วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Journal of The Police Nurses and Health Science

JPNHS

โดย สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ

The Police Nurse Alumni Association

ISSN 3027-8791 (Online)

2567

2024



ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม

Volume 16 No. 2 July - December

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิชาการ การวิจัย และนวัตกรรมทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เจ้าของวารสาร สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. วิจิตร ศรีสุพรรณ	นักวิชาการอิสระ อดีตนายกสภาการพยาบาล อดีตคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Emeritus Professor Dr. Wichit Srisuphan	Independent Scholar
ศาสตราจารย์ ดร. วีณา จีระแพทย์	สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย
Professor Dr. Veena Jirapaet	The Perinatal Society of Thailand
รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์	ข้าราชการบำนาญ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ทำงานที่ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ
Assoc. Prof. Dr. Jintana Yunibhund	Chulalongkorn University and Thailand National Quitline
รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Assoc. Prof. Pol.Capt. Dr. Yupin Aungsuroch	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
พลตำรวจตรีหญิง ยุพิน เนียมแสง	ข้าราชการบำนาญ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (อดีตผู้บังคับการวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)
Pol.Maj.Gen. Yupin Neamsaeng	Police Nursing College, Royal Thai Police

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
Assoc. Prof. Pol.Col. Dr. Thipkhumporn Keskomon	Police Nursing College
	E-mail: kesthip@gmail.com

ผู้ช่วยบรรณาธิการ (Assistant Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
Asst. Prof. Pol.Col. Dr. Sookruedee Thutsaringkarnsakul	Police Nursing College
	E-mail: sookruedee@nursepolice.go.th
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโท ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
Asst. Prof. Pol.Lt.Col. Dr. Aphisit Tamsat	Police Nursing College
	E-mail: aphisit@nursepolice.go.th

กองบรรณาธิการ (Editorial Board) - วาระ พ.ศ. 2567 – 2568

1. ศาสตราจารย์ ดร. สุภาพ อารีเอื้อ	โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Prof. Dr. Suparb Aree-Ue	Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
	E-mail: suparb.are@mahidol.edu

2.	รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร. สายสมร เฉลยกิตติ Assoc. Prof. Maj.Gen. Dr. Saisamorn Chaloekitti	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ Faculty of Nursing, Kasetsart University E-mail: saisamorn2006@hotmail.com
3.	รองศาสตราจารย์ ดร. เรวดี เพชรศิราสัณห์ Assoc. Prof. Dr. Rewwadee Petsirasan	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ Faculty of Nursing, Prince of Songkla University E-mail: prewwade@gmail.com
4.	รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. เอื้อญาติ ชูชื่น Assoc. Prof. Pol.Col. Dr. Uayart Chuchuen	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต Faculty of Nursing, Rattana Bundit University E-mail: toyuayart@gmail.com
5.	รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว Assoc. Prof. Pol.Col. Duangkamol Pinchaleaw	สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University E-mail: dpinchaleaw@gmail.com
6.	รองศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ดร. สุขอรุณ วงษ์ทิม Assoc. Prof. Pol.Lt.Col. Dr. Sukaroon Wongtim	สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต, ปริญญาเอกการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา) School of Educational Studies, Sukhothai Thammathirat Open University E-mail: sukaroon.won@stou.ac.th
7.	รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. กัญญ์ฐิตา ศรีภา Assoc. Prof. Pol.Col. Dr. Kantita Sripa	คณะสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยตำรวจ (ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปริญญาเอก วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตรประยุกต์) Faculty of Social Sciences, Royal Police Cadet Academy E-mail: kantitas@yahoo.com
8.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทัศนีย์ อรรถารส Asst. Prof. Dr. Tassanee Attharos	วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University E-mail: tassanee.at@ssru.ac.th
9.	นาวาอากาศเอกหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัชราภรณ์ เปาโรหิตย์ Gp.Capt. Asst. Prof. Dr. Watcharaporn Paorohit	ข้าราชการบำนาญกองทัพอากาศ (Ph.D. Nursing ทำงานให้กับสภาการพยาบาลและ เป็นอดีตผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ) Directorate of Medical Service, Royal Thai Air Force E-mail: rtafnc1@yahoo.com
10.	นาวาโทหญิง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สินีนุช ศิริวงศ์ (ร.น.) Capt. Asst. Prof. Dr. Sineenuch Siriwong, WRTN.	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ Royal Thai Navy College of Nursing E-mail: navymiracle@gmail.com

11.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อมราพร สุรการ Asst. Prof. Dr. Amaraporn Surakarn	บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปริญญาเอก วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตรประยุกต์) The Graduate School of Srinakharinwirot University E-mail: amaraporn.s@gmail.com
12.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจตรีหญิง ดร. เรวดีทรรศน์ รอบคอบ Asst. Prof. Pol.Sub.Lt. Dr. Raywadeetas Robkob	นักวิชาการอิสระ Independent Scholar E-mail: iamraywadeetas@gmail.com
13.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรชัย มณีเนตร Asst. Prof. Dr. Surachai Maninet	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University E-mail: surachaimaninet@gmail.com
14.	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พันตำรวจโทหญิง ยุวดี แตรประสิทธิ์ Asst. Prof. Pol.Lt.Col. Yuwadee Traprasit	วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ Police Nursing College E-mail: nongpuy2530@gmail.com

ผู้จัดการวารสาร นางสาว จันทร์จิรา อริยะเศรณี
Miss Chanjira Ariyaseranee
E-mail: janjao.ari@gmail.com

กำหนดออกเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ
2 Issues per year
ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน) และ ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม)
Issue 1 (January - June) and Issue 2 (July - December)

ที่อยู่วารสาร กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
เลขที่ 492/1 ถนนพระรามที่ 1 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Editorial Board of Journal of The Nurses and Health Science
492/1 Rama I Road, Patumwan, Bangkok, Thailand, 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 089-009-4538, 02-207-6083

E-mail journal@nursepolice.go.th

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

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of The Police Nurses and Health Science) ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ประจำปี พ.ศ. 2567 มีบทความวิจัยและบทความวิชาการผ่านเกณฑ์มาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ต่อ 1 บทความ และมีผู้นิพนธ์จากหลากหลายสถาบันยังมอบความไว้วางใจส่งผลงานเพื่อเผยแพร่จำนวนมาก แม้วารสารได้เปลี่ยนชื่อและเลข ISSN ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ประจำปี พ.ศ. 2567 เป็นต้นมา สำหรับฉบับนี้มีบทความ จำนวนทั้งสิ้น 21 เรื่อง

บทความวิจัย จำนวน 19 เรื่อง ครอบคลุมเนื้อหา 1) การศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต การประเมินความต้องการจำเป็นสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ และภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 2) การพัฒนาวิชาชีพพยาบาลและการสาธารณสุข ประกอบด้วยประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) การดูแลผู้ป่วยทุกช่วงวัย ได้แก่ ผลของโปรแกรมต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง การกระตุ้นการขับถ่ายต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกของประชากรคนเมือง วัยผู้ใหญ่ การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ กลยุทธ์การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ การกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

บทความวิชาการ จำนวน 2 เรื่อง เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน ซึ่งมีประโยชน์กับประชาชนและพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยส่องกล้องในชีวิตจริง และการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

สุดท้ายนี้ กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลตำรวจ ผู้บริหารของโรงพยาบาลตำรวจและวิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ให้การสนับสนุนด้วยดีตลอดมา

รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
บรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ *วิวัฒน์ เหล่าชัย, สายสมร เฉลยกิตติ*	250 - 261
ผลของไผ่ล้อมโมเดลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง *พวงพันธ์ วุฒิยาสกุล, กมลภู ถนอมสัตย์*	262 - 273
ผลของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายสามรูปแบบต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด *อนุชา อินยาศรี, จริยา ชื่นศิริมงคล*	274 - 285
การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน : ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น *นครินทร์ เชื่อนิจ, อารีย์วรรณ อ่วมตานี, ชวภณ สารข้าวคำ*	286 - 299
ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล : การวิจัยเชิงคุณภาพ *ชุติมา โสตะโม, อารีย์วรรณ อ่วมตานี*	300 - 314
ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร *นิตยา งามดี, ศศวรรณ อัตถวรคุณ, วัลยา ตูพานิช, สุดคะนึง ดารานิษร*	315 - 325
การประเมินความต้องการจำเป็นสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล *ชัญญา แสงจันทร์, ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง*	326 - 337

บทความวิจัย	หน้า
ปัจจัยทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ *จำรัส สาระขวัญ, สราวุฒิ สีถาน, อติภัทร พรมสมบัติ, เพ็ญศรี จาบประไพ*	338 - 347
ผลของการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นต่อการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง *อรพินทร์ เตชรังสรรค์, อุษา วงศ์พินิจ*	348 - 362
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ กลยุทธ์การเผชิญปัญหาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ *ณัฏฐนันท์พร สงวนกลิ่น, ณัฐพัชร์ บัวบุญ, มยุรี นิรัตธราดร,* *สุดาพร กมลวารินทร์, หทัยชนก พูลเลิศ, ลาวัลย์ ใบมณฑา*	363 - 375
การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง *อานิตย์ อ่องสกุล, ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล, ปราโมทย์ ทองสุข*	376 - 386
ผลของโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง *จารุวรรณ ก้านศรี, นภัสสร ยอดทองดี, ประกาศิต พูลวงษ์,* *สุวรรณี โตแก้ว, ศศิวิมล บูรณเรข*	387 - 397
ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร *กาญจนา กิริยางาม, ดวงรัตน์ กวีนันทชัย, รัตนา จารุวรรโณ, วณิดา มงคลสินธุ์*	398 - 407
ผลของการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 *พันธิภา ท้วมไทย, ทัศเนตร พุทธรักษา, ณัฐสุดา แสงบุญ, สุณี สุวรรณพสุ*	408 - 418
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 *ขนัฏฐา นาดี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน*	419 - 432
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 *จรัสศรี ดำศรี, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน*	433 - 445

บทความวิจัย	หน้า
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก *สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล*	446 - 458
การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด *ยุคลฉัตร หลำวรรณะ, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, อภิรดี เจริญจรรยากุล, ประนอม สกุลพิพัฒน์, ดารารัตน์ สมเปีย*	459 - 473
ประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก *จารุวรรณ ไทยบัณฑิต, ภัทร์พิชชา ครุฑางคะ, กษิดิศ ครุฑางคะ*	474 - 485

บทความวิชาการ	
บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน *เสาวภา พนธารา*	486 – 499
การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล *สุวลักษณ์ เอกสมัย, ฐิตาพร ศิริวาลย์*	500 - 513

ภาคผนวก
ค่าใช้จ่ายสำหรับการตีพิมพ์บทความวิชาการ/ บทความวิจัย
แบบบันทึกข้อมูลผู้แต่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ APA 6th edition ของวารสาร

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

NEEDS AND EXPECTATIONS FOR OPENING A BACHELOR OF NURSING SCIENCE PROGRAM AT THE FACULTY NURSING SCIENCE, KASETSART UNIVERSITY

วิวัฒน์ เหล่าชัย[1] สายสมร เฉลยกิตติ[2,*]
Wiwat Laochai Saisamorn Chaleoykitti
[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ 10700
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, 10700, Thailand
[2]รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพฯ 10700
Associate Professor, Major General, Ed.D., Faculty of Nursing, Kasetsart University, Bangkok, 10700, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: Saisamorn2006@hotmail.com

Received: *May 16, 2024* Revised: *July 22, 2024* Accepted: *August 6, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผู้ให้ข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 8 คน 2) บุคลากรจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จำนวน 8 คน 3) ตัวแทนจากชุมชนรอบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 7 คน และ 4) ผู้แทนจากสภาการพยาบาล จำนวน 7 คน รวม 30 คน ได้มาโดยวิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และการสุ่มตัวอย่างแบบ Snowball เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความต้องการในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้แก่ 1.1) ความต้องการผลิตบัณฑิตพยาบาล 1.2) ความต้องการคุณลักษณะบัณฑิตพยาบาล และ 1.3) ความต้องการคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ 2) ความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้แก่ 2.1) ความคาดหวังเกี่ยวกับบัณฑิตพยาบาล 2.2) ความคาดหวังคุณลักษณะเฉพาะของบัณฑิตพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และ 2.3) ความคาดหวังในสมรรถนะแต่ละชั้นปีของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ผลการศึกษานี้ช่วยในการออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ให้สามารถผลิตบัณฑิตพยาบาลที่มีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล

และผดุงครรภ์ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และเป็นไปตามความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้เสีย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล สังคม และประเทศชาติ

คำสำคัญ : ความต้องการ, ความคาดหวัง, หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

Abstract

This research was a qualitative study with the objective of exploring the needs and expectations for opening a Bachelor of Nursing Science Program at the Faculty of Nursing, Kasetsart University. The informants consisted of four groups: 1) University staff from Kasetsart University (8 people), 2) Personnel from government and private hospitals at primary, secondary and tertiary levels (8 people), 3) Community members (7 people), and 4) Personnel from the Thailand Nursing and Midwifery Council (7 people), totaling 30 informants. The study employed a purposive selection and snowball technique to collect data. Data were gathered through in-depth interviews and analyzed using content analysis methods.

The research findings indicated two main points of needs and expectations for opening a Bachelor of Nursing Science program. The first point about the demand for opening the program included: 1.1) Demand for producing nursing graduates, 1.2) Demand for specific characteristics of nursing graduates, and 1.3) Demand for professional nursing skills. The second point about the expectation for opening the program included: 2.1) Expectations regarding nursing graduates, 2.2) Expectations for specific characteristics of nursing graduates, and 2.3) Expectations for competencies each academic year.

The results of this study help to design the Bachelor of Nursing Science Program, at the Faculty of Nursing, Kasetsart University. That can produce nursing graduates with knowledge and ability to practice nursing and midwifery, it is consistent with the Kasetsart University cultural context. According to the needs and expectations of stakeholders which is beneficial to the nursing profession, society, and the country.

Keywords: needs, expectations, Bachelor of Nursing Science Program

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสภาพปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอุปสรรคต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน องค์การอนามัยโลกจึงเรียกร้องให้ผู้นำของทุกประเทศให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนบุคลากรพยาบาลอย่างจริงจังและเร่งด่วน ซึ่งเป็นผลดีต่อประชากรตลอดจนเป็นการยกระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ (World Health Organization, 2022) ประเทศไทยมีปัญหาขาดแคลนบุคลากรพยาบาลสะสมมาเป็นระยะเวลานานกว่า 50 ปี การเพิ่มกำลังการผลิตมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในประเทศ จำนวน 104 แห่ง ผลิตพยาบาลใหม่ได้ปีละประมาณ 11,000 - 12,000 คนต่อปี (Sawangdee, 2017) และภายในปี พ.ศ. 2570 ประเทศไทยจำเป็นต้องมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 209,866 คน เพื่อรองรับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completely aged society) (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2021)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ได้รับการอนุมัติงบประมาณจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรีให้ดำเนินการสร้างโครงการอุทยานการแพทย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (ระยะแรก พ.ศ. 2567 - 2572) ซึ่งในการประชุมสภามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 6/2566 วันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้มีมติอนุมัติจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อรองรับการจัดตั้งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาวะของผู้ใช้บริการทุกช่วงวัย (Department of Physical Medicine, Kasetsart University, 2023)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้รับนโยบายจากมหาวิทยาลัยให้ผลิตบัณฑิตที่มีความรอบรู้ในศาสตร์การพยาบาล การผดุงครรภ์ ศาสตร์แห่งแผ่นดิน ศาสตร์ด้านชีวเกษตรสุขภาพ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีทักษะด้านดิจิทัลเพื่อนำไปใช้ในการเรียนรู้ตลอดชีวิต สามารถเท่าทันการเปลี่ยนแปลงของโลกอนาคต และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาความคาดหวังของผู้มีส่วนได้เสียในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และหลักสูตรอื่น ๆ ของสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณหรือตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ยังขาดในส่วนของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ช่วยสนับสนุนการจัดทำและพัฒนาหลักสูตร ในการเตรียมความพร้อมเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำเป็นต้องมีการศึกษามุมมอง ความต้องการของสังคมและบริบทรอบมหาวิทยาลัย อย่างหลากหลาย เพื่อจะได้เปิดหลักสูตรที่ตอบสนองความต้องการของสังคมโดยรอบด้านอย่างแท้จริง นอกจากนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ยังมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนคณะไปสู่เกณฑ์คุณภาพการศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ (Education Criteria for Performance Excellence: EdPEx) ตลอดจนการประกันคุณภาพหลักสูตรตามมาตรฐานเครือข่ายการประกันคุณภาพมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUN-QA) จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจากผู้มีส่วนได้เสียกับการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อนำไปสู่การออกแบบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย 1) บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ได้แก่ ผู้บริหาร อาจารย์ และนิสิตคณะต่าง ๆ จำนวน 8 คน 2) บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จำนวน 8 คน 3) ตัวแทนจากชุมชน ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 7 คน และ 4) ผู้แทนจากสภาการพยาบาล จำนวน 7 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน ซึ่งเพียงพอและเหมาะสมในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Sandelowski, 1995)

เกณฑ์การคัดเลือก ใช้วิธีการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้มีส่วนได้เสียกับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และ 2) เคยมีประสบการณ์ได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ และเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ ผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Snowball เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลคนต่อ ๆ ไป จนครบในแต่ละกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัยซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพจากสมาคมพฤติกรรมศาสตร์ และมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิงคุณภาพมาก่อน

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ถามเกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

3. แบบบันทึกภาคสนามสำหรับเขียนรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกส่วนตัว และความคิดเห็น

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งในการวิจัยนี้ใช้เป็นโทรศัพท์มือถือที่สามารถบันทึกเสียงได้

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เอกสารเลขที่ KUREC-SSR67/036 ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยตนเองและได้อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านรับทราบ ซึ่งในระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยมีความไวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสัมภาษณ์แล้วพบว่าผู้ให้ข้อมูลไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การเก็บรักษาข้อมูลขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บไว้ในรูปแบบไฟล์เสียงและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ในคอมพิวเตอร์ที่ต้องเข้ารหัสก่อนเข้าถึงข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเฉพาะข้อเท็จจริงที่ผ่านการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลแล้วเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยในครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล โดยมีการนัดหมายวันและเวลาไว้ล่วงหน้า และใช้สถานที่เป็นห้องประชุมขนาดกลางเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนาก่อนเริ่มสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกคนละ 30 - 60 นาที เมื่อจบการสนทนาในแต่ละครั้งจะมีการถอดเทปบันทึกเสียงเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ในการเตรียมการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป ซึ่งการดำเนินการเหล่านี้จะทำต่อเนื่องจนไม่พบข้อค้นพบใหม่หรือจนข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) (Hatch, 2023) และใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลซ้ำกับผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความถูกต้อง ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ถูกสัมภาษณ์ทุกคน และผู้วิจัยอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้รับการถอดเทปจากการบันทึกแบบคำต่อคำ

2. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) ดังนี้ 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ที่มีความเชี่ยวชาญการทำวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 3 คน 2) ความสามารถในการถ่ายโอน (transferability) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลให้ครอบคลุมและละเอียดครบถ้วนมากที่สุด เพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวและประสบการณ์ได้อย่างลุ่มลึก และ 3) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยการบันทึกเสียง และถอดเทปแบบคำต่อคำ และตรวจสอบข้อมูลกับบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55 ปี (*SD* = 6.56)

และ ร้อยละ 86.50 มีคุณวุฒิระดับปริญญาเอก 2) บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชนในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.50) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 52.28 ปี (*SD* = 5.35) ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.80 มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรี 3) ประชาชนตัวแทนจากชุมชนรอบมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 60.80) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60.55 ปี (*SD* = 8.33) และร้อยละ 55.30 มีคุณวุฒิระดับปริญญาตรี และ 4) ผู้แทนจากสภาการพยาบาล ส่วนใหญ่ร้อยละ 85.70 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.20 ปี (*SD* = 5.19) และร้อยละ 85.70 มีคุณวุฒิระดับปริญญาเอก

ข้อค้นพบเกี่ยวกับความต้องการและความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีด้วยกัน 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความต้องการในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย 1) ความต้องการผลิตบัณฑิตพยาบาล 2) ความต้องการคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาล และ 3) ความต้องการคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ความต้องการผลิตบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องการให้ผลิตบัณฑิตโดยปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม ทั้งในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ และการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย นอกจากนี้นักศึกษาพยาบาลต้องได้เห็นแบบอย่างที่ดีจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้สามารถสรุปเป็น 3 ด้านย่อยของความต้องการผลิตบัณฑิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ดังนี้

1) ด้านการออกแบบหลักสูตร ผลการศึกษาพบว่า หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตควรมีการออกแบบหลักสูตรให้ครอบคลุมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์และความต้องการของผู้มีส่วนได้เสีย และต้องมีการกำหนดกลยุทธ์การเรียนรู้ เพื่อพัฒนาบัณฑิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ให้มีความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การสร้างและพัฒนาหลักสูตรต้องครอบคลุมคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 4)

“ต้องมีกลยุทธ์ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้บัณฑิตพยาบาลเกษตรศาสตร์มีความเชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ โรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คน และความเสี่ยงก่อโรคทางการเกษตร” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 6)

“ต้องคำนึงถึงความทันสมัยและการเริ่มต้น เพื่อที่จะสามารถควบคุม กำหนดแนวทางที่ต้องการได้ ทั้งนี้ ต้องสอดคล้องกับปรัชญาและพันธกิจของมหาวิทยาลัย” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 5)

“การออกแบบการจัดการเรียนการสอนทั้งในห้องเรียน และกิจกรรมนอกห้องเรียนต้องคำนึงถึงกลุ่มเกษตรกร” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 2)

2) ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดความเป็นต้นแบบที่ดีจากอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงในด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งที่สำคัญ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การมีครูที่เป็นตัวอย่างที่ดีด้านการพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บัณฑิตอยากประพฤติปฏิบัติตาม” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 6)

“การถ่ายทอดความเป็นต้นแบบที่ดีจากอาจารย์และรุ่นพี่เป็นสิ่งสำคัญ” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 1)

“ต้นแบบที่ดีต้องมาจากคณาจารย์” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 2)

“การมีอาจารย์ผู้สอนที่มีสมรรถนะสูงและเป็นผู้นำทางการพยาบาลก็เป็นสิ่งสำคัญ” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 5)

3) ด้านจริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า เป็นสิ่งที่เกิดจากกระบวนการอบรมและปลูกฝังคุณธรรมและจริยธรรมทางการพยาบาลและการดำเนินชีวิต ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ควรปลูกฝังจิตสำนึกในการมีน้ำใจบริการ และมีทักษะในการพยาบาล ตลอดจนมีจรรยาบรรณในวิชาชีพ ในหลักสูตรการเรียนการสอน” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 8)

“ควรปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมทั้งในการปฏิบัติงานในวิชาชีพ และการดำเนินชีวิต” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 6)

“ควรปลูกฝังจิตสำนึกของนิสิตตั้งแต่แรกรับ เช่น กิจกรรมรับน้องโดยการต้อนรับจากชุมชน กิจกรรมการนั่งสมาธิสวดมนต์เน้นชุมชน” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 1)

1.2 ความต้องการคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาล ควรเป็นผู้ที่มีองค์ความรู้ สามารถปฏิบัติการพยาบาล สร้างสรรค์ผลงานใหม่ทางการแพทย์และการพยาบาล มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและสังคม สามารถทำงานเป็นทีม และมีความรอบรู้เชี่ยวชาญในงานที่รับผิดชอบ จากทั้งหมดที่กล่าวมา สามารถแบ่งเป็นคุณลักษณะได้ 3 ด้าน ดังนี้

1) มีความรู้ ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีองค์ความรู้ที่ทันสมัยและมีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ต้องมีองค์ความรู้ที่ทันสมัย สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้ง มีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ เห็นอกเห็นใจ และเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการอย่างแท้จริง” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 2)

“มีความรู้ทันสมัย ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วย” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 1)

2) ทำงานเป็นทีม ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรสามารถทำงานเป็นทีมได้ มีความรอบรู้เชี่ยวชาญในงานที่รับผิดชอบ เป็นกัลยาณมิตรที่ดีต่อกันให้เกียรติกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“การมีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาชีพและสังคม ควรให้เกิดขึ้นแก่นิสิตโดยเร็ว” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 8)

“สามารถทำงานเป็นทีมได้ มีความรอบรู้เชี่ยวชาญในงานที่รับผิดชอบ ซื่อสัตย์ มีน้ำใจรับผิดชอบ” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 3)

“เป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลและสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นและองค์กรได้” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 3)

“การทำงานร่วมกันในสหวิชาชีพซึ่งในอนาคตพยาบาลจะต้องมีบทบาทนี้มากขึ้น” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 2)

3) เป็นคนดี ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีความเอื้ออาทร เอาใจใส่ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติระหว่างวิชาชีพ บนพื้นฐานการมีจิตสำนึกในความรักประเทศ รักสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มีความเอื้ออาทร มีน้ำใจ ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม สม่ำเสมอ” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 5)

“ความเอาใจใส่เป็นศาสตร์จากความรู้ ความคิด ความสามารถ ทักษะ เป็นศิลปะในการร่วมงานกันทำให้เกิด รู้งาน รู้ตน รู้คน” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 6)

“เด็ก ๆ ต้องเป็นผู้ที่มีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลและสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นและองค์กรได้” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 6)

“มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ให้เกียรติระหว่างวิชาชีพ” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 6)

1.3 ความต้องการคุณลักษณะพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ถูกต้องครอบคลุม และมีจิตบริการทำงาน อ่อนน้อม เอื้ออาทรกับผู้ใช้บริการ และสามารถปรับตัวให้ทันสมัยเท่าทันสถานการณ์ โดยสามารถแบ่งคุณลักษณะที่กล่าวมานี้ได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) พยาบาลมืออาชีพ ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยและญาติ และมีทัศนติที่ดีต่อการพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พยาบาลมืออาชีพที่เก่งต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 2)

“พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เข้าใจในภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 3)

“พยาบาลมีความเป็นมืออาชีพในการดูแลผู้ป่วย พูดจาสุภาพ เป็นมิตรกับประชาชน” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 5)

2) พยาบาลยุคใหม่ ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีสามารถในการปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุค Digital Era รวมทั้งเปิดโลกกว้างและตามทันสถานการณ์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“พยาบาลสายพันธุ์ใหม่ต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุค Digital Era” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 2)

“พยาบาลวิชาชีพในยุค 4.0 ควรมุ่งเน้นการมองหาการปฏิบัติที่ดีที่สุดทางด้านการพยาบาล” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 4)

“ต้องปรับตัวให้ทันสมัย เท่าทันสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการ” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 4)

“พยาบาลต้องเปิดใจกว้างและตามทันสถานการณ์” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 4)

3) พยาบาลบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ผลการศึกษาพบว่า บัณฑิตพยาบาลควรมีน้ำใจ เมตตา กรุณา พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีจิตบริการทำงานด้วยใจ อ่อนน้อม และเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“มีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือบุคคลอื่น มีความมั่นคงทางอารมณ์ นุ่มนวลอ่อนหวาน มีน้ำใจ ละเอียดรอบคอบ เมตตากรุณา ยิ้มแย้มแจ่มใส” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 6)

“มีจิตสำนึกในการให้บริการ” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 8)

“ต้องการพยาบาลมีจิตบริการทำงาน อ่อนน้อม เอื้ออาทรผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 1)

“มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจให้เกียรติระหว่างวิชาชีพ” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 3)

2. ความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ประกอบด้วย 1) ความคาดหวังเกี่ยวกับบัณฑิตพยาบาล 2) ความคาดหวังคุณลักษณะเฉพาะของบัณฑิตพยาบาล และ 3) ความคาดหวังสมรรถนะแต่ละชั้นปี สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 ความคาดหวังเกี่ยวกับบัณฑิตพยาบาล ที่ควรให้ความสำคัญการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย มีความใกล้ชิดและเข้าถึง

ประชาชน ทำงานเคียงข้างประชาชนบนพื้นฐานความรู้ ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล และผดุงครรภ์ โดยบูรณาการศาสตร์การเกษตร เทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม จากผลการศึกษาสามารถแบ่งมุมมองได้ 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเกษตร ผลการศึกษาพบว่า ควรมีความรอบรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมด้านเกษตรกรรมต่าง ๆ ในชุมชน สามารถคัดกรองความเสี่ยงโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืชและสัตว์ และส่งเสริมการรักษาสุขภาพแบบยั่งยืนด้วยพืชผักสมุนไพรของไทย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"สุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับชีวภาพเกษตรกรรม อาชีพ โรคอุบัติใหม่ ตามปณิธานของการก่อตั้ง" (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 2)

"ควรมีความรอบรู้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมด้านเกษตรกรรมต่าง ๆ ในชุมชนนำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 2)

"สามารถคัดกรองความเสี่ยงของโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืชและสัตว์ โรคที่ติดต่อจากสัตว์ และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 3)

"พยาบาลจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ควรมีความรู้พื้นฐานเรื่องพืชและพื้นฐานทางด้านการเกษตร" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 4)

2) ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล ผลการศึกษาพบว่า ควรมุ่งเน้นเรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับบัณฑิตพยาบาลเกษตรศาสตร์ โดยมีการบูรณาการการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาในการจัดการเรียนการสอน จะทำให้บัณฑิตพยาบาลที่จบไปมีทักษะด้านการใช้ข้อมูลสารสนเทศและรู้เท่าทันเทคโนโลยีดิจิทัลมากกว่าการเรียนพยาบาลสมัยเมื่อก่อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"อัตลักษณ์ของบัณฑิตพยาบาลที่สอดคล้องกับมหาวิทยาลัย ควรเน้นเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับพยาบาลเกษตรศาสตร์" (บุคลากรมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ คนที่ 3)

"เป็นพยาบาลที่สามารถใช้ภูมิปัญญาตามเทคโนโลยีสมัยใหม่สู่ชุมชนได้" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 4)

"หลักสูตรที่เปิดใหม่ควรที่จะมีการบูรณาการเรื่องการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ ๆ เข้ามาสู่การเรียนการสอน" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 1)

"มีองค์ความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศและสามารถเลือกใช้ได้อย่างรู้เท่าทันหรือมีความรอบรู้ด้านเทคโนโลยีกับสุขภาพและการเกษตร" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 2)

3) ด้านนวัตกรรม ผลการศึกษาพบว่า ควรมีความคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนาคุณภาพและสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลและด้านชีวเกษตรสุขภาพที่สังคมอนาคตต้องการ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถโดดเด่นด้านการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพ" (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 6)

"คิดนวัตกรรมเก่ง" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 8)

"เป็นนวัตกรด้านการให้บริการชีวการแพทย์ที่สังคมอนาคตต้องการ" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 6)

"สามารถสร้างสรรค์ผลงานด้านนวัตกรรมการเกษตรสุขภาพสมัยใหม่นำสู่ชุมชน" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 1)

2.2 ความคาดหวังคุณลักษณะเฉพาะของบัณฑิตพยาบาล ควรเป็นผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ โรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คนและความเสี่ยงก่อโรคทางการเกษตร เพื่อสร้างสรรค์

องค์ความรู้ใหม่สู่การเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งสามารถแบ่งคุณลักษณะเฉพาะนี้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1) ด้านเกษตรสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เป็นบัณฑิตพยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพของอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยจากการเกษตรทั้งพืช สมุนไพร และสัตว์ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"พยาบาลมืออาชีพ อดทน เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพให้แก่เกษตรกร และประชาชนทั่วไป" (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 1)

"เชี่ยวชาญการส่งเสริมสุขภาพแบบยั่งยืนด้วย พืชพันธุ์ ธัญญาหารของไทย" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 2)

"พยาบาลควรมีความรู้ด้านสมุนไพร" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 5)

"เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับการเกษตรทั้งพืช สัตว์ และจุลินทรีย์ โรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คน และความเสี่ยงก่อโรคทางการเกษตร" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 5)

2) ด้านองค์ความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ต้องมีพื้นฐานทางการพยาบาล การบริการที่เป็นเลิศ สามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์อื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ และรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"มีความรู้เข้าใจในพื้นฐาน มีทัศนคติ ทักษะตามวิชาชีพ และมุ่งสร้างสรรค์พัฒนาตนเอง" (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 3)

"มีความรู้และความเข้าใจในศาสตร์พื้นฐานวิชาชีพพยาบาล" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 6)

"สามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์อื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงรู้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 2)

"สามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์อื่น ๆ เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 7)

3) ด้านความคิดสร้างสรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมโดยบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์การแพทย์แห่งแผ่นดินเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

"สร้างสรรค์ผลงานนวัตกรรมและประยุกต์ใช้ศาสตร์การแพทย์แห่งแผ่นดิน" (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 7)

"บูรณาการความรู้ทางการพยาบาลพัฒนาให้ทันสมัย" (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 8)

"ให้บริการอย่างชาญฉลาด เป็นปราชญ์ทางสิ่งแวดล้อมโดยสร้างสรรค์ผลงานใหม่ให้สังคม" (ตัวแทนชุมชน คนที่ 6)

"เน้นการเรียนรู้ตลอดชีวิตทั้งด้านความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะด้านการสื่อสาร และการสร้างนวัตกรรม" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 1)

2.3 ความคาดหวังสมรรถนะแต่ละชั้นปีของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คือ นิสิตทุกชั้นปีมีคุณธรรม จริยธรรมจรรยาบรรณวิชาชีพควบคู่กับความรู้และทักษะการพยาบาล โดยสามารถประยุกต์ใช้ศาสตร์และความรู้ด้านการพยาบาลอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพที่สภาการพยาบาลกำหนด ผลการศึกษาสามารถแบ่งสมรรถนะได้ 3 ด้าน ดังนี้

1) สมรรถนะด้านความรู้และทักษะ ผลการศึกษาพบว่า นิสิตควรมีความรู้พื้นฐาน มีคุณธรรมจริยธรรมวิชาชีพ และมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล รวมไปถึงคุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ปี 1 ควรเป็นผู้ใฝ่รู้ มีความรู้ ปี 2 เป็นผู้มีการคิด วิเคราะห์ ปี 3 เป็นผู้มีความสามารถมีทักษะในวิชาชีพ ปี 4 เป็นผู้มีที่สามารถบูรณาการและนำความรู้ไปสู่การประยุกต์ใช้” (บุคลากรมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ คนที่ 1)

“ชั้น 1 เสียสละ ใฝ่หาความรู้ ชั้น 2 รักงานบริการ เพิ่มพูนความรู้ สร้างความชำนาญ ชั้น 3 พร้อมปฏิบัติงานผู้ช่วย จิตสาธารณะ ชั้น 4 พร้อมทำงานและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 3)

“ชั้นปีที่ 1 มีความรู้ความสามารถ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสำนึกรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงาน ชั้นปีที่ 2 รู้จักคิดเป็นแก้ปัญหาได้ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจผู้อื่น ชั้นปีที่ 3 มีพฤติกรรมจริยธรรมทางการพยาบาล เช่นความสุภาพอ่อนโยน ความรับผิดชอบ ความอดทน ความเมตตากรุณา ความร่วมมือสามัคคี ความมีระเบียบวินัย ความเคารพในความเป็นมนุษย์ ชั้นปีที่ 4 มีทักษะการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประโยชน์ต่อผู้อื่นโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน” (ตัวแทนชุมชน คนที่ 2)

“ชั้นปีที่ 1 มีความรู้พื้นฐานวิชาชีพ คุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะชั้นปีที่ 2 มีความรู้ด้านวิชาชีพ คุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะชั้นปีที่ 3 มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล คุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะชั้นปีที่ 4 ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล คุณธรรม จริยธรรม” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 4)

2) สมรรถนะด้านมาตรฐานวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่า นิสิตควรมีสมรรถนะที่บัณฑิตพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษาควรมี และสอดคล้องตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ 6 ด้าน ของมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2560) และสภาการพยาบาลกำหนด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“สมรรถนะที่ 1 ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมาย สมรรถนะที่ 2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วย สมรรถนะที่ 3 ด้านคุณลักษณะวิชาชีพ สมรรถนะที่ 4 ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ สมรรถนะที่ 5 ด้านวิชาการและการวิจัย สมรรถนะที่ 6 ด้านการพัฒนาคุณภาพ” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 5)

“สมรรถนะของนิสิตพยาบาล ควรพิจารณากำหนดจากสมรรถนะที่บัณฑิตพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาควรมีและสอดคล้องกับมาตรฐานผลการเรียนรู้ทั้ง 6 ด้าน ที่กำหนดอยู่ในมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ (พ.ศ. 2560) และสอดคล้องกับประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง สมรรถนะหลักของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี ปริญญาโท ปริญญาเอก สาขาพยาบาลศาสตร์ ฯ (พ.ศ. 2561)” (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 7)

3) สมรรถนะด้านการประยุกต์ ผลการศึกษาพบว่า นิสิตประยุกต์ใช้ความรู้ศาสตร์ทางการพยาบาล วิจัย และนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทุกมิติทางการพยาบาล ทุกช่วงวัยในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ชั้นปีที่ 1 อ่านงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ชั้นปีที่ 2 นำผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพมาดูแลผู้รับบริการ ชั้นปีที่ 3 ออกแบบงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ ชั้นปีที่ 4 ผลิตผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมด้านสุขภาพ” (บุคลากรผู้มีส่วนได้เสียจากโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน คนที่ 8)

“ชั้นปีที่ 1 ประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพ ชั้นปีที่ 2 ประยุกต์ความรู้และปฏิบัติทางการพยาบาล และบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพทุกมิติทั้งใน

ภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน ชั้นปีที่ 3 ประยุกต์ความรู้และปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกมิติทางการพยาบาล ทุกช่วงวัยในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงและทุกระยะของการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและไม่ซับซ้อน ประยุกต์ความรู้และปฏิบัติการผดุงครรภ์ในการดูแลมารดา ทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดปกติ และมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพแบบองค์รวม บนพื้นฐานความปลอดภัยทุกมิติของการพยาบาลได้ ชั้นปีที่ 4 ประยุกต์ความรู้ทางการพยาบาลบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทุกมิติทางการพยาบาลทุกช่วงวัย ในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงและทุกระยะของการเจ็บป่วย" (ผู้แทนจากสภาการพยาบาล คนที่ 1)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาความต้องการในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า มีความต้องการให้บัณฑิตพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ โดยสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง ครอบคลุม และมีจิตบริการทำงานอ่อนน้อม เอื้ออาทรกับผู้ใช้บริการ และสามารถปรับตัวให้ทันสมัยเท่าทันสถานการณ์ จากข้อค้นพบในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบัณฑิตพยาบาลที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะด้านคุณธรรมจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งจากการศึกษาของ Thesingh and Saraphok (2020) ที่ได้พัฒนารูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดโรงพยาบาลคุณธรรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล พบว่าพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ภายหลังการใช้รูปแบบการประยุกต์ใช้แนวคิดโรงพยาบาลคุณธรรม เพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่านักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.1 มีพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Salaprawan et al. (2020) ที่ได้พัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล แล้วพบว่านักศึกษามีคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วม ซึ่งจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้ทางหลักสูตรมีการจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการส่งเสริมด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพตั้งแต่รับผู้เรียนเข้ามาศึกษา อีกทั้งให้ความสำคัญกับการมีทัศนคติและเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพพยาบาลให้เกิดความคงอยู่ในวิชาชีพพยาบาลตลอดไป

ความคาดหวังในการเปิดหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พบว่า ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงวัย โดยให้นิสิตพยาบาลมีความใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชน สามารถทำงานเคียงข้างประชาชนบนพื้นฐานความรู้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยบูรณาการศาสตร์การเกษตร เทคโนโลยีดิจิทัล และนวัตกรรม ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการที่บัณฑิตพยาบาลสามารถเป็นผู้นำและสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ และจากการศึกษาของ Yingyuad et al. (2020) ที่ได้พัฒนาการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานต่อทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 พบว่า ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยทักษะในศตวรรษที่ 21 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การเรียนรู้จากการจัดการเรียนรู้โดยใช้นวัตกรรมเป็นฐานอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiboonchai et al. (2020) ที่พัฒนารูปแบบการเรียนการสอนในคลินิกโดยใช้วิจัยเป็นฐานเพื่อส่งเสริมความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการสร้างสรรค์นวัตกรรมทางการพยาบาลหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลงานนวัตกรรมสำเร็จตามเป้าหมาย ความคิดเห็นในภาพรวมของนักศึกษาพยาบาลนั้นรู้สึกดีต่อการเรียนรู้ที่ใช้วิจัยเป็นฐาน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพของบัณฑิตพยาบาลของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ควรมุ่งพัฒนาให้มีทักษะการสร้างสรรค์นวัตกรรม เพราะเป็นสิ่งที่เป็นความคาดหวังอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานในยุคปัจจุบันและอนาคต และนำไปสู่การพัฒนางานและคุณภาพการพยาบาลให้มีมาตรฐานที่สูงขึ้น

ข้อค้นพบทั้งหมดที่กล่าวมานั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมโยงไปสู่การกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตร (Program Learning Outcomes: PLOs) ที่จะทำให้การผลิตบัณฑิตพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ มีความทันสมัย สอดคล้องกับบริบทของมหาวิทยาลัย ตลอดจนตอบสนองต้องการและความคาดหวังของประชาชน ชุมชน สังคม และประเทศชาติ นำไปสู่ความคุ้มค่าในการลงทุนผลิตบัณฑิตพยาบาลเพื่อการดูแลสุขภาวะของเกษตรกรและประชาชนที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ควรออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ให้ครอบคลุมสถานการณ์การเจ็บป่วยตามปกติ และการเจ็บป่วยจากการเกษตรทั้งพืช สมุนไพร และสัตว์ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจในบทบาทและประยุกต์ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

2. ควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยไปพัฒนาศักยภาพของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงในการเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับผู้เรียน

เอกสารอ้างอิง

Department of Physical Medicine, Kasetsart University. (2023). *Medical Park Project Kasetsart University.* Bangkok: Kasetsart University.

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

Hatch, J. A. (2023). *Doing qualitative research in education settings*. State university of New York press.

Salaprawan, A., Chansuk, N., & Deeprasit, M. (2022). Development of desired morality and ethics of second-year Bachelor of Nursing Science students by involving parents through the Line application program. *Journal of Health and Nursing Education, 28*(1), 1-13.

Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health, 18*(2), 179-183.

Sawangdee, K. (2017). The crisis of shortage of professional nurses in the health service units of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health: Policy proposals. *Journal of Public Health, 26*(2), 456-468.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2021). *Report on the working status of nurses in Thailand, Nursing and Midwifery Council committee meeting, November 11,* 2021. Nonthaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council.

Thesingh, C., & Saraphok, P. (2020). Development of a model for applying the concept of moral hospital to develop moral and ethical behavior of nursing students. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, 6*(1), 108-122.

Wiboonchai, N., Anekwit, N., Thaiwong, A., Saenchan, M., & Bunditthaworn, K. (2020). Development of teaching and learning models in clinics. Using research as a base to promote the ability to create nursing innovations for nursing students. *Journal of Nursing and Education, 13*(2), 77-92.

World Health Organization. (2022). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.* Geneva.

Yingyuad, P., Tangkratok, P., Pianthanyakarm, N., Attham, W., Phalachai, T., & Sangkhaphong, A. (2020). Results of learning using innovation as a base. Toward learning skills in the 21st century and learning experiences of nursing students. *Journal of Research in Health Sciences, 14*(2), 58-69.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของไผ่ล้อมโมเดลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

EFFECTS OF THE PHAILOM MODEL ON FALL PREVENTION AMONG OLDER ADULTS IN URBAN COMMUNITIES

พวงพันธ์ วุฒิยาสกุล[1] กมลภู ถนอมสัตย์[2,*]
Poungpun Wutiyasakol Kamollabhu Thanomsat
[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
Registered Nurse, Senior professional level, Community Nursing Department, Nakhon Pathom Hospital, Nakhon Pathom Province, 73000, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม 73000
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom, 73000, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: kamollabhu@webmail.npru.ac.th

Received: *April 14, 2024* Revised: *August 23, 2024* Accepted: *December 12, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อเปรียบเทียบผลการใช้ไผ่ล้อมโมเดลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ด้านความเสี่ยงต่อการการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 96 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 48 คน เลือกมาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย 2) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ 3) การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการทดสอบทีแบบ Independent

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.275, p =.029) และกลุ่มทดลองมีความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันภาวะพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.374, 6.303, 5.798, p = .000) ตามลำดับ

ดังนั้น หน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิจึงควรนำรูปแบบกิจกรรมตามไผ่ล้อมโมเดลไปปรับใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันพลัดตกหกล้มในบริบทของชุมชน

คำสำคัญ : ไผ่ล้อมโมเดล, การพลัดตกหกล้ม, ผู้สูงอายุ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the effects of The Phailom model on fall risk, balance ability, leg muscle strength, and fall prevention behavior among elderly individuals in urban communities. The study involved 96 older adults from urban communities in the Mueang Nakhon Pathom District, Nakhon Pathom Province, Thailand. They were equally divided into a control group and an experimental group. Participants were selected using multi-stage random sampling. The research instruments included: 1) the Thai Falls Risk Assessment test (Thai-FRAT) for fall risk assessment, 2) the Timed Up and Go test (TUGT) for balance assessment, 3) the 30-Second Chair Stand Test (30s-CST) for leg muscle strength evaluation, and 4) a fall prevention behavior assessment with a reliability of .87. Data were analyzed using mean, standard deviation, and independent *t*-test.

The findings indicated that participants in the experimental group who engaged in activities based on the Phailom model had significantly lower fall risk than those in the control group at the .05 significance level (t = -2.275, p = .029). Furthermore, the experimental group demonstrated significantly higher balance ability, leg muscle strength, and fall prevention behaviors compared to the control group at the .05 significance level (t = -5.374, 6.303, 5.798, p = .000, respectively).

Therefore, these findings suggested that primary healthcare services should implement the Phailom model to promote the health of older adults and prevent falls, particularly within the context of urban communities.

