hansen, H., . . . Thingstad, P. (2021). Associations between post-stroke motor and cognitive function: A cross-sectional study. *BioMed Central Geriatrics, 21*(1), 1-10.

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., . . . Lindsay, P. (2022). World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke, 17*(1), 18-29.

Gomez-Soria, I., Peralta-Marrupe, P., & Plo, F. (2020). Cognitive stimulation program in mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Dementia and Neuropsychologia, 14*(1), 110-117.

Green, T. L., McNair, N. D., Hinkle, J. L., Middleton, S., Miller, E. T., Perrin, S., . . . Summers, D. V. (2021). Care of the patient with acute ischemic stroke (post hyperacute and prehospital discharge): Update to 2009 comprehensive nursing care scientific statement: A scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*, *52*(5), e179-e197.

Irazoki, E., Contreras-Somoza, L. M., Toribio-Guzmán, J. M., Jenaro-Río, C., Van der Roest, H., & Franco-Martín, M. A. (2020). Technologies for cognitive training and cognitive rehabilitation for people with mild cognitive impairment and dementia: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 11*(1), 648.

Jacelon, C. S. (2011). *The specialty practice of rehabilitation nursing: A core curriculum.* Rehabilitation Nursing Foundation Skokie.

Jullamate, P. (2022). *Nursing care for older adult with stroke.* Chon Buri: Faculty of Nursing, Burapha University.

Kannan, L., Vora, J., Bhatt, T., & Hughes, S. L. (2019). Cognitive-motor exergaming for reducing fall risk in people with chronic stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation, 44*(4), 493-510.

Kennedy, N. C. (2021). The role of neuroplasticity in stroke nursing. *British Journal of Neuroscience Nursing, 17*(2), 20-25.

Khaw, J., Subramaniam, P., Abd Aziz, N. A., Ali Raymond, A., Wan Zaidi, W. A., & Ghazali, S. E. (2021). Current update on the clinical utility of MMSE and MoCA for stroke patients in Asia: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(17), 8962.

Kitisomprayoonkul, W. (2015). *Stroke rehabilitation*. Bangkok: Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University.

Kupnirattisaikul, V. (2018). *Geriatric rehabilitation in common health problems.* Bangkok: Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Laakso, H. M., Hietanen, M., Melkas, S., Sibolt, G., Curtze, S., Virta, M., . . . Jokinen, H. (2019). Executive function subdomains are associated with post-stroke functional outcome and permanent institutionalization. *European Journal of Neurology, 26*(3), 546-552.

Lammers, N., Lugtmeijer, S., De Haan, E., & Kessels, R. (2022). Accelerated long-term forgetting: Prolonged delayed recognition as sensitive measurement for different profiles of long-term memory and metacognitive confidence in stroke patients. *Journal of the International Neuropsychological Society, 28*(4), 327-336.

Lee, P. H., Yeh, T. T., Yen, H. Y., Hsu, W. L., Chiu, V. J., & Lee, S. C. (2021). Impacts of stroke and cognitive impairment on activities of daily living in the Taiwan longitudinal study on aging. *Scientific Reports, 11*(1), 12199.

Lingo VanGilder, J., Hooyman, A., Peterson, D. S., & Schaefer, S. Y. (2020). Post-stroke cognitive impairments and responsiveness to motor rehabilitation: A review. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, *8*(4), 461-468.

Loetscher, T., Potter, K. J., Wong, D., & das Nair, R. (2019). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *19*(11), 1-57.

Maier, M., Ballester, B. R., & Verschure, P. F. (2019). Principles of neurorehabilitation after stroke based on motor learning and brain plasticity mechanisms. *Frontiers in Systems Neuroscience*, *13*(74), 1-18.

Maggio, M. G., Latella, D., Maresca, G., Sciarrone, F., Manuli, A., Naro, A., . . . Calabrò, R. S. (2019). Virtual reality and cognitive rehabilitation in people with stroke: An overview. *Journal of Neuroscience Nursing*, *51*(2), 101-105.

Martin, R. C., Ding, J., Hamilton, A. C., & Schnur, T. T. (2021). Working memory capacities neurally dissociate: Evidence from acute stroke. *Cerebral Cortex Communications*, *2*(2), 1-13.

Nakawiro, D., Chansirikarn, S., Srisuwan, P., Aebthaisong, O., Sudsakorn, P., Vidhyachak, C., & Visajan, P. (2017). Group-based training of executive function, attention, memory and visuospatial function (Team-V) in patients with mild neurocognitive disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 62*(4), 337-348.

National Health Security office. (2022). Open government data of Thailand (Stroke). Retrieved from https://data.go.th/dataset/dataset-pp_32_031

Neurological Institute of Thailand, (2019). *Clinical practice guidelines for ischemic stroke.* Bangkok: Thana Place.

Nilanont, Y., Phattharayuttawat, S., Chiewit, P., Chotikanuchit, S., Limsriwilai, J., Chalernpong, L., . . . Poungvarin, N. (2010). Establishment of the Thai version of national institute of health stroke scale (NIHSS) and a validation study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, *93(1)*, S171- S178.

O'Sullivan, M. J., Oestreich, L. K., Wright, P., & Clarkson, A. N. (2022). Cholinergic and hippocampal systems facilitate cross-domain cognitive recovery after stroke. *Brain*, *145*(5), 1698-1710.

Pajareya, K. (2018). *Modern neurological rehabilitation.* Bangkok: Department of Rehabilitation Medicine, Faculty of Medicine, Mahidol University.

Parisi, A., Bellinzona, F., Di Lernia, D., Repetto, C., De Gaspari, S., Brizzi, G., . . .Tuena, C. (2022). Efficacy of multisensory technology in post-stroke cognitive rehabilitation: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine, 11*(21), 6324.

Rosbergen, I. C., Grimley, R. S., Hayward, K. S., & Brauer, S. G. (2019). The impact of environmental enrichment in an acute stroke unit on how and when patients undertake activities. *Clinical Rehabilitation, 33*(4), 784-795.

Rost, N. S., Brodtmann, A., Pase, M. P., van Veluw, S. J., Biffi, A., Duering, M., . . . Dichgans, M. (2022). Post-stroke cognitive impairment and dementia. *Circulation Research, 130*(8), 1252-1271.

Si, Y., Yuan, H., Ji, P., & Chen, X. (2021). The combinative effects of orem self-care theory and PDCA nursing on cognitive function, neurological function and daily living ability in acute stroke. *American Journal of Translational Research*, *13*(9), 10493-10500.

Sharma, R., Mallick, D., Llinas, R. H., & Marsh, E. B. (2020). Early post-stroke cognition: In-hospital predictors and the association with functional outcome. *Frontiers in Neurology, 11*(1), 613607.

Spaccavento, S., Marinelli, C. V., Nardulli, R., Macchitella, L., Bivona, U., Piccardi, L., . . . Angelelli, P. (2019). Attention deficits in stroke patients: The role of lesion characteristics, time from stroke, and concomitant neuropsychological deficits. *Behavioural Neurology, 1*, 7835710.

Su, F., & Xu, W. (2020). Enhancing brain plasticity to promote stroke recovery. *Frontiers in Neurology, 11*(1), 554089.

Sun, R., Li, X., Zhu, Z., Li, T., Li, W., Huang, P., & Gong, W. (2021). Effects of combined cognitive and exercise interventions on poststroke cognitive function: A systematic review and meta-analysis. *BioMed Research International,* 1, 1-11.

Thieme, H., Morkisch, N., Mehrholz, J., Pohl, M., Behrens, J., Borgetto, B., & Dohle, C. (2019). Mirror therapy for improving motor function after stroke: Update of a Cochrane review. *Stroke*, *50*(2), e26-e27.

Tiamkao, S. (2022). Stroke situation. *Thai Journal of Neurology, 39*(2), 39-46.

Van de Ven, R. M., Murre, J. M., Veltman, D. J., & Schmand, B. A. (2016). Computer-based cognitive training for executive functions after stroke: A systematic review. *Frontiers in Human Neuroscience*, *10*(150), 1-27.

Wang, C. (2022). The role of neuromodulation to drive neural plasticity in stroke recovery: A narrative review. *Brain Network and Modulation*, *1*(1), 2-8.

Withiel, T. D., Wong, D., Ponsford, J. L., Cadilhac, D. A., New, P., Mihaljcic, T., & Stolwyk, R. J. (2019). Comparing memory group training and computerized cognitive training for improving memory function following stroke: A phase II randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine, 51*(5), 343-351.

Woods, B., Rai, H. K., Elliott, E., Aguirre, E., Orrell, M., & Spector, A. (2023). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(2), 1-78.

Xue, L., Deng, J., Zhu, L., Shen, F., Wei, J., Wang, L., . . . Wang, L. (2023). Effects of predictive nursing intervention on cognitive impairment and neurological function in ischemic stroke patients. *Brain and Behavior, 13*(3), 1-9.

Xuefang, L., Guihua, W., & Fengru, M. (2021). The effect of early cognitive training and rehabilitation for patients with cognitive dysfunction in stroke. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *30*(3), e1882.

Zhang, Q., Fu, Y., Lu, Y., Zhang, Y., Huang, Q., Yang, Y., . . . Li, M. (2021). Impact of virtual reality-based therapies on cognition and mental health of stroke patients: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, *23*(11), e31007.

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดจากวัคซีนโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ

MYOCARDITIS FROM THE mRNA COVID-19 VACCINE

พิมพรรณ ทรัพย์ขำ
Pimpan Sapkham
โรงพยาบาลดารารัศมี อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 50180
Dararassamee Hospital, Mae Rim, Chiang Mai, 50180, Thailand
Corresponding author E-mail: pimmcop@gmail.com

Received: *June 7, 2023* Revised: *December 4, 2023* Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

วัคซีนโควิด 19 ชนิด Messenger Ribonucleic acid หรือ mRNA เป็นวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัย จึงแนะนำให้ใช้ในผู้ที่มีอายุ 12 ปีขึ้นไป โดยพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 สูงกว่าร้อยละ 90 รวมทั้งช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อ ลดอัตราการเสียชีวิต และป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีการกลายพันธุ์ แต่มีอาการไม่พึงประสงค์ คือ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดที่แน่ชัด ส่วนใหญ่พบในเพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปี สัมพันธ์กับการรับวัคซีน mRNA เข็มที่ 2 ระยะเวลาการเกิดโรคหลังจากฉีดวัคซีน 3 - 7 วัน อาการแสดงที่พบบ่อย คือ เจ็บหน้าอก เหนื่อยง่าย และใจสั่น รู้สึกเหมือนหัวใจเต้นแรงหรือเต้นเร็ว หากอาการรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวหรือช็อคได้ การวินิจฉัยใช้การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าของหัวใจ (Cardiac MRI) ตรวจความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ค่าเอนไซม์หัวใจ (Cardiac enzyme) แม้ว่าวัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA จะมีความเสี่ยงในการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่หัวใจ แต่อุบัติการณ์เกิดนั้นส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง เกือบทั้งหมดหายเป็นปกติได้ เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับจากวัคซีน จึงแนะนำให้มีการฉีดวัคซีน mRNA ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 แต่ในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบควรปรึกษาแพทย์ผู้รักษาเพื่อประเมินภาวะของโรคและพิจารณาความเสี่ยงก่อนเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA

คำสำคัญ : วัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA, กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

Abstract

The Messenger Ribonucleic acid (mRNA) vaccine is the most effective type of vaccine against COVID-19 infection, demonstrating over 90% efficacy in preventing COVID-19 infection and reducing the severity and mortality of the disease. It is recommended for use in the population aged 12 years and older. The most concerning adverse event after mRNA vaccination is myocarditis.–Although

the mechanism of myocarditis after vaccination is still unknown, it is primarily observed in males younger than 30 years old, often related to the second dose of vaccine, and consistently occurring within 3 to 7 days. Common symptoms include chest pain, shortness of breath, and sensations of a fast, fluttering, or pounding heart. Adverse events are rare; however, heart failure and shock occur in severe cases. Cardiac MRI may show irregular EKG and Cardiac enzyme is abnormal. Most myocarditis cases are completely reversible. Compared with the advantages of mRNA vaccination against COVID-19 infection, it is recommended. However, individuals at a high risk of myocarditis should consult medical professionals to assess the risk-benefit ratio before vaccination.