Keywords: Phailom model, fall, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจรองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุบนถนนทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ซึ่งมีสถิติเพิ่มขึ้นปีละประมาณ 2,000 คน และมีอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุมากกว่าทุกกลุ่มอายุมากถึง 3 เท่า (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2017; James et al., 2020) นอกจากนี้ ยังมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่พลัดตกหกล้มซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้มจะมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น 2 - 3 เท่าและร้อยละ 5 - 10 ของผู้สูงอายุที่พลัดตกหกล้มมีโอกาสได้รับบาดเจ็บรุนแรงถึงกระดูกหักหรือเกิดความพิการได้ (Kaur, Kaur, Devgun, & Sharma, 2018) ผลจากการพลัดตกหกล้มจึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

การศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ 1) การมองเห็น ผู้สูงอายุมักมีการมองเห็นไม่ชัด ตาพร่ามัว หรือโรคต้อกระจกจึงทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย 2) ข้อต่อและเอ็น เมื่ออายุเพิ่มขึ้นข้อต่อและเอ็นที่ถูกใช้งานมานานจะเริ่มเสื่อมและอ่อนแอลง ส่งผลต่อการทรงตัว จึงทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม 3) ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้สูงอายุมีปัญหาปัสสาวะบ่อยหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ต้องรีบเร่งในการเข้าห้องน้ำ จึงเกิดการพลัดตกหกล้มได้บ่อยครั้ง 4) ความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือโรคพาร์กินสันที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ และ

มีการเคลื่อนไหวที่ล้าช้า จะทำให้มีปัญหาการทรงตัว เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงเช่นกัน และ 5) การได้รับยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยานอนหลับ ยาต้านการซึมเศร้า ยาเหล่านี้ส่งต่อระดับความรู้สึกตัวและการควบคุมการทรงตัว จึงมีโอกาสล้มได้ ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน เช่น พื้นต่างระดับ พื้นลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ บันไดชัน ไม่มีราวจับ ห้องน้ำลื่น ห้องครัวไม่เป็นระเบียบ และรองเท้าไม่เหมาะสม เป็นต้น (Alshammari et al., 2018; Manlapaz, Sole, Jayakaran, & Chapple, 2019; Sharif, Al-Harbi, Al-Shihabi, Al-Daour, & Sharif, 2018) สิ่งเหล่านี้ เป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถควบคุมได้ และสามารถปรับปรุงแก้ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนได้

ผลการสำรวจความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021) ปี พ.ศ.2563 - 2564 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐมเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนอำเภอเมืองนครปฐม และจากรายงานสถิติการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่อยู่ใน เขตชุมชนเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม พบว่า มีมากถึงร้อยละ 26.1 (Muang Nakhon Pathom District Public Health office, 2023) ดังนั้น เพื่อลดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน การวิจัยครั้งนี้จึงได้นำโมเดลระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดนวัตกรรมการดูแลสภาวะโรคเรื้อรัง (Innovative Care for Chronic Condition: ICCC) (World Health Organization: WHO, 2002) ที่เป็นแนวคิดในระดับกลาง (Meso-level) ขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ชุมชนเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน การจัดระบบบริการสุขภาพให้ชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ทุนและศักยภาพของชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดูแลสุขภาพในภาพรวม ดังนั้น การทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลชุมชนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะ อสม. เป็นหมอตัวแทน 1 ใน 3 หมอในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุในชุมชนจะปลอดภัย และยังสามารถต่อยอดโมเดลการป้องกันการพลัดตกหกล้มจากชุมชนไผ่ล้อมไปสู่ชุมชนอื่นในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลการใช้ไผ่ล้อมโมเดลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ด้านความเสี่ยงต่อการการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สมมุติฐานวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม หลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความสามารถในการทรงตัว หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดบางส่วนของนวัตกรรมการดูแลสภาวะเรื้อรัง (ICCC) ของ WHO

(2002) มาเป็นกรอบในการสร้างไผ่ล้อมโมเดลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง โดยนำเอาทรัพยากรและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ ประกอบด้วย 1) บุคคลสำคัญ ได้แก่ แกนนำชุมชนไผ่ล้อม คือ อสม. และ ผู้นำทางศาสนาซึ่งเป็นศูนย์รวมจิตใจของชุมชน คือ พระครูปลัดสิทธิวัฒน์ (หลวงพี่น้ำฝน) เจ้าอาวาสวัดไผ่ล้อม และ 2) กลุ่มองค์กรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อชุมชน คือ ชมรมผู้สูงอายุชุมชนไผ่ล้อม และ 3) โครงสร้างพื้นฐานในชุมชน ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่วัดไผ่ล้อม อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ซึ่งใช้เป็นสถานที่หลักในการรวมกลุ่มทำกิจกรรม นอกจากนี้ ในการวิจัยนี้ยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม การทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตลอดจน เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อลด/ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนไผ่ล้อม และมีการสร้างการส่วนร่วมกับส่วนงานต่าง ๆ เช่น กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนครปฐม เพื่อช่วยเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้การดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experimental research, pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 - 75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม จำนวน 17,542 คน (Nakhon Pathom Statistics Office, 2023)

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 75 ปี ที่ได้จากการสุ่มประชากรแบบหลายขั้นตอน เริ่มจากสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) จาก 75 ชุมชน ในอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม มา 2 ชุมชน แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) พร้อมกับใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้ในการคัดเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า 1) มีการทรงตัวในระดับดี โดยผ่านการทดสอบ Timed Up and Go Test ซึ่งใช้เวลาน้อยกว่า 30 วินาที 2) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับยาที่มีผลต่อจิตประสาท 3) มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Barthel Activities of Daily Living (Barthel ADL) (Department of Health, 2014) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมทดสอบ โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วยแบบประเมิน Mental State Examination Thai (MSET 10) (Boongird, 2018) ซึ่งถ้าไม่ได้เรียนหนังสือ หรืออ่าน/เขียนไม่ได้ ต้องได้ 14 คะแนนขึ้นไป ถ้าจบชั้นประถมศึกษาต้องได้ 18 คะแนนขึ้นไป และถ้าจบสูงกว่าชั้นประถมศึกษาต้องได้ 23 คะแนนขึ้นไป 5) ไม่มีภาวะซึมเศร้า โดยผ่านการประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 คำถาม (2Q) ที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Whooley, 2016) ถ้าตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้งสองข้อ ถือว่า “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” 6) ไม่มีประวัติโรคประจำตัวหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก ผู้สูงอายุประสบปัญหาอุปสรรคหรือไม่สบายใจในระหว่างการดำเนินกิจกรรม หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Aibar-Almazán et al. (2019) ที่ศึกษาผลของพิลาทิสต่อปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในสตรีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีค่า ES เท่ากับ .75 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ตัวอย่างกลุ่มละ

40 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Martínez-Mesa, González-Chica, Bastos, Bonamigo, & Duquia, 2014) ดังนั้น ตัวอย่างการวิจัยนี้แต่ละกลุ่มมีจำนวน 48 คน รวมทั้งหมด 96 คน

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ผู้วิจัยมีการจับคู่ (matched pairs) กลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยจับคู่อายุ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL) ให้ใกล้เคียงกัน เพื่อลดโอกาสในการเกิดความลำเอียง (bias) ในการทดสอบเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ “ไผ่ล้อมโมเดล” ซึ่งเป็นการทำงานแบบร่วมมือกันระหว่างพยาบาลชุมชนกับ อสม. มีรายละเอียดประกอบด้วย

1.1 แผนการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลป้องกันการพลัดตกหกล้ม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวม 18 ชั่วโมง ในทุกวันพุธ

ครั้งที่ 1 สูงวัยไม่ล้ม เป็นกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มตามหลัก 10 อ. และการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และดำเนินการจัดกิจกรรมตามคู่มือ “ความสุข 5 มิติ” สำหรับผู้สูงอายุ (Department of Mental Health Ministry of public health, 2015) โดยเริ่มจากสุขสบาย เป็นการบริหารร่างกายที่เน้นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและเข่า

ครั้งที่ 2 สุขสนุก เป็นกิจกรรมสร้างความสุขโดยการทำกิจกรรมเข้าจังหวะที่เน้นการบริหารต้นขาและเข่า

ครั้งที่ 3 สุขสง่า เป็นกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดี หรือความภูมิใจในอดีต สร้างความภาคภูมิใจในตนเอง เกิดความตระหนักในคุณค่าของตนเอง ฝึกการสื่อสารทั้งที่เป็นคำพูดและท่าที และการฟังอย่างใส่ใจ

ครั้งที่ 4 สุขสว่าง เป็นกิจกรรมบริหารสมองด้วยสองมือ เป็นการชะลอความเสื่อมของสมอง โดยกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้วัน เวลา สถานที่ การทดสอบความจำ การจัดกลุ่มคำ

ครั้งที่ 5 สุขสงบ เป็นกิจกรรม ฝึกสมาธิ ฝึกหายใจคลายเครียด

ครั้งที่ 6 ทบทวนโปรแกรมความสุข 5 มิติ และวางแผนร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง

1.2 คู่มือเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ความรอบรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การสร้างเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และบันทึกการทำกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส การมีบุตร อาชีพ โรคประจำตัว คนที่อาศัยอยู่ด้วย ผลการตรวจสุขภาพ และการนอนหลับ

2.2 แบบประเมินการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.2.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Risk Assessment test: Thai-FRAT) ของ Thiamwong, Thamarpirat, Maneesriwongul, and Jitapunkul (2008) โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศ การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยา ประวัติการพลัดตกหกล้ม สภาพบ้านที่อาศัยอยู่ เกณฑ์การแปลผล คือ ผู้ที่ได้คะแนนรวม 4 - 11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

2.2.2 แบบประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed Up and Go

Test: TUGT) ของ Podsiadlo and Richardson (1991) เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ การแปลผล ผู้สูงอายุใช้เวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที หมายถึง ปกติ ใช้เวลา 11 - 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มปานกลาง และใช้เวลามากกว่า 20 วินาที หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูง

2.2.3 แบบประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน 30-Second Chair Stand Test (30s-CST) ของ Roongbenjawan and Siriphorn (2020) ซึ่งเป็นการนับจำนวนครั้งที่ลุกนั่งได้ภายใน 30 วินาที การแปลผลใช้การเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ถ้าทำได้น้อยกว่า 8 ครั้ง หมายถึง กล้ามเนื้อขาไม่แข็งแรง

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นข้อคำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้เลือกตอบ จำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติบ่อยครั้ง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) พฤติกรรมและการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน จำนวน 11 ข้อ มีคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และคำถามเชิงลบ 2 ข้อ และ 2) การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ การแปลผลใช้คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับพอใช้ 2.01 - 2.50 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับปานกลาง และ 2.51 - 3.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับดี

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน ใช้สำหรับประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 1 เดือน ประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) ปัจจัยเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 2) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และ 3) แนวทางป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ การแปลผลผ่านเกณฑ์ หมายถึง คะแนนร้อยละ 80 (24 คะแนนขึ้นไป) กรณีที่ไม่ผ่านผู้วิจัยลงไปพัฒนาความรู้ให้ผู้สูงอายุในประเด็นที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อน และทำการทดสอบซ้ำจนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยด้านความตรงตามเนื้อหาใช้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) ของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และแบบทดสอบความรู้ เท่ากับ .82 .92 และ 1.00 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบเฉพาะเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน ซึ่งแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 และแบบทดสอบความรู้ ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .95 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีคุณภาพเครื่องมือทั้งด้านความตรงและความเที่ยง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 7/2565 ลงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนอธิบายสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

รวมทั้ง สามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ได้รับการเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และภายหลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัยที่ผลการวิจัยออกมามีผลดีและปลอดภัย กลุ่มควบคุมทุกคนได้รับการเชิญชวนเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย แล้วดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และเข้าพบประธานชมรมผู้สูงอายุวัดไผ่ล้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม หลังจากนั้นจึงดำเนินกิจกรรมการวิจัย โดยมี อสม. เป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทุกคนได้ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างความรู้และการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 ตั้งแต่วันจันทร์ - ศุกร์ ซึ่งมีการคัดเลือกตัวอย่างวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก และเริ่มทำวิจัยทีละกลุ่ม เริ่มจากกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วจึงใช้ไผ่ล้อมโมเดลกับกลุ่มทดลอง มีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเขปดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และให้การพยาบาลตามปกติ ได้แก่ สุขศึกษาเรื่องการป้องกันพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และแจกแผ่นพับประกอบการสอน แล้วนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 13 เพื่อประเมินความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอีกครั้ง

กลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ทำแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังจากนั้น ดำเนินการตามไผ่ล้อมโมเดล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง รวม 18 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ครั้งแรกที่พบกัน ผู้วิจัยประสานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ช่วยกระตุ้นเตือน โดยแนะนำการใช้วีดิทัศน์ออนไลน์ การออกกำลังกาย และมีการมอบหมายให้ อสม. เป็นที่ปรึกษา 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และผู้วิจัยมีการโทรศัพท์เพื่อกำกับติดตามและให้ทำแบบทดสอบความรู้ในหว่างดำเนินการไผ่ล้อมโมเดล รวมทั้ง มอบหมายให้ผู้ป่วยหรือญาติบันทึกการออกกำลังกายตามแบบบันทึกในคู่มือความรอบรู้เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และในสัปดาห์ที่ 13 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเช่นเดียวกับก่อนเริ่มการใช้ไผ่ล้อมโมเดลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบผลการใช้ไผ่ล้อมโมเดลต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ *t*-test แบบ Independent ซึ่งข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการวิเคราะห์ด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มีกลุ่มละ 48 คน กลุ่มทดลองที่ได้ใช้ไผ่ล้อมโมเดลกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.08 และ 70.83) เป็นผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี (ร้อยละ 81.25 และ 77.08) ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มทดลองจบชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งพอ ๆ กับกลุ่มควบคุมที่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 54.17 และ 52.09) และทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวในจำนวนพอ ๆ กัน (ร้อยละ 56.25 และ 50.00) และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัว (89.58 และ 93.75) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 96)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (*n* = 48)	กลุ่มควบคุม (*n* = 48)
	n (%)	*n* (%)
เพศ		
ชาย	11 (22.92)	14 (29.17)
หญิง	37 (77.08)	34 (70.83)
อายุ (ปี)	*Min - Max* = 60 - 71, *M* = 63.09, *SD* = 2.63	*Min - Max* = 60 - 71, *M* = 62.96, *SD* = 2.54
60 – 69 ปี	39 (81.25)	37 (77.08)
70 ปีขึ้นไป	9 (18.75)	11 (22.92)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	22 (45.83)	25 (52.09)
ตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป	26 (54.17)	23 (47.91)
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	27 (56.25)	24 (50.00)
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	21 (43.75)	24 (50.00)
ความดันโลหิตสูง	18 (79.17)	19 (79.17)
เบาหวาน	4(19.05)	3 (12.50)
อื่น ๆ	3 (14.29)	4 (16.67)
การพักอาศัย		
อยู่กับสมาชิกครอบครัว	43 (89.58)	45 (93.75)
อยู่คนเดียวตามลำพัง	5 (10.42)	3 (6.25)

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังการทดลองลดลงจากร้อยละ 85.42 เป็นร้อยละ 81.28 ความสามารถในการทรงตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 64.58 เป็น 75.00 และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีขึ้นจากที่อยู่ในระดับปกติ พัฒนาเป็นกลุ่มที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาสูงกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 14.58 ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบว่าในภาพรวมไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 96)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (*n* = 48)		กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	
	ก่อนทดลอง *n* (%)	หลังทดลอง *n* (%)	ก่อนทดลอง *n* (%)	หลังทดลอง *n* (%)
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT)				
มีความเสี่ยง (4 - 11 คะแนน)	41 (85.42)	39 (81.25)	40 (83.33)	40 (83.33)
ไม่มีความเสี่ยง (0 - 3 คะแนน)	7 (14.58)	9 (18.75)	8 (16.67)	8 (16.67)

ตาราง 2 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 96) (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (*n* = 48)		กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	
	ก่อนทดลอง *n* (%)	หลังทดลอง *n* (%)	ก่อนทดลอง *n* (%)	หลังทดลอง *n* (%)
ความสามารถในการทรงตัว (TUGT)				
เสี่ยงต่อการหกล้มระดับปานกลาง (11 - 20 วินาที)	17 (35.42)	12 (25.00)	13 (27.08)	14 (29.17)
ปกติ (< 11 วินาที)	31 (64.58)	36 (75.00)	35 (72.92)	34 (70.83)
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (30s-CST)				
ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 8 ครั้งใน 30 วินาที)	22 (45.83)	15 (31.25)	20 (41.67)	23 (47.92)
ปกติ (8 ครั้งใน 30 วินาที)	26 (54.17)	26 (54.17)	28 (58.33)	25 (52.08)
สูงกว่าเกณฑ์ (มากกว่า 8 ครั้งใน 30 วินาที)	0 (0.00)	7 (14.58)	0 (0.00)	0 (0.00)

ผลการทดสอบประสิทธิผลของไผ่ล้อมโมเดลก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -2.275, p = .029) ในขณะที่ความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.374, p =.000) มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.303, p = .000) และมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -5.798, p = .000) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 96)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*MD*	SE_{MD}	*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*				
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai-FRAT)								
กลุ่มทดลอง (*n* = 48)	4.27	.91	4.20	.96	.63	.19	-2.275	.029
กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	4.18	.95	4.22	.98	-.42	.20		
ความสามารถในการทรงตัว (TUGT)								
กลุ่มทดลอง (*n* = 48)	9.71	1.34	9.46	1.28	.25	.53	-5.374	.000
กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	9.58	1.29	9.88	1.20	-.29	.46		
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (30s-CST)								
กลุ่มทดลอง (*n* = 48)	16.15	3.66	17.92	3.58	-1.77	1.86	-6.303	.000
กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	16.19	3.68	16.01	3.33	1.88	1.08		
พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม								
กลุ่มทดลอง (*n* = 48)	2.15	.34	2.58	.28	-.43	.12	-5.798	.000
กลุ่มควบคุม (*n* = 48)	2.14	.36	2.18	.33	-.43	.13		

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุชุมชนเมืองกลุ่มทดลองที่ได้ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีความสามารถในการทรงตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากในไผ่ล้อมโมเดลมีการให้ความรู้และฝึกการป้องกันการพลัดตกหกล้มโดยใช้การสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 10 อ. และมีการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบเลือดไหลเวียนโดยเฉพาะบริเวณช่วงขาด้านหน้า ด้านหลัง และด้านใน จึงทำให้กล้ามเนื้อบริเวณขามีการพัฒนาและมีความแข็งแรงมากขึ้นกว่าเดิม และเพิ่มความสามารถในการทรงตัวซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาของ Eckert, Tarleton, Pellerin, Mooney, and Gell (2022) ที่พบว่าโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และการศึกษาของ Ming, Zecevic, Hunter, Miao, and Tirona (2021) พบว่าการให้ผู้สูงอายุได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยลดโอกาสเกิดการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้สูงอายุได้ และจากการศึกษาของ Zarei, Norasteh, and Koohboomi (2020) พบว่าส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและองศาการเคลื่อนไหวของขาจะช่วยรักษาสมดุลและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้

นอกจากนี้ ในไผ่ล้อมโมเดลยังมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมด้วยกิจกรรมสุขสงบโดยใช้สมาธิ การฟังอย่างใส่ใจ การทบทวนความภาคภูมิใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจากการสอบถามผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุบอกว่าตนเองสามารถนอนหลับได้มากขึ้นหลังจากการฝึกตามกิจกรรมในไผ่ล้อมโมเดล และยังมีความรู้สึกว่าการไหลเวียนของเลือดในร่างกายดีขึ้น ส่งผลให้ไม่มีอาการเวียนศีรษะขณะทรงตัวหรือเปลี่ยนท่า ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาที่ผ่านมาที่บอกว่า คุณภาพการนอนหลับที่ดีเป็นส่วนสำคัญและมีความสัมพันธ์กับการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Feinsilver, 2021; Serrano-Checa et al., 2020)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในการวิจัยนี้ที่ผู้สูงอายุชุมชนเมืองที่ได้ใช้ไผ่ล้อมโมเดลมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมที่เหมาะสมในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันโดยการจัดการกับปัจจัยภายนอกที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเครือข่ายในการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิการมีให้ อสม. ติดตามอย่างใกล้ชิด จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุชุมชนเมืองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ang, Low, and How (2020) ที่พบว่า การให้ผู้สูงอายุใส่เสื้อผ้าที่ขนาดพอดี ไม่คับหรือหลวมจนเกินไป ไม่มีสายรุงรัง การสวมรองเท้าที่พอดีกับเท้า การให้ความสำคัญกับการมองหรือสำรวจพื้นก่อนว่ามีสิ่งกีดขวางทางเดิน การจัดการพื้นไม่ให้เปียกลื่น การเปลี่ยนท่าอย่างช้า ๆ เวลาลุก-นั่ง หรือเคลื่อนไหวในท่าทางต่าง ๆ การใช้มือจับยึดราวบันไดทุกครั้งขณะขึ้น - ลงบันได การไม่เอื้อมหรือเอื้อมก้มหยิบสิ่งของสุดมือ การตรวจสอบความมั่นคงแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การจัดของใช้ให้เป็นระเบียบไม่ขวางทางเดิน ไม่ปล่อยให้สัตว์เลี้ยงเข้ามาวิ่งเล่นภายในบ้าน และการจัดการให้มีแสงสว่างเพียงพอในการทำกิจกรรมทั้งกลางวันและกลางคืน จะช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Chidume (2021) พบว่า พฤติกรรม

การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนจะดีได้ขึ้นอยู่กับพยาบาลชุมชนที่ต้องลงไปส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในระดับบุคคล ผู้ดูแล สมาชิกครอบครัว ชุมชน และให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการติดต่อกับผู้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เนื่องจากปัญหาของสัญญาณโทรศัพท์และผู้สูงอายุบางรายติดภารกิจสำคัญในช่วงที่ทำการนัดหมายไว้ ซึ่งชุมชนไผ่ล้อมเป็นชุมชนเมือง ผู้สูงอายุในการศึกษาส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังแต่ยังไม่รุนแรงประมาณครึ่งหนึ่ง จึงทำให้ยังสามารถทำงานต่าง ๆ ได้ โอกาสในการติดตามพูดคุยสัมภาษณ์จึงอาจจะไม่ทั่วถึง

ดังนั้น ไผ่ล้อมโมเดลที่นำมาใช้เป็นการบริการสุขภาพที่เน้นการทำงานของพยาบาลชุมชนร่วมกับชุมชน ภายใต้กรอบแนวคิดนวัตกรรมการดูแลสภาวะเรื้อรัง (ICCC) (WHO, 2002) ที่ได้นำเจ้าอาวาสวัดไผ่ล้อมมาช่วยให้ข้อคิดและชักนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนให้หันมาให้ความสำคัญกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตลอดจนให้ อสม. ที่เป็นหนึ่งในสามหมอที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชนมาช่วยในการกำกับ ติดตาม ดูแลป้องกันการพลักตกหกล้ม นอกจากนี้ ยังมีชมรมผู้สูงอายุชุมชนไผ่ล้อม โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ที่สนับสนุนพื้นที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม ซึ่งมีความพร้อมของทรัพยากรต่าง ๆ ในชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนจึงช่วยให้เกิดการดำเนินงานไผ่ล้อมโมเดลที่ต่อเนื่องและยั่งยืนตลอดระยะเวลาของการศึกษาวิจัย เป็นผลให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดังกล่าวได้รับการพัฒนา ปรับปรุง และลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มในชุมชนเมืองไผ่ล้อมได้สำเร็จ

ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารทางการพยาบาล และพยาบาลชุมชนผู้ให้บริการในระบบสุขภาพปฐมภูมิควรนำไผ่ล้อมโมเดลไปใช้เพื่อส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เพิ่มความสามารถในการทรงตัว เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มให้ดีขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสามารถบูรณาการความรู้ไปใช้ในการจัดการศึกษาพยาบาล และพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในบริบทชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแบบองค์รวมและไม่เกิดการพลัดตกหกล้มที่นำไปสู่อันตรายในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aibar-Almazán, A., Martínez-Amat, A., Cruz-Díaz, D., De la Torre-Cruz, M. J., Jiménez-García, J. D., Zagalaz-Anula, N., . . . Hita-Contreras, F. (2019). Effects of Pilates on fall risk factors in community-dwelling elderly women: A randomized, controlled trial. *European Journal of Sport Science, 19*(10), 1386-1394.

Alshammari, S. A., Alhassan, A. M., Aldawsari, M. A., Bazuhair, F. O., Alotaibi, F. K., Aldakhil, A. A., & Abdulfattah, F. W. (2018). Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. *Journal of Family & Community Medicine, 25*(1), 29-34.

Ang, G. C., Low, S. L., & How, C. H. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal, 61*(3), 116-121.

Boongird, P. (2018). Mental State Examination T10. *Dementia Association of Thailand Newsletter, 10.*

Chidume, T. (2021). Promoting older adult fall prevention education and awareness in a community setting: A nurse-led intervention. *Applied Nursing Research, 57*, 151392.

Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2017). *Fall forecast report for the elderly (age 60 and over) in Thailand 2017 - 2021 (Vol. 2017).* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2021). *Situation of the elderly in health service region 5 (Vol. 2021).* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Department of Health. (2014). *Elderly health record (Vol. 2014).* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Department of Mental Health Ministry of Public Health. (2015). *5 Dimensions of happiness manual for older people (Vol. 2015).* Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Eckert, C. D., Tarleton, E. K., Pellerin, J., Mooney, N., & Gell, N. M. (2022). Nutrition risk is associated with falls risk in an observational study of community-dwelling, rural, older adults. *Journal of Aging and Health, 34*(6-8), 1125-1134.

Feinsilver, S. H. (2021). Normal and abnormal sleep in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine, 37*(3), 377-386.

James, S. L., Lucchesi, L. R., Bisignano, C., Castle, C. D., Dingels, Z. V., Fox, J. T., . . . Liu, Z. (2020). The global burden of falls: global, regional and national estimates of morbidity and mortality from the Global Burden of Disease Study 2017. *Injury prevention, 26*(Suppl 2), i3-i11.

Kaur, M., Kaur, J., Devgun, P., & Sharma, S. (2018). Post fall health consequences among elderly. *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS), 7*(5), 34-37.

Manlapaz, D. G., Sole, G., Jayakaran, P., & Chapple, C. M. (2019). Risk factors for falls in adults with knee osteoarthritis: A systematic review. *PM&R, 11*(7), 745-757.

Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Bastos, J. L., Bonamigo, R. R., & Duquia, R. P. (2014). Sample size: How many participants do I need in my research? *Anais Brasileiros de Dermatologia, 89*(4), 609-615.

Ming, Y., Zecevic, A. A., Hunter, S. W., Miao, W., & Tirona, R. G. (2021). Medication review in preventing older adults' fall-related injury: A systematic review & meta-analysis. *Canadian Geriatrics Journal, 24*(3), 237-250.

Muang Nakhon Pathom District Public Health office. (2023). *Statistical report on falls among the elderly in Mueang District, Nakhon Pathom province.* Muang Nakhon Pathom District Public Health office.

Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American geriatrics Society, 39*(2), 142-148.

Roongbenjawan, N., & Siriphorn, A. (2020). Accuracy of modified 30-s chair-stand test for predicting falls in older adults. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 63*(4), 309-315.

Serrano-Checa, R., Hita-Contreras, F., Jiménez-García, J. D., Achalandabaso-Ochoa, A., Aibar-Almazán, A., & Martínez-Amat, A. (2020). Sleep quality, anxiety, and depression are associated with fall risk factors in older women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 4043.

Sharif, S. I., Al-Harbi, A. B., Al-Shihabi, A. M., Al-Daour, D. S., & Sharif, R. S. (2018). Falls in the elderly: Assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy Practice (Granada), 16*(3), 1206.

Thiamwong, L., Thamarpirat, M., Maneesriwongul, W., & Jitapunkul, S. (2008). Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand, 91*(12), 1823-1832.

Whooley, M. A. (2016). Screening for depression--a tale of two questions. *JAMA Internal Medicine, 176*(4), 436-438.

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions: Global report*. Geneva: World Health Organization.

Zarei, H., Norasteh, A. A., & Koohboomi, M. (2020). The relationship between muscle strength and range of motion in lower extremity with balance and risk of falling in elderly. *Physical Treatments-Specific Physical Therapy Journal, 10*(1), 33-40.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายสามรูปแบบต่อภาวะท้องผูก ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด

THE EFFECT OF THREE-FORMAT BOWEL STIMULATION PROGRAMS ON CONSTIPATION AMONG ELDERLY PATIENTS WITH HIP FRACTURE SURGERY

อนุชา อินยาศรี[1] จริยา ชื่นศิริมงคล[2,*]
Anucha Inyasri Jariya Chuensirimongkol
[1]นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
Graduated student in the Degree of Master of Nursing Science, Department of Adult and Gerontological Nursing,
Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. ภาควิชาการบริหารการพยาบาลและพื้นฐานวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
Nursing Instructor, Ph.D., Department of Administration and Fundamental of Nursing, Kuakarun Faculty of Nursing,
Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: jariya_ch@nmu.ac.th

Received: *August 5, 2024* Revised: *November 10, 2024* Accepted: *December 17, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหาร กลุ่มที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง กลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 160 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 40 ราย ด้วยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเข้า และจับคู่คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายสามรูปแบบ และแบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางกระตุ้นการขับถ่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบบันทึกการถ่ายอุจจาระ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 4 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง กับกลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง

มีจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกน้อยที่สุดและใกล้เคียงกัน (M = 2.20, SD = .46 และ M = 2.25, SD = .59 ตามลำดับ, F = .594, p = .553)

ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพสามารถใช้การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง หรือใช้การดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง ได้ตามความเหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดแต่ละราย

คำสำคัญ : ภาวะท้องผูก, ผู้สูงอายุ, กระดูกสะโพกหัก

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the effects of a three-format bowel stimulation program on constipation among elderly patients with hip fracture surgery across four groups: 1) water and dietary fiber intake, 2) physical exercise and abdominal massage, 3) a combination of water and dietary fiber intake with physical exercise and abdominal massage, and 4) usual nursing care. The sample consisted of 160 elderly patients aged 60 years or older who underwent hip fracture surgery, divided into 4 groups of 40 participants each. Participants were selected using consecutive sampling and matched pairs based on similar characteristics. The study was conducted over a period of 3 months. Research instruments included a three-format bowel stimulation program and a compliance record for bowel stimulation guidelines. Data collected in this study were demographic records and daily defecation records. The statistical analysis was performed using descriptive statistics, chi-square tests, and one-way ANOVA at a significance level of .05.

The results revealed significant differences in the average days to first defecation among the four groups (p < .05). The group receiving physical exercise and abdominal massage and the group receiving a combination of water and dietary fiber intake with physical exercise and abdominal massage had the shortest mean days to first defecation (M = 2.20, SD = .46, and M = 2.25, SD = .59, respectively), with no significant difference between these two groups (p > .05).

Therefore, registered nurses should select either the physical exercise and abdominal massage program or the combined program of water and dietary fiber intake with physical exercise and abdominal massage, depending on the individual pathology of elderly patients following hip fracture surgery.

Keywords: constipation, elderly, hip fracture

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดช่วยทำให้การเชื่อมติดกันของกระดูกเกิดได้เร็วขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เร็วขึ้น และมีอาการปวดลดน้อยลง (Berg, Rolfson, & Erichsen-Andersson, 2019) นอกจากนี้การผ่าตัดยังช่วยลดอัตราการเสียชีวิตภายในหนึ่งปี (Wongworapitak, 2016) แต่ปัญหาที่พบบ่อย คือ ภาวะท้องผูก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดท้อง ปวดท้อง เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น สับสน (Kittinouvarat, 2009) ภาวะท้องผูกยังส่งผลให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด รำคาญง่าย (Pattamapornpong, Juktong, & Klawklar, 2023) เพิ่มค่าใช้จ่ายทางด้านการเงิน ค่ารักษา พยาบาล และเพิ่มระยะเวลาที่พยาบาลต้องดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (Trads & Pedersen, 2015)

อย่างไรก็ตาม ภาวะท้องผูกหลังผ่าตัดยังอาจเกิดขึ้นจากสภาพฟันที่ไม่แข็งแรง ฟันหักหรือไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ (Pattamapompong et al., 2023) การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ที่ลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้อง กระบังลม และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานที่ลดลง (Guyton & Hall, 2006) ในระยะแรกหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ผู้สูงอายุมักจะมีอาการปวดมากและต้องได้รับยาแก้ปวด โดยเฉพาะยาบรรเทาปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid) ซึ่งพบว่ามีอุบัติการณ์ความปวดหลังผ่าตัดที่ทำให้เกิดภาวะท้องผูกจำนวนมาก (Wittbrodt, Gan, Datto, McLeskey, & Sinha, 2018) ปัจจัยเหล่านี้สามารถรวมกันทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเกิดภาวะท้องผูกได้มากขึ้น

หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ มีผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกสะโพกหักและได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ในปีงบประมาณ 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 789, 745 และ 896 ราย ตามลำดับ (Chiangrai Prachanukroh Hospital, 2022) ร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุเหล่านี้มีภาวะท้องผูกเกิดขึ้น การทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การแก้ปัญหาภาวะท้องผูกโดยไม่ใช้ยาด้วยวิธีการตามธรรมชาติที่สามารถปฏิบัติได้ และไม่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ ได้แก่ การดื่มน้ำและการรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง และการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง แต่ละวิธีการมีความแตกต่างกัน (Chaloemphonphong, 2002; Monmai, 2009; Pattamawilai, 2014) ซึ่งน่าจะใช้ร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาท้องผูกได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของกระตุ้นการขับถ่ายเหล่านี้ ดังนั้น การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน คือ 1) การดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหาร 2) การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง และ 3) การดื่มน้ำและการรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง จะทำให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดไม่เกิดภาวะท้องผูกหรือทำให้มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกได้ลดลง

วัตถุประสงค์วิจัย

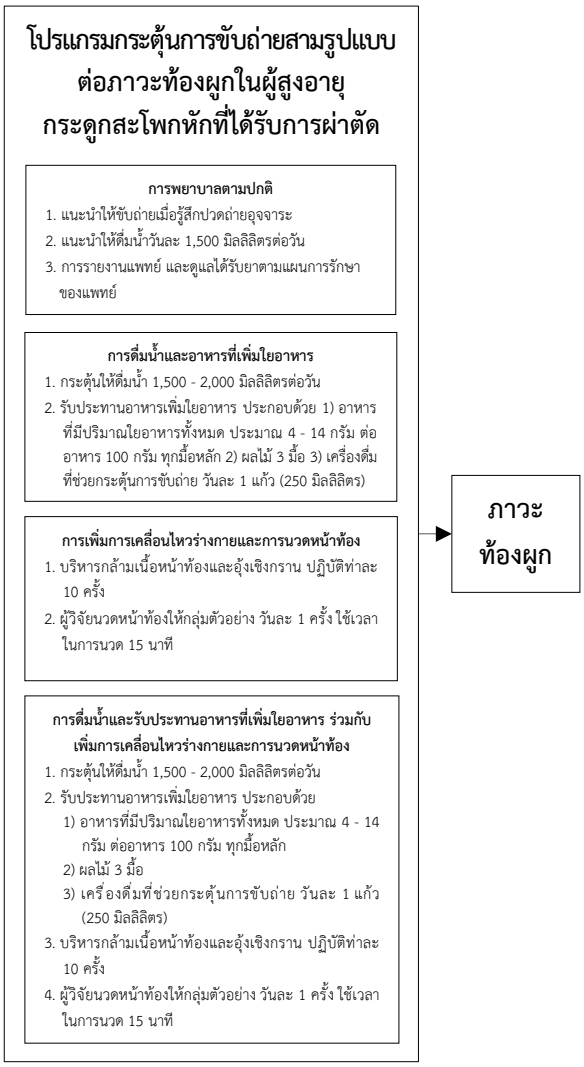
เพื่อเปรียบเทียบภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับรูปแบบการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร (กลุ่มทดลอง 1) กลุ่มที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง (กลุ่มทดลอง 2) กลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหาร ร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง (กลุ่มทดลอง 3) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)

สมมุติฐานวิจัย

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหาร (กลุ่มทดลอง 1) กลุ่มที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง (กลุ่มทดลอง 2) กลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและรับประทานอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและการนวดหน้าท้อง (กลุ่มทดลอง 3) และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) มีภาวะท้องผูกแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม หลักการทางพยาธิสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระ และการจัดการกับปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุแล้วนำมาประยุกต์เป็นกรอบของโปรแกรมกระตุ้นการขับถ่ายสามรูปแบบในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 4 กลุ่ม มีกลุ่มทดลอง 3 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม วัดผลหลังทดลองอย่างเดียว (Posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 1 หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษอุบัติเหตุ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก และจับคู่ (matched pairs) คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มในด้านอายุ และการได้รับยาแก้ปวดแบบฉีดในกลุ่มโอปิออยด์

กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 ที่ Test family คือ *F*-tests สถิติทดสอบ คือ ANOVA: Fixed effects, omnibus, one-way ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการคำนวณในงานวิจัยของ Monmai (2009) ที่ศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพก เท่ากับ .582 กำหนดค่าความคาดเคลื่อนในการทดสอบแบบที่ 1 (type I error) เท่ากับ .05 อำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 160 ราย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 40 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุเพศชาย/หญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นกระดูกสะโพกหักแบบปิด (closed fracture) ที่หักแบบระยางค์เดียวและไม่มี Multiple fracture ในส่วนอื่น ๆ รวมทั้ง ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดกระดูกสะโพก 2) มีความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะพร่องในการรู้คิด โดยมีคะแนนจากการประเมินด้วย Mini-Cog (Borson, Scanlan, Brush, Vitaliano, & Dokmak, 2000) ได้คะแนนระหว่าง 3 - 5 คะแนน คือ ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด 3) เข้าใจ พูดคุย สื่อสารภาษาไทยได้ การมองเห็น และการได้ยินปกติ 4) มีญาติดูแล 5) ก่อนเข้ารับการรักษาสามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้ปกติ 6) ไม่มีภาวะท้องผูกก่อนมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 7) สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ ไม่มีปัญหาเรื่องฟัน และการบดเคี้ยว 8) ไม่เป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การเคลื่อนไหวร่างกาย และการนวดหน้าท้อง 9) ไม่มีความผิดปกติที่

เป็นข้อห้ามในการนวดท้อง 10) ไม่เป็นผู้ที่มีภาวะท้องผูก ซึ่งเป็นผลจากโรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ และ 11) ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย โดยมีอาการของโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 2) เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกขั้นตอน และ 3) แพทย์มีแผนการรักษาให้กระตุ้นการขับถ่ายภายในระยะเวลาที่ไม่สอดคล้องกับโปรแกรมการทดลองในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1.1 แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ผู้วิจัยใช้ของ Mini Cognitive Assessment Instrument (Mini-Cog) พัฒนาโดย Borson et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Trongsakul, Lambert, Clark, Wongpakaran, and Cross (2015) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้ 0 - 2 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องทางการรู้คิด และ 3 - 5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

1.2 แบบประเมินภาวะท้องผูก (Constipation Scoring System: CSS) พัฒนาโดย Agachan, Chen, Pfeifer, Reissman, and Wexner (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย Pattamawilai (2014) ใช้ประเมินประวัติการเกิดภาวะท้องผูกในช่วงระยะเวลา 20 ปีที่ผ่านมา มีคะแนนรวม 0 - 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้ 0 - 15 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะท้องผูก และ 16 - 30 คะแนน หมายถึง มีภาวะท้องผูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

2.1 คู่มือการป้องกันภาวะท้องผูก ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยปรับปรุงมาจากคู่มือความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดของ Monmai (2009) และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีภาพและข้อความครอบคลุมเนื้อหา ภาวะกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดกับภาวะท้องผูก กลไกการขับถ่ายอุจจาระ ความหมายของภาวะท้องผูก สาเหตุของภาวะท้องผูก ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะท้องผูก ผลเสียของภาวะท้องผูก และการป้องกันภาวะท้องผูก

2.2 โปรแกรมกระตุ้นการขับถ่าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา มาออกแบบเป็นกิจกรรมที่แต่ละกลุ่มจะได้รับแตกต่างกัน ดังนี้

1) การดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร ผู้วิจัยพัฒนาและประยุกต์มาจากโปรแกรมการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุแผนกออร์โธปิดิกส์ของ Chaloemphonphong (2002) โดยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ผู้สูงอายุจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก จนครบ 5 วัน หลังจากนั้น ผู้วิจัยกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน สำหรับอาหารเพิ่มกากใย ผู้วิจัยติดต่อประสานกับนักโภชนากรจัดอาหารที่มีกากใยและเหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละราย ประกอบด้วย 1) อาหารที่มีปริมาณใยอาหาร ประมาณ 4 - 14 กรัม ต่ออาหาร 100 กรัมในมื้อหลัก 3 มื้อ 2) ผลไม้ 3 มื้อ 3) เครื่องดื่มกระตุ้นการขับถ่าย วันละ 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) แล้วจึงติดตามการได้รับน้ำและอาหารทุกวันจนครบ 5 วัน

2) การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง ผู้วิจัยพัฒนาโดยอาศัยความรู้ทางด้านกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระ นำมาประยุกต์ร่วมกับจากโปรแกรมการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการนวดหน้าท้องต่อภาวะท้องผูกในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Pattamawilai (2014) โดยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ผู้สูงอายุจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก จนครบ 5 วัน ผู้วิจัยสอนและกระตุ้นให้บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน จำนวน 10 ท่า ปฏิบัติท่าละ 10 ครั้ง ทุกวัน และผู้วิจัยนวดหน้าท้องให้ผู้สูงอายุ

วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการนวด 15 นาที แล้วจึงติดตามกระตุ้นให้ตัวอย่างบริหารกล้ามเนื้อและนวดหน้าท้องให้ผู้สูงอายุทุกวันจนครบ 5 วัน

3) การดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง พัฒนาตามกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของการขับถ่ายอุจจาระ นำมาประยุกต์ร่วมกับโปรแกรมการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกของ Monmai (2009) โดยก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ผู้สูงอายุจะได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด หลังผ่าตัดวันแรก จนครบ 5 วัน ผู้วิจัยกระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน สำหรับอาหารเพิ่มกากใย รวมทั้ง ติดต่อประสานกับนักโภชนากรจัดอาหารที่มีกากใยและเหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละราย ประกอบด้วย 1) อาหารที่มีปริมาณใยอาหารทั้งหมด ประมาณ 4 - 14 กรัม ต่ออาหาร 100 กรัมในแต่ละมื้อหลัก จำนวน 3 มื้อ 2) ผลไม้ 3 มื้อ 3) เครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่าย วันละ 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) ผู้วิจัยสอนและกระตุ้นให้บริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน จำนวน 10 ท่า ปฏิบัติท่าละ 10 ครั้ง ทุกวัน และผู้วิจัยนวดหน้าท้องให้ตัวอย่าง วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาในการนวด 15 นาที แล้วจึงติดตามการได้รับน้ำและอาหาร รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารกล้ามเนื้อ และนวดหน้าท้องให้ผู้สูงอายุทุกวันจนครบ 5 วัน

2.3 แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางกระตุ้นการขับถ่าย ซึ่งผู้วิจัยใช้ของ Putwatana, Sanrung, and Budpanya (2012) ประกอบด้วย จำนวน ชนิดของอาหารและน้ำ การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย และการนวดหน้าท้อง ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ในแต่ละวัน เพื่อกำกับติดตามสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับ และให้ปฏิบัติจริงในแต่ละวัน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติการใช้ยาระบาย ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระบาย ประวัติการรับประทานยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก โรคประจำตัว ยาระงับความรู้สึกที่ได้รับ ยาแก้ปวดที่ได้รับ และชนิดการผ่าตัด

3.2 แบบบันทึกการถ่ายอุจจาระ ผู้วิจัยปรับปรุงจาก Putwatana et al. (2012) มีลักษณะเป็นตารางบันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะอุจจาระ และยาระบายที่ได้รับในแต่ละวัน โดยมีเกณฑ์การประเมิน คือ หากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ภายใน 3 วัน หรือมีจำนวนครั้งของการขับถ่ายที่เปลี่ยนไปจากเดิม หรืออุจจาระมีลักษณะเป็นก้อนเล็กผิดปกติ แห้ง แข็ง ถือว่ามีภาวะท้องผูก

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขรับรอง KFN-IRB2023-9 ลงวันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และเสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้หมายเลขรับรอง EC CRH 128/66 Ex ลงวันที่ 5 มกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้เข้าร่วมศึกษาด้วยความสมัครใจ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ไม่ต้องชี้แจงเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ ข้อมูลในการศึกษานี้จะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนการระบุชื่อ - นามสกุล และแบบสอบถามจะถูกทำลายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ส่วนข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาเท่านั้น นอกจากนี้ ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แต่จะได้รับของที่ระลึก ชิ้นละ 50 บาท ในกรณีตัวอย่างไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ภายหลัง 5 วัน ผู้วิจัยจะแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้พิจารณาใช้ยาระบายร่วม และขณะร่วมโปรแกรมหากเกิดอันตรายหรือผลอันไม่พึงประสงค์

ต่อตัวอย่าง จะได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หลังจากเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากผู้วิจัยเป็นรายบุคคลที่เตียงผู้ป่วย และให้คู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยผู้วิจัยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ 8 ปี และผู้วิจัยได้ผ่านการฝึกปฏิบัติการนวดหน้าท้องกับผู้เชี่ยวชาญด้านการนวดหน้าท้องแก้ภาวะท้องผูก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย จนได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ

2. ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล แพทย์ออร์โธปิดิกส์ และหัวหน้าแผนกโภชนาการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย รวมทั้งกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยดำเนินการประชาสัมพันธ์การรับสมัครอาสาสมัครเป็นตัวอย่างในการวิจัย โดยการติดประกาศการรับสมัครบริเวณหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

4. ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ และพบตัวอย่างทีละคน หลังจากนั้นจึงแบ่งตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีการจับคู่ (matched pairs) คุณลักษณะที่คล้ายคลึงกันระหว่างกลุ่มในด้านอายุ และการได้รับยาแก้ปวดแบบฉีดในกลุ่มโอปิออยด์

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบก่อน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มหอผู้ป่วย เพื่อจัดเข้ากลุ่ม ๓ กลุ่ม (กลุ่มทดลอง 1 - 2 - 3) และสุ่มรูปแบบกระตุ้นการขับถ่ายเป็นรายหอผู้ป่วย แล้วดำเนินการในกลุ่มทดลองจนครบ

6. ผู้วิจัยเข้าพบตัวอย่างวิจัยแต่ละคนภายในระยะเวลาไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือวันที่ 2 ของการรับเข้ารักษา ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาเป็นกรณีฉุกเฉินในช่วงบ่าย ตั้งแต่เวลา 14.00 น. เป็นต้นไป ผู้วิจัยจะเข้าไปพบตัวอย่างวิจัยเพื่อเก็บข้อมูล และการเริ่มรูปแบบการกระตุ้นการขับถ่ายจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 หลังผ่าตัด จนครบ 5 วัน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ แนะนำให้ขับถ่ายเมื่อรู้สึกปวดถ่ายอุจจาระ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน และได้รับการดูแลเรื่องยาตามแผนการรักษาของแพทย์ตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองจะได้รับการอธิบายให้ความรู้และเห็นความสำคัญ ตามคู่มือการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ระยะเวลา 30 นาที และตัวอย่างในแต่ละหอผู้ป่วยจะได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง เป็นระยะเวลา 5 วัน ตามรูปแบบที่ได้รับจัดสรรสุ่มให้ตั้งแต่แรก

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการเปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระก่อนและหลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกระตุ้นการขับถ่ายสามรูปแบบ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 4 กลุ่ม มีข้อมูลส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 80 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีประวัติการใช้ยาระบาย แต่ได้รับยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 4 กลุ่ม (*N* = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (*n* = 40)		กลุ่มทดลอง						χ^2	*p*
			กลุ่มทดลอง 1 (*n* = 40)		กลุ่มทดลอง 2 (*n* = 40)		กลุ่มทดลอง 3 (*n* = 40)			
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%		
เพศ									.60	.92
ชาย	11	27.50	12	30.00	9	22.50	11	27.50		
หญิง	29	72.50	28	70.00	31	77.50	29	72.50		
อายุ									2.73	1.00
60 - 64 ปี	6	15.00	7	17.50	5	12.50	6	15.00		
65 - 69 ปี	8	20.00	5	12.50	7	17.50	6	15.00		
70 - 74 ปี	7	17.50	6	15.00	5	12.50	7	17.50		
75 - 79 ปี	6	15.00	6	15.00	9	22.50	7	17.50		
80 ปีขึ้นไป	13	32.50	16	40.00	14	35.00	14	35.00		
ประวัติการใช้ยาระบาย									.72	.98
ไม่เคยใช้										
เคยใช้	36	90.00	37	92.50	38	95.00	37	92.50		
	4	10.00	3	7.50	2	5.00	3	7.50		
ยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก									.72	.98
ไม่ได้รับ	3	7.50	3	7.50	2	5.00	4	10.00		
ได้รับ	37	92.50	37	92.50	38	95.00	36	90.00		
โรคประจำตัว									.72	.98
ไม่มี	3	7.50	3	7.50	2	5.00	4	10.00		
มี[1]	37	92.50	37	92.50	38	95.00	36	90.00		

[1] หมายถึง ความดันโลหิตสูง, ไขมันในเลือดสูง, เบาหวาน, โรคเกาต์

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร กลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มทดลอง 3 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีจำนวนวันเฉลี่ยการถ่ายอุจจาระก่อนเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตาราง

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระก่อนเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพก ระหว่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 4 กลุ่ม (*N* = 160)

การถ่ายอุจจาระก่อนผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (*n* = 40)	กลุ่มทดลอง			*F*	*p*
		กลุ่มทดลอง 1 (*n* = 40)	กลุ่มทดลอง 2 (*n* = 40)	กลุ่มทดลอง 3 (*n* = 40)		
จำนวนวันเฉลี่ย	1.93	1.98	1.95	1.98	.594	.553

ผลการเปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องผูกหลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพก ระหว่างกลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร กลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง กลุ่มทดลอง 3 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบการเกิดภาวะท้องผูกหลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพก ระหว่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ทั้ง 4 กลุ่ม (N = 160)

การเกิดภาวะท้องผูกหลังเข้ารับการรักษาผ่าตัดกระดูกสะโพก	กลุ่มควบคุม (n = 40)	กลุ่มทดลอง			χ^2	p
		กลุ่มทดลอง 1 (n = 40)	กลุ่มทดลอง 2 (n = 40)	กลุ่มทดลอง 3 (n = 40)		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
ไม่เกิด	6 (15)	32 (80)	34 (85)	34 (85)	62.95	.000
เกิด	34 (85)	8 (20)	6 (15)	6 (15)		

ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดทั้ง 4 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (F =405.720, p = .000) โดยกลุ่มควบคุม มีจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกยาวนานที่สุด คือ 5.60 วัน (SD = .63) รองลงมา คือ กลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร มีจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรก 4.10 วัน (SD = .30) ในขณะที่กลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มทดลอง 3 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง มีจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกใกล้เคียงกัน คือ 2.20 (SD = .46) และ 2.25 (SD = .59) วัน ตามลำดับ (ตาราง 4) นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมยังมีจำนวนวันเฉลี่ยของการอุจจาระครั้งแรกมากกว่ากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = 1.50, 3.40 และ 3.35; p < .05) และกลุ่มทดลอง 1 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหาร มีจำนวนวันเฉลี่ยของการอุจจาระครั้งแรกมากกว่ากลุ่มทดลอง 2 ที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มทดลอง 3 ที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (MD = 1.90 และ 1.85; p < .05) อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มทดลอง 2 กับกลุ่มทดลอง 3 มีระยะเวลาวันเฉลี่ยของการอุจจาระครั้งแรกไม่แตกต่างกัน ดังตาราง 5

ตาราง 4 เปรียบเทียบจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรก ระหว่างผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ทั้ง 4 กลุ่ม (*N* = 160)

กลุ่ม	*n*	*M*	*SD*	*F*	*p*
กลุ่มควบคุม	40	5.60	.63	405.72	.000
กลุ่มทดลอง 1	40	4.10	.30		
กลุ่มทดลอง 2	40	2.20	.46		
กลุ่มทดลอง 3	40	2.25	.59		
ภาพรวม		3.53	1.50		

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกของตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม (*N* = 160)

กลุ่ม	*MD*				
	M	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง 1	กลุ่มทดลอง 2	กลุ่มทดลอง 3
กลุ่มควบคุม	5.60		1.50*	3.40*	3.35*
กลุ่มทดลอง 1	4.10			1.90*	1.85*
กลุ่มทดลอง 2	2.20				-.05
กลุ่มทดลอง 3	2.25				

*p<.05, Dunnett's T3 Test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง และกลุ่มที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง มีระยะเวลาวันเฉลี่ยของการถ่ายอุจจาระครั้งแรกน้อยที่สุด แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ เนื่องจากการนวดหน้าท้องมีผลโดยตรงต่อการกระตุ้นลำไส้ จึงทำให้กลไกการเคลื่อนไหวทำงานในขณะขับถ่ายอุจจาระ (Sinclair, 2011) ผ่านระบบประสาท Somatic และระบบประสาทที่กระตุ้นการเคลื่อนไหวและการบีบตัวของลำไส้ ทำให้เกิดการขับไล่กากอาหารในลำไส้ใหญ่ (Lacy et al., 2016) นอกจากนี้ การนวดท้องยังช่วยเสริมสร้างการบีบตัวของลำไส้และลดระยะเวลาในการเคลื่อนที่ของอุจจาระในลำไส้ใหญ่ (Lamas, Lindholm, Stenlund, Engstrom, & Jacobsson, 2009)

นอกจากนี้ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและอุ้งเชิงกรานสามารถช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการขับถ่าย โดยทำให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมนเอนโดฟิน (Endorphin) และโมทิลิน (Motilin) ส่งผลให้ลำไส้มีการบีบตัวมากขึ้น และอาหารเคลื่อนที่ผ่านลำไส้ไปจนถึงทวารหนักได้เร็วยิ่งขึ้น (Pattamapornpong et al., 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pattamawilai (2014) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการนวดหน้าท้อง มีภาวะท้องผูกต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และการศึกษาของ Harrington and Haskvitz (2006) พบว่า การเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายในผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบทางเดินอาหารและมีภาวะท้องผูก

จะทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้เอง และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและรอบทวารหนัก การดื่มน้ำ 1,500 - 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ช่วยกระตุ้นรีเฟลกซ์จากกระเพาะอาหารสู่ลำไส้ (gastocolic reflex) ทำให้เกิดการบีบตัวของลำไส้และเคลื่อนย้ายอุจจาระไปยังลำไส้ส่วนล่าง ผู้ป่วยจึงรู้สึกปวดถ่าย (Guyton & Hall, 2006) ในขณะเดียวกัน การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูงและการดื่มน้ำ ทำให้อุจจาระอ่อน นิ่มและมีปริมาณมากขึ้น รวมทั้งช่วยกระตุ้นให้กล้ามเนื้อลำไส้บีบตัวบ่อยขึ้น ลดระยะเวลาการเคลื่อนที่ของอุจจาระไปถึงทวารหนักได้มากขึ้น (Norton, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Monmai (2009) ที่พบว่า การดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้องในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก สามารถลดการเกิดภาวะท้องผูกและลดระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะท้องผูกได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Saleesongsom, Wangsrikhun, and Sukonthasarn (2022) ที่พบว่า การดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้องในผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว สามารถช่วยลดภาวะท้องผูกได้

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้องหลังผ่าตัด มีภาวะท้องผูก จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ทั้งหมดนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อหน้าท้องที่อ่อนแรง ทำให้ขาดแรงเบ่งในการขับถ่ายอุจจาระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheskin, Kamal, Crowell, Schuster, and Whitehead (1995) ที่พบว่า ภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานทำงานลดลง ส่งผลให้อุจจาระไม่สามารถขับถ่ายออกได้หมด และผู้สูงอายุที่ได้รับการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้องระยะหลังผ่าตัด ยังมีภาวะท้องผูก จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 15) ซึ่งสาเหตุอาจมาจากอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร และรับประทานเส้นใยอาหารได้น้อยกว่า 20 กรัมต่อวัน และดื่มน้ำได้น้อยกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ส่งผลให้เกิดภาวะท้องผูก (Celik & Bilik, 2022)

ดังนั้น ควรให้ความสำคัญกับการบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะท้องผูกหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง รวมถึงการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง มีประสิทธิผลในการกระตุ้นการขับถ่ายในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ลดระยะเวลาการขับถ่าย และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหาร

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำวิธีการเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง หรือเพิ่มการดื่มน้ำและอาหารที่เพิ่มใยอาหารร่วมกับเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายและนวดหน้าท้อง ไปใช้เป็นทางเลือกในการป้องกันปัญหาท้องผูก สำหรับผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาประเด็นการเตรียมการป้องกันภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โดยอาจสร้างแนวปฏิบัติทางการพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้สูงอายุจนถึงนอนในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

Agachan, F., Chen, T., Pfeifer, J., Reissman, P., & Wexner, S. D. (1996). A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, *39*(6), 681-685.

Berg, U., Berg, M., Rolfson, O., & Erichsen-Andersson, A. (2019). Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee patients experiences of the clinical pathway and care process. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, *14*, 1-8.

Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: A cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(11), 1021-1027.

Celik, B., & Bilik, Ö. (2022). Postoperative constipation incidence and effects of selected risk factors on constipation development in elderly patients with hip fracture. *Orthopaedic Nursing*, *41*(6), 397-405.

Chaloemphonphong, N. (2002). *Effects of drinking water in the morning for stimulate the bowel movement in orthopedic patients with constipation* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, Phuttamonthon.

Cheskin, L. J., Kamal, N., Crowell, M. D., Schuster, M. M., & Whitehead, W. E. (1995). Mechanisms of constipation in older persons and effects of fiber compared with placebo. *Journal the American Geritrics Society, 43*(6), 666-669.

Chiangrai Prachanukroh Hospital. (2022). *Health data center*. Retrieved from https://www.crhospital.org/home/main.php

Guyton, A. C. & Hall, J. E. (2006). *Textbook of medical physiology* (11th ed.). Philadelphia, PA: W. B. Saunders.

Harrington, K. L., & Haskvitz, E. M. (2006). Managing a patient's constipation with physical therapy. *Physical Therapy, 86*(11), 1511-1519.

Kittinouvarat, S. (2009). Constipation. *Thai Red Cross Nursing Journal*, *2*(1-3), 12-22.

Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel Disorders. *Gastroenterology, 150*(6), 1393-1407.

Lamas, K., Lindholm, L., Stenlund, H., Engstrom, B., & Jacobsson, C. (2009). Effects of abdominal massage in management of constipation a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 46*(6), 759-767.

Mamom, J. (2019). *Orthopedics nursing problem*. Bangkok: Thammasat University Press.

Monmai, P. (2009). The effects of a constipation prevention program on incidence and severity of constipation in hospitalized elderly undergoing hip surgery. *Journal of Nursing Science, 29*(4), 10-17.

Norton, C. (2006). Constipation in older patients: Effects on quality of life. *British Journal of Nursing, 15*(4), 188-192.

Pattamapornpong, O., Juktong, S., & Klawklar, J. (2023). The effectiveness of constipation prevention program among spine patients at Phrae hospital. *(PMJCS) Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*, *31*(2), 118-132.

Pattamawilai, W. (2014). *The effect of nursing process with abdominal massage on constipation in stroke patients* (Master of nursing science program, adult nursing). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Putwatana, P., Sanrung, P., & Budpanya, W. (2012). Constipation, management, and clinical outcomes in critically ill surgical patients. *Thai Journal of Nursing*, *61*(3), 60-68.

Saleesongsom, P., Wangsrikhun, S., & Sukonthasarn, A. (2022). Effect of the constipation prevention program on constipation occurrence in immobilized patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 14*(1), 16-30.

Sinclair, M. (2011). The use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 15*(4), 436-445.

Trads, M., & Pedersen, P. U. (2015). Constipation and defecation pattern the first 30 days after hip fracture. *International Journal of Nursing Practice*, *21*(5), 598-604.

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 and Gerontology International*, *15*(5), 594-600.

Wittbrodt, E. T., Gan, T. J., Datto, C., McLeskey, C., & Sinha, M. (2018). Resource use and costs associated with opioid-induced constipation following total hip or total knee replacement surgery. *Journal of Pain Research*, *11,* 1017-1025.

Wongworapitak, C. (2016). 1-Year mortality in aged hip fracture patients after conservative treatment. *Region 11 Medical Journal*, *30*(4), 345-355.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน : ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น[1]

PROVIDING HOME HEALTHCARE SERVICES: EXPERIENCES OF NURSE ENTREPRENEURS AT AN AOB AOON COMMUNITY NURSING CLINIC

นครินทร์ เชื่อนิจ[2] อารีย์วรรณ อ่วมตานี[3,*] ชวภณ สารข้าวคำ[4]
Nakharin Chueanit Areewan Oumtanee Chawapon Sarnkhaowkhom

[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A part of a thesis for the Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
[2]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330
Graduated Student, Master of Nursing Science Program (Nursing Administration), Faculty of Nursing,
Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
[3]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร 10330
Associate Professor, Ph.D. (Nursing), Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, 10330, Thailand
[4]อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Lecturer, Ph.D., Public Health Instructor, Faculty of Public Health, Mahidol University,
Rachathewi, Bangkok, 10400, Thailand
*Corresponding author E-mail: areeday@yahoo.com

Received: *April 8, 2024* Revised: *July 3, 2024* Accepted: *December 17, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นและมีประสบการณ์ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 2 ปี จากเขตบริการสุขภาพ 1, 9, 10, 11 และ 13 รวมจำนวนทั้งหมด 12 คน เก็บรวบรวมโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ บันทึกภาคสนามร่วมกับการสังเกต เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แนวคำถามปลายเปิด แบบบันทึกภาคสนาม และเครื่องบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba

ผลการวิจัยพบว่า การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก และ 9 ประเด็นย่อย ดังนี้ 1) การจัดบริการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 1.1) ลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นให้บริการเยี่ยมบ้าน 1.2) การเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน 1.3) ช่วงเวลาการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนการให้บริการ ประกอบด้วย 2.1) ตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวตนผู้ป่วย 2.2) ให้บริการพยาบาลตามอาการของโรค

2.3) ประเมินผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้าน 2.4) ลงระบบ E-Claim เบิกค่าบริการ และ 3) ปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วย 3.1) การเรียกคืนเงินค่าบริการเยี่ยมบ้าน 3.2) ปัญหาการยืนยันตัวตนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาลผู้ประกอบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีการกำหนดขอบเขตการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เหมือนกัน

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน, การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน, คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น, พยาบาลผู้ประกอบการ

Abstract

This qualitative descriptive research aimed to describe the experiences of home healthcare services provided by nurse entrepreneurs of an Aob Aoon Community Nursing Clinic. The informants consisted of 12 professional nurses from health areas 1, 9, 10, 11, and 13, each with at least two years of experience in providing home healthcare. Data were collected through in-depth interviews, voice recordings, field notes, and observations. The data collection tools included the researcher, open-ended interview questions, field note templates, and voice recorders. Data were analyzed using content analysis and verified for trustworthiness based on Lincoln and Guba's criteria.

The study revealed three main themes and nine sub-themes: 1) Home visit service arrangement, which includes 1.1) the characteristics of patients requiring home healthcare, 1.2) accessing the list of patients requiring home healthcare, and 1.3) the timeframe for home healthcare. 2) The service provision process, which involves 2.1) checking and confirming the patient's identity, 2.2) providing nursing services based on disease symptoms, 2.3) evaluating the outcomes of home healthcare, and 2.4) entering data into the E-Claim system for service reimbursement. Finally, 3) Issues in service reimbursement, which include 3.1) reclaiming home healthcare service fees, and 3.2) problems with confirming the identity of patients.

The findings highlight the importance of home healthcare services provided by nurse entrepreneurs at the Aob Aoon Community Nursing Clinic and the challenges encountered in service delivery. Therefore, it is recommended to improve the efficiency of home healthcare service models and to establish standardized guidelines for the scope of home healthcare services by relevant authorities.

Keywords: home visit, home healthcare, Aob Aoon Community Nursing Clinic, nurse entrepreneur

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดูแลสุขภาพที่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่มีความสำคัญและมีผลกระทบมากต่อการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือเพื่อรักษาสุขภาพของตนในสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบายที่สุด การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่เพียงแต่เป็นการนำบริการสุขภาพมาส่งถึงที่อยู่ของผู้ป่วยโดยตรง แต่ยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Nursing Division Ministry of Public Health, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านในต่างประเทศ พบว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคสะเก็ดเงิน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รวมถึงลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาในโรงพยาบาล (Lizano-Diez, Amaral-Rohter, Perez- Carbonell & Aceituno, 2021; Aljohani, Alazimi, & Ayoub, 2022; Vitale, Mea, & Chang, 2023)

สำหรับประเทศไทย การดูแลสุขภาพที่บ้าน อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเน้นการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย ญาติ และชุมชน ซึ่งดำเนินการมามากกว่า 50 ปี (Nursing Division Ministry of Public Health, 2023) แต่ประชาชนบางส่วนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ สภาการพยาบาลร่วมกับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงเล็งเห็นความสำคัญของกลุ่มพยาบาลที่เปิดคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ซึ่งให้บริการประชาชนในชุมชนอยู่แล้วมาร่วมเป็นเครือข่ายการให้บริการระดับปฐมภูมิ และกำหนดชื่อหน่วยบริการนี้ว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2022)

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยร่วมบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนคนไทยที่มีสิทธิการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) โดยไม่ต้องเรียกเก็บค่าบริการ แต่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจะเรียกเก็บค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในภายหลัง สำหรับขอบเขตและกิจกรรมที่คลินิกให้บริการ ประกอบด้วย 1) การให้บริการในคลินิก ได้แก่ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการการพยาบาลพื้นฐาน บริการบริหารยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น จ่ายเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบริการที่ให้ และ 2) การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2022.; National Health Security Office, 2023)

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เป็นการให้บริการแก่บุคคลและครอบครัวในที่พักอาศัย มุ่งเน้นการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการ โดยมีจุดประสงค์หลักในการส่งเสริมสมดุลของสุขภาพกาย ลดการพึ่งพาผู้อื่น ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและบุคลากรทางสุขภาพ (Health Admiration Division, 2016) คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการให้บริการในชุมชนโดยประสานงานกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นต้น (Arannapoom & Oumtanee, 2023) และมีความแตกต่างจากการเยี่ยมบ้านในบริการสุขภาพระบบปฐมภูมิ ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) 2) มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด 3 กลุ่ม ได้แก่ 2.1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายขาดได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น เน้นให้บริการและคำแนะนำกับผู้ป่วย โดยให้บริการได้ไม่เกิน 4 ครั้งต่อคนต่อปี 2.2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย โดยให้บริการได้ไม่เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปี และ 2.3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและไร้ความสามารถเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลเน้นการฝึกทักษะให้ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ โดยให้บริการได้ไม่เกิน 8 ครั้งต่อคนต่อปี 3) เป็นผู้ป่วย

ที่ได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยบริการอื่น หรือผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการดูแลสุขภาพที่พบในชุมชน 4) ผู้ป่วย 1 คน ได้รับบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านไม่เกิน 1 ครั้ง ต่อวันและคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นแต่ละแห่งขอชดเชยค่าบริการได้ไม่เกิน 10 รายต่อวัน 5) พยาบาลผู้ประกอบการสามารถเบิกค่าบริการต่อครั้งจาก สปสช. ในอัตราค่าบริการที่กำหนด และ 6) มีการกำกับ ดูแล ติดตาม ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจากสภาการพยาบาล และ สปสช. (Piyajan, 2023; Kasemsuk, 2024)

จากการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นของคณะกรรมการโครงการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2020) พบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นในเขตบริการสุขภาพที่ 1, 5, 6 และ 9 มีปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เนื่องจากไม่เข้าใจข้อกำหนดในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านและการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านมีการดำเนินงานหลายขั้นตอน ประกอบด้วย การขอรายชื่อผู้รับบริการจาก เขตบริการสุขภาพ โรงพยาบาลแม่ข่าย หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต) การติดต่อและนัดหมายผู้รับบริการ การวางแผนการพยาบาลตามปัญหา การยืนยันตัวตนผู้รับบริการก่อนการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน การบันทึกข้อมูลในระบบ E-Claim (Piyajan, 2023; Kasemsuk, 2024) และเมื่อบันทึกข้อมูลในระบบการ E-claim ไม่ครบถ้วนก็ไม่สามารถเบิกค่าบริการได้ ดังนั้น หากได้มีการศึกษาการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นตามประสบการณ์จริง จะทำให้เข้าใจลักษณะการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ปัญหาและอุปสรรครวมถึงการแก้ปัญหาที่จะสะท้อนเรื่องราวสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถนำข้อมูลไปพัฒนาการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสภาการพยาบาล สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปพัฒนาระบบการบริการ หรือส่งเสริมการบริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คำถามวิจัย

ประสบการณ์การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research)

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจากเขตบริการสุขภาพที่ 1 จำนวน 2 คน เขตบริการสุขภาพ 9 จำนวน 4 คน เขตบริการสุขภาพ 10 จำนวน 2 คน เขตบริการสุขภาพ 11 จำนวน 2 คน และเขตบริการสุขภาพ 13 จำนวน 2 คน โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (purposive selection) ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) พยาบาลวิชาชีพผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และ 2) มีประสบการณ์ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านอย่างน้อย 2 ปี จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย ซึ่งเพียงพอสามารถทำให้เกิดการอิ่มตัวของข้อมูล (Saunders et al., 2017)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุด เนื่องจากเป็นผู้สัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้มีการเตรียม

ความรู้เกี่ยวกับการเป็นพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นและการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure) เป็นคำถามปลายเปิดสำหรับใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามพัฒนาจากขอบเขตการให้ บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ที่ถามเกี่ยวกับการให้บริการและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จำนวน 4 ข้อ และแนวคำถามสามารถปรับคำถามให้มีความยืดหยุ่นกับบริบทการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

3. แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อจดบันทึกข้อความสำคัญ ๆ ในการสัมภาษณ์และสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ประกอบไปด้วย หมายเลขผู้ให้ข้อมูล วันเวลาและครั้งที่สัมภาษณ์ ระยะเวลาและสถานที่ในการสัมภาษณ์ ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

4. เครื่องบันทึกเสียงขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ใบรับรอง 014/67 โดยได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2567 ก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการสัมภาษณ์ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ พร้อมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงและจดบันทึกภาคสนามขณะสัมภาษณ์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ชี้แจงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลและการรักษาความลับของข้อมูลอย่างชัดเจน โดยข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับจากการวิจัยจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และไม่สามารถเชื่อมโยงกับตัวตนของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกรายงานในลักษณะภาพรวม และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องจะถูกทำลายทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย และผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการดำเนินการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับการสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 - 2 ครั้งต่อราย ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 80 นาทีต่อราย และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลจะมีความอิ่มตัว (data saturation) จึงหยุดเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis: TA) ของ Braun & Clarke (2006) และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามเกณฑ์ของ Lincoln and Guba (1985) ดังนี้ 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) ดำเนินการโดยให้ผู้วิจัย 3 คน ประกอบไปด้วย นิสิตอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม และอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก วิเคราะห์ข้อมูลชุดเดียวกัน (multiple researchers) แล้วนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าได้ประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลสอดคล้องกัน และการตรวจสอบประเด็นเบื้องต้นจากผู้ให้ข้อมูล (member checking) จำนวน 6 คน ผู้ให้ข้อมูลไม่มีการแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลใด ๆ ในประเด็นที่ค้นพบ 2) การตรวจสอบในการถ่ายโอน (transferability) โดยผู้วิจัยเสนอผลการวิจัยที่ละเอียดและมียกตัวอย่างคำพูดอ้างอิงของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อที่จะสามารถถ่ายทอดเรื่องราวได้อย่างลุ่มลึกและสามารถนำข้อค้นพบไปใช้ในบริบทที่ใกล้เคียง 3) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) โดยผู้วิจัยมีการบันทึกข้อมูลขณะสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต วิเคราะห์ข้อมูล และแปลความหมายข้อมูล และ 4) ความสามารถในการยืนยัน (confirmability) ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การจดบันทึกภาคสนาม ถอดเทปคำต่อคำ และสามารถตรวจสอบข้อมูลดิบจาก

การบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ได้ และตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลได้จากการให้รหัสข้อมูลและการจัดหมวดหมู่ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจากประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การจัดบริการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนการให้บริการ และ 3) ปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การจัดบริการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามขอบเขตความรับผิดชอบที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้ 1.1) ลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นให้บริการเยี่ยมบ้าน 1.2) การเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน และ 1.3) ช่วงเวลาการเยี่ยมบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นให้บริการเยี่ยมบ้าน สปสช. ได้กำหนดขอบเขตการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ตามปัญหาทางสุขภาพและความต้องการบริการด้านสุขภาพเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาหายได้ เช่น หญิงหลังคลอด สามารถเยี่ยมบ้านได้ 4 ครั้งต่อปี เบิกค่าบริการได้ 400 บาทต่อครั้ง กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C = 13 ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่บ่งชี้ว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ สามารถเยี่ยมบ้านได้ 6 ครั้งต่อปี เบิกค่าบริการได้ 600 บาทต่อครั้ง และกลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ADL น้อยกว่า 11 สามารถเยี่ยมบ้านได้ 8 ครั้งต่อปี เบิกค่าบริการได้ 800 บาทต่อครั้ง

อย่างไรก็ตาม นโยบายการเยี่ยมบ้านของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแต่ละเขตสุขภาพก็มีความแตกต่างกัน เช่น บางเขตไม่อนุญาตให้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ในขณะที่บางเขตไม่อนุญาตให้เยี่ยมบ้านกลุ่มที่ 3 สำหรับการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยว่าเป็นกลุ่มใดระหว่างกลุ่มที่ 1 - 3 จะเป็นการแบ่งประเภทกลุ่มผู้ป่วยตามปีงบประมาณ แม้ว่าอาการจะเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นหรือแย่ลง ผู้ป่วยจะไม่สามารถเปลี่ยนกลุ่มได้ จนกว่าจะหมดปีงบประมาณนั้น ๆ ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่มีอาการมากขึ้น ไม่สามารถรับบริการเยี่ยมบ้านได้ตามสิทธิตามลักษณะอาการที่เจ็บป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“คนไข้กลุ่ม 1 คือ คนไข้ที่สามารถควบคุมอาการตัวเองได้ เช่น เบาหวาน ความดัน ที่อาการไม่ได้กำเริบ คือ ค่า HbA1C อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันปกติ หรือหญิงหลังคลอด เด็กแรกเกิด คือกลุ่ม 1 ที่เขาให้เยี่ยม กลุ่ม 2 จะเป็นพวกความดัน เบาหวาน ที่เขาควบคุมอาการไม่ได้ กลุ่ม 3 เป็นพวกที่มีความพิการติดตัว หรือมีอุปกรณ์ เช่น มีสายสวน มี NG [Nasogastric Tube] ฟอกไตทางหน้าท้อง อันนี้ถือเป็นกลุ่ม 3 ที่มีความพิการร่วมด้วย อันนี้ก็จะเรท 400, 600 และ 800 บาทต่อครั้ง ในการเยี่ยม” [ID3T1P9]

“สปสช. เขต [A] เขาจะให้คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่อยู่ในเขต [A] เยี่ยมได้แค่กลุ่มที่ 2 มันมี 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่อาจจะมีแผนต้องกลับมาอยู่ที่บ้าน หรือหลังคลอด Breastfeeding ต้องดูแลต่อ คนไข้ที่เป็นแบบ DM ธรรมดา ไม่ได้เป็นอะไรมากมาย กลุ่มนี้เขต [A] ไม่ให้เยี่ยม เขต [A] ให้เยี่ยมกลุ่มที่ 2 คือ DM hypertension uncontrol พวกนี้ ซึ่งได้รายชื่อมาจาก รพช. กลุ่มที่ 3 เช่น ล้างไตทางหน้าท้อง เรื่องของ Disability พวกนี้ เขต [A] บอกว่ามันอาจจะไปซ้ำกับพวก Long Term Care ของ รพ.สต. ที่เขาดูแลอยู่แล้ว กลุ่มนี้เขาก็เลยขอไม่ให้เยี่ยม ที่เป็น 800 บาท ให้เยี่ยม 600 บาท ต่อเคส ต่อครั้ง” [ID10T1P4]

“กลุ่มคนไข้เนี่ยเขาจะกำหนดว่า ให้ถือกลุ่มที่เราเลือกไปตลอดปีงบประมาณจะไม่มีการสลับกลุ่มคนไข้ในระหว่างปีงบประมาณ หมายความว่า ถ้ากลุ่มหนึ่งก็กลุ่มหนึ่งตลอดปีงบประมาณ กลุ่มสอง ก็จัดอยู่ในกลุ่มสองตลอดปีงบประมาณ ไม่ว่าคนไข้จะดีขึ้นหรือแย่ลง ถ้าสมมุติว่าดีขึ้นหรือแย่ลงก็ไปสรุปอีกปีงบประมาณถัดไป” [ID9T1P11]

1.2 การเข้าถึงรายชื่อผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้าน การเข้าถึงผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านมาจากหลากหลายช่องทาง ได้แก่ การขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขให้แนะนำผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การเยี่ยมบ้านเพื่อพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจะได้ดำเนินการเยี่ยมบ้านต่อไป พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นบางแห่งได้รับรายชื่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต ส่งรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านให้แก่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งจะไม่มีทับซ้อนกับการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของผู้ให้บริการกลุ่มอื่น ในขณะที่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นบางรายได้รับแจ้งจากญาติผู้ป่วยให้เข้าไปเยี่ยมที่บ้าน ในกรณีนี้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ต้องมีการตรวจสิทธิของผู้ป่วยก่อนให้บริการ เพื่อจะได้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าบริการได้ถูกต้องตามสิทธิ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เราก็ติดต่อกับ อสม. ในพื้นที่ ว่าในหมู่บ้านมีคนไข้ที่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยไหม เจ็บไข้ได้ป่วย เขา [อสม.] ก็จะแจ้งมา” [ID1T1P11]

“พี่ได้รายชื่อคนไข้มาจาก รพ.สต. ที่พี่ทำงานอยู่ รายชื่อคนไข้จะเป็นคนไข้ NCD ที่เรารับผิดชอบดูแลในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” [ID6T1P3]

“...ญาติบอกเอง อย่างคนไข้มาทำแผลที่คลินิกเราอะไรอย่างนี้ ญาติอยากให้ไปเยี่ยมที่บ้านนะ เดินไม่สะดวก คุมเบาหวานไม่ได้ มีอยู่เคสหนึ่ง คนไข้หลังผ่าตัดพวก Colostomy อะไรกลับแล้วญาติไม่มีความมั่นใจในการทำแผล เขาก็บอกว่าช่วยไปดูให้หน่อย ไปเยี่ยมบ้านเขาหน่อย เขาเห็นเราไปเยี่ยมคนไข้คนอื่นใกล้บ้านเขา” [ID9T1P8, P10]

“สปสช. เขต [A] เขาจะกำหนดเลยว่ารายชื่อที่เราจะต้องเยี่ยมบ้าน จะต้องได้มาจาก NCD Clinic ของ รพช. เท่านั้น เป็นคนกำหนดว่าเคสไหนที่เป็น DM uncontrol เคสไหนที่จะให้ลงเยี่ยม NCD Clinic เขาจะกำหนดเป็น” [ID10T1P3]

1.3 ช่วงเวลาการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้บริการเยี่ยมบ้านตามความสะดวกของผู้ป่วย หรือตามเวลาที่นัดหมาย เช่น เยี่ยมบ้านในวันธรรมดา หรือให้บริการเยี่ยมบ้านในวันเสาร์และวันอาทิตย์ในช่วงเช้า และในช่วงบ่ายเปิดบริการที่คลินิก ในขณะออกเยี่ยมบ้านจะติดประกาศไว้ที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ส่วนวันหยุดนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ อาจต้องเลื่อนการเยี่ยมบ้านออกไปก่อน เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้อยู่กับผู้ป่วย ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“...ออกเยี่ยมประมาณ จันทร์ พุธ ศุกร์ แต่มันไม่ค่อยเป็นไปตามแผนเท่าไหร่ เพราะบางครั้งมันก็มีเหตุอันอื่น ๆ ใด ๆ เรามีกิจกรรมอื่นใดแทรกด้วย มันก็อาจจะเป็นการเลื่อนต่อไปหรือไม่ เช่น เทศกาลที่เราวางแผนไว้ บางครั้งเราก็ไม่อยากไปรบกวนเขา เช่น ปีใหม่ ลูกหลานเขามา เราก็อาจจะเลื่อนไป” [ID1T1P12-14, T2P17]

“ถ้าเรานัดหมายคนไข้ไปเยี่ยมบ้านไว้ เราก็จะปิดคลินิก เราก็จะแขวนป้ายไว้ว่าเราออกเยี่ยมบ้าน... เยี่ยมบ้าน สำหรับพี่ อย่างมันอยู่ในหมู่บ้าน มันอยู่ในพื้นที่ พี่ไม่ต้องเดินทางไกล... ระยะ 1 - 2 กิโลเมตร เพราะมันก็มีกรณีอย่างคนไข้พื้นที่อื่น คือพี่ไปเยี่ยมเฉพาะในเขตตำบลของตัวเอง” [ID6T1P2-3,6]

2. ขั้นตอนการให้บริการ การให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน มีขั้นตอนต่าง ๆ ที่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้องดำเนินการอย่างรอบคอบ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีและผู้ให้บริการได้รับค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับประเด็นขั้นตอนการให้บริการประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 2.1) ตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวตนผู้ป่วย 2.2) ให้การพยาบาลตามอาการของโรค 2.3) ประเมินผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้าน และ 2.4) ลงระบบ E-Claim เบิกค่าบริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ตรวจสอบสิทธิและยืนยันตัวตนผู้ป่วย ผู้ป่วยที่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถให้บริการเยี่ยมได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย คือ ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ดังนั้น พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จึงต้องมีการตรวจสอบสิทธิผู้ป่วยก่อน วิธีการตรวจสอบและยืนยันสิทธิผู้ป่วย โดยสามารถดำเนินการได้หลายช่องทาง ได้แก่ การสอบถามสิทธิการรักษาจากผู้ป่วยโดยตรง หรือสอบถามกับศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อป้องกันการเยี่ยมบ้านทับซ้อนกับกลุ่มผู้ป่วยกองทุนการดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) หลังจากตรวจสอบแล้วว่าผู้ป่วยมีสิทธิรับบริการ จะมีการยืนยันสิทธิผู้ป่วยอีกครั้งในระบบการของบริการยืนยันและพิสูจน์ตัวตน (authentication) โดยการถ่ายรูปผู้ป่วยกับบัตรประชาชน แต่บางเขตสุขภาพกำหนดให้ใช้บัตรประชาชนเสียบเข้าเครื่องอ่านบัตรประชาชน (ID Card-reader) เท่านั้น วิธีนี้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกฯ ต้องซื้อเครื่องอ่านบัตรประชาชนต่อเข้ากับโทรศัพท์มือถือ เพื่อที่จะสามารถยืนยันและพิสูจน์ตัวตน (Authentication) ของผู้รับบริการผ่านระบบออนไลน์ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“วิธีการเช็คสิทธิเยี่ยมบ้านก็จะเช็คจากตัวเคส ถามเขา [ผู้ป่วย] เลยว่าเขา [ผู้ป่วย] ใช้สิทธิหลักของเขา [ผู้ป่วย] อยู่ที่ไหน แล้วนอกนั้นก็ confirm จากในระบบด้วย เวลาเราคีย์ Authentic E-Claim มันจะขึ้นให้เราอยู่แล้ว ถ้าเป็นเคส Long term, Criteria เช่น ติดเตียง หรืออะไรพวกนี้ ส่วนใหญ่พี่จะถามศูนย์บริการสาธารณสุขก่อน ถ้าเขาไม่ได้แบ่งเคสให้เรา เราก็จะไม่ได้ไปยุ่งอะไรกับเขา” [ID5T1P9]

“เช็คสิทธิคนไข้มันจะมีโปรแกรมของ สปสช. ชื่อ Authen Service ตอนที่เราสมัครไปแล้วเขาจะให้เราใช้รหัสคลินิก ที่เปิดคลินิก วิธีการ Authen มี 3 วิธีค่ะ 1) ใช้สมาร์ทการ์ดเสียบกับเครื่องอ่าน 2) การถ่ายรูปผู้ป่วยกับบัตรประชาชนต้อง Authen ในระบบ 3) สแกน QR-Code ของคลินิก พี่ใช้เครื่องเสียบสมาร์ทการ์ด กดตรวจสอบข้อมูลบัตรสมาร์ทการ์ด แล้วมันก็จะขึ้นมาเลย ว่าปัจจุบันคนไข้คนนี้ใช้สิทธิอะไร” [ID8T1P5]

“ของพี่ สปสช. เขต [A] เขาจะกำหนดไม่ให้ถ่ายรูป Authen คือให้เสียบบัตร 100% ตามนโยบายของเขา เราก็จะซื้อเครื่อง Authen ที่เป็น Type-C เสียบกับโทรศัพท์มือถือของเรา มันจะต่อกับโทรศัพท์เลย เอาไป และก่อนที่เราจะให้บริการ เราก็เอาบัตรประชาชนเสียบ Authen ก่อน ที่บ้านคนไข้เลยครับ” [ID10T1P6]

2.2 ให้การพยาบาลตามอาการของโรค ก่อนเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจะมีการวางแผนเยี่ยมบ้านโดยพิจารณาจากการครบกำหนดการเปลี่ยนสายให้อาหาร หรือสายสวนปัสสาวะ ระยะเวลาในการเดินทาง จำนวนผู้ป่วยในชุมชน จากนั้นจึงโทรศัพท์ติดต่อผู้ป่วยหรือญาติ เพื่อแนะนำตัว นัดหมายวัน - เวลาที่ผู้ป่วยสะดวก อธิบายวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมเอกสารประวัติการรักษา ยาที่รับประทานประจำ พร้อมทั้งซักประวัติผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย เพื่อพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้เตรียมอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ให้มีความเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยที่จะไปเยี่ยมบ้าน หลังจากได้ข้อมูลจากการซักประวัติแล้วนำมาวางแผนการพยาบาล (nursing care plan) และเมื่อมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะมีการซักประวัติผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด ตรวจร่างกาย สรุป

ปัญหาของผู้ป่วยและญาติและให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยและญาติ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จะมีการแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร การสอนฉีดยาอินซูลิน หากเป็นหญิงหลังคลอดจะให้การพยาบาลทั้งมารดาและทารก เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การให้นมบุตร และการวางแผนครอบครัว สำหรับระยะเวลาในการพยาบาลเยี่ยมบ้านผู้ป่วย จะใช้เวลาประมาณ 15 นาที ถึง 2 ชั่วโมงต่อผู้ป่วย 1 ราย ขึ้นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เยี่ยมเคสหนึ่งแล้ว ไปเยี่ยมเคสต่อ ๆ กัน เคสหนึ่งประมาณ 20 - 30 นาที แต่ถ้าเป็นเคสที่ไปครั้งที่ 2 จะเร็วขึ้น 15 นาที ถ้าไม่ได้เปลี่ยนสาย แต่ถ้าเปลี่ยนสายก็ประมาณ 20 นาที คุยกับเขาด้วย แนะนำเขาด้วย รวมเสียบบัตรอะไรแล้ว ประมาณ 20 - 30 นาที” [ID12T1P12]

“มีการวางแผนในการเยี่ยมบ้าน มีการแพลนว่าครั้งนี้เราจะไปคุยกับคนไข้เรื่องอะไรบ้าง คุยยังไง เราจะมีการเตรียมอุปกรณ์ชุดตรวจไป และถ้ามีญาติ ก็จะมีนัดหมายญาติ เพราะผู้ป่วย NCD บางรายก็สูงอายุ บางครั้งเราคุยไปแล้วผู้สูงอายุหูไม่ค่อยดี คุยไปความจำไม่ดี เราก็มีการพูดคุยกับญาติด้วย... เราก็ต้องคุยกับญาติไปด้วยว่าตอนนี้ยายเป็นเบาหวานนะ จะต้องรับประทานอาหารแบบไหน ต้องคุมอะไร บางคนก็เป็นตั้ง 3 - 4 โรค เบาหวาน ความดัน ไขมัน และไต อันนี้คือต้องคุยยาวแล้วค่ะ บางคนคุยเป็น 1 - 2 ชั่วโมง บางครั้งเราก็กำหนดเวลาไม่ได้ว่าต้องคุยเท่าไหร่...[เยี่ยมบ้าน] หลังคลอด ส่วนมากเราจะเป็นเยี่ยมครั้งที่ 2 เพราะว่าครั้งที่ 1 เยี่ยมมาจากโรงพยาบาลแล้ว ครั้งที่ 2 เยี่ยมหลังคลอด ส่วนมากจะไปดูการเลี้ยงลูก การให้นมลูก การรับประทานอาหาร เพราะว่าสังคมชนบทกับในเมืองมันจะต่างกัน สังคมชนบทเขาก็จะมีความเชื่อ ปู่ย่าตายายเราก็จะไปแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารของแม่ อาหารของลูก บางครั้งลูกยังไม่ถึง 6 เดือนก็พากันป้อนข้าว ก็จะไปให้คำแนะนำ และจะไปดูเรื่องพวกสะดือ สะดือแห้งไหม อะไรพวกนี้ ของแม่ก็จะไปดูเรื่องน้ำนม ดูเรื่องน้ำคาวปลา อะไรพวกนี้ และมีแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว” [ID6T1P3,P5]

“คุณตาที่มีเรื่องที่ยังกินเหล้าอยู่ เราไปคุยหลายครั้ง พยายาม Empowerment คนไข้ เราคุยว่าจริง ๆ ปัญหาของคนไข้ที่กินเหล้ามันคืออะไร จริง ๆ เขาไม่รู้ Status สุขภาพของเขา” [ID10T1P6]

“อันดับแรกประเมินคนไข้ก่อน ตามกระบวนการพยาบาล ประเมินคนไข้ คนไข้มีลักษณะประมาณไหน การใส่สายคนไข้ได้รับการแนะนำจากโรงพยาบาลประมาณไหน รู้เรื่องไหม เคสเยี่ยมบ้าน เคส Stroke เราก็ดูว่าวันนี้เป็นเคส Stroke ใช่ไหม คนไข้พื้นฐานมีอาการประมาณไหน ใส่สายหรือไม่ใส่สาย เราต้องเตรียมอุปกรณ์ไปไหม สมมุติถ้ามี Stroke เคสหนึ่ง ในสาย NG แต่เราจะโทรก่อนว่าเปลี่ยนสาย NG ล่าสุดเมื่อไหร่” [ID12T1P7]

2.3 ประเมินผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ไปให้บริการพยาบาลผู้ป่วยถึงบ้าน ทั้งการทำหัตถการ การให้คำแนะนำ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพผู้ป่วย ดังนั้นผลลัพธ์จากการเยี่ยมบ้าน จึงประกอบด้วยการทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องเป็นภาระของญาติในการเดินทางไปรับบริการ ผู้ป่วยยากจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป็นต้น ดังตัวอย่างการให้สัมภาษณ์

“เราก็ให้คนไข้ไป Train เพราะเขาฉีดไม่ถูก คือไปขีดตัวที่เป็นหัวอินซูลิน เราไปใช้ปากกาสีเขียนตรงที่มันเป็น Scale ของตัวอินซูลิน ว่าถ้า

เช้าฉีด 10 unit ไปตามเยี่ยม คนไข้เริ่มฉีดถูก และน้ำตาลมันก็ลงจริง ๆ...” [ID10T1P6]

“อย่างคนไข้ที่ใส่สาย NG บางครั้งเขามาไม่ได้ เราก็ต้องเดินทางไปหาเขา อย่างถ้าโรงพยาบาลของที่นี่มันก็จะระยะทาง 10 กิโลเมตร คลินิกพี่ระยะทางแค่ 2 กิโลเมตร ก็อำนวยความสะดวกสบายให้ในชุมชน ไม่ต้องเดินทางไกล” [ID6T1P15]

“การเข้าถึงบริการที่มากขึ้น พี่ไปเจอคนไข้ที่ไม่ได้รับบัตรผู้พิการ แต่พิการมาแล้วหลายปีก็มี คนไข้ที่ไม่มีผู้ดูแลก็มี ที่ดูแล้วน่าสงสารมากที่พี่บอกว่าบางทีไปเยี่ยมโดยที่ไม่เบิกก็มี เพราะคนไข้บางคนคืออนาถาจริง ๆ อยู่ในชุมชนแออัด บางทีไม่ได้ไปหาหมอ เป็น Stroke แต่ไม่ได้ไปหาหมอ ขาดยา เงินไปหาหมอไม่มี ปัญหาคือแค่ค่ารถไปหาหมอก็ไม่มีแล้ว เราลงไปหา ไปเยี่ยมเขาถึงบ้าน” [ID12T1P17]

2.4 ลงระบบ E-Claim เบิกค่าบริการ การลงบันทึกค่าบริการจะลงบันทึกในระบบ E-Claim โดยมีการลงบันทึกข้อมูลการพยาบาลประมาณ 4 - 8 หน้า ข้อมูลดังกล่าวจะถูกตรวจสอบความสมบูรณ์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการเบิกค่าบริการซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่นและลงข้อมูลการให้บริการครบถ้วนตามที่ สปสช. กำหนด หากข้อมูลไม่ครบถ้วน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ต้องลงข้อมูลให้ครบถ้วนก่อน จึงจะเบิกค่าบริการได้ ซึ่งค่าบริการนี้อาจเบิกจ่ายได้ในเดือนถัดไปเนื่องจาก สปสช. จะมีการตัดงบประมาณเป็นรายเดือน ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ถ้าคนเข้าใจเยี่ยมบ้านเนี่ยคุณก็ต้องไปเบิกใน E-Claim แต่ว่าการเยี่ยมเนี่ยเราบอกชัดเจนว่าเขาจะมีการประสานงานท้องที่ของเรา รพ.สต. ของเราที่โรงพยาบาลเพราะเราเบิก E-Claim ไปปุ๊บเนี่ยมันจะตัดคนไข้คนนั้นเพราะว่าที่อื่นมันจะเบิกไม่ได้ถ้าเป็นคนไข้ทับซ้อนนะคะ” [ID7T1P8]

“มันจะเป็นโปรแกรม E-Claim ขึ้นมาใช่ไหมคะ เราส่งข้อมูลออกไปจากการที่เราทำเคส เราส่งข้อมูล แล้ว สปสช. ก็จะตรวจให้เรา ถ้าสมมุติว่าพี่มี 30 เคส เขาก็จะบอกว่าผ่านกี่เคส ไม่ผ่านกี่เคส รอบล่าสุดที่พี่ติดคือ 30 เคส พี่ไม่ผ่าน 2 เคส เพราะพี่ลืมติ๊กคำว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นแค่นั้นค่ะ แต่แก้ใหม่ได้ มีการรับข้อมูลกลับคืนมาเสร็จแล้วเราก็เข้าไปแก้ข้อมูลเพิ่มให้มันถูก แล้วเราก็ส่งกลับไปเบิกใหม่ เขาก็จ่ายให้เรารอบต่อไป” [ID8T1P10]

“ลงข้อมูล E-Claim... มันจะมีใบกำหนดกลุ่ม ใบเยี่ยมบ้าน ใบ Nursing care แล้วก็จะมีใบแผนที่ รวม ๆ ก็ประมาณ 4 แผ่น ส่วนใหญ่ก็ 8 หน้า เขียนเยอะอยู่นะ” [ID9T1P14]

3. ปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ การให้บริการเยี่ยมบ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีประเด็นปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการ 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1) การเรียกคืนเงินค่าบริการเยี่ยมบ้าน และ 3.2) ปัญหาการยืนยันตัวตนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 การเรียกคืนค่าบริการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้ประกอบการคลินิก ฯ ต้องเผชิญกับปัญหาการเรียกคืนค่าบริการเยี่ยมบ้านจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เนื่องจากปัญหาต่าง ๆ ดังนี้คือ หน่วยงานต้นสังกัดเครือข่ายมีการปรับเปลี่ยนกลุ่มผู้รับบริการย้อนหลัง ทำให้ค่าบริการบางอย่างไม่สามารถเบิกจ่ายได้ทั้ง ๆ ที่ให้บริการไปแล้ว และความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับกลุ่มผู้ป่วยระหว่างพยาบาลผู้ประกอบการคลินิก ฯ กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำให้บันทึกการเยี่ยมบ้านไม่ครอบคลุมและครบถ้วนตามที่กำหนด ส่งผลให้ไม่สามารถเบิกจ่ายเงินได้ ในกรณีที่ สปสช. จ่ายเงินมาแล้วแต่ถูกตรวจสอบภายหลังและพบว่าไม่ครบถ้วนก็จะถูกเรียกเงินคืน ทำให้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ให้บริการ

ไปแล้ว แต่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้ ทำให้รู้สึกเสียเวลาในการให้บริการเยี่ยมบ้านและทำให้คลินิกขาดสภาพคล่องทางการเงิน ต้องนำเงินเก็บส่วนตัวมาใช้ในการรักษาสภาพคล่องของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น บางรายประสบปัญหาขาดทุน เนื่องจากจ้างพยาบาลอื่นมาช่วยงานและได้จ่ายเงินค่าแรงไปแล้ว เมื่อเกิดปัญหาการเรียกเงินคืน ก็ไม่สามารถไปขอเงินคืนจากพยาบาลที่ถูกว่าจ้างมาให้บริการได้ บางรายต้องการที่จะยกเลิกการเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ก็กะว่าบางครั้งใช้หนี้เสร็จก็จะไปแล้ว [ยกเลิกเข้าร่วมเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ] ถ้า Audit แบบนี้คือไม่ไหวเลย คือ คลินิกอยู่ไม่ได้ สมมุติเป็นนักธุรกิจ ลงทุนคลินิกแล้วจ้างพยาบาลมา 6 คน พอเขาจ่ายเงินมา ต้องไปจ่ายเงิน ในส่วนของภาษีและกำไร แบบนี้ คือเจ้าของธุรกิจจะอยู่ไม่ได้ เพราะโดนหักไป แล้วจะไปเรียกเงินคืนกับคนที่เขาทำงานก็ไม่ได้อีก สุดท้ายเป็นเจ้าของกิจการที่โดนเต็ม ๆ แล้วใครจะไปทำ” [ID3T1P18]

“มีให้ปรับเปลี่ยนกลุ่มสมมุติว่า คนไข้กลุ่มหนึ่ง คือ รักษาหายขาดหรือโรคเรื้อรังพวกคุมได้ กลุ่ม 2 คือ โรคที่เราควบคุมสถานการณ์ไม่ได้ กลุ่ม 3 เป็นกลุ่มที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีอุปกรณ์การแพทย์เน้นว่า 3 ต้องมีอุปกรณ์การแพทย์ แล้วทีนี้ปรับกลุ่มตามปีงบประมาณแล้วย้อนจากเดือนตุลาคมตั้งแต่เริ่มต้นประกาศประมาณพฤษภาคมย้อนกลับไปจนถึงตุลาคม แล้วเขาย้อนกลับไปจับปุ๊บทำให้ต้องมีการคืนเงินส่วนต่างคืนมา แต่เราหมุนเงินไปแล้ว ทำให้สภาพคล่องเสียไปเลย... พี่ก็ต้องเอาเงินส่วนตัวมาใช้หมุนเวียนแทน” [ID9T1P7, P8]

“ทุกวันนี้ก็ยังมีปัญหากันอยู่ หมายถึงว่าเข้าใจไม่ตรงกัน คลาดเคลื่อนกัน และมีการเรียกเก็บคืน เรียกเงินคืน...เจอเรียกคืนอย่างนี้ก็ไม่ไหว มันเสียเวลา พี่จะไม่ทำแล้ว พี่ว่ามันเสียเวลาชีวิตดูสิ ทำไปแล้วก็เรียกคืน” [ID11T1P1, P6]

3.2 ปัญหาการยืนยันตัวตนผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน ระบบการยืนยันตัวตนของผู้รับบริการจะถูกดำเนินการเมื่อพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเดินทางไปถึงบ้านผู้ป่วยแล้วก่อนให้บริการทุกครั้ง พยาบาลต้องให้ผู้ป่วยยืนยันสิทธิก่อน ในกรณีที่เขตสุขภาพต้องการให้มีการยืนยันตัวตนผู้ป่วยผ่านเครื่องอ่านบัตรซึ่งต้องใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต แต่เนื่องจากบางพื้นที่ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต ทำให้ไม่สามารถยืนยันตัวตนของผู้ป่วยได้ทันที บางรายต้องใช้เวลาในการเดินหาพื้นที่ที่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อยืนยันตัวตนของผู้รับบริการ หรืออาจลืมการยืนยันตัวตนของผู้ป่วยหลังจากหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ ส่งผลให้ไม่สามารถเบิกค่าบริการในครั้งนั้นได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“บางทีพี่ออกไปตามหมู่บ้าน เวลาถ่ายรูปแล้วเรา Authen เวลานั้นบางทีไม่มีเน็ต เน็ตไม่ดีมั่ง ถ้าจะให้ Authen เยี่ยมเสร็จอย่างเงี้ยมันไม่ค่อยได้ มันไม่ค่อยสะดวก บางทีก็เยี่ยมคนนี้เสร็จแล้ว ก็เดินทางไปเยี่ยมต่อแล้วก็มานั่ง Authen คลินิกอย่างนี้น่ะ... บางทีเราก็ลืมแต่ก็ถ่ายรูปไว้มันก็เลยจะเป็นเหมือนมา Authen ต่อ ๆ กัน บางทีถ้าเกิดว่าเราปล่อยเวลาว่างไปพี่อาจจะลืม ไม่อยู่เคสนึง ก็คือเราปล่อยเวลาให้มันห่างแล้วก็ลืม Authen ไปเลย แล้วก็ไม่ได้เบิกก็มี สมของพี่นะมีเคสนึงเยี่ยมหลังคลอดพอมาเช็คดูทีหลังปรากฏว่าลืมก็มีบ้าง” [ID1T2P14, P15]

“Authen ที่บ้านคนไข้บางที่มีปัญหาเรื่องเน็ต บางที่อินเทอร์เน็ตไม่ดีเลย ต้องเดินหาสัญญาณอินเทอร์เน็ต มีบ้าง บางที่คนไข้อยู่ไกลสัญญาณ” [ID10T1P7]

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การจัดบริการเยี่ยมบ้านซึ่งพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ให้บริการ

ผู้ป่วยตามความจำเป็นในผู้ป่วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถรักษาหายได้ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ และกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ซึ่งเป็นไปตามกลุ่มผู้ป่วยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) กำหนด (National Health Security Office, 2023) แต่ในการปฏิบัติจริงเห็นได้ว่าแต่ละเขตบริการสุขภาพมีนโยบายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นแตกต่างกัน เนื่องจากอาจมีปัญหาทับซ้อนกับการเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการสุขภาพกลุ่มอื่น ซึ่งส่งผลให้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นจะไม่สามารถเบิกค่าบริการได้ ดังนั้นก่อนให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นต้องทำหนังสือแจ้งการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่ เพื่อให้โรงพยาบาลแม่ข่ายแจ้งโรงพยาบาลในเครือข่ายให้รับทราบ และแบ่งแยกพื้นที่เขตรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, 2019) และพยาบาลต้องมีการตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วยก่อน แม้ว่าจะได้รับรายชื่อจากหน่วยสุขภาพเครือข่ายในการเข้าถึงผู้ป่วย การให้ บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านนี้ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่ต้องการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Limpanyalert, 2024) สำหรับการเดินทางไปให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านยังต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางซึ่งถึงเป็นต้นทุนแปรผันของการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งสามารถเพิ่มหรือลดได้ตามระยะการเดินทาง (Flowaccount, 2020) และนอกจากนี้ถ้าต้นทุนการให้บริการสูงอาจเป็นสาเหตุในการยกเลิกการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Horthamarat, Jamjumrus, & Chandarasorn., 2021) ส่วนช่วงเวลาในการให้บริการจะมีความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ และบริบทของผู้ป่วยเป็นหลักและหากเป็นช่วงวันหยุดนักขัตฤกษ์จะให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้เวลาร่วมกันมากกว่าจะให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Larsson, Hellzén, Kjällman, & Holmström, 2023)

2. ขั้นตอนการให้บริการ เมื่อได้รายชื่อผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านจาก รพ.สต. หรือแหล่งอื่น ๆ พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการกำหนดพื้นที่ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงศึกษาข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว มีการติดต่อนัดหมาย ซักประวัติและเตรียมอุปกรณ์สำหรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านซึ่งสอดคล้องกับขั้นตอนการปฏิบัติก่อนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย (Limthongcharoen, 2017) การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านต้องมีการพิสูจน์ตัวตนเพื่อยันยืนการใช้สิทธิในการให้บริการ เนื่องจากการบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น สามารถให้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บันทึกการบริการและเบิกจ่ายในระบบ E-Claim (National Health Security Office, 2023; Piyajan, 2023) โดยในขั้นตอนการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นมีการซักประวัติ ตรวจร่างกายอย่างละเอียดอีกครั้ง หลังจากนั้นมีการสรุปปัญหาและให้กิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับสภาการพยาบาล และขอบเขตของการให้บริการที่ สปสช.กำหนด (Piyajan, 2023; Kasemsuk, 2024) นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (Toney-Butler & Thayer, 2023) และผลจากการให้ บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยทำให้ความรู้ และพฤติกรรมการควบคุมโรค และการดูแล

ตนเองเพิ่มมากขึ้น (Choeissuwan, Potisa, & Wongsang, 2020)

3. ปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการ การให้บริการผู้ป่วยที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยจะได้รับสิทธิการรับบริการฟรี ไม่มีค่าใช่จ่าย ส่วนพยาบาลจะได้รับค่าบริการเมื่อมีการเบิกจ่ายเข้าระบบ E-Claim อย่างครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ สปสช. กำหนด แต่เนื่องจากข้อกำหนดต่าง ๆ ยังไม่มีความชัดเจน ทำให้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และ สปสช. แปลความหมายแตกต่างกัน เมื่อได้รับการตรวจสอบการลงบันทึกข้อมูลย้อนหลังและพบว่า ข้อมูลไม่ถูกต้อง ทำให้ สปสช. มีการเรียกเงินคืนจากพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น นอกจากนี้ในการยืนยันตัวตนของผู้ใช้สิทธิจำเป็นต้องยืนยันก่อนให้บริการผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต แต่ในบางพื้นที่ไม่มีสัญญาอินเทอร์เน็ตที่ผู้รับบริการจะยืนยันตนเองได้ ต้องให้บริการพยาบาลไปก่อนและยืนยันตนเองทีหลัง ทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายค่าบริการจาก สปสช. ได้ เนื่องจากการลงระบบต้องเป็นเรียลไทม์ ในขณะที่การให้บริการมีต้นทุนไปแล้ว เมื่อเบิกจ่ายไม่ได้ส่งผลต่อสภาพคล่องทางการเงิน จนต้องนำเงินเก็บส่วนตัวมาใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sudjai (2018) ที่พบว่า พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์นำเงินส่วนตัวมาเป็นแหล่งเงินทุนในการเปิดบริการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และปัญหาการขาดสภาพคล่องด้านการเงินยังเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อล้มเหลวในการประกอบการธุรกิจ (Yodna, 2014)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นได้สะท้อนถึงปัญหาการเบิกจ่ายค่าบริการเนื่องจากเกณฑ์การจัดกลุ่มประเภทผู้ป่วยและขอบเขตการให้บริการแต่ละกลุ่มยังไม่มีความชัดเจน ดังนั้น สปสช. ควรมีการชี้แจงระเบียบข้อบังคับ ขอบเขตการให้บริการผู้ป่วยแต่ละกลุ่มแก่พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เพื่อลดปัญหาการเรียกคืนค่าบริการจากผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

1.2 การกำหนดขอบเขตการดูแลสุขภาพที่บ้านในทุกเขตสุขภาพควรใช้เกณฑ์เดียวกัน และควรมีการจัดทำฐานข้อมูลการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านที่ทุกหน่วยงานสามารถตรวจสอบได้เองก่อนให้บริการ เพื่อไม่ให้เกิดความทับซ้อนกับการให้บริการจากหน่วยสุขภาพอื่น และเป็นการลดช่วงว่างของการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของคนในชุมชนบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพาผู้อื่น

1.3 การให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และสามารถแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และพัฒนารูปแบบการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาความพึงพอใจในบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านของพยาบาลผู้ประกอบการคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ตามการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้พัฒนาการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aljohani, M. S., Basher Alazimi, M. N., & Saied Ayoub, N. M. (2022). The home healthcare nursing services provided to the elderly patients: A systematic review. *Nursing Communications*, *6*, e2022034. https://doi.org/10.53388/IN2022034

Arannapoom, V., & Oumtanee, A. (2006). A study of nursing service management of an Aob Aoon nursing community clinic. *Journal of The Royal Thai Army Nurses. 24* (3). 283-292.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77-101.