Keywords: mRNA COVID-19 vaccine, myocarditis

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SAR-Cov-2) หรือโรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สามารถติดต่อจากคนสู่คน ผ่านทางฝอยละอองจากจมูกหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วยไอหรือจามแล้วได้รับเชื้อจากการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไป หรือจากการไปเอามือสัมผัสพื้นผิวที่มีละอองเหล่านี้แล้วมาสัมผัสตามใบหน้าและเยื่อบุผิว

เริ่มต้นการระบาดจากเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จนเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) ได้ประกาศว่าโควิด 19 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (pandemic) อีกทั้งยังพบการกลายพันธุ์ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อหลายสายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์อัลฟา เบตา เดลต้า แกมมา และโอไมครอน ตามลำดับ โดยสายพันธุ์เดลต้าเป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการจับเซลล์มนุษย์ได้ง่าย ติดได้ง่าย แพร่กระจายเชื้อได้ไวและลงปอดได้เร็ว ส่งผลให้สถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทยในช่วงเดือนเมษายน - ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.01 (Thitichai & Taweewiyakarn, 2021) ส่งผลต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ในภายหลังพบการระบาดของสายพันธุ์โอไมครอน ซึ่งผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง อัตราส่วนผู้ติดเชื้อต่อผู้เสียชีวิตต่ำกว่าสายพันธุ์เดลต้าถึง 4 เท่า ประกอบกับความครอบคลุมในการฉีดวัคซีนจากข้อมูลของกองควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2023) ณ วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ได้ให้บริการฉีดวัคซีนแล้ว 144,951,341 เข็ม ครอบคลุมเข็ม 1 ร้อยละ 82.28 ครอบคลุมเข็ม 2 ร้อยละ 77.25 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติจึงมีมติเห็นชอบให้ปรับการบริหารจัดการโรคโควิด 19 จากโรคระบาดใหญ่สู่โรคประจำถิ่น (endemic) ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้มาตรการสาธารณสุขที่มีเป้าหมายให้อัตราการติดเชื้ออยู่ในระดับที่สามารถรองรับได้และประชากรมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น (Wongrachit, 2022)

วัคซีนโควิด 19

วัคซีนโควิด 19 คือเครื่องมือสำคัญที่กระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคโดยการจำลองกระบวนการของร่างกายเวลาติดเชื้อ โดยใช้เชื้อโควิด 19 ที่ถูกทำให้หมดฤทธิ์ หรือใช้ส่วนของเชื้อไวรัส หรือ สารสังเคราะห์ ซึ่งไม่สามารถก่อโรคในร่างกายผู้รับวัคซีน สามารถแบ่งตามเทคโนโลยีการผลิตวัคซีนได้เป็น 4 ประเภท (Department of Disease Control, 2021) ได้แก่

1. วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) ได้แก่ วัคซีน CoronaVac ของบริษัท Sinovac Biotech และ วัคซีน COVILO (BBIBP-CorV) ของบริษัท Sinopharm ซึ่งผลิตโดยนำไวรัส

มาเลี้ยงขยายจำนวนและนำมาฆ่าด้วยสารเคมีหรือความร้อน เมื่อฉีดจะกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสเชื้อตายทุกส่วนเหมือนได้รับเชื้อไวรัสโดยตรง แต่ไม่ทำให้เกิดโรค

2. วัคซีนชนิดที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) เป็นกลุ่มวัคซีนที่ใช้ไวรัสที่สามารถดัดแต่งพันธุกรรม เช่น Adenovirus มาเป็นไวรัสพาหะ แล้วนำสารพันธุกรรมที่กำกับการสร้างโปรตีนสไปค์ของไวรัส SAR-Cov-2 เข้าไปแทนส่วน E1gene เมื่อนำมาฉีดไวรัสพาหะจะเลียนแบบการติดเชื้อตามธรรมชาติ จึงกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สร้างแอนติบอดีต่อไวรัสโควิด 19 ตามสารพันธุกรรมที่ใส่เข้าไป วัคซีนที่ใช้แพร่หลายในปัจจุบันได้แก่ วัคซีน Astrazeneca (ChAdOx1-S) เป็น Chimpanzee adenovirus ผลิตโดยบริษัท Oxford-AstraZeneca, วัคซีน Convidicea (Ad5-nCov) เป็น Human adenovirus type 5 ผลิตโดยบริษัท CanSinoBio, วัคซีน Jassen (Ad26.COV2.S) เป็น Human adenovirus type 26 ผลิตโดยบริษัท Johnson and Johnson, วัคซีน Sputnik V (Gam-Covid-Vac) เป็น Human adenovirus type 5 และ 26 ผลิตโดยบริษัท Gamaleya

3. วัคซีนที่ผลิตจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) เป็นวัคซีนที่ผลิตโดยสร้างโปรตีนของเชื้อไวรัสแล้วนำมาผสมกับสารกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีต่อต้านโปรตีนสไปค์ของไวรัสโควิด 19 ได้แก่ วัคซีนที่ผลิตจาก Baculovirus โดยบริษัท Novavax

4. วัคซีนชนิดที่มีการใช้สารพันธุกรรม Messenger Ribonucleic Acid (mRNA vaccine) เป็นวัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีในการสังเคราะห์สารพันธุกรรมที่เฉพาะเจาะจงกับเชื้อไวรัส เมื่อฉีดวัคซีนชนิดนี้เข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ร่างกายผลิตโปรตีนตรงส่วนหนาม (spike protein) ของเชื้อไวรัส SAR-Cov-2 ซึ่งจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้านเชื้อ โดยวัคซีน mRNA ที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ วัคซีน Comirnaty (BNT162b2) ผลิตโดยบริษัทไฟเซอร์ไบโอเทค และวัคซีน Moderna (mRNA-1273) ผลิตโดยบริษัทโมเดอร์นา

วัคซีนแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกัน ซึ่งวัคซีนที่ได้รับความสนใจในปัจจุบัน คือ วัคซีนชนิด mRNA เนื่องจากมีผลการศึกษาถึงประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 90 ช่วยลดความรุนแรงของการติดเชื้อ ลดอัตราเสียชีวิต และมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ที่มีการกลายพันธุ์ แต่ภายหลังจากการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนจำนวนมากทั่วโลก พบว่า มีรายงานการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) เป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสเกิดจากการฉีดวัคซีนดังกล่าว (Abdallah et al., 2023)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดหลังจากได้รับวัคซีนโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ

กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) เป็นภาวะที่เกิดการอักเสบที่กล้ามเนื้อหัวใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจลำบาก และอาจทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ส่วนมากมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส แต่บางกรณีอาจเป็นผลกระทบจากการใช้ยาบางชนิด ปัญหาเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือการอักเสบอื่น ๆ ในร่างกาย (Center for Disease Control and Prevention, 2023)

ปัจจุบันยังไม่ทราบกลไกการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากวัคซีน mRNA ที่ชัดเจน แต่คาดว่าอาจเกิดจากการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน โดยพบว่าโปรตีนตรงส่วนหนาม (spike protein) ของเชื้อไวรัสมีลักษณะคล้ายกับแอนติเจนบนกล้ามเนื้อหัวใจมนุษย์ ทำให้เมื่อได้รับวัคซีนกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันแล้วนอกจากจะไปจับและทำลายไวรัสแล้ว ยังอาจไปจับทำลายกล้ามเนื้อหัวใจร่วมด้วย

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control

and Prevention, 2023) จึงได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดหลังการฉีดวัคซีน mRNA โดยจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่ม confirmed myocarditis คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางหัวใจ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก (Chest pain) หายใจหอบเหนื่อย (Dyspnea) เป็นลมหมดสติหรือใจสั่น หลังได้รับวัคซีน mRNA โดยไม่มีสาเหตุอื่น ๆ ร่วมกับผลการตรวจหนึ่งในสองข้อ คือ

(1) ผลการตรวจทางพยาธิของกล้ามเนื้อหัวใจ (Histopathology) ที่ยืนยันว่ามีกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และ/หรือ

(2) มีหลักฐานว่ากล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย (ค่า cardiac troponin ที่สูง) ร่วมกับ ผลการตรวจ cardiac MRI ที่สนับสนุนว่ามี myocarditis

2. กลุ่ม probable myocarditis คือ ผู้ป่วยที่มีอาการทางหัวใจ เช่น เจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย เป็นลมหมดสติหรือใจสั่น หลังได้รับวัคซีน mRNA ร่วมกับผลการตรวจอีกหนึ่งในสี่ข้อคือ

(1) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผิดปกติ

(2) ค่า cardiac troponin ที่สูง

(3) ผล echocardiography พบกล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวลดลง หรือ มีผนังที่เคลื่อนไหวผิดปกติ

(4) cardiac MRI ที่พบว่ามี pericarditis, myocarditis หรือ myopericarditis

อุบัติการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหลังจากได้รับวัคซีน mRNA

จากการศึกษาของ Straus et al. (2021) พบอุบัติการณ์ของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบหลังได้รับวัคซีน mRNA 9.5 ครั้งจากการฉีดวัคซีนหนึ่งล้านเข็ม น้อยกว่าร้อยละ 1

ข้อมูลจากระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากวัคซีนของสหรัฐอเมริกา (Vaccine Adverse Event Reporting System; VAERS) โดย Su (2021) เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งรวบรวมข้อมูลการการฉีดวัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA จำนวน 402,469,096 เข็ม พบการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้ทั้งจากวัคซีนของบริษัทไฟเซอร์ไบโอเทคและวัคซีนของบริษัทโมเดอร์นา โดยส่วนใหญ่พบอุบัติการณ์การเกิดหลังจากการฉีดวัคซีนชนิด mRNA เข็มที่ 2 (ตาราง 1) เมื่อพิจารณาจากเพศและอายุ พบอุบัติการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีรายงานการเกิดสูงในกลุ่มเพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปี (Ling et al., 2022) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเพศชายอายุน้อยกว่า 24 ปี (ตาราง 2) ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 (Heidecker et al., 2022) และส่วนใหญ่มักจะแสดงอาการในวันที่ 7 วัน

ตาราง 1 อุบัติการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหลังได้รับวัคซีนจำนวน 402 ล้านเข็ม

จำนวนเหตุการณ์ (ครั้ง)			
วัคซีน	Pfizer	Moderna	รวม
เข็ม 1	250	198	448
เข็ม 2	1,160	419	1,579
ไม่ระบุ	241	106	347
รวม	1,651	723	2,374

สำหรับการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบจากวัคซีนยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงได้ คณะผู้เชี่ยวชาญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน พบว่า หลังการรักษาแบบประคับประคองด้วยการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs) ยาสเตียรอยด์ เช่น Prednisolone รวมถึงการให้ยา Colchicine ผู้ป่วยหายเป็นปกติได้เกือบทั้งหมด มีอาการแสดงและผลตรวจวินิจฉัย ทั้งผล

เลือดและการตรวจทางรังสีเข้าสู่ภาวะปกติในระยะเวลาอันสั้น (Expert panel on adverse events following vaccination Thai Cardiology Association under the Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, 2021)

ตาราง 2 จำนวนเหตุการณ์เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบและเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบหลังได้รับวัคซีน

จำนวนเหตุการณ์ (ครั้งต่อวัคซีน 1 ล้านเข็ม)				
อายุ (ปี)	เพศชาย		เพศหญิง	
	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 1	เข็ม 2
12-15	4.2	39.9	.4	3.9
16-17	5.7	69.1	.0	7.9
18-24	8.4	75.3	.8	7.8
25-29	4.7	28.0	.6	5.9
30-39	2.8	11.9	1.1	1.1
40-49	.5	4.9	.3	2.5
50-64	.7	.9	.8	.9
65 ปีขึ้นไป	.3	.4	.1	.6

สรุป

วัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA เป็นวัคซีนที่มีประโยชน์เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันโรค ถึงแม้ว่าจะมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ แต่เป็นอาการที่พบได้น้อยมากเพียง 9.5 ครั้ง จากการฉีดวัคซีนหนึ่งล้านเข็ม มักเกิดในเพศชายอายุน้อยกว่า 30 ปี หลังฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 เพื่อความปลอดภัยจึงอาจแนะนำให้ผู้รับวัคซีนสังเกตอาการไม่พึงประสงค์เบื้องต้น ได้แก่ อาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หรือ ใจสั่น ที่เกิดขึ้นภายใน 7 วันหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ชนิด mRNA

เอกสารอ้างอิง

Center for Disease Control and Prevention. (2023). *Myocarditis and pericarditis after mRNA COVID-19 vaccination.* Retrieved from https://www.CenterforDiseaseControlandPrevention.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/myocarditis.html

Department of Disease Control. (2021). *Guidelines for COVID-19 vaccination in the outbreak situation in 2021 in Thailand, 1st revised edition*. Retrieved from https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/covid-19-public-Vaccine-040664.pdf

Department of Disease Control. (2023). *Weekly COVID-19 patient situation within the country.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/

Expert Panel on Adverse Events Following Vaccination Thai Cardiology Association under the Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2021). *Myocarditis and pericarditis after mRNA vaccination.* Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved from https://www.dropbox.com/s/cuxgk4348rwjnnz/Vaccine%20induced%20myocarditis_Jul29_2021_Final_v2.pdf?dl=0&fbclid=IwAR2xPffHZ-bGjBIOBBJfuA4vL5Yh0XYzAwJZkS3EHT2qrLakEM27bCOm2_Y

Heidecker, B., Dagan, N., Balicer, R., Eriksson, U., Rosano, G., Coats, A., . . . Lüscher, T. F. (2022). Myocarditis following COVID-19 vaccine: Incidence, presentation, diagnosis, pathophysiology, therapy, and outcomes put into perspective. A clinical consensus document supported by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology (ESC) and the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *European Journal of Heart Failure*, *24*(11), 2000–2018. https://doi.org/10.1002/ejhf.2669

Ling, R. R., Ramanathan, K., Tan, F. L., Tai, B. C., Somani, J., Fisher, D., & MacLaren, G. (2022). Myopericarditis following COVID-19 vaccination and non-COVID-19 vaccination: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet, Respiratory Medicine, 10*(7), 679–688. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(22)00059-5

Straus, W., Urdaneta, V., Esposito, D.B., Mansi, J. A., Rodriguez, C. S., Burton, P., & Vega, J. M. (2021). Myocarditis after mRNA-1273 vaccination: A population-based analysis of 151 million vaccine recipients worldwide. *Clinical Infectious Disease, 70*(3), e544-e552. https://doi.org/10.1093/cid/ciac446

Su, J. R. (2021). *Myopericarditis following COVID-19 vaccination: Updates from the vaccine adverse event reporting system (VAERS).* Retrieved from https://stacks.cdc.gov/view/cdc/109492

Thitichai, P., & Taweewiyakarn, P. (2021). *Report on the results of reviewing the COVID-19 disease situation and preventive control measures at the global level and in Thailand.* Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Retrieved from http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf

Wongrachit, K. (Ed.). (2022). *Endemic approach to COVID-19*. Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary.