Choeissuwan, V., Potisa, S., & Wongsang, Y. (2020). The effects of home visit based on partition program on health behavior and blood pressure of person with hypertension in selected community in Bukkhalo, Thailand. *Royal Thai Navy Medical Journal, 47*(3), 525-543.

Flowaccount. (2020). *What is the difference between costs and expenses? Invite you to read the profit and loss statement to control business expenses*. Retrieved from https://flowaccount.com/blog/cost-of-good-sold-vs-expense/

Health Admiration Division. (2016). *Operations manual: Health services (promotion, prevention, treatment, rehabilitation, and consumer protection).* Samut Sakhon: Born to be Publishing.

Horthamarat, C., Jamjumrus, T., & Chandarasorn, V. (2021). Antecedents of the performance of small and Medium-sized enterprise entrepreneurs. *Journal of Buddhist Anthropology*, *6*(1), 118-133.

Kasemsuk, W. (2024). *Nurse-led clinic: Practical point and lesson learn.* Retrieved from https://www.ramacnec.com

Larsson Gerdin, A., Hellzén, O., Kjällman Alm, A., & Holmström Rising, M. (2023). Encountering patients in their homes: A qualitative study of home care nurses' experiences. *Nordic Journal of Nursing Research*, *43*(1), 20571585231158950.

Limpanyalert, A. (2024). *Direction, policy, nursing and midwifery service in national health security system*. Retrieved from https://www.uckkpho.com/wpcontent/uploads/2023/11

Limthongcharoen, C. (2017). Family physician and home visit. *Srinagarind Medical Journal, 32*(5), 496-502.

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

Lizano-Díez, I., Amaral-Rohter, S., Pérez-Carbonell, L., & Aceituno, S. (2022). Impact of home care services on patient and economic outcomes: A targeted review. *Home Health Care Management & Practice, 34*(2), 148-162.

National Health Security Office. (2023). *The people responded "The AOB AOON Community Nursing Clinic has been utilized by the public over 26,000 times, helping to alleviate overcrowding in hospitals.* Retrieved from https://www.nhso.go.th/news/4112

National Health Security Office. (2023). *Payment of additional public health service costs for service units receiving specialized referrals.* Nursing and midwifery. Retrieved from https://www.nhso.go.th/storage/downloads/

Nursing Division Ministry of Public Health. (2023). *Home ward*. The agricultural co-federation of Thailand. Retrieved from http://118.174.45.29/hhc/dowload/

Piyajan, P. (2023). *Registration and scope of service an Aob Aoon Community Nursing Clinic in the National Health Insurance (UC) system, 2023.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/2565/2566/002.pdf

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., . . . Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, *52*, 1893-1907.

Sudjai, R., (2018). *Experiences of being a nurse entrepreneur of a nursing and midwifery clinic* (Master of nursing science program, nursing administration). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2020). *Evaluated nursing community clinic report.*

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2022). *History of an Aob Aoon Community Nursing Clinic.* Retrieved from https://www.tnmc.or.th/news/884

Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2023). *Nursing process.* Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/

Yodna, P. (2014). Financial management for new entrepreneurs in Sakon Nakhon province. *Creative Science*, *5*(10), 49-60.

Vitale, E., Mea, R., & Chang, Y. C. (2023). The nursing-home care quality perceived levels from patients and caregivers: An explanatory study. *Patient Prefer Adherence, 17*, 1237-1245.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล : การวิจัยเชิงคุณภาพ[1]

EXPERIENCES OF NURSE ENTREPRENEURS IN PREPARING TO ESTABLISH NURSING ASSISTANT SCHOOLS: A QUALITATIVE STUDY

ชุติมา โสตะโม[2] อารีย์วรรณ อ่วมตานี[3]
Chutima Sotamo Areewan Oumtanee
[1]ส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A part of a thesis for the Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
[2]นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการบริหารการพยาบาล)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 10330
Graduated Student, 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 6, 2024* Revised: *July 30, 2024* Accepted: *December 19, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลคือ พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจโรงเรียนบริบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินธุรกิจมาแล้วอย่างน้อย 3 ปี และได้รับคัดเลือกเป็นโรงเรียนบริบาลต้นแบบจากสมาคมโรงเรียนบริบาลแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลและตีความหมายข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมความพร้อมเปิดโรงเรียนบริบาล ประกอบด้วย 10 ประเด็น ได้แก่ 1) การศึกษากฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง 2) ความพร้อมในด้านเงินทุน 3) การหาทำเลและเตรียมสถานที่ 4) การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ตามมาตรฐานกระทรวงศึกษาธิการ 5) การเตรียมเอกสารเพื่อขออนุญาต 6) การขออนุญาตเปิดโรงเรียนบริบาล 7) การเตรียมตรวจประเมินมาตรฐานเพื่อขอรับอนุญาตจัดตั้งโรงเรียน 8) การจัดโครงสร้างองค์กรและการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ 9) การพัฒนาหลักสูตร/การขอใช้หลักสูตร และ 10) ความท้าทายในกระบวนการเปิดโรงเรียนบริบาล

ผลการศึกษานี้ ทำให้ทราบถึงกระบวนการเตรียมความพร้อมเปิดโรงเรียนบริบาลของพยาบาลวิชาชีพ และสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลวิชาชีพและผู้ประกอบการรายใหม่ที่มีความสนใจเปิดโรงเรียนบริบาล

คำสำคัญ : โรงเรียนบริบาล, พยาบาลผู้ประกอบการ, ประสบการณ์ชีวิต

Abstract

This qualitative research aimed to describe the experiences of nurse entrepreneurs in preparing to establish nursing assistant schools. This study employed a descriptive qualitative research methodology. Twelve nurse entrepreneurs from nursing assistant schools accredited by the Office of the Private Education Commission, Ministry of Education, and with at least 3 years of experience in operating such nursing assistant schools participated in this study. These schools were designated as nursing assistant school models by the Nursing Assistant School Association of Thailand in 2022. Data were collected through in-depth interviews, observations, and field notes. The data were analyzed and interpreted using thematic analysis and assessed for trustworthiness.

The findings revealed that preparation for establishing a nursing assistant school involved ten themes: 1) Studying relevant regulations and guidelines, 2) Ensuring financial readiness, 3) Finding a suitable location and preparing the premises, 4) Preparing equipment according to Ministry of Education standards, 5) Preparing documents for obtaining permission, 6) Applying for permission to establish the care school, 7) Preparing for standard assessments to obtain establishment approval, 8) Organizing the organizational structure and defining responsibilities, 9) Developing or seeking approval for curricula, and 10) Addressing challenges in the process of establishing the school.

This study reveals the preparation process for establishing nursing assistant schools by nurse entrepreneurs and serves as foundational information for nurses and new entrepreneurs interested in operating nursing assistant schools.

Keywords: nursing assistant school, nurse entrepreneur, live experiences

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ธุรกิจโรงเรียนบริบาลเกิดขึ้นจากการที่ประเทศไทยประสบกับปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลและสถานพยาบาลทุกระดับต้องการบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างมีมาตรฐาน (Jaikong, Thampreecha, Siriprasertchoke, & Phimonchinda, 2020) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงบริบทต่าง ๆ ของประเทศไทยเป็นปัจจัยเร่งให้ปัญหาด้านกำลังคนรุนแรงขึ้น การเข้าสู่สังคมสูงอายุ ปัญหาโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ภาระงานมากขึ้นแต่จำนวนบุคลากรเท่าเดิม โดยปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีความต้องการพยาบาลวิชาชีพ 29,520 - 30,499 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1,613 - 3,529 คน และนักบริบาล ประมาณ 126,542 - 134,312 คน เมื่อเทียบกับกำลังคนรองรับในภาพรวมทั้งประเทศ (Pagaiya, Sasat, & Wisesrith, 2021) การขาดแคลนอัตรากำลังคนด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพการบริการและการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการที่มีความเชี่ยวชาญ (Pokpermdee,

2020) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายรับพนักงานช่วยการดูแลเข้ามาในระบบ (Policy coordination group Ministry of Public Health, 2019; Sawangdee, 2019) โดยรัฐบาลได้สนับสนุนให้ภาคเอกชนเปิดโรงเรียนบริบาลเพื่อให้การอบรมหลักสูตรพนักงานช่วยการดูแล โดยต้องได้รับอนุญาตการจัดตั้งตามกฎหมายและพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2550 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ ดำเนินการสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการศึกษา ที่ส่งเสริมการศึกษาในทุกระดับและทุกประเภท พัฒนาทักษะที่จำเป็นในศตวรรษปัจจุบัน (Office of the Council of Education, 2017) ผ่านการจัดการเรียนการสอนโดยโรงเรียนบริบาล โดยมีหลักสูตรกลางจาก 3 หน่วยงานหลัก คือ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) และสภาการพยาบาล เพื่อผลิตผู้เรียนที่มีคุณภาพสู่การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานของวิชาชีพ ผู้ที่สำเร็จการศึกษาแล้วสามารถปฏิบัติงานได้ทั้งในโรงพยาบาล บ้าน และสถานประกอบการทางสุขภาพต่าง ๆ โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักในการให้การศึกษาอบรมคือ นักเรียนที่ต้องการทักษะทางวิชาชีพผ่านการเรียนระยะสั้น เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปประกอบอาชีพ มีรายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว และไม่เป็นภาระของสังคม (Office of the Council of Education, 2017)

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ คาดการณ์ว่าอุตสาหกรรมการดูแลสุขภาพจะมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี ในช่วง 5 ปีข้างหน้า (Office of the National Economic and Social Development Council, 2022) โดยโรงเรียนบริบาลมีบทบาทสำคัญในการผลิตบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะทางเพื่อรองรับการเติบโตของอุตสาหกรรมนี้ ทั้งในแง่ของการให้บริการภายในประเทศและการส่งออกผู้ให้การดูแลไปทำงานต่างประเทศเพื่อนำรายได้เข้าประเทศ เช่น ประเทศแถบสแกนดิเนเวีย เป็นต้น โดยสามารถให้ผลตอบแทนจากการลงทุนได้ถึง 24.5 เท่า (Office of the Private Education Commission, 2022) ในขณะเดียวกันจากวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ทำให้โรงเรียนเอกชนนอกระบบบางแห่งเลิกกิจการ ขาดสภาพคล่องทางการเงิน โรงเรียนบางแห่งไม่มีใบอนุญาต โรงเรียนบางแห่งไม่สามารถปฏิบัติได้ตามกฎกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึง 87 โรงเรียน จากสถิติโรงเรียนบริบาลปี พ.ศ.2565 ที่มีจำนวน 223 โรงเรียน (Office of the Private Education Commission, 2022) ในขณะที่ผู้ประกอบการกลุ่มหนึ่งสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและบริหารงานตามมาตรฐานคุณภาพ

โรงเรียนบริบาลต้นแบบเป็นโรงเรียนเอกชนนอกระบบที่ได้รับการประเมินมาตรฐานระดับสูงและได้รับรางวัลโรงเรียนคุณภาพจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน โดยสมาคมโรงเรียนบริบาลจะมอบรางวัลนี้แก่โรงเรียนที่ผ่านการประเมินเพื่อกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลนั้นจะมีลักษณะที่แตกต่างจากการประกอบการธุรกิจอื่น ๆ เนื่องจากเป็นธุรกิจด้านการจัดการศึกษา ซึ่งการจัดตั้งสถานศึกษาต้องมีการขออนุญาตประกอบการ กฎระเบียบและการดำเนินงานของผู้ประกอบการจึงมีความแตกต่างไปจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยพยาบาลผู้ประกอบการต้องมีความรู้ความเข้าใจในด้านการศึกษา ได้แก่ การบริหารการศึกษา และการบริหารสถานศึกษา (Duangsiri, 2019) รวมถึงต้องมีการดำเนินงานด้านการประกันคุณภาพการศึกษาเพื่อให้ครอบคลุมตามมาตรฐานที่กำหนด (Office of the Private Education Commission, 2022) และจากการสัมภาษณ์นำร่องผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลต้นแบบ จำนวน 3 ราย พบว่าผู้ประกอบการมีการเตรียมความพร้อมในหลาย ๆ ด้านกว่าจะได้รับอนุมัติให้เปิดโรงเรียนเพื่อดำเนินการสอนหลักสูตรผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้สำเร็จการศึกษา

เป็นบุคลากรสุขภาพที่เข้ามาช่วยเติมเต็มการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาในระบบสุขภาพปัจจุบัน

ดังนั้น พยาบาลผู้ที่ได้มองเห็นปัญหาความต้องการของตลาดแรงงานด้านนี้ จึงให้ความสนใจและผันตัวมาเป็นผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ซึ่งหากมีการดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการที่หลากหลาย ย่อมสามารถถ่ายทอดความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามมาตรฐานและสอดคล้องกับหลักวิชาการ ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีความสนใจเป็นผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล สามารถเข้าใจถึงการเตรียมความพร้อม รวมถึงเข้าใจถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ทั้งเชิงบวกและเชิงลบในการเปิดโรงเรียนบริบาล อีกทั้ง หากมีผู้ที่สนใจนำผลการศึกษาครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการเปิดโรงเรียนบริบาล ย่อมส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อมรอบด้านมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายสูญเปล่าระหว่างการเตรียมการเปิด และหากดำเนินการได้รวดเร็วขึ้นย่อมทำให้มีโรงเรียนบริบาลเพิ่มขึ้น สามารถช่วยผลิตพนักงานช่วยการดูแลได้มากขึ้นเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล

คำถามวิจัย

ประสบการณ์ของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาลเป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาประสบการณ์การเป็นพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล โดยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกตการบันทึกภาคสนาม (field note) และการรวบรวมเอกสารต่าง ๆ นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลและตีความหมายข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) ของ King and Horrocks (2010) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ตรงของพยาบาลผู้ประกอบการในการเตรียมเปิดโรงเรียนบริบาล

ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์เป็นพยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ประกอบการธุรกิจโรงเรียนบริบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ 2) ดำเนินธุรกิจดังกล่าวมามากกว่า 3 ปีขึ้นไป 3) ได้รับคัดเลือกเป็นโรงเรียนบริบาลต้นแบบจากสมาคมโรงเรียนบริบาลแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 และยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการวิจัย เนื่องจากตัวผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านความรู้เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพ ความรู้การประกอบการอิสระทางการพยาบาล และทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อในการทำวิจัยครั้งนี้ ตั้งแต่ระยะก่อนและระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก คำถามมีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดเบื้องต้นที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 3 ข้อ คือ 1) ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล ช่วยเล่าประสบการณ์ของท่านว่าเริ่มต้นในการเตรียมความพร้อมก่อนเปิดโรงเรียนบริบาลอย่างไรบ้าง 2) ในช่วงก่อนการดำเนินธุรกิจโรงเรียนบริบาลท่านต้องเตรียมอะไรบ้าง และอย่างไรบ้าง และ 3) ท่านมีการเตรียมความพร้อมในการเปิดธุรกิจโรงเรียนบริบาลอย่างไรบ้าง ส่วนคำถามอื่น ๆ จะปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับ

บทสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย โดยมีจุดเน้นที่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

3. แบบบันทึกภาคสนาม สำหรับเขียนบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกส่วนตัว ความคิดเห็น วัฒนธรรม ความเชื่อ พฤติกรรม รวมถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ และวิธีการแก้ไขปัญหาที่พบ

4. เครื่องบันทึกเสียงในขณะเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เครื่องบันทึกเสียงร่วมกับโทรศัพท์มือถือในการบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผู้วิจัยขออนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เลขที่รับรอง COA No. 179/66 เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง และสอบถามความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมจึงลงชื่อเข้าร่วมวิจัย พร้อมกับชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนและวิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด โดยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบเกี่ยวกับกระบวนการสัมภาษณ์ การขออนุญาตบันทึกเสียงสนทนา พร้อมทั้งการจดบันทึกในประเด็นที่สำคัญระหว่างการสัมภาษณ์ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดมั่นในจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ด้วยการรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ความปลอดภัยของข้อมูล การรักษาความลับและการเปิดโอกาสแก่ผู้ให้ข้อมูลในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และการยึดความสะดวกสบายของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ภายหลังที่ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลจากการวิจัยอันเป็นข้อเท็จจริงที่ได้รับการตรวจสอบแล้ว พร้อมทั้งเสร็จสิ้นกระบวนการการทำวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายไฟล์และเอกสารบันทึกข้อมูลทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลโดยทันที

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว ผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสัมภาษณ์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลให้ทราบและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์จากผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยโดยตรง (face to face) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม (field note) ร่วมกับเอกสารอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยค้นหา เช่น เว็บไซต์ของโรงเรียนบริบาล Facebook แผ่นพับโฆษณา เอกสารใบประกาศนียบัตร และโล่รางวัล โดยใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งประมาณ 45 - 90 นาที จากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในครั้งแรกยังมีบางประเด็นที่ต้องการรายละเอียดเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงดำเนินการขอนัดหมายทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีก ในการศึกษานี้พบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวเมื่อสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลได้ 12 คน โดยการสัมภาษณ์คนละ 2 ครั้ง รวมการสัมภาษณ์ทั้งหมด 24 ครั้ง เฉลี่ยเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 78 นาที ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลนี้ผู้วิจัยดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล จนการทั่งข้อมูลอิ่มตัวหรือไม่มีข้อมูลเกิดขึ้นใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล และตีความหมายข้อมูลตามวิธีการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (thematic analysis) ของ King and Horrocks (2010) กล่าวคือ ข้อมูลที่ได้มาไม่มีประเด็นหรือข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลเดิมที่ผู้วิจัยมีอยู่หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกดำเนินไปพร้อม ๆ กันจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การอ่านบทสัมภาษณ์ 2) การจัดระเบียบข้อมูล 3) การพรรณนา 4) การตีความ และ 5) การสรุปสาระสำคัญ

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบความ

น่าเชื่อถือของข้อมูล ตามเกณฑ์ของ Guba and Lincoln (1989) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (credibility) ส่วนแรก คือ การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (peer debriefing) ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อสรุปการวิจัยในประเด็นที่ผู้วิจัยศึกษาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับธุรกิจโรงเรียนบริบาลรวมจำนวน 3 คนตรวจสอบ ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้วิจัย ส่วนที่สอง คือ การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member checks) ผู้วิจัยนำประเด็นจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ ผลการตรวจสอบพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายเห็นด้วยกับประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล 2) ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (transferability) เป็นความสามารถในการอ้างผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียด ครบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน 3) ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) เป็นการพิสูจน์หรือตรวจสอบข้อมูล ซึ่งในการตรวจความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (multiple method of data collection) โดยผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลที่มีเกณฑ์ตามที่ผู้วิจัยกำหนด และมีการจดบันทึกข้อมูลภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์ที่เป็นปฏิกิริยาความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง 4) ความ สามารถในการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลซ้ำด้วยความเป็นกลาง โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาล สามารถสรุปประเด็นการเตรียมความพร้อมในการเปิดธุรกิจได้ทั้งหมด 10 ประเด็น ดังนี้

1. การศึกษากฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การเตรียมความพร้อมในการเปิดธุรกิจโรงเรียนบริบาลเริ่มต้นด้วยการศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด เนื่องจากช่วยให้ผู้ประกอบการเข้าใจในขั้นตอน กระบวนการ และปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง โดยจะต้องศึกษากฎระเบียบต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ. 2550 มาตรา 127 ในการพิจารณาการยื่นคำขอจัดตั้งโรงเรียนนอกระบบ (Office of the Private Education Commission, 2022) หรือเข้าไปในเว็บไซต์ของกระทรวงศึกษาธิการ https://www.moe.go.th และค้นว่า เอกสารขอจัดตั้งโรงเรียนนอกระบบ ซึ่งสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ศึกษา [ข้อมูล] ก่อนค่ะ อาจารย์ก็เข้าไปที่ศึกษาธิการของเขตพื้นที่การศึกษาค่ะ ก็ไปขอคำปรึกษาเขาค่ะ เขาก็ปริ้นเอกสารที่เราจะต้องส่งพร้อมทั้งรายละเอียดทั้งหมดออกมาเลยค่ะ ตอนนั้นเหมือนเขาให้มาเป็นคู่มือเลยค่ะเป็นเล่มใหญ่ ...ปัจจุบันนี้ง่ายนะคะ เราสามารถเข้าไปใน google keyword เข้าไปเลยว่า “แบบขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียนเอกชนนอกระบบ” มันก็จะขึ้นออกมาเลย หรือเข้าไปในเว็บไซต์ของ สช. เลยค่ะ [สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน : https://opec.go.th] เพราะฉะนั้นแล้วเราก็เตรียมทุกอย่างตามนั้นแหละ ...หรือเข้าไปในเว็บไซต์ของกระทรวงศึกษาธิการเลยก็ได้ค่ะ [https://www.moe.go.th] keyword เข้าไปค้นคำว่า “เอกสารขอจัดตั้งโรงเรียนนอกระบบ” แล้วมันก็จะออกมาเป็นชุดเลย” [ID5T2P2]

“ตอนแรกก็ต้องมีการศึกษาข้อมูลก่อนค่ะ แต่พอดีว่าตอนที่ทำช่วงแรก ๆ ค่ะ อาจารย์จะมีบุคลากรประมาณ 2 คนมั้งคะที่เขาเคยทำโรงเรียนบริบาลมาก่อน แล้วเนี่ยมาช่วยกันทำค่ะ คือ มาเป็นที่ปรึกษาให้ค่ะ เพราะเขาเคยเปิดมาก่อนแล้วก็จะอาศัยขอคำแนะนำบ้าง แล้วเราก็มีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเองด้วยค่ะ ในเรื่องของการจัดเตรียมสถานที่ หรือเอกสารต่าง ๆ อะไรอย่างนี้ค่ะ” [ID6T2P2]

2. ความพร้อมในด้านเงินทุน

การเตรียมความพร้อมทางด้านเงินทุนเป็นปัจจัยหลักในการเริ่มต้นธุรกิจโรงเรียนบริบาล เพราะเงินทุนเป็นปัจจัยที่ทำให้ธุรกิจเกิดขึ้นได้ การวางแผนการลงทุนให้เหมาะสมและการกำหนดงบประมาณค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ รอบด้าน เพื่อให้การดำเนินธุรกิจดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ประกอบการสามารถหาเงินทุนมาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น เงินออม การกู้ยืมเงินจากธนาคาร การร่วมทุนกับสามีหรือเพื่อน หรือการรับการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น นอกจากนี้การเตรียมเงินสำรองสำหรับค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และการมีเงินสำรองให้เพียงพอสำหรับเงินหมุนเวียนที่จะนำมาใช้ในธุรกิจเป็นสิ่งที่สำคัญในการรักษาความเสถียรของธุรกิจ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“เรื่องเงินทุนจะว่าเป็นส่วนของครอบครัวก็ได้ เพราะว่ามันเป็นเงินของสามีพี่ ก็ไม่ได้กู้ก็ได้มาก้อนนึงประมาณ 5 แสน เริ่มแรกนะ” [ID1T1P3, P6]

“...[ต่อมา] ก็จะมีเงินทุนสำรองของธุรกิจไว้สัก 30 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ที่พี่คิดว่าควรจะได้แบบนี้ค่ะ เพื่อให้บวกลบกันแล้วธุรกิจมันยังดำเนินไปได้ ...มันต้องเตรียมไว้ตั้งแต่แรกเลยค่ะ วางแผนเตรียมเงินสำรองไว้เลย เหมือนที่พี่พูดไปเมื่อกี้ว่ามันจะมีค่า Fix cost อะไรบ้าง แล้วเราต้องวางแผนเตรียมเงินไว้เท่าไหร่อย่างนี้ค่ะ มันต้องเตรียมไว้อยู่แล้ว เราต้องคิดเผื่อว่า ถ้าเดือนข้างหน้าไม่มีนักเรียน ถ้าเดือนข้างหน้านักเรียนมี แต่เขาไม่สามารถจ่ายค่าเทอมได้ตามที่ควร ...เพราะอย่างน้อยเขาไปทำงาน เขาได้เงินเดือนเขา ก็ต้องเอามาใช้เรา แต่ทำยังไงที่นักเรียนต้องได้ประโยชน์เท่าเดิม แล้วเราก็ต้องอยู่ได้ ไม่ขาดทุน” [ID1T2P4,P6]

“เงินที่ใช้ลงทุนเราก็ต้องเตรียม ต้องหาตั้งแต่แรกอยู่แล้ว ทั้งจากเงินส่วนตัว เงินจากครอบครัว เพราะค่าใช้จ่ายในการทำโรงเรียนก็พอสมควรนะคะ ส่วนเงินทุนสำรองเราต้องเตรียมไว้ตั้งแต่ตอนที่เริ่มต้นโรงเรียนเลยค่ะ เพราะค่าใช้จ่ายมันมีตลอด ทุกวัน ทุกเดือน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ต้องเตรียมไว้เผื่อในยามฉุกเฉินอยู่แล้วนะคะ เพื่อให้ธุรกิจยังเดินต่อไปได้โดยไม่สะดุด ส่วนนี้ก็จะต้องเตรียมให้ครอบคลุม หรือถ้าจะให้เซฟก็คือต้องมีเหลือเผื่อไว้ด้วยค่ะ สมมติค่าใช้จ่ายรายเดือนอยู่ที่ 1 ล้านบาท เราก็ต้องเตรียมไว้เกิน 1 ล้านอยู่แล้วค่ะ อยู่ที่ว่าเรามีแผนการด้านการเงินของเรายังไงบ้าง” [ID6T2P10]

3. การหาทำเลและเตรียมสถานที่

การเลือกทำเลที่ตั้งสำหรับโรงเรียนบริบาลควรคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะดวกสบายในการเดินทางของนักเรียน ไม่ควรตั้งอยู่ใกล้กับสถานที่อโคจรหรือสถานบันเทิง บางรายหาทำเลติดกับโรงพยาบาล เพื่อให้นักเรียนเห็นภาพรวมของบุคลากรทางการแพทย์ การปฏิบัติงาน รวมถึงการเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานและเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการเป็นบุคลากรช่วยการดูแลของนักเรียนมากยิ่งขึ้น การเตรียมความพร้อมทางด้านสถานที่เป็นขั้นตอนสำคัญและประกอบด้วยหลายขั้นตอน ดังนั้นผู้ประกอบการจึงต้องปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ และต้องเตรียมการอย่างรอบคอบเพื่อการสร้างหรือปรับปรุงโรงเรียนให้เหมาะสมสำหรับการใช้งานในระยะยาว ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

“ถ้าในเรื่องของสถานที่นี่เราต้องดูทำเลด้วย ทำเลที่ว่าเนี่ยคือที่โรงเรียนจะอยู่ตรงข้ามกับโรงพยาบาลศูนย์เลยนะคะ เพราะว่าตรงนี้มันจะได้ภาพของ เอ่อ ที่นักเรียนจะได้เห็นก็คือภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ที่เค้าเข้าออกโรงพยาบาล

บุคลิก ลักษณะเป็นยังไง จะได้อารมณ์นั้นนะคะ เรื่องวัฒนธรรมที่ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลเค้าทำอะไร ยังไงกันบ้าง เด็ก ๆ เค้าก็จะได้เห็นแล้วมันก็จะเกิดความรู้สึกว่าในด้านจิตใจเค้าก็มีความรู้สึกถูกกระตุ้นโดยภาพที่เห็นอยู่ตลอดว่าเค้าจะต้องเรียนให้สำเร็จ" [ID6T1P4-P5]

4. การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ตามมาตรฐานกระทรวงศึกษาธิการ

การจัดหาวัสดุและอุปกรณ์ที่เหมาะสมและครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้และการสอนที่มีประสิทธิภาพ โดยกระทรวงศึกษาธิการและสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนได้กำหนดในคู่มือการจัดตั้งโรงเรียน ซึ่งประกอบด้วยวัสดุ ครุภัณฑ์สำนักงานที่ต้องมี ได้แก่ ถังดับเพลิง ไฟสำรองส่องสว่าง กริ่งสัญญาณเตือนภัย และเครื่องตัดไฟอัตโนมัติ ส่วนเครื่องมืออุปกรณ์การเรียนการสอนที่ต้องมี ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้เล็กเชอร์ กระดานไวท์บอร์ด และเอกสารประกอบการเรียนการสอน นอกจากนี้การขอใช้หลักสูตรแต่ละหลักสูตรจะมีรายละเอียดกำหนดว่าผู้ประกอบการต้องเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าไรบ้างในแต่ละรายวิชา โดยผู้ประกอบการต้องมีการจัดเตรียมให้ครบถ้วนพร้อมใช้งาน และสอดคล้องกับหลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละวิชาที่จะเปิดทำการเรียนการสอน อัตราส่วนของจำนวนอุปกรณ์ต่อนักเรียนจะแตกต่างกันไปในแต่ละหลักสูตร ดังนั้น การจัดหาวัสดุและอุปกรณ์เพื่อให้เหมาะสมและครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญที่จะสนับสนุนการเรียนรู้และการสอนให้มีประสิทธิภาพในโรงเรียนบริบาล ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"ห้องเรียนต้องมี Projector มีคอมพิวเตอร์ มีอุปกรณ์สำหรับการเรียนการสอน ต้องเตรียมสื่อการสอน" [ID3T1P5]

"...คือ ทุกอย่างต้องมีครบพร้อมตรวจพร้อมเปิดเลย ห้องเรียนทฤษฎีต้องมี Projector มีคอมพิวเตอร์ มีอุปกรณ์สำหรับการเรียนการสอน สื่อการเรียนการสอนต้องมีครบตามที่กระทรวงตามที่หลักสูตรกำหนด เช่น เตียง หุ่นเด็ก หุ่นผู้ใหญ่ อุปกรณ์สาธิตต่าง ๆ ต้องเตรียมให้ครบชุด คือ 1 ต่อ 7 คือ แต่ละหลักสูตรก็จะกำหนดเหมือนกันบ้างไม่เหมือนกันบ้าง ถ้าเป็นหลักสูตรของ สช. [สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน] ของกระทรวงศึกษาธิการ ตอนที่ขอน่ะค่ะ ก็คือเตรียม 1 ต่อ 7 อุปกรณ์ 1 ต่อนักเรียน 7 คน แต่ถ้าเป็นของ สบส. [กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ] 1 ต่อ 10 แต่ถ้าเป็นของสภาการพยาบาลก็จะ 1 ต่อ 7 เหมือนกันกับ สช. [สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน] ค่ะ" [ID3T2P7]

5. การเตรียมเอกสารเพื่อขออนุญาต

ในการเตรียมเอกสารเพื่อขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียนบริบาล ผู้ประกอบการจะต้องรวบรวมเอกสาร 3 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนของผู้ประกอบการหรือเจ้าของโรงเรียน ส่วนของโรงเรียน และส่วนของบุคลากร โดยเอกสารสำคัญของผู้ประกอบการประกอบด้วย รูปถ่าย ใบประกอบวิชาชีพ บัตรประชาชน ใบประกาศนียบัตรแสดงวุฒิการศึกษา ทะเบียนบ้าน ใบรับรองแพทย์ และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ เช่น แบบแปลนอาคาร สัญญาเช่า และเอกสารรับรองความปลอดภัย ส่วนของบุคลากรจะต้องมีเอกสารส่วนบุคคลและเอกสารแสดงรายละเอียดความรู้ความสามารถของบุคลากรแต่ละบุคคลตามความเหมาะสมของแต่ละหลักสูตร และผู้ประกอบการต้องรวบรวมเอกสารทั้งหมดเพื่อยื่นขอรับการอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"เริ่มต้นเลยนะคะ เอาตัวผู้บริหารก่อนเนาะ ผู้บริหารเนี่ยจะต้องเตรียมเอกสาร ก็จะมีใบปริญญา ใบประกาศนียบัตรจบการศึกษานะว่าเราจบที่ไหน จบอะไรยังไงมา ใบประกอบวิชาชีพพยาบาล ที่ยังไม่หมดอายุนะคะ บัตรประชาชน ทะเบียนบ้าน อันนี้เราก็ต้องเตรียมส่วนของเราแล้วเรื่องอาคารสถานที่โรงเรียน พอเราจะไปขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียนเนี่ยก็จะต้องมีเอกสารของโรงเรียนเป็นหลัก เอกสารตึกอาคาร เอกสารแสดงความเป็นเจ้าของ แบบแปลนอาคาร หนังสือ

รับรองที่เค้ารับรองอาคารเรา ว่าผ่านเกณฑ์ว่าสามารถเอามาสร้างเป็นโรงเรียนได้ น่าจะ อ.6 นะ แล้วก็เอกสารของบุคลากร ครูของเรา อันนี้ก็ต้องยื่นแนบเป็นชุด ๆ แยกเป็นคน ๆ เลยค่ะ แต่ละคนเนี่ยก็จะต้องมีบัตรประชาชน มีทะเบียนบ้าน มีใบประกาศนียบัตร ใบรับรองวุฒิการศึกษา แล้วก็ประวัติ ทำเป็น CV [curriculum vitae] เหมือนใบสมัครงานเลยค่ะ ใบ CV ที่บอกรายละเอียดของว่าชื่ออะไร ทำงานที่ไหน จบด้านไหนมา ผ่านการอบรมอะไรมาบ้าง ประสบการณ์อะไรมาบ้าง" [ID2T2P12-13]

6. การขออนุญาตเปิดโรงเรียนบริบาล

การขออนุญาตเปิดโรงเรียนบริบาลจำเป็นต้องมีผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียน 1 คน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลก็ได้ แต่ผู้บริหารโรงเรียนต้องเป็นพยาบาลเท่านั้น หากผู้ประกอบการเป็นพยาบาลวิชาชีพ ก็สามารถเป็นทั้งผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนและผู้บริหารโรงเรียนได้ในคนเดียวกัน หลังจากเตรียมเอกสารที่จำเป็นแล้ว ผู้ประกอบการจะยื่นขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียนที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนหรือสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา การพิจารณาอนุญาตจะคำนึงถึงสถานที่ตั้งของโรงเรียนแต่ละแห่ง หากอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะยื่นที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) แต่ถ้าอยู่ในจังหวัดอื่นสามารถยื่นได้ที่สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะตรวจสอบเอกสารและนัดวันตรวจสถานที่ เมื่อครบทุกขั้นตอนและเอกสารครบถ้วน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) หรือสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจึงจะมีการอนุญาตให้เปิดโรงเรียนบริบาลได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"[การขออนุญาต] ยื่นไปทางศึกษาธิการจังหวัด พอยื่นแล้วเขาก็จะตรวจเอกสารทั้งหมดว่าถูกต้องไหม ถ้าไม่ถูกต้องก็จะต้องเอากลับมาแก้ไข ถ้าถูกต้อง ถ้าผ่านแล้ว คือเขาก็จะนัดวันมาตรวจสถานที่ค่ะ เขาก็จะมาตรวจทุกอย่าง [ที่เตรียมในโรงเรียน] เลย" [ID7T2P12]

"เราก็ไปยื่น [เอกสารขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียน] ที่ศึกษาธิการจังหวัด จากนั้นเค้าจะมาตรวจ ตรวจสถานที่ ถ้ามันพร้อมเหมือนกับจะเปิดได้ เขาก็จะรับรองให้เราเปิดได้ค่ะ" [ID9T1P23]

"อาจารย์ก็ไปยื่นที่ศึกษาธิการจังหวัดนะ พอเรายื่นเสร็จเขาก็จะนัดวันมาตรวจ มาเช็คสถานที่โรงเรียนเรา ว่าที่เราส่งไปน่ะเป็นตามที่ส่งเอกสารไปมั้ย เราเตรียมห้อง อุปกรณ์ต่าง ๆ ครบมั้ย" [ID9T2P3]

7. การเตรียมตรวจประเมินมาตรฐานเพื่อขอรับอนุญาตจัดตั้งโรงเรียน

การตรวจประเมินมาตรฐานของโรงเรียนบริบาล ผู้ประกอบการจะต้องให้ความสำคัญและเน้นที่คุณภาพผู้เรียน การบริหารจัดการ และการจัดการเรียนการสอน โดยมีเจ้าหน้าที่จากหลายหน่วยงานเข้ามาตรวจสอบ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) ที่มีการตรวจสอบความพร้อมและเพียงพอของอุปกรณ์การเรียนการสอน โดยให้คำแนะนำในการปรับปรุงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งเกณฑ์เหล่านี้สามารถดูได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) https://opec.go.th นอกจากนี้ การเตรียมการอย่างดีจะช่วยให้การตรวจประเมินเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"เค้าจะต้องตรวจก่อน ต้องมีใบอนุญาตก่อน เราถึงจะสามารถเปิดได้ค่ะ เค้าก็จะต้องตรวจทุกอย่างเรียบร้อยแล้วก็เซ็นมีใบอนุญาตจัดตั้ง เราถึงจะสามารถเปิดการเรียนการสอนได้ ทุกอย่างจะต้องทำแล้วก็ให้เค้ามาตรวจให้เรียบร้อย ตรวจห้องปฏิบัติการ ตรวจอุปกรณ์ที่เค้ากำหนดมามีอะไรบ้าง ...เพราะฉะนั้นทุกอย่างเขาจะต้องมาตรวจเรา มีความปลอดภัยไหม ตามที่เขากำหนดนะคะ มีถังดับเพลิงกี่ถัง มีไฟสว่าง มีไฟฉุกเฉิน คือทุกอย่างเขาจะมีระเบียบมาให้เรา แล้วเขาตรวจเรียบร้อยแล้ว เขาเซ็นอนุมัติอนุญาตเราแล้ว เราก็

จะได้ใบอนุญาตจัดตั้งมา 1 ใบ อันนั้นแหละคือเรียบร้อยแล้ว เปิดเรียนได้ ก็จะมีคณะกรรมการจากศึกษาธิการ จากเทศบาลมาดูความปลอดภัยของอาคาร มีเจ้าหน้าที่ตำรวจมาดูเรื่องความปลอดภัย เป็นคณะเลยค่ะ 5 - 6 คนได้ มาตรวจดูหมดเลย ...ตอนที่เค้ามาตรวจน่ะมันไม่นานหรอก แต่กว่าที่เราจะเตรียมให้มันครบ ให้มันพร้อมรับการตรวจเนี่ยมันเยอะ กระบวนการมันเยอะ" [ID4T1P10,P11]

"ตรวจเพื่อออกใบอนุญาตจัดตั้ง เค้าจะมีเป็นคณะกรรมการมา ก็จะนำโดยน่าจะเป็นของสพฐ. [สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน] เขตพื้นที่มานะคะ เค้าก็จะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการมาประมาณ 4 - 5 ท่าน แล้วเค้าก็จะมาดูตาม Checklist ที่เราได้มีการเตรียม แล้วก็ที่เรามีการส่งไปให้เค้า ก็จะตรวจตาม Checklist เลยว่ามันมีครบไหมตามมาตรฐาน ซึ่งถ้าเราเตรียมตัวดีเนี่ยมันก็ฉลุยเลยค่ะ ก็ผ่านเลย ที่จำได้ก็คือว่าพอคณะกรรมการก็จะมาตรวจใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง อาจจะมีการบรรยายสรุปให้ฟัง ส่วนใหญ่ก็พูดคุยกัน แล้วก็มีข้อคำถามอะไรเขาก็จะถาม แล้วเขาก็เดินดูสถานที่ เสร็จแล้วก็ประมาณนั้น ก็มีความรู้สึกว่าครั้งที่เราเตรียมเนี่ยถ้าเราเตรียมตัวดีก็ไม่มีปัญหาอะไร ...ทางคณะกรรมการเค้าก็ค่อนข้างจะเฟรนด์ลี่นะคะ ...เพราะฉะนั้นตรงนี้ดีที่สุดก็คือต้อง Well prepare ต้องเตรียมตัวให้ดีและผ่านฉลุยไปเลย เราจะได้รันงานต่อ ... กรรมการเค้าก็จะใช้เวลาในการมาตรวจ เบ็ดเสร็จเนี่ย จนกระทั่งอนุญาต ตั้งแต่เตรียมสถานที่ของเราแล้วก็ยื่นขอใบอนุญาตแล้วก็อนุญาตเสร็จเนี่ยใช้เวลาอยู่ทั้งหมดประมาณ 3 เดือน" [ID6T1P6]

8. การจัดโครงสร้างองค์กรและการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ

ในช่วงแรกของการเปิดโรงเรียนบริบาล โครงสร้างองค์กรอาจยังไม่ค่อยชัดเจนมากนัก เนื่องจากมีบางตำแหน่งที่ต้องรับผิดชอบหลายหน้าที่ เพื่อประหยัดงบประมาณหรือให้สามารถเปิดโรงเรียนได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว ในส่วนของการสอนหากต้องการดำเนินการอย่างรวดเร็วในช่วงแรก อาจจะต้องมีการวางแผนเตรียมผู้สอนและขอความร่วมมือจากเครือข่ายพยาบาลในการรับผิดชอบการสอนแต่ละรายวิชา รวมถึงการเตรียมเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งอื่น ๆ โดยจะมีการแบ่งหน้าที่ให้แก่บุคลากรในองค์กรทุกคนช่วยเหลือกันในหลายตำแหน่ง ในระยะแรกของธุรกิจที่บุคลากรยังไม่เพียงพอ ต่อมาในการดำเนินธุรกิจระยะเต็มรูปแบบ โรงเรียนบริบาลจะมีโครงสร้างที่ชัดเจนมากขึ้น แบ่งเป็นหลายส่วน เช่น ผู้บริหาร ผู้สอน ธุรการ ทีมการตลาด และแม่บ้าน โดยการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละตำแหน่งอย่างชัดเจน นอกจากนี้จะมีการจ้างงานออกเป็นแบบเต็มเวลาและชั่วคราวตามความเหมาะสม โดยผู้บริหารจะรับผิดชอบในภาพรวมของธุรกิจ ครูผู้สอนรับผิดชอบในการสอนแต่ละรายวิชา และฝ่ายธุรการทำหน้าที่ดูแลการจัดการเอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารทางกฎหมาย สัญญา เอกสารสำหรับการเรียนการสอน เป็นต้น นอกจากนี้ การแบ่งงานอย่างชัดเจนจะช่วยให้ทราบว่าใครรับผิดชอบในหน้าที่ใดบ้าง และในกรณีที่บุคลากรมีไม่เพียงพอ ผู้ที่อยู่ในตำแหน่งอื่น ๆ จะต้องเข้ามาช่วยเหลือกันเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานต่อไปได้ ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์

"บุคลากรเนี่ย จะมีการเติมทีมเข้ามา [ธุรการ ทีมการตลาด แม่บ้าน] แต่ว่าธุรการคนเดียวมันไม่พอเนาะ เพราะเราก็ต้องไปแนะนำตามโรงเรียนด้วย ต่อจากนั้นเนี่ยก็จะมีทีมแนะแนวและประชาสัมพันธ์ เหมือนฝ่ายการตลาดน่ะค่ะ แล้วก็มีการรับเติมเข้ามาเพื่อทำหน้าที่นี้ค่ะ แล้วก็จะมีผู้สอนที่รับเพิ่มเข้ามา แล้วก็จะมีแม่บ้านที่ทำความสะอาด คอยอำนวยความสะดวกเวลามีคนมาติดต่ออะไรอย่างเนี้ยค่ะ เสิร์ฟน้ำ ดูแลแขก เช็ดกระจก ดูแลโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะค่ะ ...ก็จะเริ่มตั้งแต่การจัดโครงสร้างขององค์กรนะคะ เพื่อที่จะให้รู้ว่าใครมีหน้าที่รับผิดชอบอะไรที่เป็น Job หลัก ๆ ค่ะ แต่ว่าด้วยความที่เป็นโรงเรียนเล็ก ๆ สิ่งที่เราต้องคุยกันก็คือว่าไม่ใช่รับผิดชอบ