World Health Organization. (2023). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic.* Retrieved from https://www.WorldHealthOrganization.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

วารสารพยาบาลตำรวจ
Journal of The Police Nurses

บทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น
NURSING'S ROLE IN CONTRACEPTION AMONG ADOLESCENTS

กฤษณา ปิงวงศ์[1] ขวัญชนก ยาลมาโซน[2]
Kridsana Pingwong Khwanchanok Hjalmarsson
[1]ผู้ช่วยศาสตรตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand
[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย 57000
Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand
[2]Corresponding author E-mail: cr.khwanchanok@gmail.com

Received: *November 8, 2023* Revised: *December 20, 2023* Accepted: *December 25, 2023*

บทคัดย่อ

แม้อัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นทั่วโลกจะลดลง แต่ในประเทศไทยพบวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศเร็วขึ้นและส่วนใหญ่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ซึ่งยังขาดความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์จึงนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนด้วยยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2669 พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวโดยการเพิ่มความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการให้คำปรึกษา ส่งเสริมการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด จึงต้องพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และให้วัยรุ่นได้เข้าถึงบริการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ : การคุมกำเนิด, วัยรุ่น, บทบาทพยาบาล

Abstract

Although the global teenage pregnancy rate is decreasing, in Thailand, adolescents are engaging in sexual behavior at an earlier age, and many of them have more than one sexual partner. The lack of sufficient knowledge to prevent pregnancy may lead to unintended pregnancies, abortions, and sexually transmitted diseases. The use of effective contraception methods is, therefore, fundamental to preventing teenage pregnancy. Thailand is guided by the National Adolescent Pregnancy Prevention and Solution 2017–2026 policy, where nurses play a crucial role in its implementation. Their responsibilities include increasing knowledge, providing counseling for

teenagers, and assisting them in choosing a suitable birth control method. Therefore, nurses must have updated knowledge about contraception to keep pace with current changes, enabling them to practice nursing effectively and increase birth control rates among teenagers engaging in risky sexual behavior. This ensures that teenagers have access to accurate and appropriate birth control methods.

Keywords: contraception, adolescents, role of nursing

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นประเด็นที่เฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลจากการสำรวจภูมิภาคที่กำลังพัฒนาในปี พ.ศ. 2562 พบวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี ตั้งครรภ์มากถึง 21 ล้านคน (World Health Organization: WHO 2022) ประเทศไทยมีรายงานสถิติของกรมอนามัยที่พบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2561 - 2563 เท่ากับ 35.0, 31.30 และ 28.70 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี หนึ่งพันคน ตามลำดับ (Department of Health of Ministry of Public Health, 2017) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ที่ได้ตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2569 ว่ามีอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ต่ำกว่า 25 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 - 19 ปี หนึ่งพันคน (Department of Health of Ministry of Public Health, 2020)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม จึงทำให้ต้องเผชิญกับการถูกตีตรา การปฏิเสธจากครอบครัว เพื่อนและชุมชน จนทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (Yazdi -Feyzabadi, Mehrolhassani, Zolala, Haghdoost, & Oroomiei, 2019) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการเจริญเติบโตของสตรีมีครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากในระยะตั้งครรภ์ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ขณะเดียวกันวัยรุ่นก็ต้องการพลังงานในการเจริญเติบโตเช่นกัน จึงมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการเสียเลือด การติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอด (Shirin, Khanam, Ara, & Panna, 2016) จึงได้มีนโยบายป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดขึ้น

ประเทศไทยมียุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหากา รตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 จากความร่วมมือของหน่วยงานราชการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบดำเนินงาน โดยมีตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น คือ 1) ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวรในปี พ.ศ. 2569 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2) ร้อยละของวัยรุ่นที่ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในปี พ.ศ. 2569 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 และ 3) ความต้องการที่ยังไม่สัมฤทธิ์สำหรับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น 15 - 19 ปี ในปี พ.ศ. 2569 ไม่เกินร้อยละ 5 (Department of Health of Ministry of Public Health, 2017)

แม้จะมีแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ชัดเจนแต่สถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจเป็นเพราะปัจจุบันวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมทางเพศที่เร็วขึ้น โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตอนอายุประมาณ 17 ปี และส่วนใหญ่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน รวมทั้งวัยรุ่นยังขาดความรู้ที่เพียงพอต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ จึงนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่

ไม่พร้อม การทำแท้ง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Bitzer, Abalos, Apter, Martin, & Black, 2016) หรือแม้จะมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แต่วัยรุ่นอีกจำนวนมากยังมีการใช้ที่ไม่ต่อเนื่อง (Black et al., 2009) จึงทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมดังกล่าว นอกจากนี้ วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ยังคงน้อยกว่าวิธีการคุมกำเนิดโดยวิธีอื่น เนื่องจากมักเกิดความล้มเหลวในการใช้งาน (Trussell, 2011) พยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดจึงควรมีการอัปเดตความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ถูกต้องเพียงพอต่อการให้ข้อมูลวัยรุ่นประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการคุมกำเนิด บทความนี้จึงขอนำเสนอความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่นและบทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น เพื่อให้พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ในการทำงาน

การคุมกำเนิดในวัยรุ่น

การคุมกำเนิดส่วนใหญ่สามารถเริ่มได้ทันที โดยไม่ต้องรอรอบเดือนถัดไปหากไม่พบการตั้งครรภ์ ซึ่งการรอรอบเดือนเพื่อเริ่มการคุมกำเนิดอาจทำให้วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันพบว่า การได้รับฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ (Charlton, Molgaard-Nielsen, Svanstrom, Wohlfahrt, Pasternak, & Melbye, 2016) ดังนั้นจึงสามารถเริ่มการคุมกำเนิดด้วยยาได้ทันทีร่วมกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัย และนัดติดตามผลการตั้งครรภ์ใน 2 - 4 สัปดาห์ (Brahmi & Curtis, 2013) ส่วนการเริ่มคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนในช่วงเป็นรอบเดือนนั้นเพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่เกิดการตั้งครรภ์ ในขณะที่ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียวและยาฝังคุมกำเนิด สามารถเริ่มได้ทันทีหลังคลอดหรือหลังแท้ง เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการตั้งครรภ์

วิธีการคุมกำเนิดที่นิยม มีดังนี้

1. อยู่ระหว่าง 7 วันแรกของรอบเดือน (ในกรณีรอบเดือนปกติ)
2. ไม่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่วันแรกของรอบประจำเดือนครั้งสุดท้าย
3. ใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ
4. ภายใน 7 วัน หลังแท้ง
5. ภายใน 4 สัปดาห์หลังคลอดบุตร
6. ภายใน 6 เดือนหลังคลอด เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (exclusively breastfeeding) จะทำให้ยังไม่มีประจำเดือน

การคุมกำเนิดฉุกเฉิน

วัยรุ่นควรตระหนักถึงการคุมกำเนิดกรณีเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน เช่น ความล้มเหลวของการใช้ถุงยางอนามัย การลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด หรือการไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใดแต่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุด คือ การใส่ห่วงอนามัยชนิดทองแดง สามารถใส่ได้ภายใน 7 วันหลังผลตรวจการตั้งครรภ์เป็นลบ (Todd & Black, 2020) แต่มีข้อจำกัดในด้านบุคลากรที่ชำนาญในการใส่ห่วงอนามัย กลไกป้องกันการตั้งครรภ์ของการใส่ห่วงอนามัย คือ ห่วงอนามัยจะทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบที่เป็นพิษต่อเซลล์ไข่และสเปิร์ม เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบในท่อนำไข่และ Myometrium จึงป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อน

นอกจากนี้ วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉินที่วัยรุ่นนิยมใช้ คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินซึ่งทำให้การพัฒนาของ Follicle ผิดปกติก่อนเกิดการตกไข่ จึงป้องกันการตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 85 หากใช้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งวิธีนี้สามารถเป็นวิธีสำรองในกรณีถุงยางอนามัยแตกหลุด หรือไม่ได้ใช้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของ

ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินต่ำกว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดปกติ วัยรุ่นที่ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินควรมีการตรวจการตั้งครรภ์หากพบว่าไม่มีรอบเดือนใน 21 วัน มีเลือดประจำเดือนน้อยกว่าปกติ หรือมีอาการปวดท้องผิดปกติ (Praditpan et al., 2017)

วิธีการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดมีวัตถุประสงค์เพื่อเว้นระยะการมีบุตรให้มีบุตรในระยะเวลาที่เหมาะสม ให้มีความพร้อมทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย การคุมกำเนิดจึงเป็นสิ่งที่สำคัญของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งการคุมกำเนิดในวัยรุ่นควรเป็นแบบกึ่งถาวร มีรายละเอียดดังนี้

1. การใส่ห่วงอนามัย (intrauterine contraception) เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวระยะยาว (long acting reversible contraception: LARC) ที่มีประสิทธิภาพสูงในการคุมกำเนิด และสามารถใช้ได้กับเพศหญิงทุกช่วงวัย โดยอายุและการไม่เคยผ่านการคลอดบุตร (nulliparity) ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใส่ห่วงอนามัย (Madden et al., 2014) เพราะกลไกหลักในการออกฤทธิ์ของห่วงอนามัย คือ การป้องกันการปฏิสนธิ (ferilization) (Black et al., 2016) นอกจากนี้ การใส่ห่วงอนามัยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการอักเสบในอุ้งเชิงกราน แต่ควรมีการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงสูง การใส่ห่วงอนามัยมีความปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นที่แม้จะมีประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากคนที่มีภูมิต้านทานต่ำไม่ได้เป็นข้อห้ามของการใส่ห่วงอนามัย การใส่ห่วงอนามัยหลังแท้งและหลังคลอดโดยสามารถใส่ได้ภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นระยะที่ค่อนข้างปลอดภัย มีโอกาสที่ห่วงอนามัยหลุดน้อยมาก เพียงร้อยละ 10 แต่ไม่แนะนำให้ใส่ในกรณีที่มีการติดเชื้อ Chorioamnionitis และการตกเลือดหลังคลอด (Todd & Black, 2020)

2. การคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียว (progestin-only contraceptive options) มีทั้งแบบยาฝัง ยาฉีด และยากิน จึงเป็นทางเลือกที่ดีอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับวัยรุ่น แต่มีข้อห้ามที่ใช้ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่กำลังรักษาในช่วง 5 ปีแรก โรคตับแข็งรุนแรง มะเร็งตับ และมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ สำหรับอาการข้างเคียงที่พบบ่อยจากการใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียว คือ เลือดออกกระปริดกระปรอย และการคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอร์โรนอย่างเดียวมีรายละเอียดแต่ละแบบดังนี้

2.1 ยาฝังคุมกำเนิด มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 99 โดยทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียว เยื่อบุโพรงมดลูกบาง และยับยั้งการตกไข่ ผู้ใช้ส่วนใหญ่มักใช้อย่างต่อเนื่องถึง 2 ปี บางคนหยุดใช้ก่อนครบ 3 ปี เนื่องด้วยมีเลือดออกกระปริดกระปรอย น้ำหนักเพิ่ม และมีสิว อย่างไรก็ตาม การใช้ยาฝังคุมกำเนิดไม่มีผลต่อความหนาแน่นของมวลกระดูก (Todd & Black, 2020) การฝังยาคุมกำเนิดจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่นในการคุมกำเนิด เพราะไม่ต้องใช้ประจำทุกวันเหมือนการรับประทานยาคุมกำเนิด และยังทำให้ภาวะเจริญพันธุ์กลับมาได้ตามปกติหลังหยุดใช้ นอกจากนี้ การใช้ยาฝังคุมกำเนิดสามารถทำได้ทันทีหลังคลอดและหลังแท้ง จึงช่วยลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้

2.2 ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นการฉีดยาเข้าทางกล้ามเนื้อทุก 12 สัปดาห์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้ง Pituitary gonadotropins ไม่ให้เกิดการตกไข่ และทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียว ยาฉีดคุมกำเนิดไม่ถูกขจัดออกร่างกายโดยเอนไซม์ตับจึงไม่ส่งผลกระทบต่อเอนไซม์ตับ อาการข้างเคียงของยาฉีดคุมกำเนิด เช่น เลือดออกกระปริดกระปรอย มีภาวะเจริญพันธุ์ช้ากว่าปกติหลังหยุดใช้ และน้ำหนักเพิ่ม สำหรับวัยรุ่นที่เลือกใช้การฉีดยาคุมกำเนิดจะมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักมากกว่าก่อนการใช้หรือกลุ่มที่เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น (Bonny, Secic, & Cromer, 2011) นอกจากนี้ ยาฉีดคุมกำเนิดยังเพิ่มอุบัติการณ์ภาวะขาดประจำเดือน (amenorrhea)

พบได้ร้อยละ 68 ของผู้ที่ฉีดยาคุมกำเนิด เหตุผลของการหยุดใช้ยาฉีดคุมกำเนิดส่วนใหญ่ คือ การมีเลือดออกกระปริดกระปรอย รวมทั้งอาจทำให้ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง เนื่องจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้น วัยรุ่นจึงต้องตระหนักในการใช้วิธีนี้เพราะวัยรุ่นเป็นช่วงที่กำลังสะสมมวลกระดูก ซึ่งผู้ที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด 1 - 2 ปีติดต่อกัน จะกลับสู่ภาวะปกติเมื่อหยุดใช้เป็นเวลา 2 ปี (Harel Z et al., 2010) อย่างไรก็ตาม วัยรุ่นที่เลือกใช้วิธีการฉีดยาคุมกำเนิดต้องได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการได้รับแคลเซียมและวิตามินดีเสริม และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการสูบบุหรี่ซึ่งมีผลต่อความหนาแน่นของมวลกระดูก (Todd & Black, 2020)