Job นั้นอย่างเดียวเนาะ ถ้าตามสถานการณ์เนี่ย ช่วงนี้แนะแนวยุ่งธุรการต้องช่วยด้วย เพราะถ้าไม่ได้มีเด็กเข้ามา ธุรการก็ไม่ได้มีงานที่ต้องรอให้ทำเนาะ คือ มันมีรอบที่วางแผนได้ค่ะ อย่างเงี้ยค่ะ เราก็จะมีการจัดโครงสร้างชัดเจนค่ะ แล้วก็คุยกันในเรื่องของความรับผิดชอบค่ะ แล้วก็จะเป็นการวางแผนแบบนี้นะคะ" [ID3T1P9,P17]

"ในองค์กรจะมีตำแหน่งควบคุมอยู่แล้ว คือต้องมีผู้บริหาร มีผู้อำนวยการ อันนี้อาจารย์เป็นเองหมดเลย มีผู้สอนนี่เราก็เป็น แล้วก็จะมีผู้สอนที่เราเสริมเข้ามาเป็นรายวิชา อันนี้ก็จะเป็นการเรียนการสอนแต่ละรายวิชาที่เราเอาเข้ามา เสร็จแล้วก็จะมีตำแหน่งประชาสัมพันธ์ มีตำแหน่งธุรการ ขนาดโรงเรียนของเราไม่ได้ใหญ่ ส่วนภารโรงก็เป็นคนที่บ้านทำเองหมดทุกอย่างเลย เราก็จะประมาณนี้ คือ โรงเรียนเราไม่ได้ใหญ่มาก เราก็จะมีตำแหน่งที่แค่นี้ ตำแหน่งที่เค้ากำหนด" [ID4T1P12]

9. การพัฒนาหลักสูตร/การขอใช้หลักสูตร

การจัดทำหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนบริบาลในปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ใช้หลักสูตรกลางของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) และสภาการพยาบาล ซึ่งหากใช้หลักสูตรเหล่านี้จะใช้ระยะเวลาในการพิจารณาอนุมัติหลักสูตรประมาณ 1 - 2 เดือนจึงจะสามารถดำเนินการจัดการเรียนการสอนได้

"ถ้าเป็นตัวหลักสูตรนะคะ ตัวหลักสูตรเราใช้หลักสูตรกลางของ สช. [สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน] สบส. [กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ] หรือแม้แต่ของสภาฯ อยู่แล้วค่ะ ที่เขามีหลักสูตรให้เราใช้อยู่แล้ว ปัจจุบันนี้เค้าจะมีหลักสูตรกลางให้เราเลือกนำมาใช้เลยค่ะ ไม่เหมือนสมัยก่อนที่ต้องร่าง ต้องเขียนหลักสูตรเองหมด อย่างหลักสูตรกลางมันก็จะมีรายละเอียดว่ามีหัวข้ออะไรบ้างที่เราต้องจัดการเรียนการสอน เราก็จัดทำแผนการเรียนการสอนตามหัวข้อเลยค่ะ" [ID12T2P5]

10. ความท้าทายในกระบวนการเปิดโรงเรียนบริบาล

สิ่งที่เป็นความท้าทายและยากที่สุดในการเตรียมความพร้อมคือเรื่องการปรับปรุงอาคารเพื่อเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ในการใช้งาน หรือเรียกว่าใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.6) ตามพระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. 2522 ซึ่งอาคารที่นำมาใช้สร้างหรือปรับปรุงเป็นโรงเรียนบริบาลนั้นหากเป็นอาคารพาณิชย์มาก่อน จะต้องขออนุญาตจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสำนักงานเขตที่รับผิดชอบก่อน ผู้ประกอบการส่วนใหญ่กล่าวเป็นเสียงเดียวกันว่าเป็นขั้นตอนที่ยากและยาวนานที่สุดในกระบวนการเปิดโรงเรียนบริบาล ดังคำให้สัมภาษณ์ต่อไปนี้

"มันนาน มันเยอะ กว่าที่เราจะเตรียมให้มันครบ ให้มันพร้อมรับการตรวจเนี่ยมันเยอะ กระบวนการมันเยอะ ...ตัวอาคาร สถานที่ เราจะต้องไปขออนุญาตกับทางเทศบาล ซึ่งตัวนี้เป็นจุดที่ยาก ...เค้าเรียกว่าเป็นอาคารที่ต้องใช้ในสาธารณะ เป็นอาคารที่ต้องมีความปลอดภัย จะต้องได้รับการรับรองจากเทศบาลว่า ตัวอาคารที่เราใช้มีความปลอดภัยตรงตามที่กฎหมายกำหนดทุกอย่าง ตรงนี้คือเรื่องของความยาก ยากมาก เพราะว่ากว่าจะผ่านแต่ละด่านของเทศบาล ยิ่งถ้าอาคารมีความเก่า ต้องมีการเขียนแบบใหม่ มีปรับอะไรหลายอย่างค่ะ เพราะฉะนั้นความรู้สึกตอนนั้นคือยาก ยากจังเลยอ่ะ ยากมากตรงอาคาร ทำยังไงถึงจะตรงตามที่เค้ากำหนด ...ตรงนี้คือยากที่สุด เพราะหลายขั้นตอนและใช้เวลานาน เป็นเดือนเลยนะคะ ...มันไม่ใช่แค่เพียงว่าเราเดินเข้าไปในกระทรวงแล้วก็ไปขออนุญาตได้เลย" [ID4T1P10]

"เราก็ต้องไปยื่นเรื่องขอ อ.6 เพื่อที่จะเปลี่ยนวัตถุประสงค์ให้เป็นโรงเรียนอย่างนี้ครับ ตึกเรามันเป็นตึกที่ใช้งานมาแล้ว ก็ต้องจ้างสถาปนิก จ้างวิศวฯ เข้ามาออกแบบโครงสร้างใหม่ทั้งหมด แล้วเขาถึงจะเปลี่ยนวัตถุประสงค์ให้เราใหม่ เป็นระยะเวลาที่ยาวนานที่สุดแล้ว

...ต้องบอกว่าเป็นกระบวนการยุ่งยากที่สุดครับ ...ตัวผมเองก็อาศัยเข้าไปตามตื๊อบ่อย ๆ ครับ ทุก ๆ สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง 3 ครั้ง ทั้งทางไลน์ ทั้งทางอะไรหมด แล้วก็โทรคุย ก็ใช้เวลาเดือนครึ่งครับ" [ID8T1P8]

การอภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยการเตรียมความพร้อมในการเปิดโรงเรียนบริบาล มีดังนี้

1. การศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบและข้อบังคับต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องก่อนดำเนินการเปิดโรงเรียนบริบาล เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดและช่วยให้ผู้ประกอบการมีความรู้ความเข้าใจ ปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบที่แต่ละหน่วยงานกำหนดได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ การเปิดธุรกิจด้านการศึกษานั้น จำเป็นต้องพิจารณาถึงขอบเขตการบริหารงานตามกฎหมายพระราชบัญญัติการศึกษาด้วย เนื่องจากถึงแม้จะเป็นธุรกิจด้านการศึกษาแต่จุดประสงค์หลักของการให้การศึกษาคือการสร้างคนที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงต้องใช้กลยุทธ์ในการพิจารณาอย่างรอบด้าน (Techanok, 2020) ไม่ว่าจะเป็น การศึกษาพระราชบัญญัติการศึกษา กฎหมายที่เกี่ยวกับสถานที่และการก่อสร้าง และข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย

2. การเตรียมความพร้อมทางด้านการเงิน เนื่องจากการเปิดโรงเรียนบริบาลหนึ่งแห่งนั้นมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็นเงินทุนสำหรับเช่า/ซื้ออาคาร สถานที่ เงินทุนเพื่อตกแต่งอาคารและสถานที่ ค่าสาธารณูปโภคต่าง ๆ ค่าจ้างบุคลากรในโรงเรียน ผู้ประกอบการบางรายใช้เงินลงทุนของตนเอง บางรายใช้การกู้ยืม เนื่องจากความพร้อมที่ต่างกันไปของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ในการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการพยาบาลจะต้องมีการเตรียมเงินสำรองที่เป็นเงินของตนเองหรืออาจจะมีการจัดหาเงินทุนจากภายนอก เช่น การกู้ยืมเงินจากธนาคารหรือจากญาติพี่น้อง การหาหุ้นส่วนมาลงทุนเพิ่ม เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย และสามารถดำเนินธุรกิจต่อไปได้ อีกทั้งยังต้องมีเงินสำรองไว้ใช้ในกรณีฉุกเฉินและเพื่อสภาพคล่องของธุรกิจ (Longenecker, Petty, Moore, and Palich, 2006) อีกทั้งสภาพคล่องทางการเงินจะส่งผลโดยตรงต่อความเจริญเติบโตทางด้านกำไรสุทธิของธุรกิจ ทำให้การดำเนินกิจการเป็นไปอย่างมีประสิทธิผล รวมถึงยังสามารถใช้วางแผนการดำเนินธุรกิจเพื่อทำให้ธุรกิจพร้อมที่จะรับมือกับสภาพเศรษฐกิจที่ผันผวนในยุคปัจจุบันได้ (Srivichapong & Ueachanachit, 2021)

3. การเตรียมการด้านอาคารสถานที่ การเลือกทำเลที่ตั้งสำหรับโรงเรียนบริบาล ควรคำนึงถึงความปลอดภัยและความสะดวกสบายในการเดินทางของนักเรียน ตั้งอยู่ในแหล่งชุมชน ไม่ควรตั้งอยู่ใกล้กับที่อโคจรหรือสถานบันเทิง ควรใกล้ชิดกับโรงพยาบาลเป็นสำคัญ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในการเป็นส่วนหนึ่งของบุคลากรทีมสุขภาพหรือการเป็นผู้ช่วยเหลือการดูแลสุขภาพ อีกทั้งตำแหน่งที่ตั้งสถานที่ยังมีผลต่อการเข้ามารับบริการของผู้มารับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sudjai (2018) ที่กล่าวว่าผู้ประกอบการต้องเลือกทำเลที่ตั้งของสถานพยาบาลโดยคำนึงทำเลที่ตั้งของสถานที่ ต้องอยู่ในแหล่งชุมชนหรืออยู่ใกล้กับสถานที่ที่มีผู้คนสัญจรไปมาจำนวนมาก สามารถมองเห็นได้ง่าย มีทางเข้าออก สะดวกสบาย มีที่จอดรถสำหรับผู้มารับบริการ เส้นทางการคมนาคมสะดวกสบายต่อการเดินทางมาใช้บริการโดยมีรถสาธารณะเข้าถึง ไม่ว่าจะเป็นการวางแผนผังตำแหน่งห้องต่าง ๆ จำนวนห้องเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ความกว้างของห้องเรียน อีกทั้งห้องประกอบต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องมี เช่น ห้องครัว ห้องธุรการ ห้องน้ำแยกชาย - หญิง เป็นต้น พร้อมทั้งต้องทำการตกแต่งอาคารสถานที่ให้มีความเหมาะสมกับการเป็นโรงเรียน (Office of the Private Education Commission, 2022)

4. การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในโรงเรียนบริบาลตามมาตรฐานกระทรวงศึกษาธิการ ควรมี

การจัดเตรียมให้ครบถ้วน พร้อมใช้งาน และสอดคล้องกับหลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละรายวิชาที่จะเปิดทำการเรียนการสอน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ของนักเรียนและช่วยส่งเสริมการสอนของครูอาจารย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การเตรียมความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น วัสดุฝึก สื่อการสอน ห้องสมุด อาคารสถานที่ เป็นต้น จะช่วยให้ครูสามารถดำเนินการสอนได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร (Suwannachote, 2001)

5. การเตรียมเอกสารเพื่อขออนุญาตจัดตั้งโรงเรียนบริบาล ผู้ประกอบการจะต้องจัดเตรียมเอกสาร 3 ส่วน คือ ส่วนของผู้ประกอบการ ส่วนของโรงเรียน และส่วนของบุคลากร โดยผู้ประกอบการต้องเตรียมเอกสารให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กำหนดไว้ (Office of the Private Education Commission, 2022)

6. การขออนุญาตเปิดโรงเรียนบริบาล ซึ่งการขออนุญาตเปิดโรงเรียนบริบาลจำเป็นต้องมีผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียน 1 คน โดยไม่จำเป็นต้องเป็นพยาบาลก็ได้ แต่ผู้บริหารโรงเรียนต้องเป็นพยาบาลเท่านั้น หากผู้ประกอบการเป็นพยาบาลวิชาชีพก็สามารถเป็นทั้งผู้รับใบอนุญาตจัดตั้งโรงเรียนและผู้บริหารโรงเรียนได้ในคนเดียวกัน ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กำหนดไว้ (Office of the Private Education Commission, 2022)

7. การเตรียมตรวจประเมินมาตรฐานเพื่อขอรับอนุญาตจัดตั้งโรงเรียน การพิจารณาการยื่นคำขอจัดตั้งโรงเรียนนอกระบบ ผู้ขออนุญาตสามารถปฏิบัติตามเกณฑ์ของโรงเรียนในระบบตามพระราชบัญญัติโรงเรียนเอกชน พ.ศ.2550 มาตรา 127 ที่ได้ระบุว่า ผู้ขออนุญาตต้องยื่นเอกสารให้เจ้าหน้าที่ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติความถูกต้องของเอกสารที่ยื่นประกอบการพิจารณา อีกทั้งจะมีคณะกรรมการไปตรวจความพร้อมของอาคาร สถานที่ ห้องเรียน ห้องประกอบอุปกรณ์การเรียนการสอนให้เป็นไปตามกฎกระทรวงการขอรับใบอนุญาตให้จัดตั้งโรงเรียนนอกระบบ พ.ศ. 2555 เมื่อแล้วเสร็จจึงนำเสนอผู้อนุญาตพิจารณาคำขออนุญาต เพื่อให้แล้วเสร็จภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ได้รับคำขออนุญาต (Office of the Private Education Commission, 2022)

8. การจัดโครงสร้างองค์กรและการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ โรงเรียนบริบาลต้องมีการจ้างงานตามตำแหน่งต่าง ๆ ในองค์กรที่ได้วางโครงสร้างไว้ โดยในโรงเรียนบริบาลจะมีลักษณะการจ้างงานทั้งการจ้างงานแบบเต็มเวลา (full time) และการจ้างงานแบบชั่วคราว (part time) ได้แก่ ครูผู้สอน ธุรการ ทีมการตลาด แม่บ้าน ซึ่งการวางโครงสร้างและตำแหน่งงานดังกล่าวต้องมีความชัดเจนเกี่ยวกับลักษณะงาน ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ แต่ในขณะเดียวกันเมื่อมีบางงานที่ต้องให้ความช่วยเหลือกัน หากบุคลากรในองค์กรมีไม่เพียงพอ บุคลากรอื่นอาจจะต้องเข้ามาช่วยเหลือกันเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินงานไปได้อย่างราบรื่น (Kowalski, 2003)

9. การพัฒนาหลักสูตรและการขอใช้หลักสูตร โรงเรียนบริบาลแต่ละแห่งจะมีหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นหลักสูตรหลักสูตรพนักงานผู้ช่วยเหลือพยาบาล 840 ชม. ของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) ประกอบด้วยหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ 420 ชม. และหลักสูตรดูแลเด็กเล็ก 420 ชม. หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) และหลักสูตรพนักงานช่วยการดูแล 510 ชม. ของสภาการพยาบาล (Thailand Nursing and Midwifery Council, 2022) ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละโรงเรียนต้องการเปิดการเรียนการสอนกี่หลักสูตร หรือบางโรงเรียนอาจจะมีหลักสูตรเป็นของตนเอง เช่น หลักสูตรควบคู่ทั้งการบริบาลและภาษา นอกจากนี้ในบางโรงเรียนอาจจะมีหลักสูตรภาษาต่างประเทศให้

นักเรียนได้เรียนเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มโอกาสในการจ้างงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ อีกทั้ง ยังมีการสอนทักษะอื่น ๆ ที่จำเป็นเพิ่มเติมในหลักสูตร อาทิเช่น การพัฒนาบุคลิกภาพ การจัดการชีวิต และการฝึกทักษะในการดำเนินชีวิตในสังคม Service mind จรรยาบรรณวิชาชีพ และคุณธรรม จริยธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ การจัดการหลักสูตรควรจะมุ่งเน้นไปที่การช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนในสิ่งที่ต้องการ ผู้สอนจะต้องเป็นผู้กระตุ้น ผู้เรียนจะเป็นผู้ที่แสวงหาความรู้ พร้อมทั้งผู้สอนจะเป็นผู้ชี้แนะทักษะที่จะช่วยในการแก้ปัญหาที่สำคัญต่อตัวของผู้เรียน ผู้เรียนควรเรียนรู้อะไรและควรมีประสบการณ์อะไรบ้าง ควรมีการจัดลำดับของความรู้และประสบการณ์เหล่านั้นอย่างไร เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และสามารถพัฒนาตนเองได้อย่างสัมฤทธิ์ผลสูงสุด (Suwannachote, 2001) นอกจากนี้ การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและการอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เพิ่มเติมให้กับนักเรียนนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นหอพัก ชุดนักเรียนหรือชุดยูนิฟอร์ม หนังสือเรียน การให้บริการระบบรักษาความปลอดภัยภายในตัวอาคาร อินเทอร์เน็ตฟรีในโรงเรียน เป็นต้น เนื่องจากสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นส่วนประกอบที่จะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กนักเรียนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Ekundayo, 2012)

10. ความท้าทายในการเตรียมการเปิดโรงเรียน ผู้ประกอบการต้องมีการศึกษาข้อมูลอย่างครบถ้วน ส่วนที่ยากที่สุดคือการดำเนินการขออนุญาตจากทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ในการใช้งานอาคาร หากสถานที่ที่จะนำมาสร้างเป็นโรงเรียนบริบาลนั้นเป็นอาคารพาณิชย์มาก่อน หรือเรียกว่าใบรับรองการก่อสร้างอาคาร ดัดแปลงอาคาร หรือเคลื่อนย้ายอาคาร (อ.6) (Ministerial Regulation No. 33, 1992) นอกจากนี้จะต้องมีการออกแบบให้ได้มาตรฐานเพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน (สช.) กำหนดไว้ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะมีผู้ที่เข้ามาประเมินเพื่ออนุมัติว่าผ่านเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กำหนดหรือไม่ อาทิ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุข วิศวกร ตำรวจ เป็นต้น หากผ่านการตรวจประเมินแล้วผู้ประกอบการจึงจะสามารถเริ่มดำเนินการเปิดสถานศึกษาได้ (Office of the Private Education Commission, 2022) ซึ่งผู้ประกอบการต่างกล่าวว่าเป็นส่วนที่มีความยุ่งยากและยาวนานมากที่สุดในกระบวนการเตรียมการเปิดโรงเรียนบริบาล

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลผู้ประกอบการรายใหม่ที่สนใจเป็นผู้ประกอบการโรงเรียนบริบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการเตรียมการเปิดโรงเรียนบริบาล ซึ่งต้องเริ่มจากการเข้าใจที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้อย่างละเอียดและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อให้สามารถดำเนินการเปิดโรงเรียนได้รวดเร็วขึ้น นอกจากนี้ ผู้ประกอบการต้องมีการเตรียมเงินทุน ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญ นอกจากจะต้องมีเงินทุนในการเตรียมเปิดโรงเรียนแล้ว ยังต้องมีเงินทุนสำรองเตรียมไว้สำหรับการดำเนินการต่าง ๆ หลังจากเปิดโรงเรียนแล้ว เช่น การประชาสัมพันธ์โรงเรียน นอกจากนี้ผู้ประกอบการควรมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจต้องเผชิญในระหว่างการเตรียมและเปิดโรงเรียนบริบาล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดำเนินกิจการโรงเรียนบริบาลและปัญหาอุปสรรคพร้อมการแก้ไขต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Duangsiri, S. (2019). Administrative model according to EdPEx guidelines for the curriculum for caring for the elderly of non-formal private schools. Under the Office of the Private Education

Commission. *Sripatum Chonburi Journal, 15*(4), 207-218.

Ekundayo, H. T. (2012). School facilities as correlates of students' achievement in the affective and psychomotor domains of learning. *European Scientific Journal, 8*(6), 208-215.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), Handbook of qualitative research (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.

Jaikong, N., Thampreecha, J., Siriprasertchoke, R., & Phimonchinda, T. (2020). Administrative policy and the shortage of professional nurses. *Hat Yai Academic Journal, 18*(2), 241-259.

King, N., & Horrocks, C. (2010). *Interviews in qualitative research*. London: Sage.

Kowalski, R. M. (2003). *Complaining, teasing, and other annoying behaviors*. CT: Yale University Press.

Sawangdee, K. (2019). *Manpower reform plan and health service mission of the ministry*. Nonthaburi: Tawan Media.

Longenecker, J. G., Petty, C. W., Moore, J. W., & Palich, L. E. (2006). *Small business management: An entrepreneurial emphasis*. Mason, OH: Thomson South Western.

Ministerial Regulation No.33. (1992). *Issued in accordance with the building control Act* B.E. 2522. Retrieved from https://download.asa.or.th/03 media/04law/cba/mr/mr35-33-upd69.pdf

Office of the Council of Education. (2017). *National education plan 2017- 2036*. Bangkok: Prigwan Graphic.

Office of the National Economic and Social Development Council (NESDC). (2022). *The thirteenth national economic and social development plan (2023-2027)*. Bangkok: National Economic and Social Development Board.

Office of the Private Education Commission. (2022). *Handbook for quality assurance of non-formal schools (revised edition)* B.E. 2565. Bangkok: Jia Hua Partnership.

Pagaiya, N., Sasat, S., & Wisesrith, W. (2021). Health workforce requirements for the dependent older people in the future. *Journal of Health Systems Research, 15*(2), 200-217.

Pokpermdee, P. (2020). Twenty-year national strategic plan for public health (B.E. 2561 - 2580). *Journal of Health Science of Thailand, 29*(1), 173–186.

Policy Coordination Group Ministry of Public Health. (2019). *Workforce reform plan and health service mission of the ministry of public health*. Ministry of Public Health. Nonthaburi: Tawan media publishing house.

Srivichapong, S., & Ueachanachit, D. (2021). Liquidity management affecting the growth of SMEs in Thailand. *Mahachulalongkorn Review Journal, 2*(1), 232-243.

Sudjai, R. (2018). *Experiences of being a nurse entrepreneur in nursing and midwifery clinics* (Master of nursing science program, nursing administration). Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Suwannachote, C. (2001). *Curriculum and curriculum development*. Bangkok: TeachingEd.

Techanok, A. (2020). Education management towards excellence in the 21st Century. *Journal of Modern Learning Development, 5*(6), 364-373.

Thailand Nursing and Midwifery Council. (2022). *Care worker certificate course*. Retrieved from https://www.tnmc.or.th/news/236

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

EFFECTIVENESS OF A HEALTH LITERACY ENHANCEMENT PROGRAM ON AWARENESS AND PREVENTATIVE BEHAVIORS REGARDING DENGUE FEVER RISK FACTORS AMONG URBAN ADULTS IN DUSIT DISTRICT, BANGKOK

นิตยา งามดี[2] ศศวรรณ อัตถวรคุณ[2,*] วัลยา ตูพานิช[3] สุดคะนึง ดารานิษร[2]
Nittaya Ngamdee Sasawan Attaworakun Walaya Tupanich Sudkanung Daranisorn

[1]การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
This research was funded by the research fund from Navamindradhiraj University.

[2]อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 10300
Instructor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand
[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 10300
Assistant Professor, Dr. of Public Health, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Bangkok, 10300, Thailand
[*]Corresponding author Email: Sasawan@nmu.ac.th

Received: *July 15, 2024* Revised: *October 29, 2024* Accepted: *December 19, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ตัวอย่าง คือ วัยผู้ใหญ่ที่อาศัยในเขตดุสิต คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก แบบสอบถามความตระหนักรู้ (CVI = .82) และแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก (CVI = .85) แบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .92 ตามลำดับ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถคงระดับความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกได้จนถึงสัปดาห์ที่ 12 และ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) แต่กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกเปลี่ยนแปลงโดยก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 อยู่ในระดับปานกลาง และสัปดาห์ที่ 12 กลับมาอยู่ในระดับมาก

ดังนั้น ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพไปใช้ในประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เพื่อให้มีความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกัน, โรคไข้เลือดออก

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group pretest-posttest design to examine the effectiveness of a health literacy enhancement program on awareness and preventative behaviors regarding dengue fever risk factors among urban adults in Dusit District, Bangkok. A purposive sample of 76 adults meeting the inclusion criteria was selected, with participants equally divided into an experimental group (n = 38) and a control group (n = 38). The experimental group participated in a 12-week health literacy program aimed at improving dengue fever risk prevention. The instruments included a health literacy enhancement program, an awareness questionnaire (CVI = .82), and a behavior questionnaire (CVI = .85), both demonstrating high reliability (Cronbach's alpha = .86 and .92, respectively). Data collection was conducted at three time points: before the intervention, after the intervention, and during a follow-up phase. Statistical analyses included descriptive statistics, *t*-tests, and repeated measures ANOVA.

The results indicated that the experimental group, after undergoing the health literacy enhancement program, was able to maintain their awareness and preventive behaviors regarding the risk factors of dengue fever up to week 12. When comparing the differences in the average scores of awareness and preventive behaviors between the experimental and control groups, no statistically significant differences were found across all three phases (pre-test, post-test, and follow-up; $p > .05$). However, the control group showed changes in preventive behavior levels, with high scores on the pre-test, a decrease to moderate levels of the week 4 post-test, and a return to high levels by week 12.

Therefore, the health literacy enhancement program is recommended for urban adult populations to promote sustained awareness and preventive behaviors against dengue fever risk factors.

Keywords: health literacy, preventive behaviors, dengue fever

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่แพร่กระจายโดยยุงลาย (Aedes aegypti) ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในหลายภูมิภาคทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่มีภูมิอากาศร้อนชื้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่า แต่ละปีมีผู้ป่วยไข้เลือดออกทั่วโลกประมาณ 100 - 400 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตหลายหมื่นราย วัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยและเสียชีวิตจากไข้เลือดออกเทียบเท่ากับวัยเด็ก และมีอัตรา

การเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยเด็ก (World Health Organization, 2024) ประเทศไทยพบอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุดที่กรุงเทพมหานคร คิดเป็นร้อยละ 23.84 และพบในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 20 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มนี้พบได้ร้อยละ 2 (Department of Disease Control, 2020) ผลการเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลาเดียวกันกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ปี พ.ศ. 2561 - 2565) พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าปีที่ผ่านมาถึง 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Institute for Disease Control and Immigration Prevention, 2024)

เขตดุสิต จังหวัดกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคไข้เลือดออก (Bureau of Epidemiology, 2021) เนื่องจากมีประชากรหนาแน่นและมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของยุงลาย เช่น จากการสำรวจพบมีการเก็บกักน้ำในภาชนะที่ไม่มีฝาปิด ไม่ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หรือไม่ใช้สารไล่ยุงอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020) นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้ว ยังมี ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ โรคประจำตัว เชื้อชาติ ศาสนา และระดับการศึกษา ที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคไข้เลือดออก (Khurathong, 2016)

การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) จึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดี (Nutbeam, 2008; Nutbeam, 2024) การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Chanpen, Nititham & Sirisopon, 2022; Konsnan & Poum, 2020; Jakkujantr, Kaeodumkoeng, & Kengganpanich, 2021) อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีผู้ที่มีความตระหนักรู้ในความรอบรู้ทางสุขภาพสูง แต่ยังมีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่ำ เช่น การศึกษาของ Nawamat and Phanom (2020) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี แต่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคต่ำถึงร้อยละ 40 เช่นเดียวกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ว่าการมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอต่อการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ (Chanpen, Nititham & Sirisopon, 2022; Morris, Taylor, & Lee, 2022)

องค์การอนามัยโลกจึงได้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถป้องกันโรค ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต (World Health Organization, 2021) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันเป็นหลัก โดยขาดการติดตามผลและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว (Khurathong, 2016)

ผู้วิจัยจึงได้ออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Pengjuntr (2017) เพื่อแก้ไขข้อจำกัดที่พบในการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยมุ่งเน้นการเพิ่มความตระหนักรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ โดยเน้นการปรับปรุงกระบวนการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามหลักของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model of Behavior Change) ของ Prochaska and DiClemente (1983) เพื่อให้ประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร เกิดความตระหนักรู้และสามารถนำความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืน และปลอดภัยจากโรคไข้เลือดออก

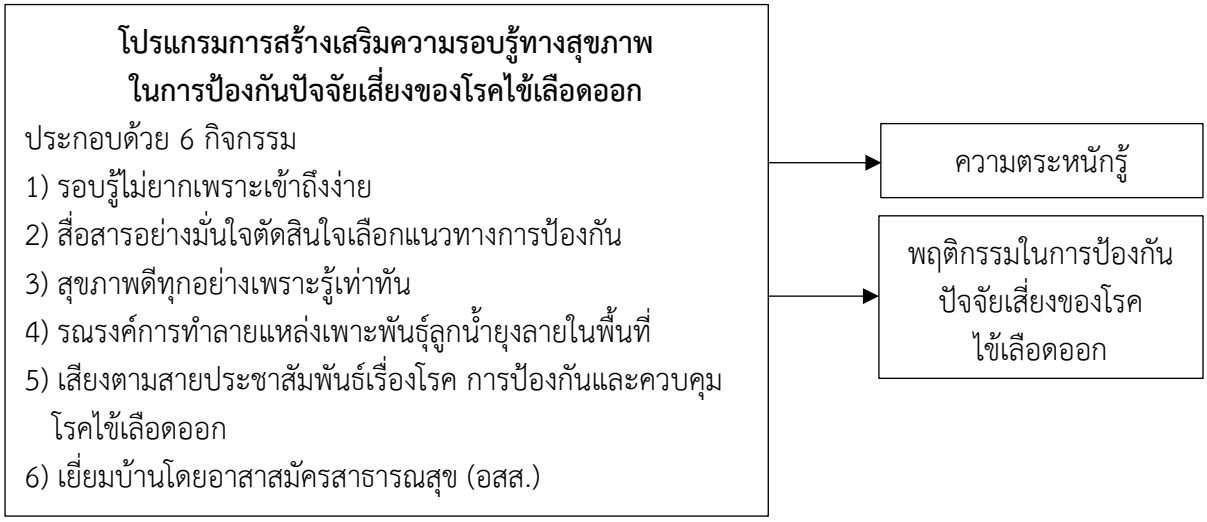
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกระหว่างประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพกับกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการศึกษานี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยมีกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพตามแบบจำลองวีเชฟ (V-shape) ที่มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ (Pengjuntr, 2017) แล้วตั้งชื่อกิจกรรมให้สอดคล้องกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็น 6 กิจกรรม ซึ่งจะส่งผลต่อความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำ 3 ครั้ง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12)

ประชากร คือ ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2567

ตัวอย่าง คือ ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 76 คน ได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 ที่ Test family คือ *F*-test สถิติสูงสุดที่ใช้ในการทดสอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ Repeated measure ANOVA กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .31 จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกันของ Sookpool, Kingmala, Pangsuk, Yeanyoun, and Wongnum (2020) ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .50 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .90 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนครั้งในการวัดซ้ำทั้งหมด 3 ครั้ง และความสัมพันธ์ระหว่างการวัดซ้ำเท่ากับ .50 ได้ตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างละ 38 คน

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มตัวอย่างจากชุมชนในเขตดุสิตซึ่งเป็นพื้นที่ภายใต้การดูแลของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้กลุ่มทดลอง คือ ชุมชนวัดสวัสดิ์วารีสีมาราม และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ชุมชนวัดประชาระบือธรรม แล้วทำการสุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายและกำหนดเกณฑ์ในคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่อาศัยในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2567 2) อายุ 18 - 59 ปี และ 3) มีสมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต หรืออุปกรณ์สื่อสารอย่างใดอย่างหนึ่งที่ใช้อินเตอร์เน็ตได้

เกณฑ์การคัดออก คือ มีข้อจำกัดทางการได้ยินหรือการมองเห็นอย่างรุนแรง และมีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pengjuntr (2017) ที่มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ มาออกแบบเป็น 6 กิจกรรม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย และในกิจกรรมเยี่ยมบ้านมีการให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เป็นผู้ติดตามเยี่ยมบ้านตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับการดูแล ดังนี้

<u>กลุ่มทดลอง</u>

สัปดาห์ที่ 1 (1) ทำกิจกรรมที่ 1 รอบรู้ไม่ยากเพราะเข้าถึงง่าย โดยผู้วิจัยบรรยายเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการแนะนำสื่อคู่มือที่จัดเตรียมไว้และสาธิตการใช้ LINE Official สำหรับการเข้าถึงข้อมูลและการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก (2) ทำกิจกรรมที่ 2 สื่อสารอย่างมั่นใจ ตัดสินใจเลือกแนวทางการป้องกัน โดยให้แสดงความคิดเห็นและถามคำถาม เลือกแนวทาง และตัดสินใจเลือกวิธีการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกจากข้อมูลที่ได้ศึกษา และ (3) ทำกิจกรรมที่ 3 สุขภาพดีทุกอย่างเพราะรู้เท่าทัน ผู้วิจัยอธิบายวิธีการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ พร้อมให้นำความรู้ไปปฏิบัติจริง โดยใช้แบบฝึกการวางแผนการปฏิบัติ และให้เขียนลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรให้คำมั่นสัญญาในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สัปดาห์ที่ 2 - 3 ทำกิจกรรมที่ 4 รณรงค์โรคการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ ผู้วิจัยร่วมกับ อสส. สำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย เช่น การทำลายแหล่งน้ำที่ไม่ใช้ และกำจัดสิ่งที่อาจเป็นที่อยู่ของยุง

สัปดาห์ที่ 5 - 11 (1) ทำกิจกรรมที่ 5 เสียงตามสาย โดยเน้นย้ำข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก อันตราย วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองกรุงเทพมหานครกับชุมชน และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักรู้และลดความเสี่ยงของการระบาดในพื้นที่และ (2) กิจกรรมที่ 6 การเยี่ยมบ้านโดย อสส. ในพื้นที่ เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก และให้คำแนะนำที่เหมาะสม เช่น วิธีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง หรือการป้องกันตนเอง เป็นต้น

<u>กลุ่มเปรียบเทียบ</u> ได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลอนามัยชุมชนในพื้นที่ คือ การให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก วัดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย การสอบสวนโรคกรณีพบผู้ป่วยไข้เลือดออกใน

ชุมชน ประสานงานพ่นสารเคมีกำจัดยุงลาย และผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรค พฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก แจกแผ่นพับความรู้ จำนวน 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

2.1. ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการและให้กรอกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามความตระหนักรู้การป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลใช้คะแนนรวม 10 - 50 คะแนน แบ่งเป็นดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (40 คะแนนขึ้นไป) มีความตระหนักรู้ระดับดี

ร้อยละ 60 - 79.9 (30 - 39 คะแนน) มีความตระหนักรู้ระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 30 คะแนน) มีความตระหนักรู้ระดับต่ำ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ การแปลผลใช้คะแนนรวม 10 - 50 คะแนน แบ่งเป็นดังนี้

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (40 - 50 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับดี

ร้อยละ 60 - 79.9 (30 - 39 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับปานกลาง

น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 30 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับต่ำ

แบบสอบถามความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ได้ผ่านการหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามเท่ากับ .82 และ .85 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และ .92

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ศึกษาตัวอย่างในเขตดุสิตซึ่งเป็นพื้นที่ภายใต้การดูแลของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้รับหนังสืออนุมัติเลขที่ COA 128/2564 วันที่ 25 กรกฎาคม พ.ศ.2564 ตัวอย่างวิจัยทุกคนได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งทุกอย่างไม่มีสิ่งใดปิดบังแต่อย่างใด หลังจากนั้นให้ตัวอย่างวิจัยเซ็นยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลในการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและการเผยแพร่แบบสรุปผลในภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยกลุ่มเปรียบเทียบทุกคนได้รับการสอบถามความประสงค์รับโปรแกรมเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเพื่อชดเชยหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับอนุมัติทำวิจัย ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยไปยังหัวหน้าชุมชนวัดสวัสดิ์วารีสีมาราม และชุมชนวัดประชาระบือธรรม และเข้าชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และเมื่อคัดเลือกตัวอย่างวิจัยได้แล้วให้ตัวอย่างวิจัยเซ็นลงนามในใบยินยอมก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกและกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนักรู้

การป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ในครั้งแรกที่พบกันหรือภายในสัปดาห์ที่ 1 (ก่อนการทดลอง) หลังทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ *t*-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.3 และ 73.7 ตามลำดับ) อายุระหว่าง 20 - 59 ปี (M = 49.50, SD = 9.69 และ M = 47.46, SD = 10.10 ตามลำดับ) ระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 39.5 และ 31.6 ตามลำดับ) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.1 และ 39.5 ตามลำดับ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 - 10,000 บาท (ร้อยละ 34.2 และ 31.6 ตามลำดับ) รายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ78.9 และ 71.1 ตามลำดับ) สิทธิการรักษาใช้ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 52.6 และ 44.7 ตามลำดับ) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.3 และ 63.2 ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (N = 76)

ข้อมูลส่วนบุคคล	*กลุ่มทดลอง* *(n = 38)*		*กลุ่มเปรียบเทียบ* *(n = 38)*		*p*
	n	*%*	*n*	*%*	
1. เพศ					
ชาย	9	23.7	10	26.3	.748[c]
หญิง	29	76.3	28	73.7	
2. อายุ (ปี)	M = 49.50, SD = 9.69		M = 47.46, SD = 10.10		
20 - 29	3	7.9	3	7.9	.369[c]
30 - 39	3	7.9	5	13.2	
40 - 49	8	21.1	9	23.7	
50 - 59	24	63.2	21	55.3	
3. ระดับการศึกษา					
ไม่ได้รับการศึกษา	1	2.6	1	2.6	.748[e]
ประถมศึกษา	7	18.4	12	31.6	
มัธยมศึกษา/ปวช.	15	39.5	12	31.6	
อนุปริญญา/ปวช.	9	23.7	7	18.4	
ปริญญาตรี	5	13.2	6	15.8	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.6	0	0	

ข้อมูลส่วนบุคคล	*กลุ่มทดลอง (n = 38)*		*กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 38)*		*p*
	n	*%*	*n*	*%*	
4. อาชีพ					.927[e]
รับจ้างทั่วไป	16	42.1	15	39.5	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	21.1	11	28.9	
พนักงานเอกชน	3	7.9	3	7.9	
นักเรียน/นักศึกษา	1	2.6	0	0	
ว่างงาน/อิสระ	5	13.1	5	13.2	
ไม่ได้ทำงาน	5	13.2	3	7.9	
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					
> 15,000	3	7.9	4	10.5	1.000[e]
10,001 - 15,000	7	18.4	7	18.4	
5,001 - 10,000	13	34.2	12	31.6	
≤ 5,000	10	26.3	10	26.3	
ไม่มีรายได้	5	13.2	5	13.2	
6. ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	8	21.1	11	28.9	.427[c]
ไม่เพียงพอ	30	78.9	27	71.1	
7. สิทธิการรักษา					
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	20	52.6	17	44.7	.050[e]
ประกันสังคม	17	44.7	14	36.8	
ข้าราชการ	0	0	5	13.2	
รัฐวิสาหกิจ	0	0	2	5.3	
เอกชน	1	2.6	0	0	
8. โรคประจำตัว					
ไม่มี	21	55.3	24	63.2	.484[c]
มี	17	44.7	14	36.8	

หมายเหตุ: [c] คือ Chi-square test, [e] คือ Fisher's exact test

ประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ของก่อนการทดลอง 46.16 คะแนน โดยลดลงเล็กน้อยหลังการทดลองได้ 45.50 คะแนน และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะติดตามผล 45.68 คะแนน ในขณะที่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกก่อนการทดลองเท่ากับ 40.79 คะแนน ซึ่งลดลงเล็กน้อยหลังการทดลอง 40.45 คะแนน และเพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 41.68 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความตระหนักรู้และพฤติกรรมใน 3 ช่วงเวลา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออก ภายในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม (n = 38)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้	46.16	3.89	45.50	4.37	45.68	4.19	.309	.724
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออก	40.79	8.85	40.45	8.29	41.68	7.67	.286	.719

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก กับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p > .05) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล (N = 76)

ตัวแปร	ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง (n = 38)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 38)		t	p
		M	SD	M	SD		
ความตระหนักรู้	ก่อนการทดลอง	46.16	3.89	46.05	3.86	.118	.906
	หลังการทดลอง	45.50	4.37	45.63	4.22	-.134	.894
	ระยะติดตาม	45.68	4.19	45.79	3.96	-.113	.911
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออก	ก่อนการทดลอง	40.79	8.85	41.18	6.67	-.220	.827
	หลังการทดลอง	40.45	8.29	38.82	8.76	.834	.407
	ระยะติดตาม	41.68	7.67	41.61	5.89	.050	.960

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้น แม้จะไม่สามารถเพิ่มคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกในประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จากก่อนการทดลองได้จนเห็นความแตกต่างทางสถิติในระยะหลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12) แต่อย่างน้อยก็ทำให้พบว่าการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกช่วยทำให้ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกยังคงอยู่โดยลดลงน้อยมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (M = 49.50) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพรับจ้าง มีโรค

ประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด จึงทำให้การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพไม่ใช่เรื่องยาก ยิ่งในการปฏิบัติตาม 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การโต้ตอบซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการบอกต่อ (Pengjuntr, 2017) ทำให้ความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากทั้ง 2 เรื่อง สอดคล้องกับการศึกษาประชากรในเขตเมืองที่มักพบว่า มีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการป้องกันโรคในระดับสูง เนื่องจากสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและสื่อความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว (World Health Organization, 2021; Khurathong, 2016)

2. การที่ประชากรคนเมืองวัยผู้ใหญ่ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (สัปดาห์ที่ 4) และระยะติดตามผล (สัปดาห์ที่ 12) ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่มเปรียบเทียบ อาจเนื่องจากในข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นพื้นฐานของทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันตั้งแต่แรก ทำให้แม้กลุ่มทดลองจะมี อสส. ช่วยในการกำกับติดตามการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพแต่ประชากรส่วนใหญ่มีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้กิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ช่วยให้มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้ของกลุ่มทดลองค่อนข้างคงที่และลดลงเล็กน้อยจากก่อนการทดลอง แต่ยังอยู่ในระดับมากตลอด 12 สัปดาห์ เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่อยู่ในระดับมากตลอด 12 สัปดาห์ และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 12 อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้เท่า ๆ เดิมและลดลงเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกมีแนวโน้มลดลงในสัปดาห์ที่ 4 โดยลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นเท่า ๆ เดิมในสัปดาห์ที่ 12 แสดงให้เห็นว่าการให้การพยาบาลตามปกติ ที่ไม่ได้ทำ 6 กิจกรรมในโปรแกรม อาจทำให้คะแนนเฉลี่ยความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงไข้เลือดออกลดลงได้เมื่อเวลาผ่านไปนานมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nontapet et al. (2022) ที่พบว่าการแก้ปัญหาไข้เลือดออกได้สำเร็จต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนที่ประกอบด้วยผู้นำชุมชน แกนนำสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับในการกำกับติดตามในระยะยาว และจากการศึกษาของ Verplanken and Orbell (2022) พบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นิสัย และความเชื่อในวัยผู้ใหญ่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วในเวลาอันสั้น แม้จะมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ หรือโปรแกรมสุขภาพก็ตาม ซึ่งในด้านจิตวิทยาการเปลี่ยนแปลงความรู้เพียงอย่างเดียวไม่พอที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ยังต้องอาศัยความพร้อมและแรงจูงใจทางจิตวิทยาด้วย ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงผ่านการรับอิทธิพลอื่น ๆ ภายในระยะเวลาอันสั้นได้ อีกทั้งในบริบทของเขตเมืองกรุงเทพมหานครที่มีประชากรหนาแน่นและความหลากหลายทางสังคม การจัดการปัญหาสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานท้องถิ่น เช่น กรุงเทพมหานคร (กทม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อพัฒนากลยุทธ์ที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ ตลอดจนเสริมสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนให้แก่ประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาโปรแกรมต่อไปควรมีการเพิ่มโอกาสให้ชุมชนมีบทบาทในการดำเนินการและตัดสินใจร่วมกันมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความรับผิดชอบและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนในระยะยาว

2. การเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเขตเมือง น่าจะต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 12 สัปดาห์ โดยอาจศึกษาต่อในระยะ 6 - 12 เดือน เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของความตระหนักรู้และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่ชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Epidemiology. (2021). *Report on the dengue fever situation in Dusit District*. Ministry of Public Health.

Chanpen, P., Nititham, A., & Sirisopon, N. (2022). Health literacy and dengue control and prevention behaviors of people in Min Buri District Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 23*(2), 78-87.

Department of Disease Control. (2020). *Master plan for urban disease prevention and control, 2018-2021*. Ministry of Public Health.

Department of Disease Control. (2021). *Report on the situation of dengue fever in Thailand.* Ministry of Public Health.

Jakkujantr, C., Kaeodumkoeng, K., & Kengganpanich, T. (2021). Effects of the health literacy promotion program on dengue hemorrhagic fever prevention by applying IMB model for grade 5 students, Bangkok Metropolitan Administration schools. *Disease Control Journal, 47*(3), 479-489.

Institute for Disease Control and Immigration Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *Summary of important epidemiological events.* Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Khurathong, S. (2016). Urban medicine. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 59*(1), 1-4.

Konsnan, W., & Poum, A. (2020). Health literacy associated with preventing and controlling behavior of dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Nong Yai Sub-district, Prasat District, Surin Province. *Journal of Health Science and Community Public Health, 3*(1), 35-44.

Morris, D., Taylor, H., & Lee, S. (2022). Health literacy and dengue prevention behaviors: A meta-analysis. *Preventive Medicine, 152,* 106573.

Nawamat, D., & Phanom, N. (2020). Health literacy and dengue hemorrhagic fever prevention and control behaviors of the population in Nakhon Phanom Province. *Nakhonphanom Hospital Journal, 7*(1), 84-94.

Nontapet, O., Maneerattanasak, S., Jaroenpool, J., Phumee, A., Krachai, W., Napet, P., Rahman, M. S., & Suwanbamrung, C. (2022). Understanding dengue solution and larval indices surveillance system among village health volunteers in high- and low-risk dengue villages in southern Thailand. *One Health, 15*, 100440. https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2022.100440

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078.

Nutbeam, D. (2024). Improving health literacy: New insights and strategies for the 21st century. *Health Promotion International, 39*(2), 150-160.

Pengjuntr, W. (2017). Health literacy. *In Proceedings of the workshop on enhancing personnel capacity of the Department of Health: Health literacy towards Thailand.* Ministry of Public Health.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. https://doi.org/ 10.1037/0022-006X.51.3.390

Sookpool, A., Kingmala, C., Pangsuk, P., Yeanyoun, T., & Wongnum, W. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Health Science, 29*(3), 419-429.

Verplanken, B., & Orbell, S. (2022). Attitudes, habits, and behavior change. *Annual Review of Psychology, 73*, 327-352.

World Health Organization. (2021). *Health literacy: The solid foundation for public health*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

World Health Organization. (2024). *Dengue-global situation.* Retrieved from https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การประเมินความต้องการจำเป็นสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ASSESSMENT OF ACTUAL AND EXPECTED NEEDS OF STUDENTS REGARDING STUDENT DEVELOPMENT AT THE FACULTY OF NURSING, MAHIDOL UNIVERSITY

ชัญญา แสงจันทร์[1] ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง[2,*]
Chanya Sangchan Thirawan Chuetaleng

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุน ซี.เอ็ม.บี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
This research was funded by China Medical Board of New York Inc., Faculty of Nursing, Mahidol University

[1]นักวิชาการศึกษา งานพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม 73170
Educator, Division of Student Development, Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, 73170, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม 73170
Assistant Professor, Department of Surgical Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University, Nakhon Pathom, 73170, Thailand
*Corresponding author E-mail: thirawan.chu@mahidol.ac.th

Received: *June 26, 2024* Revised: *October 30, 2024* Accepted: *December 19, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยสืบย้อนเพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา และประเมินความต้องการจำเป็นของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษา ตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 1,077 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนานักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) ในการจัดลำดับความต้องการจำเป็น

ผลการวิจัยพบว่า สภาพที่เป็นจริงต่อการพัฒนานักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.96, SD = .87) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ (M = 4.07, SD = .76) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก (M =3.74, SD = .98) สภาพที่คาดหวังที่มีต่อการพัฒนานักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.25, SD = .80) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ (M = 4.30, SD = .76) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา (M = 4.20, SD = .79) และด้านที่มีความต้องการจำเป็นมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก รองลงมา ได้แก่ ด้านบริการและสวัสดิการ และด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ ตามลำดับ

คำสำคัญ : การประเมินความต้องการจำเป็น, สภาพที่เป็นจริง, สภาพที่คาดหวัง, การพัฒนานักศึกษา

Abstract

The aim of this research was to examine student expectations regarding development, analyze the actual experiences of students in their development, and evaluate the needs associated with student development. The sample was 1,077 students from the Faculty of Nursing at Mahidol University. The research instrument was a questionnaire assessing the needs of Bachelor of Nursing Science students. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, while the prioritization of needs was determined using the Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$).

The results showed the average actual condition of student development was at a high level (*M* = 3.96, *SD* = .87). The domain of public relations and services exhibited the highest average (*M* = 4.07, *SD* = .76), while the dormitory and facility aspect had the lowest mean (*M* = 3.74, *SD* =.98). The mean expectations for student development were notably high (*M* = 4.25, *SD* = .80). The domain with the highest mean was public relations and services (*M* = 4.30, *SD* = .76), whereas the domain of student development activities had the lowest average (*M* = 4.20, *SD* = .79). When considering each aspect, the most critical needs were identified in the dormitory and the facility aspect, followed by the services and welfare aspect, and finally the public relations and services aspect.

Keywords: needs assessment, actual conditions, expected conditions, student development

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กรอบทิศทางแผนการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2560 - 2579 มุ่งพัฒนาผู้เรียนในทุกระดับการศึกษาให้ได้รับการพัฒนาศักยภาพเต็มตามที่มีในแต่ละบุคคล มีคุณลักษณะและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีองค์ความรู้สำคัญ ทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ทักษะการดำรงชีวิต และสมรรถนะในการทำงานที่ตอบสนองความต้องการของตลาดแรงงานและการพัฒนาประเทศ (Ministry of Education, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับแผนอุดมศึกษาระยะยาว 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580 ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งปัจจุบัน คือ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ระบุว่าบัณฑิตที่จบการศึกษาต้องมีความพร้อมทั้งทักษะทางวิชาการ ทักษะทางวิชาชีพ ทักษะการใช้ชีวิต ความฉลาดทางสติปัญญาและทางอารมณ์ (Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education, 2018)

การดำเนินงานด้านการพัฒนานักศึกษาเป็นกิจกรรมที่หน่วยงานสนับสนุนส่งเสริมเพื่อให้นักศึกษาเป็นบัณฑิตที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์นอกเหนือจากการจัดการเรียนการสอนที่จัดขึ้นตามหลักสูตร เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของนักศึกษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมุ่งส่งเสริมการเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคม และการดูแลทางด้านสวัสดิภาพนักศึกษาที่ช่วยให้นักศึกษามีความพร้อมในการศึกษาเล่าเรียนและเป็นการพัฒนานักศึกษา (Thephasadin na Ayudhya, 2001)

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันการศึกษาชั้นนำทางการพยาบาลระดับประเทศและนานาชาติ เป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาวะแก่สังคม ให้ความสำคัญในการผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามค่านิยมองค์กร “NS MAHIDOL” ทั้งนี้สอดคล้องกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของมหาวิทยาลัย (T-shaped Breadth & Depth, Globally Talented, Entrepreneurially Minded, Socially Contributing) และ 21st century skills เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะ “มุ่งมั่นคุณธรรม เลิศล้ำทางปัญญา สร้างคุณค่าต่อสังคม” มีคุณภาพทั้งทางด้านวิชาการ วิชาชีพ คุณธรรม จริยธรรม มีบุคลิกภาพที่เหมาะสม

มีระเบียบวินัย มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ให้ความสำคัญต่อการนำผลการประเมินคุณภาพของการให้บริการมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการของนักศึกษาในหมวดที่ 3 ลูกค้า โดยสถาบันต้องมีการรับฟังเสียงของนักศึกษา นำมากำหนดการจัด การเรียนการสอน/บริการต่าง ๆ ที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวัง และสร้างความสัมพันธ์กับนักศึกษาในระยะยาว เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับนักศึกษา (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2024) ซึ่งการประเมินความต้องการจำเป็น เป็นกระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้นกับสภาพที่ควรจะเป็น โดยระบุสิ่งที่ต้องการให้เกิดว่ามีลักษณะเช่นใด และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่ามีลักษณะเช่นใด จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นว่า สมควรเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง การประเมินความต้องการจำเป็นจึงทำให้ได้ข้อมูลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดการศึกษาหรือการเปลี่ยนแปลงผลที่เกิดขึ้นปลายทาง และการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการประเมินความต้องการจำเป็นจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงสร้างสรรค์และเป็นการเปลี่ยนแปลงทางบวก (Wongwanich, 2005) จากการศึกษาของ Nuansri et al. (2021) ที่ศึกษาความต้องการจำเป็นของนักศึกษา พบว่า ด้านสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการพัฒนานักศึกษาเป็นความต้องการจำเป็น 3 ลำดับแรกที่นักศึกษาต้องการ Rungruangkullawanit (2020) ได้ศึกษาถึงความคาดหวังของนักศึกษาใหม่ปีการศึกษา 2563 ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนานักศึกษา พบว่า นักศึกษามีความคาดหวังต่อการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เรียงตามลำดับ ดังนี้ อันดับ 1 ด้านบำเพ็ญประโยชน์และรักษาสิ่งแวดล้อม อันดับ 2 ด้านเสริมสร้างคุณธรรมและจริยธรรมด้านวิชาการที่ส่งเสริมคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ อันดับ 3 ด้านกีฬาและส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาของ Aonnak and Audtho (2022) พบว่า นักศึกษาให้ความสำคัญกับความต้องการด้านต่าง ๆ ดังนี้ อันดับ 1 ความต้องการด้านคุณธรรม จริยธรรม อันดับ 2 ความต้องการด้านความรู้และปัญญา และอันดับ 3 ความต้องการด้านการศึกษาต่อ/ได้งานทำ และนักศึกษาให้ความสำคัญกับคาดหวัง ดังนี้ อันดับ 1 คาดหวังให้มหาวิทยาลัยดูแลเรื่องความปลอดภัย อันดับ 2 คาดหวังให้มหาวิทยาลัยมีทุนสนับสนุนนักศึกษาที่ขาดแคลน และอันดับ 3 คาดหวังให้มหาวิทยาลัยมีการสนับสนุนให้มีประสบการณ์ต่างประเทศ

งานพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนานักศึกษาให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาเป็นสำคัญ ดังนั้นการประเมินความต้องการจำเป็นจะนำมาซึ่งคำตอบซึ่งเป็นความต้องการของนักศึกษาอย่างแท้จริง เพื่อนำมาวางแผนบริหารจัดการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและแนวทางในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความต้องการของนักศึกษา เพื่อให้การดำเนินงานด้านการพัฒนานักศึกษาเกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพที่เป็นจริงของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เพื่อศึกษาสภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้สร้างขึ้นจากการนำข้อมูลของแผนด้านการอุดมศึกษาเพื่อผลิตและพัฒนากำลังคนของประเทศ พ.ศ. 2564 - 2570 ที่การจัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพที่ดีต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพ กลไก แนวทางและระบบการเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษาให้เอื้อต่อการปรับตัวด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ (Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation, 2022) และอ้างอิงตามแนวทางการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษาตามเกณฑ์ AUN-QA Student Quality and Support ที่หลักสูตรต้องมีนโยบายการรับผู้เรียนที่ชัดเจน มีกระบวนการรับผู้เรียนที่เหมาะสม และมีการจัดการเรียนการสอนตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร มีระบบการติดตาม ความก้าวหน้าของผู้เรียน มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่เหมาะสม มีการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การวิจัยและคุณภาพชีวิตโดยรวม (ASEAN University Network, 2020) ดังนั้น การศึกษาความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับการพัฒนานักศึกษาในการศึกษานี้จึงมีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ด้านบริการและสวัสดิการ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,243 คน (Division of Educational Services, Faculty of Nursing, Mahidol University, 2024)

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,077 คน ซึ่งได้มาจากการขอใช้ข้อมูลที่สำรวจไว้แล้วจากงานพัฒนานักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนานักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย แนวทางการพัฒนานักศึกษาและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และชั้นปี

ส่วนที่ 2 ความต้องการจำเป็นในการพัฒนานักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และใช้เป็นแบบการตอบสนองรายคู่ (dual response) คือ สภาพที่เป็นจริง (what is) และสภาพที่คาดหวัง (what should be) เพื่อให้สามารถประเมินการรับรู้ของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษาใน 4 ด้าน (15 ข้อ) ได้แก่ ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ด้านบริการและสวัสดิการ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ นอกจากนี้ ยังมีคำถามปลายเปิดเพื่อแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังที่มีต่องานพัฒนานักศึกษา

การแปลผลใช้การแบ่งระดับตามค่าเฉลี่ยของ Srisa-ard (2002) ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง ความคาดหวัง/สภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับน้อยที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง ความคาดหวัง/สภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับน้อย

2.50 - 3.49 หมายถึง ความคาดหวัง/สภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง ความคาดหวัง/สภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับมาก

4.50 - 5.00 หมายถึง ความคาดหวัง/สภาพที่เป็นจริง อยู่ในระดับมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และมีความเชื่อมั่น (reliability) จากการนำแบบสอบถามไปใช้กับนักศึกษา จำนวน 1,077 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขเอกสารรับรอง IRB-NS2023/61.1109 ลงวันที่ 19 กันยายน พ.ศ. 2566 หลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตนำข้อมูลจากการสำรวจการรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ต่อการพัฒนานักศึกษา ปีการศึกษา 2565 มาใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยมีการลงเลขชั้นปีแทนชื่อและนามสกุลที่ระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่มีการใส่รหัสป้องกันไม่ให้บุคคลอื่นเข้าถึงได้ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่งานพัฒนานักศึกษาเพื่อเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบบันทึกที่สร้างไว้ แล้วบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ทีละคนจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณค่า Modified Priority Needs Index ($PNI_{modified}$) (Chokuaichai, 2005; Wongrugsa, 1997; Wongwanich, 2005) เพื่อระบุความต้องการจำเป็น (needs identification) โดยใช้สูตร

$PNI_{modified} = (I-D)/D$

เมื่อ I = สภาพที่คาดหวัง

D = สภาพที่เป็นจริงในปัจจุบัน

ข้อที่มีค่า $PNI_{modified}$ มาก แสดงว่ามีความต้องการจำเป็นในระดับมาก และมากกว่าข้อที่มีค่า $PNI_{modified}$ น้อย และความต้องการจำเป็นที่มีค่า $PNI_{modified}$ มาก จึงควรให้ความสำคัญนำมาปรับปรุง แก้ไข หรือพัฒนาเป็นลำดับแรก

ผลการวิจัย

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 1,077 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 1,010 คน คิดเป็นร้อยละ 93.78 และเพศชาย จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 6.22 ชั้นปีที่ 1 (รหัส 65) จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 22.56 ชั้นปีที่ 2 (รหัส 64) จำนวน 374 คน คิดเป็นร้อยละ 34.73 ชั้นปีที่ 3 (รหัส 63) จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 20.80 และชั้นปีที่ 4 (รหัส 62) จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 21.91

ผลการวิเคราะห์สภาพที่เป็นจริงของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษาพบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 3.96, SD = .87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ (M = 4.07, SD = .76) รองลงมา ได้แก่ ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา (M = 4.02, SD = .84) และด้านบริการและสวัสดิการ (M = 3.99, SD = .89) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก (M =3.74, SD = .98)

สภาพที่ความคาดหวังของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 4.25, SD = .80) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ (M = 4.30, SD = .76) รองลงมา ได้แก่ ด้านบริการและสวัสดิการ (M = 4.28, SD = .79) และด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก (M = 4.23, SD = .86) ตามลำดับ ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา (M = 4.20, SD = .79)

ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับการพัฒนานักศึกษา มีค่าอยู่ระหว่าง .05 - .13 นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มีความต้องการจำเป็นในการพัฒนานักศึกษา มีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ = .08 การรับรู้สภาพที่เป็นจริงด้านการพัฒนานักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (*M* = 3.96, *SD* = .87) ความคาดหวังต่อการพัฒนานักศึกษาภาพรวม อยู่ในระดับมาก (*M* = 4.25, *SD* = .80) และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นจากค่าดัชนี $PNI_{modified}$ เรียงลำดับจากค่ามากที่สุดไปหาค่าน้อยที่สุด ได้แก่ 1) ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก ($PNI_{modified}$ = .13) 2) ด้านบริการและสวัสดิการ ($PNI_{modified}$ = .07) 3) ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ ($PNI_{modified}$ = .06) และ 4) ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ($PNI_{modified}$ = .05) ดังตาราง 1

ตาราง 1 สภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวัง และความต้องการจำเป็นของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จำแนกตามรายด้านหลัก และจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนี $PNI_{modified}$ (*n* = 1,077)

ด้านการพัฒนานักศึกษา	สภาพที่เป็นจริง (D)			สภาพที่คาดหวัง (I)			$PNI_{modified}$	ลำดับความต้องการจำเป็น
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา	4.02	.84	มาก	4.20	.79	มาก	.05	4
ด้านบริการและสวัสดิการ	3.99	.89	มาก	4.28	.79	มาก	.07	2
ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก	3.74	.98	มาก	4.23	.86	มาก	.13	1
ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ	4.07	.76	มาก	4.30	.76	มาก	.06	3
ภาพรวม	3.96	.87	มาก	4.25	.80	มาก	.08	

ผลการศึกษาความต้องการจำเป็นของนักศึกษาต่อการพัฒนานักศึกษา โดยพิจารณารายข้อในรายการประเมินแต่ละด้าน

ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่คาดหวัง ด้วยดัชนี $PNI_{modified}$ พิสัยของดัชนีความต้องการจำเป็นโดยพิจารณารายข้อในแต่ละด้านการพัฒนานักศึกษามีค่าอยู่ระหว่าง 0 - .15 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1) ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าอยู่ระหว่าง 0 - .11 นักศึกษามีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ มีการพัฒนาด้านทักษะภาษาอังกฤษและความเป็นนานาชาติ ($PNI_{modified}$ = .11) ลำดับต่อมา คือ การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีความเป็นผู้นำ มีการจัดกิจกรรมที่มีประโยชน์ และส่งเสริมให้นักศึกษามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ NS MAHIDOL และมีการพัฒนาด้านคุณธรรม จริยธรรม เช่น ค่ายธรรมะ ค่ายคุณธรรม เป็นต้น ($PNI_{modified}$ = .05) และลำดับ 3 มีการส่งเสริมการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 และส่งเสริม HIDEF และมีการพัฒนาทักษะการพัฒนานวัตกรรม ($PNI_{modified}$ = .03)

2) ด้านบริการและสวัสดิการ เมื่อพิจารณาในรายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าอยู่ระหว่าง .05 - .07 นักศึกษามีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ การเดินทาง ค่าอาหาร ($PNI_{modified}$ = .07) ลำดับต่อมา คือ ทุนการศึกษา และการบริการสุขภาพ ($PNI_{modified}$ = .06) และลำดับ 3 การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ประจำชั้น ($PNI_{modified}$ = .05)

3) ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ดัชนี $PNI_{modified}$ มีค่าอยู่ระหว่าง .12 - .15 นักศึกษามีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ หอพักมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ มีความปลอดภัย ($PNI_{modified}$ = .15) และลำดับต่อมา คือ หอพักคณะพยาบาลศาสตร์มีห้องพักบริการเพียงพอกับความต้องการ ($PNI_{modified}$ = .12)

4) ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าดัชนี $PNI_{modified}$ อยู่ระหว่าง .04 - .08 โดยนักศึกษามีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ งานพัฒนานักศึกษามีข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ Website และ Facebook งานพัฒนานักศึกษา NS MU ที่เข้าถึงง่าย ถูกต้องและทันสมัย ($PNI_{modified}$ = .08) และลำดับต่อมา ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานพัฒนานักศึกษาในภาพรวมมีความรู้ในงานและมีความเต็มใจในการบริการ ($PNI_{modified}$ = .04) ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการศึกษาสภาพที่เป็นจริง สภาพที่คาดหวัง และความต้องการจำเป็นของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และการจัดลำดับความต้องการจำเป็นด้วยค่าดัชนี $PNI_{modified}$ (n = 1,077) จำแนกตามรายข้อในรายการประเมินแต่ละด้าน

การพัฒนานักศึกษา	สภาพที่เป็นจริง (D)			สภาพที่คาดหวัง (I)			$PNI_{modified}$	ลำดับความต้องการจำเป็น
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา								
1. มีการพัฒนาด้านทักษะภาษาอังกฤษและความเป็นนานาชาติ	3.82	.77	มาก	4.25	.77	มาก	.11	1
2. มีการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเพื่อพัฒนาให้นักศึกษามีความเป็นผู้นำ	3.99	.83	มาก	4.20	.77	มาก	.05	2
3. มีการจัดกิจกรรมที่มีประโยชน์และส่งเสริมให้นักศึกษามีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ NS MAHIDOL	4.00	.82	มาก	4.20	.78	มาก	.05	2
4. มีการพัฒนาด้านคุณธรรมจริยธรรม เช่น ค่ายธรรมะ ค่ายคุณธรรม เป็นต้น	3.90	.92	มาก	4.08	.87	มาก	.05	2
5. มีการส่งเสริมการพัฒนาทักษะศตวรรษที่ 21 และส่งเสริม HIDEF	4.09	.83	มาก	4.23	.77	มาก	.03	3
6. มีการพัฒนาทักษะการพัฒนานวัตกรรม	4.06	.84	มาก	4.19	.79	มาก	.03	3

การพัฒนานักศึกษา	สภาพที่เป็นจริง (D)			สภาพที่คาดหวัง (I)			$PNI_{modified}$	ลำดับความต้องการจำเป็น
	M	*SD*	ระดับ	*M*	*SD*	ระดับ		
7. มีการพัฒนานักศึกษาให้เป็นคนที่ใช้ความรู้เพื่อประโยชน์ให้สังคม จิตอาสา	4.28	.85	มาก	4.27	.77	มาก	0	4
รวม	4.02	.84	มาก	4.20	.79	มาก	.05	
ด้านบริการและสวัสดิการ								
1. ทุนการศึกษา	4.07	.85	มาก	4.31	.78	มาก	.06	2
2. การบริการสุขภาพ	4.07	.86	มาก	4.30	.77	มาก	.06	2
3. การให้คำปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา/อาจารย์ประจำชั้น	4.04	.89	มาก	4.24	.79	มาก	.05	3
4. การเดินทาง ค่าอาหาร	3.99	.89	มาก	4.28	.79	มาก	.07	1
รวม	3.99	.89	มาก	4.28	.79	มาก	.06	
ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก								
1. หอพักมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ มีความปลอดภัย	3.69	1.01	มาก	4.23	.86	มาก	.15	1
2. หอพักคณะพยาบาลศาสตร์มีห้องพักบริการเพียงพอกับความต้องการ	3.79	.96	มาก	4.23	.86	มาก	.12	2
รวม	3.74	.98	มาก	4.23	.86	มาก	.14	
ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ								
1. งานพัฒนานักศึกษา มีข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ Website และ Facebook งานพัฒนานักศึกษา NS MU ที่เข้าถึงง่าย ถูกต้องและทันสมัย	3.98	.73	มาก	4.30	.77	มาก	.08	1
2. เจ้าหน้าที่งานพัฒนานักศึกษาในภาพรวมมีความรู้ในงานและมีความเต็มใจในการบริการ	4.15	.79	มาก	4.30	.76	มาก	.04	2
รวม	4.07	.76	มาก	4.30	.76	มาก	.06	
ภาพรวม	3.96	.87	มาก	4.25	.80	มาก	.08	

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพที่เป็นจริงและสภาพที่คาดหวังด้านการพัฒนานักศึกษา พบว่า สภาพที่เป็นจริงด้านการพัฒนานักศึกษาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งสะท้อนถึงการให้

ความสำคัญด้านการพัฒนานักศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ที่มุ่งหวังพัฒนานักศึกษาที่มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีการกำหนดและบรรจุไว้ในแผนกลยุทธ์ของคณะฯ ด้านการพัฒนานักศึกษาผ่านการดำเนินงานของงานพัฒนานักศึกษาของคณะฯ ที่มีการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำกระบวนการ PDCA มาใช้ในการทำงานรวมทั้งการมีส่วนร่วมของนักศึกษาผ่านสโมสรนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ กรรมการบริหารชั้นปี และคณะกรรมการ Student Engagement จึงส่งผลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน และเมื่อพิจารณาความคาดหวังของนักศึกษาด้านการพัฒนานักศึกษา พบว่า สภาพที่คาดหวังด้านการพัฒนานักศึกษาภาพรวมอยู่ในระดับมากและพิจารณารายข้ออยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Nuansri et al. (2021) ที่ศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อพัฒนาด้านการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ พบว่านักศึกษาต้องการให้มหาวิทยาลัยจัดสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการเรียนรู้เพิ่มเติม จัดหาหอพัก (หอใน) ให้เพียงพอกับความต้องการเพื่อความปลอดภัยและลดค่าใช้จ่าย นอกจากนี้นักศึกษายังมีความต้องการให้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทางด้านวิชาการ ส่งเสริมกิจกรรมของนักศึกษา ทั้งนี้ ความต้องการจำเป็นดังกล่าวควรให้ความสำคัญและมีการดำเนินการเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของนักศึกษามากที่สุด

2. ความต้องการจำเป็นของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษาเรียงจากค่า $PNI_{modified}$ มากไปน้อย คือ 1) ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก 2) ด้านบริการและสวัสดิการ 3) ด้านประชาสัมพันธ์และบริการ และ 4) ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา และสามารถอภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

2.1 ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก มีความต้องการจำเป็นลำดับแรก และข้อที่มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ หอพักต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพียงพอ และมีความปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Haocharoen (2012) ที่ศึกษาปัจจัยเชิงกายภาพกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษา พบว่า ปัจจัยภายนอกด้านขนาดสัดส่วนห้องพัก และสิ่งอำนวยความสะดวกส่วนกลางของหอพัก เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตนักศึกษา ปัจจุบันคณะพยาบาลศาสตร์ได้จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและมีมาตรการรักษาความปลอดภัยที่หอพัก รวมทั้งการจัดแหล่งสนับสนุนการเรียนรู้ภายในหอพัก เช่น ห้องสมุด ห้องคอมพิวเตอร์ เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีบริการห้อง Fitness เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายภายในหอพัก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตในปัจจุบันส่งผลต่อความต้องการที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้พักอาศัย สิ่งอำนวยความสะดวกที่มีไว้บริการจึงอาจไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังที่เพิ่มขึ้นได้ และจากการศึกษาของ Chantachit (2019) พบว่า หอพักที่ดีควรมีลักษณะเป็นทั้งศูนย์ศึกษาและอาศัยในเวลาเดียวกัน หอพักนักศึกษาเป็นสถานที่ที่เปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาได้ทำกิจกรรม เรียนรู้ชีวิต รู้จักการเข้าสังคม มีความปลอดภัย และประหยัด หอพักนักศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ที่ช่วยให้สถาบันอุดมศึกษาบรรลุเป้าหมายในการผลิตบัณฑิตอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ด้านบริการและสวัสดิการ มีความต้องการจำเป็นลำดับ 2 และข้อที่มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ การเดินทาง ค่าอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Soontorn (2015) ที่ศึกษาในนักศึกษาชั้นปีที่ 2 - 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2556 พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความต้องการทางด้านสวัสดิการในระดับมากที่สุดและระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจการดำรงชีวิตในปัจจุบันโดยเฉพาะสังคมเมืองมีค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ด้านบริการและสวัสดิการจึงมีความสำคัญจำเป็น

สำหรับนักศึกษา และคณะพยาบาลศาสตร์มีแหล่งที่ตั้ง 3 แห่ง ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ ศาลายา คณะพยาบาลศาสตร์ บางกอกน้อย และหอพักคณะพยาบาลศาสตร์ บางขุนนนท์ จึงส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2.3 ด้านประชาสัมพันธ์และบริการ มีความต้องการจำเป็นลำดับ 3 และข้อที่มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ คือ งานพัฒนานักศึกษามีข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่าย ถูกต้องและทันสมัย ในปัจจุบันพบว่า งานพัฒนานักศึกษามีช่องทางการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย เช่น Website, Facebook งานพัฒนานักศึกษา NS MU และ Line กลุ่มชั้นปี เป็นต้น แต่ทั้งนี้จากผลการประเมินพบว่า ช่องทางการประชาสัมพันธ์ควรคำนึงถึงการมีช่องทางที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย (user friendly) เป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bunsong (2018) ที่ศึกษาสื่อสังคมกับการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 พบว่า สื่อสังคมมีอิทธิพลอย่างมากสำหรับด้านการศึกษา โดยมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการรับรู้ข่าวสาร สื่อสังคมที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนในศตวรรษที่ 21 มีเป้าหมายแตกต่างกันออกไป เช่น การติดต่อประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล โดยปัจจุบันมีสื่อสังคมออนไลน์ให้เลือกมากมาย เช่น Facebook, Twitter, Line ซึ่งไม่มีค่าใช้จ่าย และเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็ว ดังนั้น นักศึกษาจึงสามารถเลือกสื่อสังคมออนไลน์ที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเองได้

2.4 ด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษาเป็นด้านที่มีความต้องการจำเป็นเป็นลำดับสุดท้ายของการพัฒนานักศึกษา 4 ด้าน ซึ่งจากการประเมินสะท้อนถึงด้านการดำเนินการด้านกิจกรรมการพัฒนานักศึกษา ซึ่งคณะพยาบาลศาสตร์ให้ความสำคัญในการพัฒนาสมรรถนะของผู้เรียนให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตและผู้รับบริการโดยมีการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาคุณลักษณะบัณฑิตแต่ละชั้นปีอย่างชัดเจนสอดคล้องกับค่านิยมองค์กร NS MAHIDOL core value ซึ่งจากการพิจารณารายข้อที่มีค่าดัชนีความต้องการจำเป็นลำดับแรก คือ มีการพัฒนาด้านทักษะภาษาอังกฤษและความเป็นนานาชาติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงส่งผลต่อการจัดกิจกรรมในด้านความเป็นนานาชาติหรือความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่ลดลง สอดคล้องกับ Thailand Future Foundation (2021) สรุปประเด็นเสวนาจาก Clubhouse “Lessons from the Crisis ถอดบทเรียนจากวิกฤติ Clubhouse Series ครั้งที่ 3 เรื่อง Upskilling/Reskilling” จัดโดย Thailand Future และ Thailand Policy Lab ของสถาบันอนาคตไทยที่ศึกษาเรื่องถอดบทเรียนจากวิกฤติโควิด 19 สู่การเตรียมคนไทยให้มีทักษะและพร้อมสู่อนาคตหลังโควิด ที่ระบุว่าทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ คือ ทักษะที่สำคัญในการทำงานหลังยุควิกฤติโควิด 19 ซึ่งเป็นทักษะที่เทคโนโลยีไม่สามารถทดแทนมนุษย์ได้ และจากการศึกษาของ Praekhao et al. (2022) ที่ศึกษาผลกระทบของวิกฤติโควิด 19 ต่อนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศไทย ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ และคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ พบว่า ผลกระทบของวิกฤติโควิด 19 ต่อนักศึกษามี 7 ปัจจัย ได้แก่ การวัดและประเมินผล วิธีการสอนของอาจารย์ กิจกรรมของนักศึกษา การเดินทาง การปรับตัวการเรียนออนไลน์ เศรษฐกิจและสุขภาพของนักศึกษา และความเป็นส่วนตัวของนักศึกษา โดยกิจกรรมของนักศึกษาเป็นสิ่งที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยพบว่า สภาพที่เป็นจริงที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก และสภาพที่คาดหวังของนักศึกษาที่มีต่อการพัฒนานักศึกษา โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ดังนั้น งานพัฒนานักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์

ควรพัฒนาทุกด้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนานักศึกษาที่มีประสิทธิภาพและตรงตามความคาดหวังของนักศึกษา

1.2 ลำดับความต้องการจำเป็นในการพัฒนานักศึกษาด้านที่ควรให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก รองลงมา คือ ด้านบริการและสวัสดิการ ด้านการประชาสัมพันธ์และบริการ และด้านกิจกรรมพัฒนานักศึกษา ดังนั้น ผู้บริหาร หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนานักศึกษาควรพัฒนาและให้ความสำคัญตามลำดับผลการวิจัยดังกล่าว เพื่อวางแผนหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของนักศึกษาให้ดีมากยิ่งขึ้น และตอบสนองต่อความต้องการของนักศึกษาอย่างแท้จริง

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า นักศึกษามีความต้องการจำเป็นในด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวกมากที่สุด หากมีการศึกษาวิจัยในโอกาสต่อไป ควรศึกษาในเชิงลึกในรายละเอียดด้านหอพักและสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาด้านการพัฒนานักศึกษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Aonnak, P., & Audtho, P. (2022). Needs and expectations for education in Sakon Nakhon Rajabhat University. *Journal of Management Science Sakon Nakhon Rajabhat University*, *2*(3), 75-84.

ASEAN University Network. (2020). *ASEAN University network quality assurance, guide to AUN-QA assessment at programme level version 4.0*. Retrieved from https://www.aunsec.org/application/files/2816/7290/3752/Guide_to_AUN-QA_Assessmentat_Programme_Level_Version_4.0_4.pdf

Bunsong, N. (2018). Social Media of Enhance 21st Century Education. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, *11*(1), 2873-2885.

Chantachit, N. (2019). *Tertiary students' satisfaction toward the dormitory service at Rajamangala University of Technology Srivijaya, Trang Campus* (Master' s thesis). Rajamangala University of Technology Srivijaya, Trang.

Chokuaichai, P. (2005). *A fulfillment of nursing informatics competency needs and demands through the results of non-recursive causal model development* (Doctoral dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok.

Division of Educational Services, Faculty of Nursing, Mahidol University. (2024). *Faculty of Nursing, Mahidol University student data.* Nakhon Pathom: Faculty of Nursing, Mahidol University.

Faculty of Nursing, Mahidol University. (2024). *About Faculty of Nursing*. Retrieved from https://ns.mahidol.ac.th/nurse_th/about.html

Haocharoen, K. (2012). Dormitory' s physical factors and the quality of Thammasat University students' lives. *Journal of The Faculty of Architecture King Mongkut's Institute of Technology Ladkrabang*, 13-24.

Ministry of Education. (2017). *The national education plan B.E. 2560 - 2579 (2017 - 2036)*. Retrieved from https://www.moe.go.th/

Nuansri, M., Pantuworakul, K., Jariyapan, N., Onyon, N., Boontham, S., Somsamran, S., & Suttiwan, W. (2021). A needs assessment to develop the instructional management of students of Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, *6*(6), 34-51.

Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education. (2018). *20-year long-term higher education plan (2018-2037)*. Bangkok: Prikwarn Graphic.

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2022). *The higher education plan for producing and developing of the national workforce, 2021-2030 (revised edition, 2023-2030)*. Retrieved from https://www.mhesi.go.th/index.php/news-andannounce-all/pr/announcement-news/8464-2564-2570-2566-2570.html

Office of the Permanent Secretary, Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation. (2024). *The educational quality standards for excellence 2024-2027*. Retrieved from https://op.mahidol.ac.th/qd/pub/index.html

Praekhao, P., Salikut, C., Sinapiromsaran, C., & Pruanoum, C. (2022). *The impact of COVID-19 crisis on university students in Thailand.* National Conference of NMC 2022, 22-30.

Rungruangkullawanit, S. (2020). *Research report, the study of acquired expectancy and interest to attend student development activities of RMUTT first-year students in semester 2020*. Department of Student Development, Rajamangala University of Technology Thanyaburi.

Soontorn, T. (2015). Needs in student welfare in an educational institute case study of Faculty of Public Health, Mahidol University B.E. 2556. *Journal of Mahidol R2R e-journal*, *2*(2), 126-141.

Srisa-ard, B. (2002). *Introduction to research* (7th ed.). Bangkok: Suweerivasarn Company Limited.

Thailand Future Foundation. (2021). *Lessons learned from the covid-19 crisis: Preparing Thais with skills for the post-covid future*. Retrieved from https://www.thailandfuture.org/post/lessonsfromthecrisis-clubhouseseries-upskilling-reskilling

Thephasadin na Ayudhya, W. (2001). *Student development*. Bangkok: Chulalongkorn University.

Wongrugsa, K. (1997). *A comparison of quality and consistency of priority setting techniques in needs assessment based on discrepancy model* (Master's thesis). Chulalongkorn University, Bangkok.

Wongwanich, S. (2005). *Needs assessment research*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ปัจจัยทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

FACTORS PREDICTING RISK MANAGEMENT COMPETENCY IN DRUG ADMINISTRATION AMONG REGISTERED NURSES IN SECONDARY HOSPITALS

จำรัส สาระขวัญ[1] สราวุฒิ สีถาน[2,*] อติภัทร พรมสมบัติ[3] เพ็ญศรี จาบประไพ[4]
Jumrus Sarakwan Sarawut Sritan Atiphat Promsombut Pensri Jabpraphai
[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สระบุรี 18120
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Phraputtabat,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Saraburi, 18120, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สระบุรี 18120
Nursing Instructor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Phraputtabat,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Saraburi, 18120, Thailand
[3]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก สระบุรี 18120
Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Phraputtabat,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Saraburi, 18120, Thailand
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี 18120
Registered Nurse, Senior Professional Level, Phraputtabat Hospital, Saraburi, 18120, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: sarawut@bcnpb.ac.th

Received: *July 16, 2024* Revised: *November 13, 2024* Accepted: *December 12, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ และ 2) ความสามารถในการทำนายของประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล ต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิของจังหวัดสระบุรี จำนวน 146 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบสอบถามสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา มีค่าความเที่ยงจากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96, .97 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ ด้วยวิธีการแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.43 ปี (*SD* = 9.44) มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาอยู่ในระดับมาก (*M* = 4.16, *SD* = .65) ปัจจัยที่ทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้มากที่สุด คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา (*Beta* = .424, *p* = .000) และมีเพียงเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R^2 = .549, *p* = .000)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้บริหารการพยาบาลควรสร้างโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมเจตคติทางบวกในการบริหารยาแก่พยาบาลวิชาชีพ และสนับสนุนทรัพยากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การบริหารความเสี่ยง, การบริหารยา, สมรรถนะการบริหารยา

Abstract

This study aimed to 1) examine the risk management competency in drug administration among registered nurses and 2) evaluate the predictive power of nursing work experience, attitudes towards risk management in drug administration, and the nursing practice environment on risk management competency in drug administration among registered nurses at secondary hospitals. A simple random sampling technique was used to recruit 146 participants. Data were collected using questionnaires on demographic information, nursing work experience, attitudes towards risk management in drug administration, the nursing practice environment, and risk management competency in drug administration. The instruments demonstrated high reliability, with Cronbach's alpha coefficients of .96, .97, and .97, respectively. Data were analyzed using stepwise multiple regression analysis.

The results showed that participants had an average age of 43.43 years (*SD* = 9.44) and demonstrated a high level of risk management competency in drug administration (*M* = 4.16, *SD* = .65). Attitude towards risk management in drug administration was the strongest predictor of competency (*Beta* = .424, *p* = .000). Only two factors – attitude towards risk management in drug administration and the nursing practice environment – significantly predicted risk management competency in drug administration, explaining 54.9% with statistical significance at .05 (R^2 = .549, *p* = .000).

The findings indicated that nurse administrators should develop training programs to enhance positive attitudes towards risk management in drug administration and ensure adequate resources for nursing practices to improve risk management competency in drug administration.

Keywords: risk management, drug administration, drug administration competency

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มาตรฐานความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ (patient and personal safety หรือ 2P safety) มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Cheevakasemsook, 2020) ซึ่งการปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยพยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารความเสี่ยง สมรรถนะ (competency) คือ คุณลักษณะที่อยู่ภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ความรู้ (knowledge) ทักษะ (skill)

และเจตคติ (attitude) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานได้ (McClelland, 1970) การบริหารความเสี่ยง (risk management) คือ กระบวนการที่นำไปสู่การตัดสินใจภายใต้สภาวะที่มีความเสี่ยงตามข้อมูลที่ได้รับกับภายใต้สภาวะความไม่แน่นอนของปัจจัยที่ควบคุมได้ (Office of the Public Sector Development Commission, Thailand, 2005)

สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา จึงหมายถึง การแสดงออกถึงการเป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่เกิดจากการใช้กระบวนการตัดสินใจในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงในการบริหารยา ซึ่งในปี ค.ศ. 2016 The Royal Pharmaceutical Society ได้กำหนดสมรรถนะของบุคลากรทางสุขภาพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำแนกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านให้คำปรึกษา และ 2) ด้านกำกับการใช้ยาตามการสั่งการใช้ยา (The Royal Pharmaceutical Society, 2016) และสภาการพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดนโยบายในการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ที่พบบ่อยเกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือมีความคลาดเคลื่อนจากการบริหารยา (administration error) ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันและควบคุมได้ ซึ่งจากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาทั่วโลก พบว่า ร้อยละ 50 เกิดจากการบริหารยาไม่ตรงเวลา รองลงมา ร้อยละ 23.1 เกิดจากการให้ยาผิดขนาด และร้อยละ 8.3 เกิดจากการให้ยาผิดคน ตามลำดับ (World Health Organization, 2016) ใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่พบในโรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่งทางภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งมีรายงานว่า ร้อยละ 48 เกิดจากการบริหารยาไม่ตรงเวลา รองลงมา ร้อยละ 16 เกิดจากการไม่ได้จัดยา และร้อยละ 4 เกิดจากการให้ยาผิดคน (Rodkhem et al., 2022)

ข้อมูลอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาข้างต้น แสดงให้เห็นว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาให้กับพยาบาลวิชาชีพ เพื่อลดหรือไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Tingle & Wilson, 1998) การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ความรู้ เจตคติ และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน 2) ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ การจัดอัตรากำลัง การสนับสนุนอุปกรณ์ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน 3) ปัจจัยด้านนโยบายการบริหารงาน ได้แก่ วิสัยทัศน์ขององค์กร (Shahrokhi, Ebrahimpour, & Ghodousi, 2013) โดยประสบการณ์ทำงาน เจตคติในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลมีความ สัมพันธ์กับสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dos Santos Alves da Silva, & de Brito Guirardello, 2017; Khampanya & Srijakkot, 2016; Phongkwan, 2017; Sangmanee, Watanasit, & Kaewvichit, 2018)

อย่างไรก็ตาม พบว่า การวิจัยดังกล่าวยังมีปริมาณน้อย และการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ และผลการศึกษายังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่จะบอกว่าปัจจัยใดที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาความสามารถในการทำนายของประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารทาง

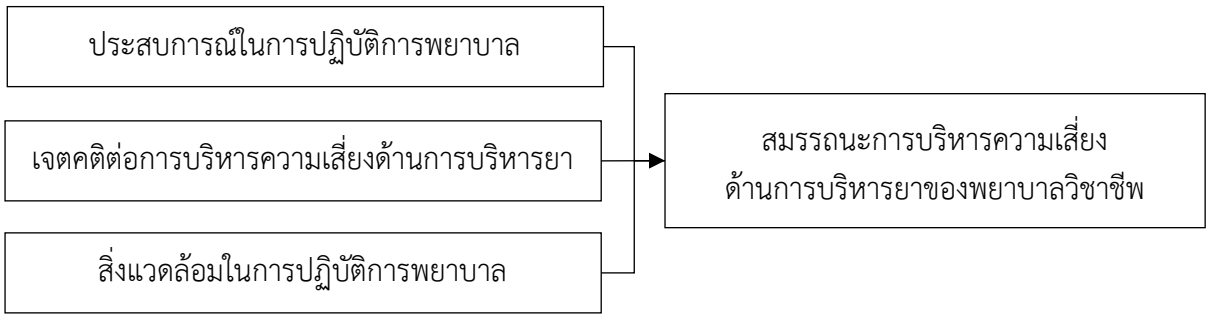
การพยาบาลนำไปพัฒนาสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาให้กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานหรือองค์กรของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ
2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในการวิจัยนี้ได้มาจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาและคัดสรรตัวแปรมาศึกษาดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนายแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional predictive research study)

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิในจังหวัดสระบุรี

ตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามจำนวนที่คำนวณได้จากโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 โดยกำหนดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (alpha) เท่ากับร้อยละ 5 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .90 ขนาดอิทธิพล (effect size) ในการทดสอบ f^2 ใช้ขนาดเล็ก (small) ที่ .10 Test family คือ *F*-test และ Statistical test คือ Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero ที่จำนวนตัวแปรอิสระในการทำนาย คือ 3 ตัวแปร ตามภาพ 1 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 146 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุงานในหอผู้ป่วยใน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และ 2) มีประสบการณ์ในการบริหารยาให้ผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเติมคำและเลือกตอบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ศาสนา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และจำนวนชั่วโมง การปฏิบัติงานต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากพรพรรณ คล้ายสุบรรณ (Klaisuban, 2012) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของกิบสันและคณะ แล้วมีการปรับเนื้อหาให้สอดคล้องกับบริบทของการศึกษานี้ โดย

มีลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 27 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 22 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับต่ำที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับต่ำ

2.50 - 3.49 หมายถึง มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับสูง

4.50 - 5.00 หมายถึง มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับสูงที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยใช้ของ Lake (2002) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อภิรดี นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (Nantsupawat, Nantsupawat, & Kunaviktikul, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 31 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขององค์การ 9 ข้อ 2) มาตรฐานในการดูแลรักษาทางการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ 10 ข้อ 3) หัวหน้าพยาบาลมีความสามารถและมีภาวะผู้นำ 5 ข้อ 4) ทรัพยากรมีเพียงพอในการปฏิบัติการพยาบาล 4 ข้อ และ 5) ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และพยาบาล จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่น่าพอใจ (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 2.5 จำนวน 0 - 1 ด้าน) ระดับผสมผสาน (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 2.5 จำนวน 2 - 3 ด้าน) และระดับพึงพอใจ (ค่าเฉลี่ยมากกว่า 2.5 จำนวน 4 - 5 ด้าน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของจันทนา แก้วฟู (Kaewfu, 2011) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Tingle and Wilson (1998) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การค้นหาความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 7 ข้อ 2) การวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 6 ข้อ 3) การจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 11 ข้อ และ 4) การประเมินผลการจัดการความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยา 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ โดย 1 หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 หมายถึง มากที่สุด แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

1.00 - 1.49 หมายถึง มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยที่สุด

1.50 - 2.49 หมายถึง มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาน้อย

2.50 - 3.49 หมายถึง มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยาปานกลาง

3.50 - 4.49 หมายถึง มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามาก

4.50 - 5.00 หมายถึง มีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านความคลาดเคลื่อนทางยามากที่สุด

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ประกอบด้วย แพทย์สาขาอายุรศาสตร์ แพทย์สาขาศัลยศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพแผนกอายุรกรรม พยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม และเภสัชกร อย่างละ 1 คนหลังจากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างวิจัย แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2, 3 และ 4 ได้เท่ากับ .96, .97 และ .97 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่ COA No. BCNPB002/2565 ลงวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้แจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และเชิญตัวอย่างวิจัยเข้าร่วมการวิจัยด้วย

ความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ในการออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับมีการเข้ารหัสในคอมพิวเตอร์ และจำกัดสิทธิ์ในการเข้าถึงข้อมูล ผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม โดยไม่แสดงข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังการวิจัยได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยใน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อประสานงานในการเก็บข้อมูล แล้วเข้าพบพยาบาลวิชาชีพเพื่อรับทราบข้อมูล ให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นเอกสารแสดงความยินดีเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยแจกลิงค์หรือ QR Code เพื่อทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 นาที แล้วผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าพิสัย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยใช้ Pearson’s product moment correlation coefficient เพื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Multicollinearity

3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณด้วยวิธีการแบบขั้นตอน (Stepwise method)

ผลการวิจัย

พยาบาลวิชาชีพกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.43 ปี (*SD* = 9.44) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.89) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 58.15) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 42.56 ชั่วโมง (*SD* = 6.35) มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 49.30) มีเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาอยู่ในระดับสูง (*M* = 4.32, *SD* =.52) มีความพึงพอใจต่อสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลทุกด้านอยู่ในระดับพึงพอใจ (*M* = 3.04, *SD* = .63) และมีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาระดับมาก (*M* = 4.16, *SD* = .65)

ผลการตรวจข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณ พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (*r* = .120 - .494) (ตาราง 1) นอกจากนี้ ยังมีค่า Durbin - Watson เท่ากับ 1.82 ซึ่งไม่เกิน 2 และค่า VIF (variance inflation factor) เท่ากับ 1.24 ซึ่งเข้าใกล้ 1 และน้อยกว่า 10 ดังนั้น แสดงว่า ข้อมูลในการวิจัยนี้สามารถนำไปวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณได้

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าตัวแปรทำนายกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กัน คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์มากที่สุด (*r* = .662) รองลงมา คือ สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล (*r* = .644) และน้อยที่สุด คือ ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (*r* = -.193) (ตาราง 1)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล และสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา (*n* = 146)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล	1			
2. เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา	.120	1		
3. สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล	-.224**	.494**	1	
4. สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา	-.193*	.662**	.644**	1

*$p < .05$, **$p < .01$

ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา พบว่า มีเพียงเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้ร้อยละ 54.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (R^2 = .549, p = .000) โดยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยามีความสามารถในการทำนายมากที่สุด (*Beta* = .424, p = .000) รองลงมา คือ สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล (*Beta* = .422, p = .000) โดยที่ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถเข้าร่วมการทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้ (ตาราง 2)

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ (*n* = 146)

ตัวแปร	*B*	*SE*	*Beta*	*t*	*p*	*95%CI*	
						Lower	*Upper*
Constant	.671	.322		2.082	.390	.039	1.308
ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล	-.149	.098	-.089	-1.514	.132	-.343	.046
เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา	.531	.081	.424	6.589	.000	.371	.690
สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล	.435	.068	.422	6.370	.000	.300	.570
R = .741, R^2 = .549, *Adjusted* R^2 = .540, F (9,136) = 57.768, p < .001, Dubin-Watson = 1.82							

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องจาก พยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ย 43.43 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีความรู้และประสบการณ์การบริหารความเสี่ยงในการบริหารยามาพอสมควร ด้วยมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 42.56 ชั่วโมง และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khemtong (2016) ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับยาในระดับสูง และมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาลเกินเวลาโดยเฉลี่ย 22.58 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของ

พยาบาลวิชาชีพได้ โดยทำนายได้ประมาณครึ่งหนึ่ง หรือ ร้อยละ 54.9 คือ เจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยามีผลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพมากกว่า สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติ การพยาบาลเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 42.4 กับ 42.2 ตามลำดับ) อาจเนื่องจากบุคคลที่มีเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยาจะมีแนวโน้มที่จะแสดงความสามารถในระดับที่สูงขึ้น เพราะมีความตระหนักถึงความสำคัญและมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดที่อาจจะเกิดขึ้น (Alandajani, Khalid, Ng, & Banakhar, 2022; Alsulami et al., 2019) นอกจากนั้น ยังมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรฐานในการบริหารยาที่กำหนดไว้ (Alandajani et al., 2022) นอกจากนี้ การมีเจตคติเชิงบวกยังช่วยให้บุคคลมีการปรับปรุงและพัฒนางานของตนเองอย่างต่อเนื่อง สามารถระบุประเด็นที่ควรพัฒนาและหากลยุทธ์เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ (Vaismoradi, Tella, Logan, Khakurel, & Vizcaya-Moreno, 2020) ดังนั้น เจตคติที่ดีในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยานำไปสู่การป้องกันผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์และปรับปรุงคุณภาพการบริการยาของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลมีอิทธิพลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพในลำดับรองลงมา เนื่องจากสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่สนับสนุน เอื้อต่อการพัฒนา และมีกระบวนการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐาน ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และการทำงานเป็นทีม มีการส่งเสริมพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง และนำเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและนำสมัยมาใช้ จะช่วยให้เกิดสมรรถนะของบุคลากรในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาเพิ่มสูงขึ้นได้ และเมื่อพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้รับบริการ และส่งเสริมการสื่อสารและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้สำหรับการบริหารยา จึงช่วยลดโอกาสการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ (Al-ghraiybah, Sim, Lago, 2021; Flynn, Liang, Dickson, Xi, & Suh, 2012; Labrague, 2022) นอกจากนี้ การที่องค์กรมีกระบวนการบริหารจัดการยาที่ได้มาตรฐานจะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยา ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความพร้อมในการระบุความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและดำเนินการได้มาตรฐานการป้องกันที่กำหนดไว้ รวมทั้ง การจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทางเภสัชวิทยา และกลยุทธ์การป้องกันการเกิดข้อผิดพลาด จะทำให้ลดความเสี่ยงเกี่ยวกับการบริหารยาผิดพลาดของพยาบาลวิชาชีพได้ (Lake, Riman, & Sloane, 2020)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ พบว่าประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลไม่สามารถทำนายหรือมีอิทธิพลต่อสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อย แต่ได้รับการเตรียมความพร้อมและการฝึกปฏิบัติการบริหารยาด้วยความปลอดภัยมาตั้งแต่เรียนการบริหารยาอย่างสมเหตุผลในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และหลังสำเร็จการศึกษายังอาจได้รับฝึกอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยามาโดยตลอด จึงทำให้ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสมรรถนะการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาของพยาบาลวิชาชีพ คือ ประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลมากอาจจะมีสมรรถนะในการบริหาร

ความเสี่ยงด้านการบริหารยาน้อย และประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลน้อยอาจจะมีสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยามากตามสภาพสถานการณ์การจัดการเรียนรู้ทางการศึกษาพยาบาลในปัจจุบันที่พัฒนามาจากอดีตค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพได้รับความรู้และการฝึกอบรมเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยามากขึ้น จึงทำให้แม้จะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลน้อย แต่ก็อาจมีสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาที่ดีมากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่ว ๆ ไป (Cheragi, Manoocheri, Mohammadnejad, & Ehsani, 2013; Khemtong, 2016)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงด้านการบริหารยาไม่ได้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาล แต่สิ่งสำคัญ คือ การที่พยาบาลวิชาชีพได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ความเสี่ยงด้านการบริหารยาอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างเจตคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยา โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เมื่อเกิดสิ่งเหล่านี้แล้ว องค์กรหรือหน่วยงานต้องมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ดีในการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยา พยาบาลวิชาชีพจึงจะมีสมรรถนะในการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยาที่ดี สามารถบริหารยาให้กับผู้รับบริการได้อย่างสมเหตุผล ปลอดภัย และเกิดเป็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี อันส่งผลต่อมีการระบบบริการสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงในการบริหารยาแก่พยาบาลวิชาชีพ และสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพสามารถจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเพียงแห่งเดียว การนำผลการวิจัยไปใช้จึงต้องพิจารณาถึงความแตกต่างทางบริบทของสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับที่ต่างกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

Alandajani, A., Khalid, B., Ng, Y. G., & Banakhar, M. (2022). Knowledge and attitudes regarding medication errors among nurses: A cross-sectional study in Major Jeddah Hospitals. *Nursing Reports, 12*(4), 1023-1039. https://doi.org/10.3390/nursrep12040098

Al-ghraiybah, T., Sim, J., & Lago, L. (2021). The relationship between the nursing practice environment and five nursing-sensitive patient outcomes in acute care hospitals: A systematic review. *Nursing Open, 8*(5), 2262-2271. https://doi.org/10.1002/nop2.828

Alsulami, S. L., Sardidi, H. O., Almuzaini, R. S., Alsaif, M. A., Almuzaini, H. S., Moukaddem, A. K., & Kharal, M. S. (2019). Knowledge, attitude and practice on medication error reporting among health practitioners in a tertiary care setting in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal, 40*(3), 246-251. https://doi.org/10.15537/smj.2019.3.23960

Cheevakasemsook, A. (2020). New clinical nursing supervision with 2P safety: Concept and application. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(2), 9-17.