2.3 ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนอย่างเดียว (the progestin-only pill) ต้องรับประทานทุกวัน กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้นมากขึ้นและยับยั้งการตกไข่ วัยรุ่นจึงควรได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการรับประทานยาทุกวันในเวลาเดิมเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ การคุมกำเนิดวิธีนี้มักพบอาการข้างเคียง คือ เลือดออกกระปริดกระปรอย

2.4 การคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนรวม (combined hormonal contraception) ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ยาเม็ดและแผ่นแปะคุมกำเนิด ในกรณีที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์วัยรุ่นสามารถใช้วิธีนี้ได้อย่างปลอดภัย อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย เช่น เลือดออกกระปริดกระปรอย คลื่นไส้ และปวดศีรษะ ซึ่งวัยรุ่นควรได้รับคำแนะนำก่อนการตัดสินใจเลือกใช้วิธีนี้ นอกจากนี้ วัยรุ่นยังสามารถใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเพื่อเลื่อนประจำเดือนออกไป (extended cycle) รวมทั้งควรมีการนัดติดตามเพื่อประเมินวิธีใช้ยาที่ถูกต้องและฤทธิ์ข้างเคียงของยา

2.5 ถุงยางอนามัยชายเป็นวิธีหนึ่งที่นิยมใช้ในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวิธีนี้ยังใช้ต้นทุนต่ำและสามารถตัดสินใจใช้ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องได้รับการปรึกษาจากบุคคลากรทางการแพทย์ แต่มีโอกาสล้มเหลวในการใช้งานค่อนข้างสูง ประมาณร้อยละ 18 เนื่องจากการใช้งานที่ไม่ถูกต้องและขนาดที่ไม่เหมาะสม บุคลากรทางการแพทย์สามารถช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้ขนาดถุงยางอนามัยที่เหมาะสม ถูกต้อง และควรแนะนำวิธีการต่อรองการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนให้วัยรุ่นด้วย เพื่อให้ตระหนักในป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Todd & Black, 2020)

บทบาทพยาบาลในการให้บริการคุมกำเนิดวัยรุ่น

พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติด้านคลินิกการฝากครรภ์ และหลังคลอดที่ได้ดูแลวัยรุ่นตั้งครรภ์โดยตรง รวมทั้งพยาบาลในชุมชนที่ให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์แก่วัยรุ่นในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการให้คำปรึกษาและการส่งเสริมความรู้ให้แก่วัยรุ่น ดังนี้

1. ผู้ให้คำปรึกษา ควรให้บริการเป็นรายบุคคล ในสถานที่เป็นส่วนตัว และวัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย โดยพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาต้องมีความเป็นกันเอง น่าไว้ใจ มีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดในวัยรุ่น แนวทางการให้คำปรึกษา ดังนี้

1.1 กระบวนการให้คำปรึกษาต้องเป็นความลับทุกขั้นตอน พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาควรสร้างขั้นตอนเพื่อปกปิดความลับของข้อมูล และสร้างความเป็นส่วนตัวให้แก่วัยรุ่นทุกครั้งที่มารับคำปรึกษา เพื่อให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจในการให้ข้อมูล แต่ควรแจ้งขอบเขตของการรักษาความลับและความเหมาะสมแก่ผู้ปกครองด้วย

1.2 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับชนิดของการคุมกำเนิดชั่วคราว ประสิทธิภาพ ข้อดี-ข้อเสีย และประสิทธิภาพการกลับมาตั้งครรภ์ภายหลังหยุดคุมกำเนิด ซึ่งวิทยาลัยสูติและนรีแพทย์สหรัฐอเมริกา (The American College of

Obstetrician and Gynecologists, 2021) ได้แนะนำให้ข้อมูลแก่วัยรุ่นเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดก่อน คือ การฝังยาคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากพบว่าวัยรุ่นที่เลือกใช้ยาเม็ดคุมเกิด แผ่นแปะคุมกำเนิด และวงแหวนคุมกำเนิดชนิดสอดช่องคลอด มีโอกาสตั้งครรภ์สูงกว่าการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

1.3 ให้อิสระแก่วัยรุ่นในการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาต้องยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะการเลือกวิธีการคุมกำเนิดต้องให้วัยรุ่นตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ถูกบังคับ หรือเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ผู้อื่นเลือกให้

1.4 ติดตามผล ภายหลังการให้คำปรึกษาควรมีการติดตามเกี่ยวกับความสม่ำเสมอในการคุมกำเนิด ความพึงพอใจต่อวิธีการคุมกำเนิดที่วัยรุ่นเลือก รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ วิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ให้ความรู้แก่วัยรุ่น โดยสามารถจัดเป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป หรือในสตรีมีครรภ์วัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งมีแนวทางการให้ความรู้ดังนี้

2.1 การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ในการคุมกำเนิดเพื่อให้วัยรุ่นเข้าใจในการคุมกำเนิด ซึ่งอาจมีการประเมินความรู้เดิมที่วัยรุ่นมีอยู่แล้ว และเริ่มต้นการให้ความรู้ด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงที่สุดก่อน ตามด้วยวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพรองลงมา รวมทั้งให้ข้อมูลประโยชน์ ผลข้างเคียงของการคุมกำเนิดแต่ละวิธี จะทำให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้น (Grubb, Beyda, Eissa, & Benjamin, 2018) นอกจากนี้ การให้ความรู้ควรทำร่วมกับการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นรับรู้ถึงผลเสียที่จะตามมาจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Narkarat & Thato, 2013)

2.2 การส่งเสริมความรู้แก่สตรีวัยรุ่นมีครรภ์ สามารถให้ความรู้ได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอด โดยในระยะตั้งครรภ์ควรให้ความรู้เมื่ออายุครรภ์ 32 - 36 สัปดาห์ ควบคู่กับการให้สตรีวัยรุ่นมีครรภ์ค้นหาเป้าหมายในชีวิตที่ชัดเจน เช่น การกลับไปเรียน และตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะตั้งครรภ์ซ้ำ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการใช้วิธีคุมกำเนิดระยะยาว (Saengprajong, Ratinthon, & Phahuwatanakorn, 2016) และในระยะหลังคลอดควรให้ความรู้ครั้งแรกหลังคลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งต้องมีความเฉพาะเจาะจง เน้นประเด็นความหมายการตั้งครรภ์ซ้ำ สาเหตุ ความเสี่ยง ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และการให้ความรู้ครั้งที่ 2 หลังคลอด 2 - 5 วัน ให้ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการคุมกำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลตนเองหลังจากคุมกำเนิด การมาตรวจติดตาม และการกลับมาสู่ภาวะเจริญพันธุ์หลังเลิกใช้การคุมกำเนิดในแต่ละวิธีที่สตรีวัยรุ่นได้ตัดสินใจเลือกใช้ ทำให้สตรีวัยรุ่นหลังคลอดสามารถตัดสินใจคุมกำเนิดหลังคลอดมากขึ้น (Mala, Lapvongwatana, Chansatitporn, & Sirimai, 2022)

สรุป

การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง ทันสมัย เพื่อเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในวัยรุ่น และควรแสดงบทบาทผู้การให้คำปรึกษาและผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด เพื่อให้วัยรุ่นคุมกำเนิดได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ต่อเนื่อง และปลอดภัย นำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้

เอกสารอ้างอิง

Bitzer, J., Abalos, V., Apter, D., Martin, R., Black, A., & Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. (2016). Targeting factors for change: Contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of*

Contraception & Reproductive Health Care, 21(6), 417-430.

Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., . . . Mansouri, S. (2016). Canadian contraception consensus (part 3 of 4): Chapter 7-intrauterine contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC, 38*(2), 182-222.

Black, A., Yang, Q., Wu Wen, S., Lalonde, A. B., Guilbert, E., & Fisher, W. (2009). Contraceptive use among Canadian women of reproductive age: Results of a national survey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, *31*(7), 627-640.

Bonny, A. E., Secic, M., & Cromer, B. (2011). Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstetrics and Gynecology*, *117*(4), 793-797.

Brahmi, D., & Curtis, K. M. (2013). When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception*, *87*(5), 524–538.

Charlton, B. M., Mølgaard-Nielsen, D., Svanström, H., Wohlfahrt, J., Pasternak, B., & Melbye, M. (2016). Maternal use of oral contraceptives and risk of birth defects in Denmark: Prospective, nationwide cohort study. *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, *352*, h6712.

Department of Health of Ministry of Public Health. (2017). *National strategies for the prevention and solution of adolescent pregnancy problems in 2017-2026 according to the prevention and solution of adolescent pregnancy problems act 2016*. Retrieved from https://www.whaf.or.th/files/2017/Strategy_ 2560-2569.pdf

Department of Health of Ministry of Public Health. (2020). *Situation of reproductive health in adolescents and youth in 2020*. Retrieved from https://rh.anamai. moph.go.th/th/cms-of-1/207028.

Grubb, L. K., Beyda, R. M., Eissa, M. A. & Benjamin, L. J. (2018). A contraception quality improvement initiative with detained young women: Counseling, initiation, and utilization. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 31*(4), 405-410.

Harel, Z., Johnson, C. C., Gold, M. A., Cromer, B., Peterson, E., Burkman, R., . . . Bachrach, L. K. (2010). Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception*, *81*(4), 281-291.

Madden, T., McNicholas, C., Zhao, Q., Secura, G. M., Eisenberg, D. L., & Peipert, J. F. (2014). Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstetrics and Gynecology*, *124*(4), 718-726.

Mala, A., Lapvongwatana, P., Chansatitporn, N., & Sirimai, K. (2022). Effects of the information motivation and decision-making skills program on preventive behaviors towards repeated pregnancy among adolescent mothers. *Nursing Science Journal of Thailand, 40*(3), 14-30.

Narkarat, P., & Thato, R. (2013). Relationships between information, motivation, contraceptive behavioral skill and contraceptive use of Vocational female students in the upper south of Thailand. *Thai Journal of Nursing, 62*(3), 29-36.

Praditpan, P., Hamouie, A., Basaraba, C. N., Nandakumar, R., Cremers, S., Davis, A. R., & Westhoff, C. L. (2017). Pharmacokinetics of levonorgestrel and ulipristal acetate emergency contraception in women with normal and obese body mass index. *Contraception*, *95*(5), 464-469.

Saengprajong, K., Ratinthon, A., & Phahuwatanakorn, W. (2016). Effects of motivational counseling on readiness for long-term contraceptive use in pregnant adolescents: A pilot study. *Journal of Nursing Science, 34*(1), 28-39.

Shirin, F., Khanam, Z., Ara, S., & Panna, M. B. (2016). Adolescent pregnancy: Risk factors, outcome and prevention. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal, 15*(1), 53-56.

The American College of Obstetrician and Gynecologists. (2021). *Counseling adolescents about contraception.* Retrieved from https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/08/counseling-adolescents-about-contraception

Todd, N., & Black, A. (2020). Contraception for adolescents. *The Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 12*(suppl 1), 28-40.

Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, *83*(5), 397-404.

World Health Organization (WHO). (2022). *Adolescent pregnancy.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Yazdi-Feyzabadi, V., Mehrolhassani, M., Zolala, F., Haghdoost, A., & Oroomiei, N. (2019). Determinants of risky sexual practice, drug abuse and alcohol consumption in adolescents in Iran: A systematic literature review. *Reproductive Health, 16*(115), 1-10.



การพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

NURSING FOR THE PREVENTION OF POSTPARTUM FLATULENCE IN MOTHERS AFTER CESAREAN SECTION

ปภัชญา สว่างวรรณ[1,*] ธิดารัตน์ สิงห์ศรี[1] ชุลีรัตน์ เพชรวัชระไพบูลย์[2] วายุรี ลำโป[3]
Papatchaya Sawangvun Thidarat Singsri Chureerut Phetwatcharapiboon Wayuree Lumpo
[1]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดสงขลา 90000
Lecturer, Boromrajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Songkhla, 90000, Thailand
[2]หัวหน้าแผนกสูติกรรม โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา 90100
Registered Nurse in Division of Postpartum, Songkhla Horpital, Songkhla, 90100, Thailand
[3]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100
Lecturer, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University, Suratthani, 84100, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: wanpen_253@outlook.co.th

Received: *May 11, 2023* Revised: *December 13, 2023* Accepted: *December 21, 2023*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสาเหตุ ผลกระทบ และแนวทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการผ่าตัดคลอด เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีภาวะสุขภาพที่ดี เพราะภาวะท้องอืดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดหลังผ่าตัดคลอด ส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างช้า จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรับบริการในโรงพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อบทบาทการเป็นมารดา ในการสร้างพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกในระยะหลังผ่าตัดคลอด การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องอืดได้ เช่น พยาธิสรีรมารดาหลังผ่าตัดคลอด การได้รับยาระงับความรู้สึก อาการปวดแผลผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดปวด และปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การขับถ่าย ความเครียด/วิตกกังวล เป็นต้น แต่ภาวะท้องอืดสามารถป้องกันได้ ดังนั้น หากพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และช่วยป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด, ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

Abstract

This article aims to present the causes, consequences, and prevention guidelines for flatulence resulting from cesarean sections to promote the good health of postpartum mothers. Flatulence is the most common complication observed after a cesarean section, leading to slow postpartum recovery—a factor contributing to prolonged hospitalization and increased healthcare expenses. Additionally, there are consequences for maternal roles in building postpartum bonding behavior. Through a review of literature and research, the causative factors of flatulence include the pathophysiology of postpartum mothers after a cesarean section, the use of anesthetics, post-operative pain, and side effects of analgesics. Other contributing factors involve eating behaviors, excretion, and stress/anxiety. However, flatulence is preventable. Therefore, nurses should enhance their understanding of evidence-based flatulence prevention after cesarean sections, assisting postpartum mothers in maintaining healthy behaviors and introducing effective flatulence prevention strategies.