Cheragi, M. A., Manoocheri, H., Mohammadnejad, E., & Ehsani, S. R. (2013). Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 18*(3), 228-231.

Dos Santos Alves, D. F., da Silva, D., & de Brito Guirardello, E. (2017). Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: A structural equation modelling analysis. *Journal of Nursing Management, 25*(1), 46-55. https://doi.org/10.1111/jonm.12427

Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., Xi, M., & Suh, D. C. (2012). Nurses' practice environments, error interception practices, and inpatient medication errors. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International*

Honor Society of Nursing, 44(2), 180-186. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01443.x

Kaewfu, J. (2011). *Factors affecting risk management of medication errors by professional nurses at regional hospitals in the Northern Region, Thailand* (Master of nursing science program, adult nursing). School of Nursing Sukhothai Thammathirat Open University.

Khampanya, N., & Srijakkot, J. (2016). Factors influencing the clinical nursing risk management of professional nurses in the delivery room at the community hospitals, District 7 , Ministry of Public Health. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(3), 154-163.

Khemtong, S. (2016). Factors related to the risk management of medication error of professional nurses in a hospital. *Chonburi Hospital Journal, 41*(2), 129-134.

Klaisuban, P. (2012). *Risk management behaviors/attitudes Toward risk management/communication skill* (Master of nursing science program, adult nursing). School of Nursing, Christian University of Thailand, Bangkok.

Labrague, L. J. (2022). Linking nurse practice environment, safety climate and job dimensions to missed nursing care. *International Nursing Review, 69*(3), 350-358. https://doi.org/10.1111/inr.12736

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health, 25*(3), 176-188. https://doi.org/10.1002/nur.10032

Lake, E. T., Riman, K. A., & Sloane, D. M. (2020). Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. *Journal of Nursing Management, 28*(8), 2157-2165. https://doi.org/10.1111/jonm.12970

McClelland, D. C. (1970). Test for competency rather than intelligence. *American Psychologists*, *17*, 57-83.

Nantsupawat, A., Nantsupawat, R., & Kunaviktikul, W. (2014). The relationship between nurses' practice environment and patient and nurse outcomes in community hospital, Thailand. *Nursing Journal, 41*(1), 37-49.

Office of the Public Sector Development Commission, Thailand. (2005). *Risk management*. Retrieved from https://www.opdc.go.th/content/NTY0

Phongkwan, S. (2017). The factors influencing the risk management of professional nurses at Phutthamonthon hospital in Nakhonpathom province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 33*(1), 130-140.

Rodkhem, J., Kaewsarn, P., & Siritarungsri, B. (2022). The effects of a program to develop competency in drug administration for registered nurses in acommunity hospital, Phrae province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 23*(2), 169-178.

Sangmanee, W., Watanasit, Y., & Kaewvichit, N. (2018). Knowledge, attitude and practice perceived by nurses toward incident reporting in Songklanagarind hospital. *Princess of Naradhiwas University Journal, 10*(3), 94-102.

Shahrokhi, A., Ebrahimpour, F., & Ghodousi, A. (2013). Factors effective on medication errors: A nursing view. *Journal of Research in Pharmacy Practice, 2*(1), 18-23. https://doi.org/10.4103/2279-042X.114084

The Royal Pharmaceutical society. (2016). *A competency framework for all prescribers*. Retrieved from https://www.rpharms.com/resources/frameworks/prescribing-competencyframework/competency-framework

Tingle, J., & Wilson, J. (1998). *Clinical risk modification: A route to clinical governance?* New York, NY: Elsevier Health Sciences.

Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, A., Khakurel, P., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(6), 20-28.

World Health Organization. (2016). *Medication without harm*. Retrieved from https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นต่อการไหลของน้ำนม ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

THE EFFECTS OF BREAST MASSAGE AND HOT MOIST COMPRESSION ON MILK FLOW AMONG CESAREAN SECTION MOTHERS

อรพินทร์ เตชรังสรรค์[1] อุษา วงศ์พินิจ[2,*]
Orapin Techarungsan Usa Wongphinit
[1]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี 20110
Registered nurse, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, Si Racha, Chonburi, 20110, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
Assistant Professor, Department of Maternal-Newborn Nursing and Midwifery,
Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Pathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
*Corresponding author E-mail: uas.w@stin.ac.th

Received: *July 19, 2024* Revised: *October 30, 2024* Accepted: *December 21, 2024*

บทคัดย่อ

การไหลของน้ำนมเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดและคะแนนการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง หลังจากการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ตัวอย่างเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่รับการรักษาที่หอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567 จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 21 ราย กลุ่มทดลองได้รับการนวดและประคบเต้านม 4 ครั้ง คือ ชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด จากนั้นประเมินคะแนนการไหลของน้ำนมหลังการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นเสร็จประมาณ 30 นาที ของการนวดและประคบเต้านมในแต่ละครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและประเมินคะแนนการไหลของน้ำนมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องและระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบ Independent

ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -8.05, p = .00) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 4.32, 6.69, 8.36, และ 9.15 ตามลำดับ; p = .00)

สรุปว่าการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ส่งผลให้ระยะเวลาน้ำนมเริ่มไหลเร็วขึ้นและมีการไหลของน้ำนมมากขึ้น และควรนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้

คำสำคัญ : การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, การนวดเต้านม, การประคบด้วยความร้อนชื้น, การไหลของน้ำนม, ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

Abstract

Milk flow is a significant concern for mothers after a cesarean section. This quasi-experimental study aimed to compare milk onset time and milk flow scores in mothers following cesarean section after receiving hot moist breast compression. The sample consisted of 42 postpartum cesarean section mothers receiving care at the Special Obstetrics Unit, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital in Chonburi Province, from March to June 2024. Participants were divided into an experimental group and a control group, with 21 participants in each group. The experimental group received four sessions of hot moist breast compression at 6, 12, 18, and 24 hours postpartum. Subsequently, milk flow scores were assessed approximately 30 minutes after each session. The control group received routine nursing care, with milk flow scores assessed at the same time points: 6, 12, 18, and 24 hours postpartum. Data were analyzed using independent *t*-tests to compare milk flow scores and milk onset time between the experimental and control groups.

The results revealed a significantly faster time to milk onset in the experimental group compared to the control group (t = -8.05, p = .00). Additionally, the experimental group had significantly higher milk flow scores at 6, 12, 18, and 24 hours postpartum compared to the control group (t = 4.32, 6.69, 8.36, and 9.15, respectively; p = .00).

In conclusion, hot moist breast compression accelerates milk onset and increases milk flow. It should be considered a care strategy to enhance milk flow in mothers after cesarean section.

Keywords: breastfeeding, breast massage, hot moist compression, milk flow, cesarean section

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่ทารกได้รับจากแม่หลังคลอด ประกอบด้วยสารอาหารครบถ้วนที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตและดีที่สุดสำหรับทารก ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันป้องกันทารกจากโรคต่าง ๆ อีกทั้ง ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของสมอง สายตา ระบบประสาท และระบบย่อยอาหาร ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง ส่งเสริมสุขภาพจิต ทำให้ทารกรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น และเป็นที่รัก (Binns et al., 2016; Nuampa et al., 2020) นอกจากนี้ นมแม่ยังช่วยให้มารดาลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งกระดูก รวมทั้งลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน นอกจากนี้ ยังช่วยให้มดลูกหดรัดตัวได้ดี ป้องกันการเกิดตกเลือดหลังคลอด และประหยัดค่าใช้จ่าย (Tharana, 2021)

องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือมากกว่านั้น (World Health Organization, 2014) ประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

แห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ว่าภายในปี พ.ศ. 2573 ควรมีร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อยร้อยละ 70 แต่จากผลสำรวจสถานการณ์ในปี พ.ศ. 2566 พบมีเด็กอายุต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 60.36 (Department of Health of Ministry of Public Health, 2023) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ ทั้งนี้ มีหลากหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวนาน 6 เดือน เช่น การรับรู้ความไม่เพียงพอของน้ำนม การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่ก่อนจำหน่าย ความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเอง และประสบการณ์ เป็นต้น (Potipatsa et al., 2022)

การไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวก่อนการจำหน่าย เกิดจากไม่ประสบความสำเร็จในการให้นมลูกตั้งแต่ระยะหลังคลอดจนถึงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบว่ามีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 39.6 ในขณะที่มารดาที่คลอดทางช่องคลอด เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีร้อยละ 45.8 (National Statistical Office of Thailand, 2023) อาจเนื่องจาก มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องต้องเผชิญกับอุปสรรคในการให้นมตามหลัก 3 ดูด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี (Treenuchakorn et al., 2022) ด้วยมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องยังมีอาการง่วงซึม ไม่ตื่นตัวจากการได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัด อ่อนเพลียจากการงดน้ำและอาหารก่อนและหลังผ่าตัด และการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว มีผลต่อการให้นมบุตร และไม่สามารถให้นมบุตรได้บ่อยทุก มารดากลุ่มนี้จึงให้ลูกเริ่มให้ดูดนมได้ช้ากว่ามารดาคลอดปกติ

ระยะแรกหลังคลอด นับเป็นช่วงเวลาที่สำคัญของกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 และ 3 (Lactogenesis II และ III) นอกจากนั้นยังมีอาการไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดที่ส่งผลต่อการทำงานของฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin (Hobbs et al., 2016; Lian et al., 2022) นอกจากนี้ ความปวดจากแผลผ่าตัดยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้เริ่มให้นมลูกได้ช้า ส่งผลให้น้ำนมไหลช้า สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอด มีร้อยละของเด็กที่กินนมแม่ครั้งแรกภายในชั่วโมงแรกหลังคลอด ร้อยละ 24.7 ซึ่งน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอดที่มีร้อยละ 32.7 (National Statistical Office of Thailand, 2023)

ตึกสูติกรรมพิเศษ 23A มีมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพียงร้อยละ 1 ที่มีน้ำนม 2 - 3 หยดหลังคลอด 3 ชั่วโมง โดยร้อยละ 30 เริ่มมีน้ำนม 2 – 3 หยด หลังคลอด 16 ชั่วโมง และร้อยละ 50 มีน้ำนมเต็มเต้าหลังคลอด 48 ชั่วโมง ปัญหาน้ำนมไหลช้าและน้ำนมไหลเต็มเต้าช้า อาจยาวนานถึง 72 ชั่วโมง โดยการมีน้ำนมเต็มเต้าช้าจะสร้างความวิตกกังวลให้มารดาและครอบครัว ส่งผลให้มีโอกาสยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวสูงและเริ่มให้นมผสมอย่างอื่นแทน (Chaikongkiat et al., 2020; Pasuwan, 2020) เพราะคิดว่ามารดามีปริมาณของน้ำนมไม่เพียงพอต่อความต้องการของทารก ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในช่วงแรกหลังคลอด เนื่องจากกระบวนการผลิตและการหลั่งน้ำนมแม่ ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้น้ำนมแม่หลั่งออกมาเพียงเล็กน้อย

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นการหลั่งน้ำนม พบว่ามีหลากหลายวิธี เช่น การใช้ยา การรับประทานสมุนไพร การกดจุด การนวดเต้านม และการประคบเต้านมด้วยความร้อน เป็นต้น ซึ่งวิธีที่สะดวก ทำได้ง่าย ประหยัดค่าใช้จ่าย และมีประสิทธิภาพในการสร้างและหลั่งน้ำนม คือ การนวดเต้านมร่วมกับการประคบเต้านมด้วยความร้อน ซึ่งจะทำให้มีการไหลเวียนเลือดมาที่เต้านมและเซลล์จะผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น (Phon-ngam

& Mankong, 2020) เพราะความร้อนจะทำให้อุณหภูมิบริเวณที่ประคบเพิ่มขึ้น หลอดเลือดบริเวณเต้านมที่ประคบมีการขยายตัว จึงเพิ่มการรับเลือดไหลเวียนมาที่เต้านม ในขณะที่การนวดเต้านมเป็นการกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและกระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม ทำให้ป้องกันการอุดตันของท่อน้ำนม นอกจากนี้ การนวดเต้านมทำให้เต้านมและลานนมนิ่ม เมื่อทารกอมหัวนมได้ถึงลานนมจะกระตุ้นให้มีการสร้างฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin เพิ่มขึ้น ร่างกายของมารดาจึงสร้างและหลั่งน้ำนมได้ดี จากการศึกษาของ Pinyapirom et al. (2023) พบว่า มารดาที่ได้รับการประคบเต้านมด้วยผ้าอุ่นชื้นมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Phon-ngam and Mankong (2020) พบว่าการนวดและประคบเต้านมด้วยเจลความร้อนชื้นทำให้มารดามีระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลเร็วกว่าการประคบเต้าเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม การนวดเต้านมร่วมกับการประคบเต้านมด้วยความร้อนมีหลายวิธี เช่น การประคบร้อนโดยใช้ถุงถั่วเขียว การประคบด้วยสมุนไพร การประคบร้อนด้วยเจลโพลิเมอร์ การประคบด้วยกระเป๋าน้ำร้อนหรือการประคบร้อนด้วยผ้าอุ่นชื้น ถึงแม้การประคบเต้านมด้วยความร้อนจะมีหลายวิธี แต่การประคบร้อนด้วยผ้าอุ่นชื้นเป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย อุปกรณ์หาได้ง่าย และราคาไม่แพง ผู้วิจัยจึงสนใจนำวิธีนี้มาศึกษา เพื่อศึกษารูปแบบในการกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องของตึกสูติกรรมพิเศษ 23A ซึ่งเดิมมีเพียงการกระตุ้นและสอนให้มารดานำบุตรเข้าเต้า เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมให้มารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น กับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น กับมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น มีระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดเร็วกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น มีคะแนนการไหลของน้ำนมมากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามหลัก PICO ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2011) มีรายละเอียด ดังนี้

P (Participants) คือ มารดาหลังคลอด มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องหญิงหลังคลอด และ Postpartum women

I (Intervention) คือ การนวดเต้านม การประคบเต้านม Breast massage และ Hot moist compression

C (Comparison) คือ สมุนไพรกระตุ้นน้ำนม ยากระตุ้นน้ำนม การกดจุด และ อาหารกระตุ้นน้ำนม

O (Outcome) คือ ปริมาณน้ำนม การไหลของน้ำนม คะแนนการไหลของน้ำนม ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด Milk flow และ Breastmilk volume

นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกลไกการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 (Lactogenesis II) ร่วมกับการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม ซึ่งการสร้างและการหลั่งน้ำนมระยะที่ 2 จะเกิดขึ้นทันทีในระยะรกคลอด เนื่องจากฮอร์โมน Estrogen และ Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ที่มีหน้าที่ในการสร้างและหลั่งน้ำนมทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น หากมารดาได้รับการดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากทารกจะทำให้มีการสร้างและการหลั่งของน้ำนมอย่างต่อเนื่อง เพราะมีการกระตุ้นปลายประสาทสัมผัสจากหัวนมแล้วส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมน Prolactin ทำให้เกิดการสร้างน้ำนม ซึ่งจะมีผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดครั้งแรก และทำให้น้ำนมมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ส่วนการดูดของทารกจะช่วยกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลังให้หลั่งฮอร์โมน Oxytocin ทำให้กล้ามเนื้อรอบ ๆ กระเปาะน้ำนมเกิดการบีบตัว จึงเกิดการหลั่งน้ำนมไหลออกมา (Neville & Morton, 2001) ซึ่งจะมีผลต่อลักษณะการไหลของน้ำนมว่าออกมามากหรือน้อย

การนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ที่เป็นการใช้นิ้วมือนวดบริเวณเต้านมและการใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำร้อนบิดหมาดและประคบบริเวณเต้านม จะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนเลือดไปยังบริเวณเต้านม ซึ่งการนวดสัมผัสเต้านมจะทำให้ต่อมน้ำนมปลายประสาทที่หัวนม และลานนมเกิดการกระตุ้น Myoepithelial cells ให้ส่งสัญญาณไปยังต่อมใต้สมองส่วนหน้าและส่วนหลังทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin จึงเกิดการสร้างและหลั่งน้ำนม อย่างไรก็ตาม ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรจะทำให้มารดาเกิดความไม่สุขสบายจากการปวดแผลและใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นที่นานกว่า ซึ่งอาจส่งผลต่อการนำบุตรเข้าเต้า ทำให้กลไกการสร้างและหลั่งน้ำนมไม่ได้ถูกกระตุ้นหรือถูกกระตุ้นช้ากว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการคลอดปกติ (Lian et al., 2022) แต่การนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นจะช่วยให้มีเกิดการกระตุ้นกระบวนการ Lactogenesis II ได้มากกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการช่วยเหลือนำบุตรเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเพียงอย่างเดียว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นที่จะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีการไหลของน้ำนมได้ดีขึ้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง (two groups posttest only design)

ประชากร คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 23A โรงพยาบาลสมเด็จพระบรม

ราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2567

ตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 ที่ Test family เป็น *t*-test, Statistical test คือ Mean: Difference between independent mean (two groups) กำหนดอำนาจการทดสอบ .80 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และขนาดอิทธิพลคำนวณมาจากการศึกษาของ Masae et al. (2019) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการนวดเต้านมด้วยตนเองต่อการไหลของน้ำนมในมารดาครรภ์แรก ได้เท่ากับ .80 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 42 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 21 ราย และผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นมารดาที่คลอดทารกอายุครรภ์ครบกำหนด 2) ตั้งครรภ์เดี่ยว 3) ลักษณะเต้านมและหัวนมปกติ คือ ความยาวของหัวนม .7 - 2 เซนติเมตร และมีการยื่นของหัวนมออกมาชัดเจนเมื่อทดสอบด้วยวิธีวอลเลอร์ (Waller's test) 4) หัวนมไม่แตก 5) ไม่มีน้ำนมไหลก่อนการศึกษา 6) ไม่มีภาวะโรคที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมที่ล่าช้า เช่น โรคซึมเศร้า Sheehan's syndrome เป็นต้น 7) ไม่มีโรคที่เป็นข้อห้ามในการบำบัดด้วยความร้อน 8) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 9) มารดาไม่แยกจากทารก 10) ทารกแรกคลอดมีสุขภาพแข็งแรง Apgar score นาทีที่ 1 และ 5 ≥ 8 คะแนน นอกจากนี้ ยังมีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่เป็นอุปสรรคต่อการดูดกลืน และ 11) มารดาไม่มีข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น ติดเชื้อเอชไอวี มีประวัติใช้สารเสพติด เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังเข้าร่วมการวิจัย เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด ความดันโลหิตสูงหลังคลอด ติดเชื้อในโพรงมดลูก ติดเชื้อที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เป็นต้น 2) มีภาวะเต้านมอักเสบระหว่างการศึกษา 3) ได้รับยากระตุ้นการหลั่งน้ำนม และ 4) ทารกมีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูดนมแม่ได้ เช่น มีปัญหาการดูดกลืน มีความพิการ/ภาวะผิดปกติ/ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของ Mata et al. (2023) Chanetiyoung (2021) Phon-ngam and Mankong (2021) ประกอบด้วย การนวดเต้านม 4 ท่า และการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเป็นรายบุคคล จำนวนทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด ใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที โดยทำการนวดและประคบเต้านมทีละข้าง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น โดยใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กชุบน้ำร้อนที่อุณหภูมิ 40 - 45 องศาเซลเซียส โดยวัดอุณหภูมิด้วยเทอร์โมมิเตอร์อันเดียวกันตลอดการศึกษา บิดผ้าขนหนูผืนเล็กให้หมาดแล้วประคบบริเวณเต้านม เว้นบริเวณหัวนมไว้ ใช้เวลาประคบนานข้างละ 5 นาที

2) นวดเต้านม 4 ท่า ท่าละ 3 นาที โดยนวดวนให้รอบเต้านม ประกอบด้วย

ท่าที่ 1 ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางบนเต้านม แล้วค่อย ๆ นวดวนเป็นก้นหอย เริ่มจากบริเวณฐานนมเข้าหาลานนม

ท่าที่ 2 ใช้ปลายนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง ลูบเต้านมจากฐานนมขึ้นมาสู่บริเวณลานนม

ท่าที่ 3 ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง และนิ้วก้อย ทั้ง 4 นิ้วบีบชิดกัน กางนิ้วโป้งแยกออก เหมือนเป็นรูปก้ามปู จากนั้นวางมือตรงฐานนม และค่อย ๆ นวดรีดไล่ขึ้นมาที่หัวนม

ท่าที่ 4 ใช้นิ้วโป้ง นิ้วชี้ และนิ้วกลาง นวดคลึงเบา ๆ บริเวณลานนม



ท่าที่ 1



ท่าที่ 2



ท่าที่ 3



ท่าที่ 4

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวนครั้งของการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด ประเภทของการผ่าตัด ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับขณะทำผ่าตัด ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด คะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 6 ชั่วโมงหลังคลอด Apgar score ของทารกแรกคลอด น้ำหนักของทารกแรกคลอด ระยะเวลาที่เริ่มนำลูกเข้าเต้าดูดนม และระยะเวลาเริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัด

2.2 แบบบันทึกการไหลของน้ำนม

ตอนที่ 1 แบบประเมินการไหลของน้ำนม ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบเติมคำในตาราง ประกอบไปด้วย ครั้งที่ประเมิน การประเมินชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด เวลาที่ประเมิน และคะแนนการไหลของน้ำนม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการใช้ปลายนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้วางตรงข้ามกันและห่างจากหัวนม 1 นิ้ว จากนั้นกดนิ้วทั้งสองเข้าหาผนังหน้าอกและบีบเข้าหากันเป็นจังหวะลึกเข้าไปด้านหลังของลานนม โดยสามารถแบ่งคะแนนการไหลของน้ำนม ดังนี้ (Trainapakul et al., 2010)

คะแนน 0 น้ำนมไม่ไหล หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วไม่มีน้ำนมไหลออกมา

คะแนน 1 น้ำนมไหลน้อย หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมา แต่ไม่เป็นหยด

คะแนน 2 น้ำนมเริ่มไหล หมายถึง เมื่อบีบนมแล้ว มีน้ำใส ๆ ไหลออกมา 1 - 2 หยด

คะแนน 3 น้ำนมไหลแล้ว หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำใส ๆ หรือสีเหลืองไหลออกมามากกว่า 2 หยด แต่น้ำนมไม่พุ่ง

คะแนน 4 น้ำนมไหลดี หมายถึง เมื่อบีบนมแล้วมีน้ำนมไหลพุ่ง

ตอนที่ 2 แบบบันทึกระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนม ได้แก่ เวลาที่คลอด เวลาที่น้ำนมเริ่มไหลครั้งแรก และระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรง ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ขั้นตอนและวิธีการนวดเต้านม 4 ท่า การประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น พร้อมวีดิทัศน์เรื่อง “การนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น” ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สูติแพทย์ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นผู้วิจัยทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ทางหน้าท้องที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ก่อนนำไปใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางสูติศาสตร์ และแบบบันทึกการไหลของน้ำนม ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แล้วนำไปแบบบันทึกการไหลของน้ำนมไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธี Inter-rater reliability โดยมีผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ 23A โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 1 คน เป็นผู้สังเกตและบันทึกการไหลของน้ำนมในกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพร้อมกัน ในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยได้ค่า Intraclass correlation coefficient (ICC) เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติและรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา (IRB No.055/2566) ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยมีการชี้แจงให้ตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างเพียงพอสำหรับตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย นอกจากนี้ ตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถออกจากการวิจัยได้โดยอิสระ ไม่ต้องมีการอธิบายเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงได้รับอยู่เดิม นอกจากนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน การนำเสนอผลการวิจัยใช้เป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึงหัวหน้าโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล พร้อมทั้งเข้าพบเพื่ออธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย

2. ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย แล้วจึงให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แล้วใช้ข้อมูลจำนวนครั้งของการคลอดมาจัดกลุ่ม โดยให้มีจำนวนของมารดาที่คลอดครั้งแรกและมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ในจำนวนเท่า ๆ กัน (matched-pair method) หลังจากนั้นดำเนินการในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ เพื่อป้องกันผลกระทบหรือความลำเอียงจากการทดลองที่อาจส่งผลต่อกลุ่มควบคุม

4. กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การแนะนำให้นำทารกเข้าเต้าดูดนมทุก 2 - 3 ชั่วโมง และช่วยเหลือในการนำบุตรเข้าเต้าในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จากนั้นเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกการไหลของน้ำนมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด

5. ดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และทำการเก็บข้อมูลลงแบบบันทึกการไหลของน้ำนมภายหลังการนวดและประคบเต้านมในแต่ละครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ Fisher exact probability test, Chi-square test และ *t*-test แบบ Independent

3. เปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลและคะแนนการไหลของน้ำนมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ *t*-test แบบ Independent ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ *t*-test ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว พบว่า ไม่มีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้น และสามารถใช้ *t*-test ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 25 - 40 ปี (*M* = 31.67, *SD* = 3.77) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 23 - 41 ปี (*M* = 32.10, *SD* = 4.81) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และเกือบทั้งหมดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง กลุ่มทดลองเกือบครึ่งมีรายได้ของครอบครัว 20,001 - 30,000 บาท ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 40,000 บาท แต่ในภาพรวมของทั้ง 2 กลุ่มพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 42)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		statistics	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	*Min* = 25, *Max* = 40, *M* = 31.67, *SD* = 3.77		Min = 23, *Max* = 41, *M* = 32.10, *SD* = 4.81			
21 - 29 ปี	6	28.60	7	33.30	-.32[1]	.75
≥ 30 ปี	15	71.40	14	66.70		
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	1	4.80	1	4.80	4.06[2]	.586
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	14.30	0	0		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	19.00	4	19.00		
อนุปริญญาตรี/ ปวส.	3	14.30	5	23.80		
ปริญญาตรี	8	38.10	10	47.60		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	9.50	1	4.80		
สถานภาพสมรส						
โสด (รวมที่อยู่ร่วมกันกับสามี)	1	4.80	0	0	1.02[2]	1.00
คู่	2	95.20	21	100.00		
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	4.80	0	0	2.53[2]	.827
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	14	66.60	16	76.20		

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		statistics	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ค้าขาย	1	4.80	0	0		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	14.30	2	9.50		
ธุรกิจส่วนตัว	2	9.50	3	14.30		
รายได้ของครอบครัว (บาท)						
20,001 - 30,000	10	47.60	5	23.80	2.90[2]	.426
30,001 - 40,000	3	14.30	4	19.00		
40,001 - 50,000	3	14.30	6	28.60		
> 50,000	5	23.80	6	28.60		

[1]Independent *t*-test, [2]Fisher's Exact test

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์การคลอดบุตร ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครั้งนี้โดยมีการวางแผนไว้ก่อน (elective cesarean section) และได้รับการระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Spinal block) ขณะผ่าตัด สูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเฉลี่ย 428.57 และ 483.33 มิลลิลิตร ตามลำดับ น้ำหนักของทารกแรกคลอดเฉลี่ย 3,163.33 และ 3,147.86 กรัม ตามลำดับ ระยะเวลาที่กลุ่มทดลองเริ่มเอาทารกเข้าเต้าดูดนมหลังคลอดโดยเฉลี่ย 8.93 ชั่วโมง และกลุ่มควบคุม 9.47 ชั่วโมง ดังนั้น ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 42)

ข้อมูลทางสูติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		Fisher's Exact	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการคลอด						
ครั้งแรก	8	38.00	9	42.90	1.49	1.00
2 ครั้งขึ้นไป	13	62.00	12	57.10		
ประเภทของผ่าตัดคลอด						
แบบมีการวางแผน	15	71.40	13	62.00	.43	.513
แบบฉุกเฉิน	6	28.60	8	38.00		
ชนิดของการระงับความรู้สึกที่ได้รับ						
General anesthesia	5	23.80	5	23.80	3.29	.33
Spinal block	16	76.20	16	76.20		

ตาราง 3 ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 42) (ต่อ)

ข้อมูลทางสูติศาสตร์	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ปริมาณเลือดที่สูญเสียขณะผ่าตัด (มิลลิลิตร)	428.57	100.71	483.33	139.04	-1.46	.152
คะแนนความเจ็บปวดแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง 6 ชั่วโมงหลังคลอด	2.33	1.77	2.57	1.89	-.42	.675
Apgar score ของทารกแรกคลอด นาทีที่ 1	8.38	.50	8.38	.59	.00	1.00
Apgar score ของทารกแรกคลอด นาทีที่ 5	9.00	.00	8.95	.22	.00	.329
น้ำหนักของทารกแรกคลอด (กรัม)	3,163.33	444.89	3,147.86	355.39	.13	.902
ระยะเวลาที่เริ่มเอาทารกเข้าเต้าดูดนมหลังคลอด (ชั่วโมง)	8.93	5.10	9.47	4.39	-.37	.714
ระยะเวลาที่เริ่มดื่มน้ำหลังผ่าตัดคลอดบุตร (ชั่วโมง)	17.64	6.15	15.00	6.62	1.34	.188

3. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -8.05, p = .00) ดังตาราง 3

4. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนมที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 4.32, 6.69, 8.36 และ 9.15 ตามลำดับ; p = .00) โดยในชั่วโมงที่ 6 หลังคลอด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 คิดเป็นร้อยละ 42.90 และ 100.00 ตามลำดับ แต่เมื่อชั่วโมงที่ 12 หลังคลอดพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 52.40 ในขณะที่กลุ่มควบคุมทั้งหมดมีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 ต่อมาเมื่อชั่วโมงที่ 18 หลังคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 47.60 ในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับ 0 - 1 และเมื่อชั่วโมงที่ 24 หลังคลอด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 - 3 คิดเป็นร้อยละ 90.50 ส่วนกลุ่มควบคุม ร้อยละ 62.00 คะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 0 รายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 3 เปรียบเทียบระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 42)

ระยะเวลา (ชั่วโมง)	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*		
ระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอด	17.88	7.48	48.57	15.80	-8.05	.00

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนการไหลของน้ำนมจำแนกตามชั่วโมงหลังคลอดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (*N* = 42)

คะแนนการไหลของน้ำนม	กลุ่มทดลอง (*n* = 21)		กลุ่มควบคุม (*n* = 21)		*t*	*p*
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชั่วโมงที่ 6	*M* = .86, *SD* = .91		*M* = 0, *SD* = 0		4.32	.00
ระดับ 0	9	42.90	21	100.00		
ระดับ 1	7	33.40	0	0		
ระดับ 2	4	19.00	0	0		
ระดับ 3	1	4.70	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		
ชั่วโมงที่ 12	*M* = 1.33, *SD* = .91		*M* = 0, *SD* = 0		6.69	.00
ระดับ 0	3	14.30	21	100.00		
ระดับ 1	11	52.40	0	0		
ระดับ 2	4	19.00	0	0		
ระดับ 3	3	14.30	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		
ชั่วโมงที่ 18	*M* = 1.86, *SD* = .73		*M* = .29, *SD* = .46		8.36	.00
ระดับ 0	0	0	15	71.50		
ระดับ 1	7	33.40	6	28.50		
ระดับ 2	10	47.60	0	0		
ระดับ 3	4	19.00	0	0		
ระดับ 4	0	0.00	0	0		
ชั่วโมงที่ 24	*M* = 2.38, *SD* = .67		*M* = .48, *SD* = .68		9.15	.00
ระดับ 0	0	0	13	62.00		
ระดับ 1	2	9.50	6	28.50		
ระดับ 2	9	42.90	2	9.50		
ระดับ 3	10	47.60	0	0		
ระดับ 4	0	0	0	0		

การอภิปรายผลการวิจัย

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นมีระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมักเผชิญกับความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า และการพักฟื้นที่นานกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด ซึ่งส่งผลกระทบต่อกระบวนการ Lactogenesis II และ III จึงทำให้การสร้างและหลั่งน้ำนมทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ (Ulfa et al., 2023) และส่งผลต่อระยะเวลาเริ่มไหลของน้ำนม ดังนั้น หากมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้รับการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นตั้งแต่ชั่วโมงที่ 6 หลังคลอด จะช่วยให้มีการสร้างและหลั่งน้ำนมเร็วขึ้น เนื่องจากการนวดเต้านมช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและความร้อนชื้นที่ส่งผ่านความร้อนลงสู่เนื้อเยื่อได้เร็ว ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ถูกดูดซึมได้ดีขึ้น การสร้างน้ำนมจึงเพิ่มมากขึ้น และน้ำนมถูกบีบออกจากท่อน้ำนมได้เร็วขึ้น (Treenuchakorn et al., 2022) นอกจากนี้ การประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นยังช่วยให้กล้ามเนื้อมีการเกร็งและความเครียดลดลง ส่งผลต่อการทำงานของ Hypothalamic-pituitary-adrenal axis ทำให้ฮอร์โมน Prolactin และ Oxytocin ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้กระบวนการ Lactogenesis II ซึ่งจะเกิดขึ้นในช่วงหลังคลอดระยะแรกทำงานได้ดีขึ้น (Brunton & Walker, 2024)

การประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นอุณหภูมิระหว่าง 40 - 45 องศาเซลเซียส เป็นอุณหภูมิที่ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ประคบมีอุณหภูมิสูงขึ้น 37.5 - 40 องศาเซลเซียส จึงช่วยในการซึมผ่านของ Prolactin ไปยังเซลล์สร้างน้ำนม (Phon-ngam & Mankong, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinyapirom et al. (2023) ที่ศึกษาการใช้ผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมต่อระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนม พบว่ามารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับผ้าอุ่นกระตุ้นน้ำนมซึ่งมีอุณหภูมิเฉลี่ย 43 - 45 องศาเซลเซียส ประคบนาน 10 นาที มีระยะเวลาการเริ่มไหลของน้ำนมเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการนวดและการประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น มีคะแนนการไหลของน้ำนมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 ชั่วโมงหลังคลอด มากกว่ามารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากในระยะหลังคลอด มารดาจะมีความเครียดของกล้ามเนื้อ เกิดการหดเกร็งของท่อน้ำนม ส่งผลต่อการหลั่งของน้ำนม ซึ่งการนวดเต้านมบริเวณฐานและลานนม จะกระตุ้นเซลล์กล้ามเนื้อของท่อน้ำนม ทำให้เกิดการหดตัวและบีบตัว ช่วยไล่น้ำนมออกจากท่อ ไปรวมกันที่ท่อน้ำนมเพื่อออกสู่ท่อที่ปลายหัวนม นอกจากนี้ การประคบด้วยความร้อนชื้นช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เลือดไปเลี้ยงต่อมน้ำนมมากขึ้น จึงมีการผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้น

การนวดเต้านมอย่างสม่ำเสมอและการแนะนำให้นำบุตรเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง จะช่วยส่งเสริมกระบวนการ Lactogenesis III (Pados & Camp, 2024) ซึ่งเป็นการคงสภาพระดับการสร้างและการหลั่งน้ำนมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การนวดเต้านมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 24 หลังคลอด ร่วมกับได้รับได้รับการช่วยเหลือในการนำทารกเข้าเต้าทุก 2 - 3 ชั่วโมง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จะทำให้การไหลของน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่คะแนนการไหลของน้ำนมอยู่ในระดับ 2 และ 3 ในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูดกระตุ้นจากทารกเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่มีคะแนนการไหลของน้ำนมอยู่เพียงระดับ 0 และ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Phon-ngam and Mankong (2020) ที่ศึกษาผลการนวดและการประคบด้วยเจลความร้อนชื้นอุณหภูมิเฉลี่ย 41 - 45 องศาเซลเซียส ร่วมกับการกระตุ้นหัวนม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำนมเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Chanetiyoung (2021) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการนวดและประคบเต้านมมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการไหลของน้ำนมในชั่วโมงที่ 6, 12, 18 และ 30 ชั่วโมงหลังคลอดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล ในหน่วยงานมารดาหลังคลอด สามารถนำการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้นไปทดลองใช้เป็นแนวปฏิบัติการส่งเสริมการไหลของน้ำนมในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

2. ด้านการวิจัย การศึกษาครั้งต่อไปควรติดตามผลของการไหลของน้ำนมเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และศึกษาความถี่ด้านจำนวนครั้งในการนวดและประคบเต้านมที่ส่งผลต่อระยะเวลาที่น้ำนมเริ่มไหลหลังคลอดครั้งแรกในมารดาผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

3. ด้านการศึกษา ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้ความรู้เกี่ยวกับการนวดและประคบเต้านมด้วยความร้อนชื้น ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติแก่นักศึกษาพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง

เอกสารอ้างอิง

Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health, 28*(1), 7-14. https://doi.org/10.1177/1010539515624964

Brunton, P. J., & Walker, C. D. (2024). Regulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in pregnancy and lactation. In P. J. Brunton & D. R. Grattan (Eds.), *Neuroendocrine Regulation of Mammalian Pregnancy and Lactation* (pp. 93-131). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-51138-7_4

Chaikongkiat, P., Bunlap, P., & Harnnarong, A. (2020). Factors related to breastfeeding self-efficacy of mothers after cesarean section. *Journal of Nursing and Health Research, 21*(1), 16–28.

Chanetiyoung, A. (2021). The effects of breast massage and hot compress on stimulating of milk flow in postpartum mothers at Phusing hospital, Srisaket province. *Journal of Traditional Thai Medical Research, 4*(1), 41–52.

Department of Health of Ministry of Public Health. (2023). *Cesarean section rate*. Retrieved from https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/cesareansection/index?year=2023

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth, 16*, 90-98. https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1

Lian, W., Ding, J., Xiong, T., Liuding, J., & Nie, L. (2022). Determinants of delayed onset of lactogenesis II among women who delivered via cesarean section at a tertiary hospital in China: A prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal, 17*(1), 81. https://doi.org/10.1186/s13006-022-00523-3

Mata, S., & Thammaporn, C. (2023). Effect of massage and herbal compress to stimulate the flow of milk in postpartum mothers at Nangrong hospital, Nang Rong district, Buriram province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences, 6*(1), 59-71.

Masae, M., Kala, S., & Chatchawet, W. (2019). Effect of self-breast massage program on milk ejection of first-time mothers. *Princess of Naradhiwas University Journal, 11*(3), 1-14.

National Statistical Office of Thailand. (2023). *Thailand multiple indicator cluster survey 2022, survey findings report.* Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/reports/thailand-multiple-indicator-cluster-survey-2022

Neville, M. C., & Morton, J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *The Journal of Nutrition, 131*(11), 3005S-3008S. https://doi.org/10.1093/jn/131.11.3005S

Nuampa, S., Tangsuksan, P., Jitima, V., & Nguycharoen, G. (2020). Breast massage for breastfeeding promotion and problem solving: Evidence-based nursing practice. *Nursing Science Journal of Thailand, 38*(3), 4-21.

Pados, B. F., & Camp, L. (2024). Physiology of human lactation and strategies to support milk supply for breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, *28*(3), 177-186. https://doi.org/10.1016/j.nwh.2024.01.007

Pasuwan, D. (2020). Success of exclusive breastfeeding for at least the first 6 months: A case study of Nakhon Pathom province. *Kuakarun Journal of Nursing, 27*(1), 71-84.

Phon-ngam, K., & Mankong, R. (2021). The effects of hot moist gel pack breast compression combined with nipple stimulation on the onset of milk ejection and milk flow among cesarean section mothers with sick babies. *Thai Red Cross Nursing Journal, 14*(1), 156-169.

Pinyapirom, P., Sinsuksai, N., & Phahuwatanakorn, W. (2023). The effect of breast compression with warm moist cloth on the first milk secretion among primiparous mothers with cesarean section. *Nursing Science Journal of Thailand, 41*(2), 93–104.

Potipatsa, G., Tipmom, W., & Sungkasrisombut, K. (2022). Factors affecting exclusive breastfeeding in newborns: A systematic review. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 25*(3), 154-167.

Tharana, N. (2021). Promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section. *Nursing Journal, 48*(4), 234-335.

The Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2011 edition.* Retrieved from https://www.yumpu.com/en/document/view/15688429/jbi-reviewers-manual-the-joanna-briggs-institute

Treenuchakorn, M., Denchai, R., Kayaphard, B., Pongkeaw, S., & Anan, K. (2022). Effectiveness of breast massage on milk ejection of postpartum mothers. *Journal of Health Science, 31*(2), 269-279.

Trainapakul, C., Chaiyawattana, M., Kanavitoon, W., Tiumtaogerd, R., Naka, S., Mitrniyodom, W., & Panlap, S. (2010). Effect of milk ejection performance of postpartum mothers after breasts massage and compression with mini hot bag and herbal compress. *Journal of Nursing and Education, 3*(3), 75-91.

Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon, 9*(6), e16235. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023. e16235

World Health Organization. (2014). *Infant and young child nutrition*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ กลยุทธ์การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์

RELATIONSHIPS BETWEEN PERCEIVED PRENATAL STRESS, COPING STRATEGIES, AND PREGNANCY OUTCOMES

ณัฏฐนันท์พร สงวนกลิ่น[1]*
Natthananporn Sanguanklin
สุดาพร กมลวารินทร์[1]
Sudaporn Kamolwarin
ณัฐพัชร์ บัวบุญ[1]
Natthapat Buaboon
หทัยชนก พูลเลิศ[1]
Hathaichanok Poonlert
มยุรี นิรัตธราดร[1]
Mayuree Nirattharadorn
ลาวัลย์ ใบมณฑา[1]
Lawan Baimonta

[1]กลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี 12120
Department of Family Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, 12120, Thailand
*Corresponding author Email: snattha@nurse.tu.ac.th

Received: *July 4, 2024* Revised: *August 14, 2024* Accepted: *December 21, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ 128 ราย ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรืออาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับคนในครอบครัวที่ติดเชื้อ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานีและสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ความเครียด (T-PSS 10) 3) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE) และ 4) แบบบันทึกผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5) มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 95.3 ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.37 ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดอยู่ระดับปานกลาง (M = 16.92, SD = 5.31) การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ (r = -.23, p < .01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม (r = .35, p < .01) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา (r = .01, p > .05) สำหรับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ พบว่า สตรีตั้งครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.12 และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 5.46

Apgar score นาทีที่ 5 ของทารกแรกเกิดทุกคนเท่ากับ 10 คะแนน การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด (r = .06 และ .07 ตามลำดับ, p > .05)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแต่ละวิธีในทิศทางที่ต่างกัน การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ : การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์, กลยุทธ์การเผชิญปัญหา, ผลลัพธ์การตั้งครรภ์

Abstract

The purposes of this descriptive correlational study were to: 1) assess the level of perceived prenatal stress among pregnant women; and 2) examine the relationships between perceived prenatal stress, coping strategies and pregnancy outcomes (gestational age, birth weight, and Apgar score at 5 minutes). The participants in this study were 128 pregnant women who had either been infected the Coronavirus 2019 or lived with an infected family member. They were recruited from antenatal care clinics at the public hospitals in Pathum Thani and Samut Prakan provinces. The research instruments consisted of 1) a personal information questionnaire; 2) the Thai version of the Perceived Stress Scale (T-PSS 10); 3) the Thai version of Brief COPE; and 4) a pregnancy outcomes data record form. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .78 and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation.

The results showed that 95.3% of pregnant women had been infected the Coronavirus 2019 and 59.73% encountered financial difficulties during the pandemic. The mean perceived prenatal stress score was at a moderate level (M = 16.92, SD = 5.31). Perceived prenatal stress was significantly negatively correlated with emotion-focused coping strategies (r = -.23, p < .01) and significantly positively correlated with dysfunctional coping strategies (r = .35, p < .01). However, perceived prenatal stress was not significantly correlated with problem-focused coping strategies (r = .01, p > .05). Regarding pregnancy outcomes, the rates of preterm birth and low birth weight were 3.12% and 5.46%, respectively. All newborns had an Apgar score of 10 at 5 minutes. Perceived prenatal stress was not significantly correlated with gestational age at birth or infant birth weight (r = .06 and .07, respectively; p > .05).

The findings suggested that perceived prenatal stress is correlated with each coping strategy in varying directions, with emotion-focused coping strategy being effective in reducing perceived prenatal stress among pregnant women in this study.