Keywords: complication after cesarean section, flatulence after cesarean section

บทนำ

การผ่าตัดคลอดในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ปี พ.ศ.2559 - 2564 พบประมาณร้อยละ 35 ของจำนวนมารดาที่คลอดทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าอัตราการผ่าตัดคลอดที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แนะนำไว้ที่ร้อยละ 10 - 15 เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่นพบว่า อัตราการผ่าตัดคลอดของประเทศไทยอยู่ในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มประเทศรายได้สูง เช่น สหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย และสูงกว่าหลายประเทศ เช่น อังกฤษ ฝรั่งเศส ญี่ปุ่น (Health Intervention and Technology Assessment Program, 2023) เป็นการผ่าตัดคลอดโดยไม่จำเป็นสูงถึงร้อยละ 40 ปัจจัยที่ทำให้มีการผ่าตัดคลอดเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ ข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม การบริหารเวลาของแพทย์ ความต้องการของผู้คลอด เนื่องจากกลัวเจ็บ กลัวช่องคลอดฉีกขาด กลัวอันตรายขณะคลอด คำนึงถึงความสะดวกสบาย และฤกษ์งามยามดี (Thai Civil Rights and Investigative Journalism: TCIJ, 2022) จากการรายงานพบอัตราการผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลศิริราชเท่ากับร้อยละ 48.86 คิดเป็น 1 ใน 3 ของการคลอดทั้งหมด (Anekpornwattana et al., 2020) และสถานการณ์การคลอดโรงพยาบาลสงขลาในเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562 พบว่า มารดาคลอดทางช่องคลอด จำนวน 454 ราย คิดเป็นร้อยละ 56.47 และผ่าตัดคลอด จำนวน 350 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.53 (Songkhla Hospital, 2020)

การผ่าตัดคลอดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ต้องใช้เวลานาน ทำให้มารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อมีการฉีกขาด มีโอกาสสูญเสียเลือดได้มากกว่าการคลอดปกติทางช่องคลอด อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารกทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น การติดเชื้อ การตกเลือด ภาวะรกฝังลึกในภายหลัง ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาลดลง รวมถึงภูมิคุ้มกันของทารกลดลง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่องบประมาณที่มีอัตราการเบิกจ่ายสูงกว่าการคลอดธรรมชาติ (Health Intervention and Technology Assessment Program, 2023) นอกจากนี้ การผ่าตัดคลอดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มาก คือ ท้องอืด คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง และเวียนศีรษะ ตามลำดับ (Chanwaro, 2022) จากการศึกษาภาวะท้องอืดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งเพศหญิงที่รับบริการในหอผู้ป่วยศัลยกรรมรวม โดยการทบทวนเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2562 พบว่า

มีผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดทั้งสิ้น 112 ราย จากจำนวนทั้งหมด 514 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.7 ซึ่งทั้ง 112 ราย มีวันนอนเฉลี่ย 4.3 วัน และต้องใช้ยารักษาอาการท้องอืด คิดเป็นร้อยละ80.2 (Yasothon hospital, 2019) ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น พยาธิสรีรมารดาหลังผ่าตัดคลอด การได้รับยาระงับความรู้สึก ผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดปวด และอาการปวดแผลผ่าตัด ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จึงทำให้เกิดภาวะท้องอืดได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการขับถ่าย และความเครียด/วิตกกังวล เป็นต้น ภาวะท้องอืดเป็นอาการไม่สุขสบาย รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง ทำให้เกิดอาการปวดท้อง ส่งผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นไปอย่างช้า ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรับบริการในโรงพยาบาลสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆตามมา เช่น ภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตันที่ขา (deep vein thrombosis : DVT) หากลิ่มเลือดหลุดมาอุดหลอดเลือดบริเวณปอด จะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (Thapsuwan, 2019)

ภาวะท้องอืดเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบกับมารดาหลังผ่าตัดคลอด และมีปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในดูแลเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานและค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น บทความนี้จึงนำเสนอแนวทางป้องกันการเกิดภาวะท้องอืดที่เป็นแนวทางการพยาบาล โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับการปฏิบัติ เพื่อประโยชน์แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอด ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

ภาวะท้องอืด

ภาวะท้องอืดเป็นความที่รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง เนื่องจากลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง หรือหยุดการเคลื่อนไหว มีการสะสมของแก๊ส ทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มสูงขึ้น เกิดอาการไม่สุขสบาย (Thapsuwan, 2019)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะท้องอืด

1. รู้สึกแน่นอึดอัดท้อง
2. เคาะท้องได้ยินเสียงก้อง (tympany sound)
3. เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) น้อยกว่า 5 ครั้ง/นาที
4. อาการ เช่น คลื่นไส้อาเจียน หายใจไม่สะดวก นอนราบไม่ได้ เมื่อถ่ายภาพเอกซเรย์ช่องท้อง พบว่าลำไส้มีการขยายจากการสะสมของแก๊ส

การประเมินภาวะท้องอืด

1. ประเมินอาการหายใจไม่สะดวก อึดอัดท้อง (feeling of fullness) เนื่องจากมีลมคั่งค้างในกระเพาะอาหารไปดันกระบังลม ทำให้ปอดขยายได้ไม่เต็มที่ในขณะหายใจเข้า ทำให้รู้สึกแน่นอึดอัด
2. การเรอ (belching) เมื่อกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมีการเคลื่อนไหวลดลง กระเพาะอาหารจะไม่สามารถบีบไล่แก๊สออกจากร่างกายได้โดยปกติในระบบทางเดินอาหารจะมีแก๊สอยู่ประมาณ 200 มิลลิลิตร หากมีแก๊สสะสมอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้มากเพิ่มแรงดันในช่องท้องและช่องอก เพื่อบีบไล่อากาศจากกระเพาะอาหารไปยังหลอดอาหาร เกิดการขย้อนเอาแก๊สที่อยู่ในทางเดินอาหารออกทางปาก หรือเรอออกมา

3. การผายลม (flatus) เนื่องจากแก๊สจำนวนมากทำให้ระคายเคืองต่อผนังกล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่ ซึ่งปกติในลำไส้ใหญ่มีแก๊สวันละประมาณ 7 - 10 ลิตร จะถูกขับออกทางทวารหนักวันละประมาณ .60 ลิตร โดยผายลมออกมาวันละ 10 - 20 ครั้ง แต่ในภาวะที่กระเพาะอาหารและลำไส้ไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถขับแก๊สออกมาได้ ทำให้เกิดอาการท้องอืด

4. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ทางผนังหน้าท้องส่วนขวาล่าง (right lower quadrant) นาน 5 นาที โดยใช้หูฟัง ปกติเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ 5 - 34 ครั้งต่อนาที ลักษณะเสียงจะเหมือนเสียงน้ำที่เทออกจากขวด

5. วัดขนาดเส้นรอบท้องระดับสะดือ (abdominal girth) โดยให้ผู้ป่วยหายใจออกเต็มที่แล้วกลั้นไว้ ซึ่งการขยายของรอบท้องจะเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 เซนติเมตร เนื่องจากการสะสมแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก

ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุด ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1) พยาธิสรีรมารดาหลังผ่าตัดคลอด : หลังผ่าตัดคลอด อาจเกิดอาการท้องผูกได้ใน 2 - 3 วันแรกหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) ทำให้การทำงานของลำไส้ช้าลง ร่วมกับมารดามีอาการปวดแผลผ่าตัด และกล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนทำให้เบ่งถ่ายอุจจาระลำบาก จึงอาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ ซึ่งไม่ใช่อาการที่ก่อให้เกิดอันตราย แต่อาจทำให้ไม่สุขสบายจากอาการท้องอืด การทำงานของลำไส้ จะกลับคืนสู่สภาพปกติเหมือนก่อนตั้งครรภ์ประมาณ 8 - 14 วันหลังคลอด (Xuto, 2020)

2) ยาระงับความรู้สึก : การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป หรือยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนทำให้รบกวนการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ เกิดอาการท้องอืด เนื่องจากมีการสะสมของแก๊สจำนวนมากที่ไม่ดูดซึมในลำไส้ เกิดลมคั่งในทางเดินอาหาร มักพบภาวะท้องอืดในช่วง 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Khoyun, Poothawee, & Srisoy, 2019)

3) อาการปวดแผลผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดปวด : การผ่าตัดคลอด ทำให้เนื้อเยื่อมีการฉีกขาด มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจากการปวดแผลผ่าตัด การดูแลในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดจำเป็นต้องใช้ยาระงับอาการปวดชนิดเสพติด (narcotic pain medications) เช่น การใช้ยามอร์ฟีน (morphine) และ เพทิดีน (pethidine) นอกจากจะช่วยบรรเทาความปวดแล้ว ยังออกฤทธิ์ต่อกลุ่มเซลล์ในผนังทางเดินอาหาร โดยกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) ซึ่งยาจะยับยั้งการหลั่งน้ำย่อยกระเพาะอาหาร ทำให้อาหารเคลื่อนผ่านไปยังลำไส้เล็กช้าลง เกิดอาการท้องอืดแน่นท้อง นอกจากนี้ยังมีอาการข้างเคียงจาก ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาแก้ปวดข้อ ยาคลายเครียด วิตามิน อาหารเสริมธาตุเหล็ก หรือยารักษาอาการท้องผูกอีกหลายๆ ชนิด มีผลในการกดระบบประสาทและทำให้การบีบตัวของลำไส้ลดลงก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะท้องอืดได้เช่นกัน

4) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร : การงดน้ำงดอาหารหลังผ่าตัดที่นานกว่า 48 ชั่วโมง จะมีผลให้ผนังของเยื่อบุทางเดินอาหารฝ่อตัวลง เพิ่มการสะสมของเชื้อโรคทำให้ท้องอืดมากขึ้น และการรับประทานอาหารที่เร็วเกินไป หรือรับประทานในปริมาณมากเกินไป บดเคี้ยวไม่ละเอียด อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องอืดได้ เนื่องจากการทำงานลำไส้ยังไม่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัดคลอด (Veithani Hospital, 2018) และการรับประทานอาหารอาหารบางชนิดทำให้เกิด

แก๊สในกระเพาะอาหารมาก เช่น กะหล่ำปลี ข้าวโพด ถั่ว ลูกเกด น้ำอัดลม เป็นต้น (Rattanaphan, 2021)

5) พฤติกรรมการขับถ่ายอุจจาระ : การขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา อั้นอุจจาระเป็นเวลานาน ทำให้ช่วงเวลาที่จะขับถ่ายถูกเลื่อนออกไป อุจจาระถูกรั่นกลับเข้าไปค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่ เมื่อเวลาผ่านไปร่างกายจะเกิดการดูดน้ำกลับ ทำให้อุจจาระแข็งจนทำให้การขับถ่ายลำบาก และเกิดแก๊สลอยตัวขึ้นไปสะสมในช่องท้อง จึงทำให้รู้สึกอึดอัดแน่นท้อง เกิดเป็นภาวะท้องอืด(Veithani Hospital, 2020)

6) อารมณ์ : ระยะหลังคลอดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และโปรเจสเตอโรน (progesterone) ลดต่ำลงทันที มีผลต่อสารสื่อประสาทซีโรโตนิน (serotonin) ทำให้มารดารู้สึกเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ เกิดอารมณ์เศร้าหลังคลอด และมีสาเหตุร่วมส่วนใหญ่มาจากความเครียดหลังคลอด มารดามักจะนอนน้อย โดยเฉพาะมารดาที่ต้องตื่นมาให้นมบุตรบ่อย ๆ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนยังส่งผลต่ออารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล (Xuto, 2020) ความวิตกกังวลและความเครียดมีผลทำให้การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้หยุดชะงักลง เกิดอาการเครียดลงกระเพาะ ได้แก่ ปวดท้อง กินแล้วอิ่มเร็ว กินได้น้อย แสบร้อนยอด อก คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด และผายลมบ่อย (Rama Channel, 2023) ผู้ที่มีความวิตกกังวลเครียด พบว่าจะมีการหลั่งสารแคททีโคลามีน (catecholamine) ในร่างกาย ทำให้ระบบประสาท sympathetic ทำงานมากขึ้น ส่งผลให้หลอดเลือดในทางเดินอาหารหดตัว เลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินอาหารน้อยลง ทำให้ท้องอืดได้ (Thapsuwan, 2019)

ผลกระทบภาวะท้องอืดต่อมารดาและทารก

ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด มีผลกระทบต่อมารดาและทารก ทำให้มารดาไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดท้อง หากไม่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ลิ่มเลือดอุดตัน ปอดแฟบ การติดเชื้อ และเกิดพังผืดในช่องท้องได้ (Chitsom, Saenrian, & Tonthong, 2022) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกลดลง ทำให้มารดาไม่สามารถพัฒนาความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารกได้ทันทีหลังคลอด ความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารก (bonding) คือ ความรู้สึกของพ่อแม่ที่มีต่อทารก ซึ่งเกิดขึ้นทันทีหลังจากทารกคลอดออกมา ส่วนความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารก (attachment) คือ ความรู้สึกพิเศษที่ค่อย ๆ พัฒนา โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผนการตั้งครรภ์เรื่อยมาจนกระทั่งคลอด โดยอารมณ์รักจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อมารดาและทารกตอบสนองซึ่งกันและกัน พฤติกรรมการเกิดความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกในระยะหลังคลอด ได้แก่ การสัมผัส (touch) การจ้องมองและประสานสายตา (eye-to-eye contact) การใช้เสียงแหลมสูง (high-pitch voice) การให้เวลา (time giver) การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา (breast feeding) การให้ภูมิคุ้มกันทางธรรมชาติ (bacteria nasal flora) การจำแนกกลิ่น และการให้ความอบอุ่น (heat) (Klaus & Kennell, 1982) การสร้างความรักใคร่ผูกพันของมารดาต่อทารกมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของทารก ดังนั้นเมื่อมารดามีภาวะท้องอืดจึงอาจเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันที่มารดามีต่อบุตรได้

แนวทางการพยาบาลภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

1. การศึกษาผลการใช้โปรแกรม You can do ต่อการป้องกันอาการท้องอืดในผู้ป่วยผ่าตัดทางนรีเวช หอผู้ป่วยนรีเวชศัลยกรรมรวม โรงพยาบาลยโสธร โดยวิธี 1) ประเมินความพร้อมก่อนให้ผู้ป่วยลุกเดินในตอนเช้าวันรุ่งขึ้นของวันที่ 1 วันที่ 2 และวันที่ 3 หลังผ่าตัด ได้แก่

การประเมินสัญญาณชีพ การประเมินความรู้สึกอาการ รบกวนได้แก่คลื่นไส้อาเจียน โดยในวันแรกหลังผ่าตัดจะเป็นการลุกนั่งและยืนข้างเตียง 2) การลุกเดินโดยเร็ว และการนับจำนวนก้าว โดยให้กลุ่มตัวอย่างลุกเดินตามกำหนดเวลาในแต่ละวันตามช่วงเวลา และจำนวนก้าวที่กำหนดขณะเดินซักถามอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด หากมีอาการให้หยุดพักจนกว่าอาการจะทุเลา จนสามารถเดินได้เองอย่างปลอดภัย และต้องมีญาติด้วยทุกครั้ง 3) การเคี้ยว หมายถึงหมากฝรั่งชนิดไม่มีน้ำตาล (เป็นน้ำตาลซอร์บิทอลและ/หรือไซลิทอล) และมีรสชาติที่ผู้ป่วยชอบ 4) การให้อาหารเร็วหลังผ่าตัด โดยหลังผ่าตัดเช้าวันรุ่งขึ้นเริ่มจิบน้ำ เช้า (08.00 น.) รับประทานอาหารเหลว ตอนเที่ยง (12.00 น.) รับประทานอาหารอ่อนตอนเย็น (16.00 น.) ภายใต้แผนการรักษาของแพทย์ จากผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการพยาบาลสามารถป้องกันความรุนแรงของอาการท้องอืด ช่วยให้ลำไส้เคลื่อนไหวเร็วขึ้น วันนอนเฉลี่ยลดลง ไม่เกิดอุบัติการณ์การกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Wiwanpong, 2020)

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการบริหารท้อง หัวไหล่ และการหายใจอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยท้องอืดและปวดหัวไหล่หลังผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีโดยวิธีส่องกล้อง พบว่า โปรแกรมการบริหารร่างกายอย่างมีแบบแผน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงและต่อเนื่องจนถึง 72 ชั่วโมง กลุ่มทดลองมีอาการท้องอืดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*95%CI* = .19 - 1.77, *p* = .016) ซึ่งปกติกระเพาะอาหารและลำไส้จะเริ่มทำงาน 24 - 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เมื่อลำไส้เคลื่อนไหว ผู้คลอดจะเริ่มมีอาการเรอ ผายลมได้เร็ว อาการแน่นท้อง ท้องอืดจะลดลง (Narasong et al., 2020)

3) การศึกษาประสิทธิภาพของการเคี้ยวหมากฝรั่งต่อการกระตุ้นการทำงานของลำไส้หลังการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง โรงพยาบาลพุทธโสธร พบว่า กลุ่มทดลองสตรีหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ซึ่งได้เคี้ยวหมากฝรั่งปราศจากน้ำตาล จำนวน 2 เม็ด โดยเริ่มเคี้ยวหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง ใช้เวลา 30 นาที วันละ 4 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน จนกระทั่งเริ่มมีอาการแสดงการทำงานของลำไส้ จึงเริ่มจิบน้ำและรับประทานอาหารตามขั้นตอนปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาในการได้ยินเสียงลำไส้เป็นครั้งแรกเร็วกว่ากลุ่มควบคุม และระยะเวลาการผายลมเป็นครั้งแรกเร็วกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนระยะเวลาการขับถ่ายอุจจาระครั้งแรกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และพบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ที่พบมากที่สุด คือ ภาวะท้องอืด 6 คน คลื่นไส้อาเจียน 6 คน ปวดท้อง 3 คน และเวียนศีรษะ 3 คน (Chanwaro, 2022)

จะเห็นได้ว่าแนวทางการป้องกันภาวะท้องอืด สามารถทำได้หลายวิธี โดยการเคลื่อนไหวร่างกาย บริหารร่างกาย ลุกเดินเร็วหลังผ่าตัด และการให้อาหารเร็วหลังผ่าตัด ส่วนการเคี้ยวหมากฝรั่งมีผลกระตุ้นการทำงานของลำไส้ แต่ยังไม่สามารถป้องกันภาวะท้องอืดได้

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ดังนี้

1. ระยะแรกมารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับการงดน้ำงดอาหาร เมื่อรู้สึกตัวให้เริ่มจิบน้ำ เพื่อช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ จากนั้นรับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดา ตามลำดับ โดยเน้นอาหารย่อยง่ายเพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหวอย่างมีประสิทธิภาพ การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา ในขณะท้องว่างจะช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ระบบย่อยอาหารทำงานอย่างเป็นปกติ ช่วยย่อยสลายอาหารที่เหลืออยู่ให้หมดไป ลำไส้เคลื่อนตัวอย่างสม่ำเสมอ

ลดอาการท้องอืดได้ (Public Health Center 9, 2018) นอกจากนี้น้ำดื่มช่วยกระตุ้นการทำงานแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ใหญ่ (Probiotic) ช่วยกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ทำให้ระบบการย่อยอาหารดีขึ้น ดังนั้นจึงควรดื่มน้ำทันทีเมื่อรู้สึกตัวหลังผ่าตัด ดื่มน้ำวันละ 1.5 - 2.0 ลิตร/วัน หรือใช้สูตรคำนวณ คือ ปริมาณน้ำที่ควรดื่ม(ซีซี)/วัน = นน.(กก.)X2.2X30/2 (Health Systems Research Institute, 2023)

2. การรับประทานอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ซึ่งจะไปกระตุ้นปฏิกิริยาการบีบตัวของทางเดินอาหาร เกิดการหลั่งฮอร์โมนที่เพิ่มการทำงานของลำไส้ ทำให้ลดภาวะท้องอืด การรับประทานอาหารที่มีปริมาณเส้นใยเพียงพอ 20 - 35 กรัม/วัน เส้นใยจะดูดน้ำให้อยู่ในลำไส้จึงทำให้อุจจาระอ่อนนุ่มลง แต่ควรรับประทานเส้นใยอาหารประเภทที่ละลายได้ง่าย ได้แก่ เส้นใยจากผัก ผลไม้ และข้าวโอ๊ต โดยเริ่มจากการรับประทานในปริมาณน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนกระทั่งก้อนอุจจาระนิ่มลงและขับถ่ายบ่อยขึ้น อาหารบางชนิดมีคุณสมบัติช่วยระบายโดยธรรมชาติ เช่น ลูกพรุน มะเดื่อ ฝรั่ง กีวี ชะเอมเทศ เป็นต้น การดื่มน้ำหรือของเหลวอื่น ๆ เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้ จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดน้ำและช่วยแก้ท้องผูก แต่การรับประทานอาหารเส้นใยที่ละลายได้ยากในปริมาณมากอาจทำให้มีอาการท้องอืดหรือมีแก๊สเยอะได้ เช่น เส้นใยจากเมล็ดธัญพืช สำหรับผู้ที่ท้องผูกง่ายควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่มีเส้นใยหรือมีน้อย เช่น ชา กาแฟ ไอศกรีม ชีส เนื้อสัตว์ และอาหารสำเร็จรูป

3. การดื่มน้ำขิงในระยะหลังคลอด นอกจากจะช่วยเพิ่มปริมาณน้ำนม ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ขิงยังช่วยลดภาวะท้องอืดได้ เนื่องจากมีสารประกอบฟีโนลิก (phenolic) ช่วยบรรเทาอาการระคายเคืองในลำไส้ พร้อมทั้งยังมีฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของระบบย่อยอาหาร และยังมีฤทธิ์กระตุ้นการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ ส่งผลให้อาการท้องอืด แน่นท้อง อาการท้องเฟ้อบรรเทาลงได้ และฤทธิ์ร้อนของขิงเป็นยาแก้อาการคลื่นไส้ได้เป็นอย่างดี (Institute of Food Research and Product Development: IFRPD, 2018) จากการศึกษาเกี่ยวกับผลของขิงต่อความดันหูรูดส่วนล่างของหลอดอาหาร พบว่า เมื่อมีการกลืนจะทำให้หูรูดส่วนล่างของหลอดอาหารคลายตัวพร้อมกับลดความเร็วในการบีบตัวของหลอดอาหาร ซึ่งทำให้ก๊าซในกระเพาะอาหารย้อนกลับออกมาได้ง่ายขึ้น ช่วยขับลมออกจึงสามารถลดอาการท้องอืด จุกเสียด ท้องเฟ้อ โดยรับประทานวันละ 2 - 4 กรัม ข้อควรระวัง คือ ห้ามใช้ร่วมกับสารกันลิ่มเลือด (anticoagulants) และยาต้านการจับตัวของเกล็ดเลือด (antiplatelets) เพราะจะทำให้เลือดแข็งตัวช้า และทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก (Ratchakitchanubeksa, 2021) จากการศึกษาความพึงพอใจจากการใช้ยาสมุนไพรไทยขิงในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดแน่นท้อง ของแผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมโนรมย์ ในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดแน่นท้องจำนวน 30 คน พบว่าภาพรวมความพึงพอใจต่อการใช้ยาแคปซูลขิงในผู้ป่วยที่มีอาการท้องอืดแน่นท้อง ของแผนกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลมโนรมย์อยู่ในระดับมาก (Ueachit, Chatchainoppakun, & Fakkham, 2021)

4. รับประทานอาหารให้ตรงเวลาทุกมื้อ และอาหารมื้อเย็นควรรับประทานก่อนเข้านอนอย่างน้อย 3 ชั่วโมง ในปริมาณที่พอเหมาะ ไม่มากจนเกินไปอิ่มจนแน่นท้อง เคี้ยวให้ละเอียดอย่าเร่งรีบ หลังรับประทานอาหารเสร็จแล้วไม่ควรนั่งหรือนอนเฉย ๆ อาจจะลุกเดินเพื่อกระตุ้นการย่อยอาหาร (Veithani Hospital, 2020)

5. ผ่อนคลายอารมณ์ เพราะความเครียดวิตกกังวล มีผลทำให้เกิดอาการท้องอืดตามมาได้ ดังนั้น หากมีอารมณ์โกรธ เครียด กลัว หรือวิตกกังวล ควรหาวิธีผ่อนคลาย ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใส เช่น การฝึกหายใจเพื่อผ่อนคลาย โดยใช้กล้ามเนื้อกะบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้

กล้ามเนื้อหน้าอก โดยหายใจเข้าลึก ๆ นับ 1 - 4 ช้า ๆ รู้สึกว่า ท้องพองออก หลังจากนั้นค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก นับ 1 - 8 ไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบ ควรทำติดต่อกัน 4 - 5 ครั้ง การหายใจแบบนี้ช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองแจ่มใส ร่างกายสดชื่น (Department of Mental Health, 2022)

6. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย และลุกเดินเร็วหลังผ่าตัดคลอด (early ambulation) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัดคลอด ในระยะแรกหลังคลอดเมื่อรู้สึกตัวสามารถเคลื่อนไหวโดยการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือนอนศีรษะสูง 45 องศา ใช้มือประคองแผลผ่าตัดหรือผ้าพยุงช่วยในการเคลื่อนไหว จากนั้นลุกนั่งข้างเตียง ลุกยืน หรือ ลุกเดินเร็วหลังการผ่าตัด เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ และช่วยขับแก๊สออกจากช่องท้อง นอกจากนี้มารดาหลังผ่าตัดคลอดควรมีการออกกำลังกาย เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้เร็วเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เพิ่มการไหลเวียนเลือด ช่วยลดภาวะท้องอืด ควรการออกกำลังกายแบบแอโรบิก เช่น วิ่ง ว่ายน้ำ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน หรือแบบที่ใช้แรงต้านอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ 8 - 16 สัปดาห์ วันละ 20 - 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ (Sriphat Medical Center, 2019)

สรุป

มารดาหลังผ่าตัดคลอดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุด คือ ภาวะท้องอืด ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมความรักใคร่ผูกพันของมารดาและทารก หากมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันภาวะท้องอืดได้ แนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดสามารถทำได้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันภาวะท้องอืดหลังผ่าตัดคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

Anekpornwattana, S., Yangnoi, J., Jareemit, N., & Borriboonhiransan, D. (2020). Cesarean section rate in Siriraj hospital according to the Robson classification. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *28*(1), 6-15.

Chanwaro, Y. (2022). The study of the efficiency of chewing gum on stimulation of bowel function after cesarean delivery at Buddhasothorn hospital. *Srinagarind Medical Journal*, *37*(6), 596-601.

Chitsom, S., Saenrian, B., & Tonthong, P. (2022). Pain management after cesarean section. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, *16*(3), 868-881.

Department of Mental Health. (2022). *Tip: Get rid of stress.* Retrieved from https://dmh.go.th

Health Intervention and Technology Assessment Program. (2023) . *Cesarean sections in Thailand are increasing: Is it time to start talking a lot?* Retrieved from https://www.hitap.net

Health Systems Research Institute. (2023). *How to drink water properly*. Retrieved from https://www.hsri.or.th

Institute of Food Research and Product Development (IFRPD). (2018). *Ginger water*. Faculty of Pharmaceutical Sciences, Songkla, Prince of Songkla University.

Khoyun, S., Poothawee, W., & Srisoy, A. (2019). Effect of post-operative recovery program with the use of easy walk equipment to prevent complications in abdominal surgery patients. *Srinagarind Medical Journal*, *34*(4), 386-392.

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed.). St. Louis, MO: Mosby.

My Luck Nursing Home. (2022). *Recovery food for patients after surgery*. Retrieved from https://www.mylucknursinghome.com

Narasong, P., Katcharoen, L., Rujirasetthakul, K., Piyabunsri, P., Sukhvibul, P., & Mahawithitwong, P. (2020). Effects of abdominal, shoulder and breathing exercise program on abdominal distension and shoulder pain in patients with laparoscopic cholecystectomy: A randomized controlled trial. *Siriraj Medical Bulletin, 13*(1), 11-20.

Public Health Center 9. (2018). *10 benefits of drinking warm water*. Retrieved from https://webportal.bangkok.go.th

Rama Channel. (2023). *Stressful stomach disease, stop stressing, stop taking risks!* Retrieved from https://www.rama.mahidol.ac.th

Ramathibodi Hospital. (2019). *Stand up, sit, walk, reduce flatulence project*. Retrieved from https://www.rama.mahidol.ac.th

Ratchakitchanubeksa. (2021). *National drug system development committee*. Retrieved from http://www.ratchakitcha.soc.go.th

Rattanaphan, W. (2021). *Flatulence: Symptoms, causes, treatment.* Retrieved from https://bupa.co.th

Sananpanichkul, P. (2018). Concern of cesarean section rate. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, *35*(3), 312-320.

Songkhla Hospital. (2020). *Civil service inspection and supervision of the ministry of public health*. Retrieved from https://www.skho.moph.go.th

Songkhla Hospital. (2022). *Guidelines for prevention abdominal distention in among mothers with cesarean section*. Obstetrics Department, Songkhla Hospital.

Sriphat Medical Center. (2019). *Postpartum exercise*. Retrieved from https://sriphat.med.cmu.ac.th

Thaenkham, A., Tiyaworanant, S., & Padumanonda, T. (2019). The ethnobotanical survey of traditional plant of Pamanow subdistrict, Banfang district, Khon Kaen province. *Udon Thani Rajabhat University Journal of Science and Technology*, *7*, 61-75.

Thai Civil Rights and Investigative Journalism (TCIJ). (2022). *Unnecessary caesarean section.* Retrieved from https://www.tcijthai.com

Thapsuwan, A. (2019). The role of the nurse in management about flatulence of surgical patients undergoing abdominal surgery. *Siriraj Medical Bulletin*, *9*(3), 189-193.

Veithani Hospital. (2018). *Chronic flatulence*. Retrieved from https://www.vejthani.com

Veithani hospital. (2020). *Holding stools often what are the consequences?* Retrieved from https://www.vejthani.com

Ueachit, N., Chatchainoppakun, P., & Fakkham, S. (2021). Satisfaction with the use of zingiber officinale roscoe Thai herbal medicine in patients with dyspepsia in department of traditional Thai medicine, Manorom hospital. *Proceeding National & International Conference*, *2*(14), 668-676.

Wiwanpong, C. (2020). Effect of you can do program on abdominal distention post transabdominal gynaecological surgery at Yasothon hospital. *Journal of Health and Environmental Education*, *5*(4), 172-179.

Yasothon hospital. (2019).*Statistical report on services for patients who received appendectomy in Yasothon hospital*. Yasothon hospital.

Xuto. P. (2020). *Nursing and midwifery: Women during labor and postpartum* (2nd ed.). Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai Universiy.

ว.02



ใบชำระค่าตีพิมพ์
บทความวิชาการ/บทความวิจัย

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
.....
เบอร์โทรศัพท์..... **E-mail :** .....

ข้าพเจ้าได้ดำเนินการแก้ไขบทความวิชาการ/บทความวิจัย ภายหลังได้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน และได้รับการตอบรับตีพิมพ์ (Accept Submission) ในระบบ ThaiJO ของวารสารพยาบาลตำรวจแล้ว จึงมีความประสงค์ขอชำระค่าลงตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัย ในวารสารพยาบาลตำรวจ ดังนี้

☐ **ต้นฉบับภาษาไทย เป็นเงิน 4,000 บาท**
☐ **ต้นฉบับภาษาอังกฤษ เป็นเงิน 6,000 บาท**

<u>คำเตือน</u> กรณีชำระเงินแล้ว กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการคืนเงิน

การชำระเงิน

☐ โอนเงินผ่านธนาคาร กรุงไทย ประเภท ออมทรัพย์ สาขา สยามสแควร์
ชื่อบัญชี ว่าที่ พันตำรวจตรี อภิสิทธิ์ ตามสัตย์ และ น.ส. จันทร์จิรา อริยะเศรณี **หมายเลขบัญชี** 052-0-58006-0 เป็นเงิน..... บาท (.....) กรุณาส่งแนบไฟล์ใบชำระค่าตีพิมพ์และใบโอนเงินมายังกองบรรณาธิการวารสารที่ E-mail : journal@nursepolice.go.th และแนบไฟล์เอกสารทั้งหมดเข้ามาในระบบวารสารออนไลน์ที่ช่อง Review Discussions

ลงนาม ..... **ผู้สมัคร**
(.....)
วันที่ ..... **เดือน** ..... **พ.ศ.** .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....**เลขที่**.....**ลงวันที่**.....

ลงชื่อ ..... **เจ้าหน้าที่รับสมัคร**
(.....)
..... /..... / .....

ว.03

แบบคำร้องส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

ท่านได้สมัคร Username ใน ระบบ ThaiJO ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
(ถ้าใช่) Username ของท่าน คือ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ผู้แต่ง (Author)

คนที่ 1 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
ชื่อบทความวิชาการ/บทความวิจัย (ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
เรื่อง.....
.....
.....
.....
.....
.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

ผู้แต่งร่วม/ อาจารย์ที่ปรึกษา (Co-Researcher/ Adviser) (กรุณาเติมข้อมูลให้ครบตามจริง)

คนที่ 2 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

คนที่ 3 คำนำหน้า/ยศ ..... **ชื่อ** ..... **นามสกุล**.....
ตำแหน่ง.....
สถานที่ปฏิบัติงาน .....
ที่อยู่ .....
.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... **โทรศัพท์มือถือ** ..... **โทรสาร** .....
E-mail address: .....

จำนวนผู้แต่งสามารถเพิ่มเติมได้ โดยใส่ข้อมูลที่จำเป็นเหมือนคนที่ 2 และ 3

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ผลงานที่ได้ตีพิมพ์แล้วจะเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารพยาบาลตำรวจ และผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เรื่องละ 3 ท่าน โดยกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามรูปแบบที่กองบรรณาธิการกำหนด

อนึ่ง ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารพยาบาลตำรวจควรรับทราบ ดังนี้

ประเภทการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

1. บทความวิชาการ เป็นบทความที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าและสังเคราะห์งานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

2. บทความวิจัย เป็นบทความที่เป็นการรายงานผลการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

1. บทคัดย่อ (abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องไม่เกินอย่างละ 300 คำ (ไม่รวมคำสำคัญ) หรือมีความยาวอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษในสาขานั้น ๆ มาแล้ว

2. คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 2 - 5 คำ (ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา)

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ส่วนต่าง ๆ ตามรูปแบบการตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ปรากฏอยู่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร และถ้ามีตารางหรือรูปภาพ ต้องใส่ไม่เกิน 3 ตาราง หรือ 3 รูป หรือตามความเหมาะสมของเนื้อหาสาระที่นำเสนอ

4. ต้นฉบับที่นิพนธ์ควรพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) ที่เป็นนามสกุล .docx โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดอักษรตามที่ระบุไว้ในรูปแบบ (format) ของวารสารบนหน้าเว็บไซต์ และเว้นระยะแบบ Single space ความยาวของบทความวิชาการไม่ควรเกิน 10 หน้า (รวมเอกสารอ้างอิง)

5. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากคำย่อนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป

ส่วนการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาภาษาไทย หากต้องการใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บ ควรใช้ดังนี้ เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) และควรใช้คำย่อภาษาอังกฤษที่เป็นสากลเท่านั้น (ให้ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) เช่น (quality of life: QoL) นอกจากนี้ การใช้ตัวเลขควรใช้เป็นเลขอารบิคทั้งหมด

6. ภาพที่ส่งมาจะเป็นภาพสีหรือขาวดำก็ได้ แต่ต้องมีความคมชัด หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารแนบที่บ่งบอกการได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ และต้องมีการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลัก APA 6th edition ถ้าเป็นภาพที่วาดหรือเขียนหรือถ่ายขึ้นมาเองสามารถนำมาใช้ได้เป็นปกติ ถ้ามีรูปที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือบุคคลต้องมีเอกสารยืนยันการได้รับอนุญาตเผยแพร่หรือมีการทำเบลอภาพหรือปิดภาพบางส่วนที่จะไม่ทำให้บุคคลในภาพเกิดความเสียหาย

7. การเตรียมเอกสารอ้างอิงให้ใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าผู้แต่งเป็นคนไทยต้องทำการเปลี่ยนให้เป็นภาษาอังกฤษตามแบบของ APA 6th edition ตามตัวอย่างที่ปรากฏบนหน้าเว็บไซต์ของวารสารพยาบาลตำรวจ

8. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ ซึ่งหากกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจตรวจพบว่า บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏในวารสารอื่น กองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารพยาบาลตำรวจทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารพยาบาลตำรวจ และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจอีก

9. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวันสิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่น และแสดงให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัย และให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์ โดย upload file ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ) ซึ่งจะมีให้ Add Another File ซึ่งผู้นิพนธ์สามารถแนบไฟล์เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File Article Component เป็นประเภท Article Text

10. การโอนเงินเพื่อชำระค่าสมัครสมาชิกวารสารและ/หรือค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย จะทำได้ต่อเมื่อได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาตอบรับตีพิมพ์เท่านั้น โดยภายหลังการตอบรับตีพิมพ์ให้ท่านแนบไฟล์หลักฐานการโอนเงินมาในระบบในส่วนของ Submission และทำการ upload files เช่นเดียวกับที่ทำการแนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB (**คำเตือน** *หากท่านทำผิดขั้นตอน โดยมีการชำระเงินก่อนได้รับ e-mail ตอบรับการตีพิมพ์จากระบบวารสารออนไลน์ (accept submission) หรือบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์อันเป็นเหตุจากความบกพร่องของผู้นิพนธ์ภายหลังที่ได้ส่งพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้นิพนธ์จะไม่ได้รับเงินคืนแต่อย่างใด และจะไม่ถือเป็นความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ*)

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5

เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
(ถ้ามี) ระบุชื่อทุนวิจัยให้ชัดเจน และ (ต้องมี) ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 เช่น อภิสิทธิ์ ตามสัตย์[1]
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 เช่น Aphisit Tamsat
[1]ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
[1]Corresponding author E-mail: ขอเป็น Email หลักในการติดต่อ

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

Received: Revised: Accepted:

ทางวารสารจะตรวจสอบและลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords: ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

**ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ และทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ตามค่า Default ของ Microsoft Word ดังนี้*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

(เนื้อหา).....
.....
.....

การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....
.....
.....

วัตถุประสงค์วิจัย

(เนื้อหา).....
.....
.....

สมมุติฐานวิจัย/คำถามวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....
.....
.....

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา หรือ รูปภาพ) .....
.....
.....

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร .....

ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูล .....

เกณฑ์การคัดเลือก (ถ้ามี) .....
.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

(เนื้อหาเกี่ยวกับรายละเอียดเครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ).....

การพิทักษ์สิทธิ์ (เนื้อหาและระบุหมายเลข IRB ที่ได้รับอนุมัติ).....
.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (เนื้อหา).....
.....
.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (เนื้อหา).....
.....
.....

ผลการวิจัย

(เนื้อหา).....
.....
.....
.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (*n* = ...)

	M	*SD*	*t*	*p*
1.				ใส่ตัวเลขจริง
2.				เช่น .000
3.				.010
.				.059
.				(ไม่ใส่ <.05)
.				

การอภิปรายผลการวิจัย

(เนื้อหา).....

.....

.....

ข้อเสนอแนะ

(เนื้อหา).....

.....

.....

กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(เนื้อหา).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

(ใช้ APA 6th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)

.....

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. *รายการอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย*
2. *รายการอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตามหลักภาษาอังกฤษ และ APA 6th edition*

บรรทัดที่ 1
บรรทัดที่ 2
บรรทัดที่ 3
บรรทัดที่ 4
บรรทัดที่ 5
} เว้นบรรทัด 5 บรรทัด

ชื่อเรื่องภาษาไทยใช้ font TH SarabunPSK ตัวหนา ขนาด18
ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด (ตัวหนา) ขนาด18

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

ชื่อผู้แต่งภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 เช่น อภิสิทธิ์ ตามสัตย์[1]
ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 เช่น Aphisit Tamsat
[1]ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาไทย) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
ที่อยู่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้แต่งทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12
[1]Corresponding author E-mail: ขอเป็น Email หลักในการติดต่อ

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด –

Received: Revised: Accepted:
} ทางวารสารจะตรวจสอบและลงให้

บทคัดย่อ

ภาษาไทย ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

คำสำคัญ : ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Abstract

ภาษาอังกฤษ ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 .....
.....

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

Keywords: ใช้ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 15 และ แต่ละคำแบ่งด้วยเครื่องหมาย “ , ”

- เว้นบรรทัด 1 บรรทัด -

**ข้อความในเนื้อหาใช้ font TH SarabunPSK ขนาด 16 โดยหัวข้อใช้ตัวหนาและเนื้อหาใช้ตัวปกติ โดยทำการแบ่งเนื้อหาเป็น 2 สดมภ์ (2 columns) ดังนี้*

บทนำ

(เนื้อหา).....
.....
.....

เนื้อหา

(เนื้อหา).....
.....
.....

ตาราง 1 ชื่อตาราง (ถ้ามี)

ใช้ตัวปกติ ไม่ใช่ตัวหนา
A
B
C
.
.
.

*$p < .05$

สรุป

(เนื้อหา).....

.....

.....

เอกสารอ้างอิง

(ใช้ APA 6th edition และ font TH SarabunPSK ตัวปกติ ขนาด 12)

.....

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ ใคร่ขอความร่วมมือในการอ้างอิง ดังนี้

1. *เอกสารอ้างอิงทั้งหมดต้องเขียนเป็นภาษาอังกฤษ และมีความทันสมัย*
2. *เอกสารอ้างอิงฉบับภาษาไทย ขอให้ผู้แต่งเปลี่ยนและเขียนตามแบบภาษาอังกฤษทั้งในเนื้อหาและท้ายเรื่อง โดยเปลี่ยนให้ถูกต้องตาม APA 6th edition*

การจัดทำรายการอ้างอิงตามแบบ APA 6th สำหรับวารสารพยาบาลตำรวจ

วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดให้ใช้ตามแบบของ APA Formatted References 6th edition โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ **http://www.apastyle.org/index.aspx**

ลักษณะการเขียน APA 6th ตามที่วารสารพยาบาลตำรวจกำหนดมีดังนี้

1. ชื่อผู้แต่งในเนื้อหา

ไม่ต้องลงคำนำหน้านาม ยศ ตำแหน่งทางวิชาการ คำขึ้นต้นทางวิชาชีพ ฐานันดรศักดิ์ บรรดาศักดิ์ และถ้าชื่อผู้แต่งเป็นภาษาไทยให้เปลี่ยนเป็นภาษาอังกฤษและเขียนตามแบบการเขียนรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษ ในกรณีที่มีผู้แต่ง 1 คน ขึ้นไป ให้ดูวิธีการเขียนในหัวข้อตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิง

2. บรรณาธิการ ให้เขียนโดยใช้คำย่อของบรรณาธิการ คือ (Ed.) แทนคำว่า Editor หรือ (Eds.) แทนคำว่า Editors ตามลำดับ

3. ปีพิมพ์ ให้ใส่ปี ค.ศ. พิมพ์ในเครื่องหมายวงเล็บตามหลังชื่อผู้แต่ง

4. ชื่อหนังสือ พิมพ์ด้วยตัวเอียง โดยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ และที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อในหนังสือเป็นชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ได้ นอกจากนี้หากชื่อหนังสือมีการใช้เครื่องหมาย “ : ” หลังเครื่องหมาย “ : ” ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ แล้วที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็ก

5. ชื่อบทความ ใช้ตัวธรรมดา **ไม่ใช้ตัวเอียง** และการใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่-ตัวพิมพ์เล็ก ใช้ตามแบบชื่อหนังสือ

6. ครั้งที่พิมพ์ ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องใส่ครั้งที่พิมพ์ แต่เมื่อพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใส่ครั้งที่พิมพ์ต่อจากชื่อเรื่อง โดยครั้งที่พิมพ์จะอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ เช่น (2nd ed.)

7. ชื่อวารสาร ให้ใช้ด้วยตัวเอียง และใช้ชื่อวารสารแบบเต็ม ไม่ใช้ชื่อวารสารแบบย่อ เช่น *Journal of the Police Nurses*

8. ปีที่ของวารสาร (Volume) ให้ใช้ด้วยตัวเอียงต่อจากชื่อวารสาร โดยคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค “ , ”

9. ฉบับที่ (No) ให้ใช้ตัวปกติ **ไม่ใช้ตัวเอียง** ใส่เลขของฉบับที่ในเครื่องหมายวงเล็บต่อจากเลขของปีที่ของวารสาร (volume)

10. เลขหน้า ของบทความที่อ้างอิง ให้พิมพ์ต่อจากเครื่องหมายจุลภาค “ , ” และจบท้ายด้วยเครื่องหมายมหัพภาค “ . ” โดยเขียนเลขหน้าแบบปกติ เช่น 111-117 ไม่ใช่ 110-7

11. สถานที่พิมพ์ ถ้าปรากฏชื่อเมืองที่พิมพ์หลายชื่อ ให้ใส่เมืองแรกที่ปรากฏ หรือชื่อเมืองของสำนักพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือหรือสิ่งพิมพ์นั้น ๆ และถ้าเมืองนั้นมีอักษรย่อให้ใส่อักษรย่อของชื่อรัฐหรือชื่อเมืองนั้น และหลังสถานที่พิมพ์ให้ใส่เครื่องหมายทวิภาค (colon) “ : ” ต่อจากชื่อสถานที่โดยไม่เว้นวรรค และเว้นระยะ 1 วรรค สำหรับใส่ชื่อสำนักพิมพ์ ตัวอย่างเช่น Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

แต่ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์จะใส่สถานที่พิมพ์เรียงลำดับ ดังนี้ ชื่อคณะ ชื่อสถาบันการศึกษา และสถานที่พิมพ์ เช่น Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

12. กรณีชื่อวิทยานิพนธ์ ให้ระบุชื่อวิทยานิพนธ์ด้วยตัวเอียง และหลังชื่อวิทยานิพนธ์ให้ใส่วงเล็บที่ข้างในเขียนชื่อวิทยานิพนธ์ระดับการศึกษาใด พร้อมกับระบุสาขาวิชา (ถ้ามี) แล้วตามด้วย “.” ปิดท้าย ตัวอย่างเช่น *Fear of falling and functional ability in older adults undergoing hip surgery* (Master of nursing science program, adult nursing).

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามแบบ APA 6th				
Type of citation	**First citation**	**Subsequent citation**	**Parenthetical formal, first citation**	**Parenthetical subsequent, first citation**
ผู้แต่ง 1 คน	Kasemsuk (2016)	Kasemsuk (2016)	(Kasemsuk, 2016)	(Kasemsuk, 2016)
ผู้แต่ง 2 คน	Srisuk and Oumtanee (2017)	Srisuk and Oumtanee (2017)	(Srisuk &Oumtanee, 2017)	(Srisuk & Oumtanee, 2017)
ผู้แต่ง 3 คน	Saraboon, Aree-Ue, and Jarupat Maruo (2014)	Saraboon et al. (2014)	(Saraboon, Aree-Ue, & Jarupat Maruo, 2014)	(Saraboon et al., 2014)
ผู้แต่ง 4 คน	Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, and Chivanon (2017)	Wacharasin et al. (2017)	(Wacharasin, Khamngoen, Sriprasan, & Chivanon, 2017)	(Wacharasin et al., 2017)
ผู้แต่ง 5 คน	Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, and Muanphetch (2017)	Lertsakornsiri et al. (2017)	(Lertsakornsiri, Rudtanasudjatum, Serekajornkicharoen, Chaoniyom, & Muanphetch, 2017)	(Lertsakornsiri et al., 2017)
ผู้แต่ง 6 คน หรือมากกว่า 6 คน	Soowit et al. (2017)	Soowit et al. (2017)	(Soowit et al., 2017)	(Soowit et al., 2017)
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่ม หรือ องค์กรที่มีตัวย่อ	American Academy of Orthopaedic Surgeons (2013)	AAOS (2013)	(American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013)	(AAOS, 2013)
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่ม หรือ องค์กรที่ไม่มีตัวย่อ	Police Nursing College (2015)	Police Nursing College (2015)	(Police Nursing College, 2015)	(Police Nursing College, 2015)

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงท้ายเรื่อง

ผู้แต่ง 1 คน

Titapiwatanakun, B. (2018). Penile augmentation with foreign material injection penile shaft, correction by CO_2 laser. *Journal of The Police nurses, 10*(1), 202-208.

ผู้แต่ง 2 คน

Canovas, F., & Dagneaux, L. (2018). Quality of life after total knee arthroplasty. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery and Research, 104*(1S), S41-S46. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.04.017

ผู้แต่ง 3 คน

Moksnes, H., Engebretsen, L., & Risberg, M. A. (2012). Management of anterior cruciate ligament injuries in skeletally immature individuals. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy, 42*(3), 172-183. doi:10.2519/jospt.2012.3608

ผู้แต่ง 4 คน

Salem, S. S., Sharaf, S., Mostafa, M. M., & Kaddah, M. A-E. (2012). Impact of a designed nursing rehabilitation program on incidence of complication and length of hospital stay after anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction El-Manial university hospital. *Journal of American Science, 8*(2), 476-488.

ผู้แต่ง 5 คน

Kaewsongk, P., Masingboon, K., Keeratiyutawong, P., Melkus, G. D. E, & Deoisre, W. (2018). Effects of a self-management support program on foot care knowledge, foot care behaviors, perceived social facilitation support, and hba1c among people with type 2 diabetes at low risk of diabetic foot complications. *Journal of The Police nurses, 10*(2), 385-399.

ผู้แต่ง 6 คน

Dean, S., Walsh, S., Williams, C., Zaslawski, C., Morgan, A., & Levett-Jones, T. (2018). The mystery shopper student learning experience in undergraduate health education: A case study. *Nurse Education Today, 70*, 69-76. doi:10.1016/j.nedt.2018.08.010

ผู้แต่งมากกว่า 6 คน

Liaw, S. Y., Rashasegaran, A., Wong, L. F., Deneen, C. C., Cooper, S., Levett-Jones, T., . . . Ignacio, J. (2018). Development and psychometric testing of a clinical reasoning evaluation simulation tool (CREST) for assessing nursing students' abilities to recognize and respond to clinical deterioration. *Nurse Education Today, 62*, 74-79. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.009

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นบทหนึ่งในหนังสือ

Hoh, D. J., Levi, A. D., & Wang, M. Y. (2011). Ossification of the posterior longitudinal ligament and other enthesopathies. In J. R. Youmans, *Youmans neurological surgery* (pp. 2899-2910) (6th ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders.

Holowaychuk, M. K., & Ostenkamp, S. M. (2019). Chapter 61: Care of the patient with intracranial disease. In J. M. B. Creedon & H. Davis (Eds.), *Advanced practice in healthcare.* John Wiley & Sons. https://doi.org/10.1002/9781118997246.ch61

การเขียนเอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

Maninet, S. (2013). *Relationships among personal factors, symptoms, symptom management, sense of coherence, and quality of life in patients with hepatobiliary carcinoma* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมเจตคติต่อผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร — *รจนาถ หอมดี, กาญจนา ภัทราวิวัฒน์, ฐาศุกร์ จันประเสริฐ*
- ผลของรูปแบบการปรึกษากลุ่มแนวพุทธเพื่อเสริมสร้างอิทธิบาท 4 ของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ — *กาญจนา คงมั่น, สิทธิพร ครามานนท์, ฐาศุกร์ จันประเสริฐ*
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของการจัดการระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน — *มัลลิกา จีนาคำ, ประสพชัย พสุนนท์*
- การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างภาวะผู้นำแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันยาเสพติดของนักศึกษาพยาบาลตำรวจ — *พัชรี กระจ่างโพธิ์, กิตติชัย สุธาสิโนบล, วิไลลักษณ์ ลังกา*
- การพัฒนารูปแบบการดูแลเฉพาะรายเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกปฐมวัยที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการระดับรุนแรง — *จารุวรรณ ประดา, ศิริพรรณ แสนลัง, วันทนี ผลสมบูรณ์, ณภัทร พรหมชู, โสภณ สวัสดิ์*
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมแหล่งทรัพยากรต่อทักษะการจัดการกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน — *กานต์ตริน ศรีสุวรรณ, ท้องกฤษฎากรณ์ ชนแดง, สุมิศา กุมลา, สมจิตต์ ลุประสงค์*
- ผลการจัดการเรียนรู้โดยใช้กรณีศึกษาเป็นฐานและสถานการณ์จำลองร่วมกับการสะท้อนคิดที่มีต่อความสามารถในการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล — *พิมพ์ณัฐชา สุไลมาน, ณรงค์ศักดิ์ รอบคอบ*
- สมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ — *สิวาภรณ์ เจริญวงค์, ปาริชาติ สุขสวัสดิพร, ทศพร ดิษฐ์ศิริ*

บทความวิชาการ

- การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยในผู้สูงอายุ — *เบญญาภา ทนต์ประเสริฐเวช, ลักขณา แพทยานันท์*
- การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ — *ภานุชนาถ พูสี, ศศิวิมล บูรณะเรข*
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะบกพร่องด้านการรู้คิด — *พรขวัญ มุ่งกลาง*
- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบที่เกิดจากวัคซีนโควิด 19 ชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอ — *พิมพรรณ ทรัพย์ขำ*
- บทบาทพยาบาลกับการคุมกำเนิดในวัยรุ่น — *กฤษณา ปิงวงศ์, ขวัญชนก ยาลมาโซน*
- การพยาบาลเพื่อการป้องกันภาวะท้องอืดในมารดาหลังผ่าตัดคลอด — *ปภัชญา สว่างวรรณ, ธิดารัตน์ สิงห์ศรี, ชุลีรัตน์ เพชรวัชระไพบูลย์, วายุรี ลำโป*

สถานที่ติดต่อ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจ

492/1 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330