Keywords: perceived prenatal stress, coping strategies, pregnancy outcomes

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตั้งครรภ์เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียด ในสถานการณ์ปกติสตรีตั้งครรภ์มีความเครียดร้อยละ 10-20 (Iyengar, Jaiprakash, Haitsuka, & Kim, 2021) อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน

ช่วงแรกของการแพร่ระบาด เพราะมีการจำกัดกิจกรรมทางสังคม ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของตนเองและทารก การศึกษาจากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่าอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของสตรีตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น ประเทศอิตาลีในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลประมาณร้อยละ 30 และร้อยละ 4.8 มีภาวะซึมเศร้า (Colli et al., 2021) เช่นเดียวกันกับสตรีตั้งครรภ์ชาวแคนนาเดียนร้อยละ 10.9 มีอาการแสดงทางคลินิกของภาวะวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 6 (Berthelot, Lemieux, Garon-Bissonnette, Drouin-Maziade, Martel, & Maziade, 2020) นอกจากนี้ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ชาวตุรกี ร้อยละ 97.9 มีความวิตกกังวลในระดับสูง ร้อยละ 52.3 มีความเครียดในระดับมากที่สุด และร้อยละ 43.4 มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง (Bakır, Irmak Vural, & Demir, 2021)

การรับรู้ความเครียด เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเครียดในสตรีตั้งครรภ์อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ โดยการเผชิญกับความเครียดในระดับสูงมีผลต่อการทำหน้าที่ในการสังเคราะห์สเตียรอยด์ฮอร์โมนของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยความเครียดจะกระตุ้นการตอบสนองของนิวโรเอ็นโดครีน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของไฮโปทาลามัส-พิทูอิทารี-อะดรีนัล (hypothalamic-pituitary-adrenal: HPA) ทำให้เพิ่มการผลิตฮอร์โมนคอร์ติโคโทรปิน รีลิสซิงฮอร์โมนและอินเฟลมมาโทรี ไซโตไคน์ (Coussons-Read, 2013) ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (Hobel, Goldstein, & Barrett, 2008) นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ โดยประเมินจากคะแนน Apgar score ซึ่งเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงสุขภาพของทารก โดยภายหลังคลอด Apgar score นาทีที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน ทารกจะมีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองพิการ (cerebral palsy) เพิ่มขึ้น 20 - 100 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับทารกแรกเกิดที่มี Apgar score 7 - 10 คะแนน (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015)

ยิ่งไปกว่านั้น การเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลานาน เป็นสาเหตุของความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีหลักฐานยืนยันว่า ความเครียดสะสมเรื้อรังที่เกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี (Hobel et al., 2008) สำหรับประเทศไทย ผลการสำรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสตรีระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอดและทารกแรกเกิด ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 - สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบว่า สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,801 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ มีสตรีตั้งครรภ์เสียชีวิต 31 ราย ทารกแรกเกิดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 110 ราย และเสียชีวิต 20 ราย (Department of Disease Control of Ministry of Public Health, 2024) ส่วนผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การแท้ง การตายของทารกในครรภ์ ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด การคลอดก่อนกำหนด ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกน้ำหนักตัวน้อย และทารกต้องเข้ารับการรักษาตัวในหน่วยอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤติ (Hollier, 2022; Rodrigues, Baía, Domingues, & Barros, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของดิแมสสิโอและคณะ พบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ร้อยละ 41.1 (14 ใน 32 การศึกษา) Apgar score นาทีที่ 5 น้อยกว่า 7 คะแนน ร้อยละ 4.5 (1 ใน 41 การศึกษา) (Di Mascio et al., 2020)

ผลกระทบของความเครียดต่อผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ มีความใกล้เคียงกันกับผลกระทบของ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไปได้ว่า ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นผลมาจากความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเครียด ไม่ได้เกิดการคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือทารกมีคะแนน Apgar score ต่ำ ไปทุกคน เพราะการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างและหลากหลายตามประสบการณ์ และการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามในการเปลี่ยนแปลงทางด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งในสตรีตั้งครรภ์การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดผลกระทบของความเครียด โดยการให้ความหมายเชิงบวก (positive appraisal) กับสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้ระดับความเครียดลดลง (Pakenham, Smith, & Rattan, 2007) และการเผชิญปัญหาแบบจิตวิญญาณ (spiritual coping) ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีรายได้ต่ำ พบว่า มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดที่ลดลง (Clements & Ermakova, 2012) การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา (problem-focused coping) มีผลช่วยลดความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ เพิ่มการแก้ปัญหา การวางแผน และการเตรียมตัว (Faisal-Cury, Savoia, & Menezes, 2012) ในขณะที่ การศึกษาของเวลล์ ฮอบฟอล และลาวิน พบว่า การลงมือจัดการกับปัญหา ซึ่งจัดเป็นการเผชิญปัญหารูปแบบหนึ่งของการจัดการปัญหาช่วยลดอาการซึมเศร้าในขณะตั้งครรภ์ (Wells, Hobfoll, & Lavin, 1997) และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance coping) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตที่แย่ลง และเพิ่มการรับรู้ความเครียดในขณะตั้งครรภ์ (Giurgescu, Penckofer, Maurer, & Bryant, 2006)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด ยังไม่พบการศึกษาที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในช่วงสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งจะเป็นข้อมูลช่วยในการวางแผน ประเมิน กำกับ ติดตาม และแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการเผชิญปัญหาในช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยลดระดับความเครียดและให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีและมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

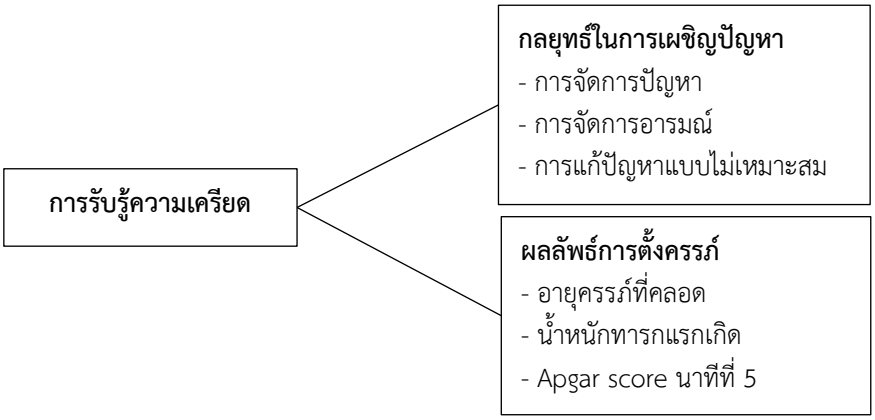
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่มีประสบการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยโดยใช้แนวคิด The Transactional Model of Stress and Coping ของ Lazarus and Folkman (1984) ซึ่งอธิบายกระบวนการรู้คิดทางปัญญา (cognitive model) ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ภายนอกที่เกิดขึ้น โดยเมื่ออยู่ในสถานการณ์ความเครียด บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นด้วยกระบวนการทางปัญญา 2 ขั้นตอน คือ 1) ประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอันตราย ส่งผลให้เกิดความสูญเสีย หรือเป็นภัยคุกคาม หรือเป็นความท้าทาย และ 2) ประเมินการตอบสนองกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร เมื่อประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นภัยคุกคามต่อความผาสุกของตนเอง จะนำมาสู่ขั้นตอนที่ 2 คือ การเลือกใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามในการแก้ปัญหาทั้งด้านกระบวนการคิดและพฤติกรรม เพื่อลดอันตรายจากสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984)

ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยเฉพาะการติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาด ถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งอาจทำให้สตรีตั้งครรภ์ประเมินว่าเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ การเลือกใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจะเพิ่มการรับรู้ความเครียด และการรับรู้ความเครียดจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีได้ จึงกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีคนในครอบครัวอาศัยอยู่บ้านเดียวกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ แผนกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสมุทรปราการ และมีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ ≥ 20 ปี 2) อายุครรภ์ ≥ 32 สัปดาห์ 3) ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็นหรือการได้ยิน และ 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ

จำนวนตัวอย่างในการวิจัยได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1 กำหนด Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model กำหนดโอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล เท่ากับ .30 ได้ตัวอย่าง จำนวนอย่างน้อย 111 คน และเนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการติดตามเก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง (Srisatidnarakul, 2010) จึงได้ตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยนี้เท่ากับ 128 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว เศรษฐานะในครอบครัวตามการรับรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ ได้แก่ ลำดับการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ และข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ บุคคลที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ผลกระทบที่ได้รับจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

2. แบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งพัฒนาโดย โคเฮน คามาร์ค และเมอเมลเสตน (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ใช้ประเมินความรู้สึกว่าชีวิตคาดการณ์ล่วงหน้าไม่ได้ ควบคุมไม่ได้ และมีภาระที่เกินกำลังอยู่ระดับใด แบบวัดการรับรู้ความเครียด เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงว่าก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดกับแต่ละบุคคลมากเพียงใด แปลเป็นภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ตัวเลือก (0 หมายถึง ไม่เคยเลย และ 4 หมายถึง มากที่สุด) แบ่งเป็นข้อความเชิงบวก 6 ข้อ แสดงถึงการรับรู้ความเครียด และข้อความเชิงลบ 4 ข้อ แสดงถึง การรับรู้การควบคุม ซึ่งข้อความเชิงลบต้องกลับค่าคะแนน ก่อนนำมาคิดคะแนนรวมทั้งฉบับ ทำให้คะแนนรวมของแบบวัดนี้ มีค่า 0 - 40 คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้ความเครียดในระดับสูง และจากการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์ของการศึกษาที่ผ่านมา มีค่า Internal consistency reliability เท่ากับ .74 (Sanguanklin et al., 2014) ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความเที่ยงต่อ โดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78

3. แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้น (Brief COPE) พัฒนาโดย คาร์เวอร์ (Carver, 1997) ใช้ประเมินกลยุทธ์ในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 28 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ (1 หมายถึง ฉันไม่เคยทำสิ่งนี้เลย และ 4 หมายถึง ฉันทำสิ่งนี้เป็นประจำ) แบ่งกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหาเป็น 3 แบบ คือ 1) แบบการจัดการปัญหา จำนวน 6 ข้อ 2) แบบการจัดการอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ และ 3) แบบไม่เหมาะสม จำนวน 12 ข้อ คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ผู้ตอบใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบนั้นมาก ซึ่งแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนานันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์ (Numsang & Tantrarungroj, 2018) มีค่าความเชื่อมั่นในประชากรทั่วไปเท่ากับ .70 ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

4. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้เก็บข้อมูลบันทึกการคลอดของสตรีที่เข้าร่วมการวิจัยในระยะตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. 092/2566 รหัสโครงการวิจัย 66NU092 ลงวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนรายละเอียดของการวิจัย การตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาที่ใช้ สถานที่ รวมถึงความเสี่ยงของการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยในกระบวนการวิจัย และให้เวลาในการคิดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ เมื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้อ่านข้อความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การตอบแบบสอบถามหากมีข้อคำถามใดที่อาสาสมัครไม่สะดวกตอบ สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ และหากมีอาการเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถามสามารถขอยุติการตอบแบบสอบถามหรือขอยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาตามปกติ

การเก็บรวมรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง และเข้าพบหัวหน้าพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก และหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สถานที่ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยขอให้พยาบาลในหน่วยฝากครรภ์เป็นผู้คัดกรองสตรีตั้งครรภ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก และสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ให้กับผู้วิจัย แล้วผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างตามที่กล่าวมาข้างต้น และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลา 8.00 - 12.00 น. และ 15.30 - 20.00 น. โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน พ.ศ. 2567 สำหรับข้อมูลผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5 วิเคราะห์โดยสถิติพรรณา ได้แก่ พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดและกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาแต่ละแบบ และการรับรู้ความเครียดและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 43 ปี อายุเฉลี่ย 29.73 ปี ความสัมพันธ์อยู่ด้วยกันกับสามี ร้อยละ 96.9 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 43.8 รายได้ครอบครัว 10,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 25.8 รายได้ของครอบครัวเพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 66.4 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 58.6 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 84.4 เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 95.3 คนในครอบครัวที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่บ้านเดียวกัน ร้อยละ 4.7 ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจมากที่สุด ร้อยละ 59.73 สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 6.25 ไม่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาด ร้อยละ 13.28 สำหรับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ พบว่า รับประทานที่มีประโยชน์ ร้อยละ 99.2 รับประทานยาบำรุงตามแผนการรักษา ร้อยละ 96.9 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 47.7 พักผ่อนอย่างเพียงพอ ร้อยละ 86.7 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 99.2 และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 93.8

การรับรู้ความเครียด พบว่า สตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความเครียดในระดับปานกลาง (M = 16.92, SD = 5.31) กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาเป็นแบบการจัดการปัญหามากที่สุด (M = 2.92, SD = .55) และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่คลอดอยู่ระหว่าง 33^{+4} ถึง 41^{+1} สัปดาห์ (M = 38^{+5} สัปดาห์ หรือประมาณ 237 - 289 วัน) เป็นการคลอดก่อนกำหนด (อายุครรภ์ < 37 สัปดาห์) ร้อยละ 3.12 ค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิด = *3,143.76* กรัม ทารกมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 5.46 Apgar score นาทีที่ 5 เท่ากับ 10 คะแนน ร้อยละ 100 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การรับรู้ความเครียด กลยุทธ์ในการเผชิญปัญญา และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (*n* = 128)

ตัวแปร	*M*	*SD*
1. การรับรู้ความเครียด	16.92	5.31
2. กลยุทธ์ในการเผชิญปัญญา		
2.1 แบบการจัดการปัญหา	2.92	.55
2.2 แบบการจัดการอารมณ์	2.81	.50
2.3 แบบไม่เหมาะสม	2.05	.34
3. ผลลัพธ์การตั้งครรภ์		
3.1 อายุครรภ์ที่คลอด (จำนวนวัน)	271.66	7.54
3.2 น้ำหนักทารกแรกเกิด	3,143.78	402.16
3.3 Apgar score นาทีที่ 5	10	.00

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเครียดกับกลยุทธ์ในการเผชิญปัญญา พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการเผชิญหาแบบการจัดการอารมณ์ (r = -.23, p < .01) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม (r = .35, p < .01) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา (r = .01, p > .05) (ตาราง 2) ส่วนการรับรู้ความเครียดกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด (r = .06 และ .07 ตามลำดับ, p > .05) (ตาราง 3) โดยที่ Apgar score นาทีที่ 5 ของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีค่าเท่ากับ 10 คะแนนเท่ากันทุกคน จึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดได้

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดกับกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา (*n* = 128)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การรับรู้ความเครียด	1.00			
2. การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา	.01	1.00		
3. การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์	-.23**	.59**	1.00	
4. การเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม	.35**	.43**	.23**	1.00

**p < .01

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเครียดกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (*n* = 128)

ตัวแปร	1	2	3
1. การรับรู้ความเครียด	1.00		
2. อายุครรภ์ที่คลอด (จำนวนวัน)	.06	1.00	
3. น้ำหนักทารกแรกเกิด	.07	.49**	1.00

**p < .01

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ความเครียดอยู่ระดับปานกลาง (*M* = 16.92) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์มีค่าเฉลี่ยลดลง เห็นได้จาก การศึกษาการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ชาวไอรีช ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 761 คน พบว่า มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด 18.14 (Crowe & Sarma, 2022) และการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ชาวไทย จำนวน 283 คน มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียด 18.42 คะแนน (Sukontrakoon, Phumonsakul, Gerdprasert, Prohm, & Sawatpanich, 2022) ซึ่งการรับรู้ความเครียดที่ลดลง อธิบายได้จากสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 43 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ ทำให้สามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดได้ดี นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดอยู่ด้วยกันกับสามี ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ซึ่งการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ และสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษานี้ยังได้รับการตรวจติดตามสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์จากบุคลากรทางสุขภาพสม่ำเสมอตามนัด อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดความเครียดจากความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและความปลอดภัยของทารกในครรภ์ ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แม้จะยังเป็นความท้าทายสำหรับสตรีตั้งครรภ์ แต่ความรุนแรงลดลง มาตรการทางสังคมก็มีการผ่อนคลายในภายหลัง และรูปแบบการดำเนินชีวิตได้เข้าสู่ภาวะปกติแบบวิถีใหม่ (new normal) โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์ได้ (Moreno, To, Chun, & Ngai, 2020) และตรวจไม่พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในน้ำนมแม่ (Pereira et al., 2020) ข้อมูลเหล่านี้ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เคยติดเชื้อหรือมีความใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันคลายความเครียดลง

ส่วนการรับรู้ความเครียดที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับกลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาในสตรีตั้งครรภ์ครั้งแรกที่ปกติ/มีภาวะเสี่ยง จำนวน 230 คน พบว่า การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเครียดในช่วงท้ายของการตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Huizink, de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002) จึงอธิบายได้ว่า หากประเมินสถานการณ์แล้วพบว่า ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหาได้ เช่น การตั้งครรภ์ บุคคลจะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพสำหรับสตรีตั้งครรภ์ ดังสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิด พิจารณาหาทางออกให้กับปัญหา และเลือกการเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ ซึ่งช่วยลดความรู้สึกเครียด ช่วยให้มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเผชิญปัญหาวิธีนี้ ช่วยลดการรับรู้ความเครียดในระยะสั้น แต่เป็นวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพในระยะยาว เพราะการเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสม ได้แก่ การเลิกลงมือจัดการกับปัญหา การปฏิเสธ การตำหนิตนเอง การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สารเสพติด และการระบายความรู้สึก อาจช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นในระยะสั้น แต่วิธีการเหล่านี้ไม่ได้แก้ไขสาเหตุของความเครียด ดังนั้น ในระยะ

ยาวอาจเพิ่มความเครียดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเผชิญปัญหาของสตรีตั้งครรภ์จำนวน 761 คน ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า การเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามีผลเพิ่มความเครียดด้านจิตใจ (Crowe & Sarma, 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบไม่เหมาะสมมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Guardino & Dunkel Schetter, 2014) ซึ่งเป็นภาวะที่อาจส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพของมารดาและทารก การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมจึงไม่เพียงแต่มีผลต่อความเครียดในระยะยาว แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของสตรีตั้งครรภ์

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา เป็นวิธีการที่สตรีตั้งครรภ์เลือกใช้มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่น ๆ แต่พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ปกติ จำนวน 301 คน พบว่า การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด (Kiyak, 2024) และการเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหาจะมีประสิทธิภาพเมื่อประเมินสถานการณ์แล้วพบว่าสามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้ แต่ในบริบทของการศึกษานี้เป็นการตั้งครรภ์หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การจัดการปัญหาจึงอาจไม่ช่วยเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือลดการรับรู้ความเครียดได้ในทันที และจากการศึกษา ในสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก จำนวน 29 คน พบว่า สตรีที่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าและมีความเครียดน้อยกว่าสตรีที่ใช้กลยุทธ์การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหา แต่หลังจากการทดลอง 18 เดือน พบว่า สตรีที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการปัญหาประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่าสตรีที่ใช้การเผชิญปัญหาแบบการจัดการอารมณ์ (McQueeney, Stanton, & Sigmon, 1997)

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอด น้ำหนักทารกแรกเกิด และ Apgar score นาทีที่ 5 อธิบายได้จากค่าเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลของร่างกาย และไม่มีผลเพิ่มการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamine) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ผลิตเพื่อเผชิญกับความเครียด จึงไม่ส่งผลให้มดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนครบกำหนด นอกจากนี้ ระดับความเครียดที่ไม่สูงมาก อาจไม่มีผลต่อระดับกลูโคคอติคอยด์ (glucocorticoid) ของทารกในครรภ์ ทำให้ไม่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิด และไม่มีผลต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ ดังที่ปรากฏใน Apgar score นาทีที่ 5 ที่มีค่าเท่ากับ 10 คะแนนทุกคน

สำหรับการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ดูแลตนเองโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานยาบำรุงตามแผนการรักษา มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ถือเป็นการดูแลตนเองที่เหมาะสมในขณะตั้งครรภ์ ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพียร์สันและคณะ ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด (Pearson et al., 2023) และอีกหนึ่งเหตุผลสำคัญ คือ สตรีตั้งครรภ์ในการศึกษาครั้งนี้สามารถมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลตามกำหนดนัดได้ปกติ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่ออายุครรภ์ที่คลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้แก่ การยกเลิกนัดฝากครรภ์ การไม่สามารถเข้าร่วมในชั้นเรียนสตรีตั้งครรภ์ (prenatal class) และการเปลี่ยน

แผนการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ (Khoury, Atkinson, Bennett, Jack, & Gonzalez, 2022)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการประเมินระดับความเครียด และกลยุทธ์ที่ใช้ในการเผชิญปัญหา เพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ได้อย่างทันท่วงที

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรจัดรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นให้เห็นความสำคัญของการพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของสตรีตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่อาจก่อให้เกิดความ เครียดมากกว่าปกติ รวมถึงการฝึกทักษะในการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์

3. ด้านการวิจัย ควรมีการประเมินความเครียดในสตรีตั้งครรภ์โดยใช้แบบวัดความเครียดโดยทั่วไป และแบบวัดความเครียดที่เฉพาะเจาะจงกับการตั้งครรภ์เพื่อการประเมินความเครียดที่ครอบคลุม และควรมีการประเมินระดับการรับรู้ความเครียดตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์เพื่อวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

American College of Obstetricians and Gynecologists, & American Academy of Pediatrics. (2015). The Apgar score (committee opinion no. 644). *Obstetrics and Gynecology, 126*(4), 194.

Bakır, N., Irmak Vural, P., & Demir, C. (2021). Relationship of depression, anxiety and stress levels with religious coping strategies among Turkish pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Journal of Religion and Health, 60*(5), 3379-3393. https://www.doi.org/10.1007/s10943-021-01391-7

Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. (2020). Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 99*(7), 848-855. https://www.doi.org/10.1111/aogs.13925

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92-100. https://www.doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Clements, A. D., & Ermakova, A. V. (2012). Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality, 4*(2), 93-107. https://www.doi.org/10.1037/a0025109

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.

Colli, C., Penengo, C., Garzitto, M., Driul, L., Sala, A., Degano, M., . . . Balestrieri, M. (2021). Prenatal stress and psychiatric symptoms during early phases of the COVID-19 pandemic in Italy. *International Journal of Women's Health, 13*, 653-662. https://www.doi.org/10.2147/IJWH.S315467

Coussons-Read, M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstetric Medicine, 6*(2), 52-57. https://www.doi.org/10.1177/1753495x12473751

Crowe, S., & Sarma, K. (2022). Coping with COVID-19: Stress, control and coping among pregnant women in Ireland during the COVID-19 pandemic. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 274-274. https://www.doi.org/10.1186/s12884-022-04579-1

Department of Disease Control of Ministry of Public Health. (2024). *Daily COVID-19 patient situation.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/

Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., Rizzo, G., Buca, D., Liberati, M., . . . D'Antonio, F. (2020). Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM, 2*(2), 100107-100107. https://www.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107

Faisal-Cury, A., Savoia, M. G., & Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(1), 295-305. https://www.doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37336

Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., & Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing research (New York), 55*(5), 356-365. https://www.doi.org/10.1097/00006199-200609000-00008

Guardino, C. M., & Dunkel Schetter, C. (2014). Coping during pregnancy: A systematic review and recommendations. *Health Psychology Review, 8*(1), 70-94. https://www.doi.org/10.1080/17437199.2012.752659

Hobel, C. J., Goldstein, A. M. Y., & Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 51*(2).

Hollier, L. (2022). COVID-19, *Pregnancy, childbirth, and breastfeeding: Answers from ob-gyns.* Retrieved from https://www.acog.org/womens-health/faqs/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-breastfeeding

Huizink, A. C., de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine, 24*(2), 132-140. https://www.doi.org/10.1207/s15324796abm2402_10

Iyengar, U., Jaiprakash, B., Haitsuka, H., & Kim, S. (2021). One year into the pandemic: A systematic review of perinatal mental health outcomes during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 674194. https://www.doi.org/10.3389/fpsyt.2021.674194

Khoury, J. E., Atkinson, L., Bennett, T., Jack, S. M., & Gonzalez, A. (2022). Prenatal distress, access to services, and birth outcomes during the COVID-19 pandemic: Findings from a longitudinal study. *Early Human Development, 170*, 105606. https://www.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105606

Kiyak, S. (2024). The relationship of depression, anxiety, and stress with pregnancy symptoms and coping styles in pregnant women: A multi-group structural equation modeling analysis. *Midwifery, 136*, 104103. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104103

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* Springer.

McQueeney, D. A., Stanton, A. L., & Sigmon, S. (1997). Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine, 20*(4), 313-331. https://www.doi.org/10.1023/a:1025560912766

Moreno, S. C., To, J., Chun, H., & Ngai, I. M. (2020). Vertical Transmission of COVID-19 to the neonate. *Infectious Diseases Society for Obstetrics and Gynecology, 2020*, 8460672. https://www.doi.org/10.1155/2020/8460672

Numsang, T., & Tantrarungroj, T. (2018). Validity and Reliability of the Brief COPE Inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 63*(2), 189-198.

Pakenham, K. I., Smith, A., & Rattan, S. L. (2007). Application of a stress and coping model to antenatal depressive symptomatology. *Psychology, Health & Medicine, 12*(3), 266-277. https://www.doi.org/10.1080/13548500600871702

Pearson, J., Fréchette-Boilard, G., Baudry, C., Matte-Gagné, C., Bernier, A., . . . Tarabulsy, G. M. (2023). Prenatal maternal stress during the COVID-19 pandemic and birth outcomes: Is the newborn spared? *Infant Behavior & Development, 72*, 101866. https://www.doi.org/10.1016/j.infbeh.2023.101866

Pereira, A., Cruz-Melguizo, S., Adrien, M., Fuentes, L., Marin, E., Forti, A., & Perez-Medina, T. (2020). Breastfeeding mothers with COVID-19 infection: A case series. *International Breastfeeding Journal, 15*(1), 69. https://www.doi.org/10.1186/s13006-020-00314-8

Rodrigues, C., Baía, I., Domingues, R., & Barros, H. (2020). Pregnancy and breastfeeding during COVID-19 pandemic: A systematic review of published pregnancy cases. *Frontiers in Public Health, 8*, 558144. https://www.doi.org/10.3389/fpubh.2020.558144

Sanguanklin, N., McFarlin, B. L., Finnegan, L., Park, C. G., Giurgescu, C., White-Traut, R., & Engstrom, J. L. (2014). Job strain and psychological distress among employed pregnant Thai women: Role of social support and coping strategies. *Archives of Women's Mental Health, 17*(4), 317-326. https://www.doi.org/10.1007/s00737-013-0410-7

Srisatidnarakul, B. (2010). *Research methodology in nursing science* (5th ed.). Bangkok: U and I Intermedia Company.

Sukontrakoon, P., Phumonsakul, S., Gerdprasert, S., Prohm, S., & Sawatpanich, A. (2022). Associations among knowledge, attitudes, health behaviors, and stress of pregnant women in Thailand during the new coronavirus-

2019. *Ramathibodi Nursing Journal, 28*(2), 170-182

Wells, J. D., Hobfoll, S. E., & Lavin, J. (1997). Resource loss, resource gain, and communal coping during pregnancy among women with multiple roles. *Psychology of Women Quarterly, 21*(4), 645–662. https://www.doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00136.x

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine, 4*, 1-6. https://www.doi.org/10.1186/1751-0759-4-6

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง
DEVELOPMENT OF A KNOWLEDGE MANAGEMENT MODEL FOR OBSTETRICS AND GYNECOLOGY NURSING AT PHATTHALUNG HOSPITAL

อานิตย์ อ่องสกุล[1] ชุติวรรณ ปุรินทราภิบาล[2,*] ปราโมทย์ ทองสุข[2]
Anit Ongsakul Shutiwan Purinthrapibal Pramote Thongsuk
[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารทางการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา 90110
Student of the Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing,
Prince of Songkla University, Songkla, 90110, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา 90110
Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkla, 90110, Thailand
Corresponding author E-mail: shutiwan.p@psu.ac.th

Received: *August 24, 2024* Revised: *October 21, 2024* Accepted: *December 21, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ ระยะพัฒนารูปแบบซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกต และการสะท้อนผล ผู้เข้าร่วมการวิจัยในระยะที่ 1 จำนวน 15 คน ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 6 คน คณะทำงานพัฒนาบุคลากรประจำหอผู้ป่วย จำนวน 6 คน และพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 29 คน ได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 5 คน คณะทำงานพัฒนาบุคลากรประจำหอผู้ป่วย จำนวน 6 คน และพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 18 คน การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ของสำนักงานคณะกรรมพัฒนาระบบราชการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การประชุมกลุ่มย่อย และการทบทวนเอกสาร ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การจัดการด้านโครงสร้าง โดยการแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ กำหนดบทบาทหน้าที่ เพิ่มสมรรถนะการจัดการความรู้ และกำหนดตารางเวลาของกิจกรรมการจัดการความรู้ 2) การจัดการด้านกระบวนการจัดการความรู้ โดยการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และความรู้ที่เกี่ยวข้อง กำหนดประเด็นความรู้ที่ต้องการจัดการ และผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนกิจกรรม ประกอบด้วย การรวบรวมความรู้ การกลั่นกรองความรู้ การบันทึกความรู้ในหลากหลายรูปแบบ และเผยแพร่ความรู้และแหล่งความรู้ทั้งภายในและ

ระหว่างหน่วยงาน และ 3) การจัดการด้านผลลัพธ์ โดยการควบคุม กำกับ ติดตาม การนำบันทึกความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน และพัฒนาต่อเนื่องเป็นชุมชนนักปฏิบัติ ผลความเป็นไปได้ต่อการใช้รูปแบบ พบว่ารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง สามารถนำมาใช้ได้อย่างสมเหตุผล คือ มอบหมายผู้รับผิดชอบ มีการกำหนดช่วงเวลาทำกิจกรรมจัดการความรู้ และมีการใช้สื่อเทคโนโลยีร่วมกับการจัดเก็บองค์ความรู้แบบดั้งเดิม ทำให้สามารถนำมาปฏิบัติงานอย่างมีหลักฐานเชิงประจักษ์และช่วยลดอุบัติการณ์

ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสามารถสามารถนำไปพัฒนาต่อให้รูปแบบจัดการความรู้มีความยั่งยืนและต่อเนื่องและนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายองค์กร

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการความรู้, การพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

Abstract

This action research aimed to develop a knowledge management model for obstetrics and gynecology nursing at Phatthalung Hospital. The study was conducted in three phases: 1) analyzing the situation, 2) developing the model, and 3) assessing the feasibility of implementing the model. The model development phase comprised four steps: planning, action, observation, and reflection. Participants in the first phase included 15 individuals purposively selected, consisting of 6 nursing administrators, 6 members of the nursing staff development team, and 3 practicing nurses. In the second and third phases, 29 participants were purposively selected, including 5 nursing administrators, 6 nursing staff development team members, and 18 practicing nurses. The knowledge management model was developed following the framework provided by the Office of the Civil Service Commission. Data were collected through semi-structured interviews, focus group discussions, and document reviews. The quality of the research instruments was validated by 3 experts. Qualitative data were analyzed using content analysis, and quantitative data were analyzed using descriptive statistics.

The results identified three main processes in the knowledge management model for obstetrics and gynecology nursing at Phatthalung Hospital: 1) Structural management: appointing a knowledge management team, defining roles, enhancing competencies related to knowledge management, and scheduling knowledge management activities; 2) Management of knowledge management processes: reviewing quality indicators, risk incidents, and relevant knowledge, determining key knowledge areas that need to be managed, and assigning activity leaders, including gathering and validating knowledge, organizing it into various formats, recording it, and sharing it within and across units; and 3) Outcome management: controlling, directing, and monitoring the utilization of recorded knowledge in work practices and fostering the development of a community of practice (CoP). The feasibility study indicated that the knowledge management model of obstetrics and gynecology nursing at Phatthalung Hospital was practical. Key aspects included clear assignment of responsibilities, scheduling of knowledge management activities, and integrating technology with traditional knowledge storage methods. This resulted in effective, evidence-based practices and a reduction in risk incidents.

The findings suggest that this model could be further developed for sustainable and continuous implementation, contributing to the achievement of organizational goals.

Keywords: knowledge management model, obstetrics and gynecology nursing, action research

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพยาบาลที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ พยาบาลต้องมีทั้งความรู้และทักษะที่ได้มาตรฐานและทันสมัย เนื่องจากโลก การเจ็บป่วย และความต้องการของผู้รับบริการมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา พยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านการบริหาร วิชาการ และการให้บริการสุขภาพ เพื่อยกระดับความรู้ความสามารถและทักษะของพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น (Juntachum et al., 2020) นอกจากนี้ พยาบาลต้องมีความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ เพื่อนำเอาความเสี่ยงนั้นมาปรับปรุง ขจัดและลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดซ้ำ โดยยึดหลักการของความปลอดภัยและคุณธรรมจริยธรรมของผู้ให้บริการ (Thana, Thareepain, & Chartchumni, 2017)

การเพิ่มสมรรถนะทั้งด้านความรู้และทักษะของพยาบาลในองค์กรจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยในสภาพปัจจุบันที่พยาบาลขาดแคลนนั้น องค์ความรู้จากพยาบาลรุ่นหนึ่งขาดการส่งต่อไปยังอีกรุ่นหนึ่ง ทำให้การส่งความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคล (tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ที่มีอยู่ในอัตราส่วน 80:20 หายไปด้วย (Wettayaprasit, 2020) การฝึกอบรมจึงเป็นวิธีหนึ่งในการพัฒนาและส่งต่อความรู้ แต่มีข้อจำกัดทั้งด้านค่าใช้จ่าย การขาดบุคลากร และความรู้ที่ถ่ายทอดผ่านการอบรมจะเหลือเพียงร้อยละ 10 ของการถูกนำไปใช้จริง และอาจลดลงได้มากถึงร้อยละ 90 ภายในสองสัปดาห์ หากไม่มีการใช้อย่างต่อเนื่อง (Office of Knowledge Management and Development, 2023) การจัดการความรู้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการดึงความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลจากผู้มีประสบการณ์ให้กลายเป็นความรู้ชัดแจ้ง ที่สามารถอ้างอิงได้และนำไปใช้ได้ หากจัดระบบให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพในองค์กรได้ (Phanich, 2016)

ระบบการจัดการความรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการรวบรวมความรู้ทั้งที่อยู่ในตัวบุคคลหรือในเอกสารมาพัฒนาจัดเก็บให้เป็นระบบและสร้างการเข้าถึงเพื่อให้ทุกคนในองค์กรเข้าถึงและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ง่าย องค์กรจึงจะบรรลุเป้าหมายในการพัฒนางานและพัฒนาคน (Office of the Public Sector Development Commission, 2019) วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลพัทลุง กำหนดไว้ว่ามุ่งสู่การเป็นโรงพยาบาลชั้นนำ และการจัดการความรู้จะเป็นตัวผลักดันสำคัญที่จะช่วยให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวได้ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 หอผู้ป่วย คือ หอผู้ป่วยหลังคลอด หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษบำรุง-ปริก รับผิดชอบดูแลมารดาและทารกหลังคลอด รวมถึงผู้ป่วยทางนรีเวชกรรมทุกระดับความรุนแรง พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะที่เพียงพอและทันสมัย ในปี พ.ศ. 2565 กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม มีพยาบาล 29 คน โดยร้อยละ 34.48 เป็นพยาบาลจบใหม่ที่ไม่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม และร้อยละ 48.72 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยในกลุ่มพยาบาลที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ได้เขียนขอย้ายหน่วยงานเป็นจำนวนมาก (Phatthalung Hospital, 2022) ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลที่เป็นความรู้ประเภทฝังลึกหรือความรู้เชิงเทคนิคที่เป็นกระบวนการหลักขององค์กรสูญหายไปด้วย การถ่ายทอดความรู้จากผู้มีประสบการณ์หรือมีวัยวุฒิก็มีข้อจำกัด หากพยาบาลจบใหม่ไม่สอบถามก็จะไม่ได้คำตอบ ซึ่งเป็นสิ่งที่เรียกว่า Gap of generation และมักเกิดกับกลุ่มเล็ก ๆ นอกจากนี้ ยังพบว่าการจัดการเอกสารยังขาดความเป็นระบบ เนื้อหาไม่ทันสมัย พบหลักฐานของการนำความรู้ที่อยู่ในตัวบุคคลและความรู้ชัดแจ้งไปใช้น้อยมาก

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ของกลุ่มงานพยาบาลตามแนวทางการจัดการความรู้

ของสำนักงานคณะกรรมพัฒนาระบบราชการ (Office of the Public Sector Development Commission, 2019) ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของแคมิสและแมคทากาท (Kemmis & McTaggart, 1988; Dick, 2002) ที่เน้นการวิจัยที่นำไปสู่การแก้ปัญหาในหน้างาน เพื่อให้พยาบาลโรงพยาบาลพัทลุง มีการพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้และทักษะการพยาบาลทางสูติ-นรีเวชกรรม รวมทั้ง พัฒนาแหล่งข้อมูลให้มีความทันสมัย สามารถใช้ในการศึกษาค้นคว้าและเพิ่มคุณภาพบริการให้บรรลุตามมาตรฐานผลลัพธ์การบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของโรงพยาบาลพัทลุง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง
3. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ต่อการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

คำถามวิจัย

1. สถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุงเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุงเป็นอย่างไร
3. ความเป็นไปได้ต่อการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุงเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเชิงระบบของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) ที่เน้นการประเมินคุณภาพผ่านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และแนวคิดจัดการความรู้ 7 ขั้นตอน ของสำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้ (องค์การมหาชน) (Office of Knowledge Management and Development, 2023) ประกอบด้วย การบ่งชี้ความรู้ การสร้างและแสวงหาความรู้ การจัดความรู้ให้เป็นระบบ การประมวลและกลั่นกรองความรู้ การเข้าถึงความรู้ การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และการเรียนรู้ มาเป็นกรอบในการวิจัย โดยดำเนินการภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคทากาท (Kemmis & McTaggart, 1988) และทำ PAOR หรือ Plan - Act - Observe - Reflect จำนวน 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผลการปฏิบัติ แล้วทบทวนแผนเพื่อวิเคราะห์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

<u>ระยะที่ 1</u> การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้ให้ข้อมูล ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามตำแหน่ง จำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาล 6 คน คณะทำงานพัฒนาบุคลากรในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม 6 คน และพยาบาลปฏิบัติการ 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1

1. ผู้วิจัย ซึ่งได้รับการพัฒนาและอบรมด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ
2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มี 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานในกลุ่มงานการพยาบาลสูติ และประสบการณ์การอบรมเรื่องการจัดการความรู้

ส่วนที่ 2 แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก มี 5 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้เรื่องการจัดการความรู้ 2) ประสบการณ์การจัดการความรู้ 3) การนำผลการจัดการความรู้มาใช้ 4) ความคิดเห็นในเรื่องการจัดการความรู้ และ 5) รูปแบบการจัดการความรู้ควรเป็นอย่างไร

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม

3. แบบบันทึกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความรู้ในหน่วยงาน โดยเก็บบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลในแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล แผนปฏิบัติการ ข้อมูลการจัดการความรู้ในหอผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

<u>ระยะที่ 2</u> การสร้างและพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ตามกระบวนการ PAOR 2 วงรอบ ตามกรอบแนวคิดการจัดการคุณภาพเชิงระบบของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2005) และแนวคิดการจัดการความรู้ 7 ขั้นตอนของคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ตามแนวคิดของแคมมิสและแมคทากาท (Kemmis & McTaggart, 1988) ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนคิด 2 วงรอบ

ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 29 คน ประกอบด้วย หัวหน้าหอผู้ป่วยและผู้ช่วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 5 คน คณะทำงานจัดการความรู้ในหอผู้ป่วย 6 คน และพยาบาลปฏิบัติการ 18 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2

<u>วงรอบที่ 1</u>

1. ร่างแนวทางการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง แบบที่ 1 ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การจัดการด้านโครงสร้าง 2) การกำหนดประเด็นความรู้ 3) การรวบรวมความรู้จากแหล่งความรู้ของบุคคลและเอกสาร 4) การกลั่นกรองความรู้ 5) การบันทึกความรู้และการจัดเก็บความรู้ 6) การเผยแพร่บันทึกความรู้ และ 7) การนำความรู้ไปใช้ โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ และเครื่องมือในแต่ละขั้นตอน ซึ่งร่างแนวทางนี้ได้รับตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน คือ 1) อาจารย์ด้านบริหารการพยาบาล 2) อาจารย์ด้านบริหารการศึกษา 3) พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์ 4) หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน และ 5) ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาลด้านการวิจัยและนวัตกรรม โรงพยาบาลทั่วไป แล้วผู้วิจัยปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับสะท้อนความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัย จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) ความสามารถปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมได้หรือไม่ อะไรที่ทำได้(เพราะอะไร) อะไรที่ทำไม่ได้ (เพราะอะไร) 2) รูปแบบที่กำหนดมีความยุ่งยากต่อการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม อะไรที่ทำได้ดีแล้ว และมีปัญหาอุปสรรค หรือไม่ อย่างไร 3) ข้อเสนอแนะอย่างไรเพื่อปรับปรุงรูปแบบดังกล่าวให้สามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม 4) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้จริง หรือไม่ อย่างไร 5) หน่วยงานควรได้รับการสนับสนุนด้านใดบ้าง เพื่อให้การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง 6) ได้เรียนรู้อะไรอย่างไร จากการเข้าร่วมวิจัย และ 7) ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนเดียวกับในการวิจัยระยะที่ 1

<u>วงรอบที่ 2</u>

1. ร่างแนวทางการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

แบบที่ 2 ที่ปรับปรุงจากวงรอบที่ 1 ซึ่งมีการเพิ่มความชัดเจนของแนวทางในแต่ละขั้นตอน และมีการนำเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดเก็บความรู้ และเพิ่มบทบาทการควบคุม กำกับ และสนับสนุนของผู้บริหาร

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับสะท้อนความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล (เหมือนวงรอบที่ 1)

ระยะที่ 3 ศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบ

ผู้ให้ข้อมูล เป็นกลุ่มเดียวกับที่ศึกษาในระยะที่ 2 จำนวน 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3

1. แนวทางการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ที่ปรับปรุงจากการสะท้อนคิด (reflection) วงรอบที่ 2

2. แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้รูปแบบ ประกอบด้วย 7 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งเป็นคนเดียวกับในการวิจัยระยะที่ 1

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ หมายเลขเอกสารอนุมัติจริยธรรมการวิจัย PSU IRB 2023 – St -Nur 009 (internal) ลงวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2566 และได้รับอนุญาตทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง รหัสเอกสาร 6/2566 ลงวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยปกป้องสิทธิของผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ระยะ จนถึงการนำเสนอผล โดยให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน จนได้รับการเซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรและได้รับความเห็นชอบจากผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือยกเลิกโดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บรักษาเป็นความลับและไม่เปิดเผยชื่อ นำไปสรุปและอภิปรายในภาพรวมเพื่อการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติทำการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล โดยเรียนถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด นรีเวชกรรม และพิเศษบำรุง-ปริก

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2566

ระยะที่ 2 เดือน สิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ระยะที่ 3 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจ แล้วแบ่งข้อมูลออกมาลงรหัส จัดหมวดหมู่วิเคราะห์ และตีความข้อมูลเพื่อรายงานผล ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูล จำนวน 29 คน เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.27) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.10 ปี อายุน้อยที่สุด 22 ปี และมากสุด 54 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 96.55) มีประสบการณ์ในการทำงานในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โดยเฉลี่ย 12.67 ปี และไม่มีประสบการณ์การอบรมเรื่องการจัดการความรู้

2. ผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ได้ประมวลจากข้อมูลหลายแหล่ง ข้อสรุปที่ได้ครอบคลุมสถานการณ์และความต้องการการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม

รวมถึงปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่ออธิบายสถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ตามแนวคิดเชิงระบบ (Donabedian, 2005) แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านโครงสร้าง ประกอบด้วย นโยบาย การมอบหมายผู้รับผิดชอบ การพัฒนาสมรรถนะการจัดการความรู้ แนวทางการจัดการความรู้และการสื่อสารลงสู่การปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า โรงพยาบาล กลุ่มการพยาบาล และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ไม่มีการกำหนดนโยบายด้านการจัดการความรู้ ไม่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ไม่มีการกำหนดแนวทางการจัดการความรู้ และไม่มีการสื่อสาร และ 2 ใน 3 หอผู้ป่วย มีแผนกิจกรรมการจัดการความรู้ แต่กระบวนการยังไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนที่กำหนด ดังตัวอย่างข้อมูล

“ควรกำหนดนโยบายที่มองเห็นการกำหนดนโยบายทำให้เห็นว่าเขาตระหนักและเห็นความสำคัญที่ให้ทำเรื่องนี้ภายในหน่วยงาน” (IDR1)

2.2 ด้านกระบวนการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ทั้ง 3 หอผู้ป่วย มีการส่งเสริมสนับสนุนการจัดการความรู้บ้าง เช่น การกำหนดช่วงเวลาให้มีการแลกเปลี่ยนนำความรู้ที่ได้จากการประชุม สำหรับปัญหาและอุปสรรค เช่น ภาระงานมาก งานไม่ตรงกัน และแนวทางการแก้ไข ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้จัดมุมความรู้และนำเทคโนโลยีมาใช้ ดังตัวอย่างข้อมูล

“หัวหน้าต้องกำหนดให้จัดการความรู้ที่เกี่ยวของกับปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงานคนละเรื่อง/เดือน และกำหนดช่วงเวลาเวรเช้าต่อเวรบ่าย” (IDHR1)

2.3 ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการนำผลการจัดการความรู้มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตัวจนเกิดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรจากการวัดผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงกับตัวชี้วัด ดังตัวอย่างข้อมูล

“การทบทวนการใช้ อาการนำชักนำมาใส่ในแบบประเมินรับใหม่ผู้ป่วยทางสูติที่ความดันสูงให้น้องมาใหม่ได้เรียนรู้ ทำให้น้องสามารถประเมินอาการนำได้ถูกต้องขึ้น” (IDHR5)

2.4 ด้านข้อเสนอแนะ พบว่า ควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ควรพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการความรู้ กำหนดแนวทางการจัดการความรู้ชัดเจน นำเทคโนโลยีมาใช้ให้เข้าถึงความรู้ได้ง่ายขึ้น จัดมุมความรู้ และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ดังตัวอย่างข้อมูล

“กำหนดนโยบายที่ชัดเจน หรือมอบหมายผู้รับผิดชอบทำให้ เห็นความสำคัญในการทำเรื่องนี้ภายในหน่วยงาน” (IDM1)

“ควรจะกำหนดแนวทางการจัดการความรู้ให้ชัดเจนและควรสนับสนุนเวลาเช่นเมื่อประชุมหน่วยงาน” (IDHR1)

“ควรดึงเทคโนโลยีเข้ามาร่วมค่ะ เพราะมีเด็กรุ่นใหม่เข้ามา เก็บเอกสารในสื่อออนไลน์หาง่ายแต่ต้องอัปเดต” (IDHR4)

3. การพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้ที่ดำเนินการเป็นขั้นตอนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการและตามวงรอบของ PAOR ทำให้ได้รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ประกอบด้วยกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน คือ

1. การจัดการด้านโครงสร้างในการพัฒนารูปแบบการจัดการความรู้

2. การจัดการด้านกระบวนการเพื่อส่งเสริมการจัดการความรู้

2.1 การกำหนดประเด็นการจัดการความรู้

2.2 การสร้างและแสวงหาความรู้

2.3 การกลั่นกรองความรู้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร

2.4 การจัดการการเข้าถึงองค์ความรู้เพื่อให้สามารถเข้าถึงและนำองค์ความรู้ไปใช้ได้ทันเวลา

3. การจัดการด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ โดยทีมจัดการความรู้ของแต่ละหอผู้ป่วย ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งเสริมการพัฒนางาน CQI และนวัตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ดังตาราง 1

ตาราง 1 รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เครื่องมือ /เอกสาร
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม	1. การจัดการด้านโครงสร้าง 1.1 แต่งตั้งคณะทำงานระดับกลุ่มงาน ระดับหอผู้ป่วย 1.2 กำหนดบทบาทหน้าที่และเพิ่มสมรรถนะการจัดการความรู้ 1.3 คณะทำงานร่วมออกแบบแนวทางการทำ KM และจัดตารางการทำ KM	1. แผนปฏิบัติการ 2. หอผู้ป่วย
คณะทำงานระดับหอผู้ป่วย	2. การกำหนดประเด็นการจัดการความรู้ 2.1. คณะทำงานทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพ มาตรฐานการปฏิบัติ อุบัติการณ์ความเสี่ยง และกลุ่มความรู้ที่ติดตัว (tacit knowledge) 2.2 กำหนดประเด็นความรู้ที่ต้องการจัดการทั้งระดับหอผู้ป่วยและกลุ่มงาน และจัดลำดับความสำคัญ 2.3 กำหนดตารางเวลาและผู้รับผิดชอบในการจัดการความรู้ตามประเด็น	1. ตัวชี้วัดหอผู้ป่วย 2. การรายงานความเสี่ยง 3. Service Profile
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ได้รับมอบหมาย	3. การรวบรวมความรู้ 3.1 ระบุแหล่งความรู้ (เอกสาร สื่อ บุคคล) 3.2 กำหนดวิธีการรวบรวมข้อมูล ความรู้จากแหล่งความรู้ 3.2 รวบรวมความรู้จากแนวทางที่ระบุ	1. ผู้ชำนาญในแต่ละโรค 2. แนวปฏิบัติต่าง ๆ 3. วิชาการ งานวิจัย 4. เอกสารประชุม
คณะทำงานจัดการความรู้	4. การกลั่นกรองความรู้ 4.1 นัดหมายผู้รับผิดชอบนำเสนอผลการรวบรวมความรู้และร่วมกันสรุปผลของความรู้ที่รวบรวม 4.2 นำเสนอผลที่รวบรวมความรู้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบให้ข้อเสนอแนะ	1. ประชุมหอผู้ป่วย 2. ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
คณะทำงานจัดการความรู้	5. การบันทึกความรู้และจัดเก็บบันทึกความรู้ 5.1 บันทึกความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เอกสาร ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ VDO 5.2 จัดเก็บบันทึกความรู้ในแฟ้ม KM หอผู้ป่วย เว็บไซต์ และอื่น ๆ	1. แฟ้ม KM 2. หอผู้ป่วย 3. เว็บไซต์กลุ่มงาน
คณะทำงานจัดการความรู้	6. การเผยแพร่บันทึกความรู้ 6.1 ประชาสัมพันธ์ในไลน์หอผู้ป่วย 6.2 มอบหมายผู้รับผิดชอบนำเสนอในที่ประชุมหอผู้ป่วย	1. กลุ่มไลน์หอผู้ป่วย 2. ประชุมหอผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เครื่องมือ /เอกสาร
หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย	7. การนำความรู้ไปใช้ โดยการควบคุม กำกับ ติดตาม และสนับสนุนให้นำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน กิจกรรม	1. สมุดรายงานความเสี่ยง
หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย	8. พัฒนาชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practice: CoP)	1. กลุ่มไลน์

4. ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง มีรายละเอียดดังนี้

4.1 รูปแบบการจัดการความรู้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เนื่องจากมีการกำหนดนโยบายมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน ปฏิบัติได้ไม่ยาก ดังตัวอย่างข้อมูล

“ปฏิบัติตามรูปแบบที่กำหนดได้ไม่ยุ่งยาก ได้กำหนดผู้รับผิดชอบไว้ชัดเจน” (IDHR 1)

4.2 การรวบรวมและกลั่นกรองความรู้บางกระบวนการค่อนข้างยุ่งยากและใช้เวลาในการนัดเฉพาะผู้เชี่ยวชาญภายนอก ซึ่งต้องวางแผนล่วงหน้า ดังตัวอย่างข้อมูล

“ขั้นตอนการนัดผู้เชี่ยวชาญภายนอก เช่น นัดทีมเภสัชต้อง หรือแผนกเคมีบำบัดนัดล่วงหน้า” (IDH2)

4.3 การนำรูปแบบไปใช้จริงในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม พบว่าสามารถปฏิบัติได้และเป็นประโยชน์อย่างชัดเจน ดังตัวอย่างข้อมูล

“หนูได้เข้าไปอ่าน และวันนี้ฉีดได้ครั้งเดียว ดีใจค่ะ” (IDR4)

“นำมาใช้ได้จริงเลยค่ะ เป็นประโยชน์ในการดูแลคนไข้ และเหมาะกับยุคปัจจุบัน เพราะมีการใช้เทคโนโลยี น้อง ๆ เป็นเด็กรุ่นใหม่ จึงใช้ได้สะดวกค่ะ” (IDR9)

ดังนั้น รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง สามารถนำไปปฏิบัติตามได้จริงและมีประโยชน์ในการปฏิบัติงาน

การอภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ที่ได้รับการพัฒนาผ่านการวิจัยปฏิบัติการ และสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการคุณภาพของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2005) สามารถยกระดับคุณภาพการบริการทางการพยาบาลได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลพัทลุง ก่อนการพัฒนารูปแบบ ด้านโครงสร้างยังขาดนโยบายและแนวทางการจัดการความรู้ที่ชัดเจน การมอบหมายหน้าที่อยู่ที่คณะทำงานพัฒนาบุคลากรและหัวหน้าหอผู้ป่วย ซึ่งมีการสื่อสารแต่ไม่มีระบบชัดเจน ด้านกระบวนการไม่มีแนวทางสนับสนุนการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม การถ่ายทอดความรู้เกิดเพียงในกลุ่มเล็ก ๆ และด้านผลลัพธ์ผลของการจัดการความรู้ถูกนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน แต่ยังขาดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างหอผู้ป่วย ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากโรงพยาบาลพัทลุงหรือกลุ่มการพยาบาลยังไม่มีนโยบายหรือแนวทางการจัดการความรู้ที่ชัดเจนรวมถึงการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรม จึงส่งผลให้ขาดการกำหนดทิศทางที่ชัดเจนในการจัดการความรู้ทางการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรม ทำให้ไม่สามารถดำเนินการจัดการความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการจัดการความรู้ในการพยาบาลสูติ-นรีเวชกรรมที่เหมาะสมกับบริบท ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก คือ การสนับสนุนเชิงนโยบาย

จากผู้บริหารที่สอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาสมรรถนะของโรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการความรู้ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Aiempradit, Geerapong, and Sitakalin (2020) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ของผู้นำโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครปฐมพบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหารและโครงสร้างองค์กรมีอิทธิพลต่อการพัฒนาคุณภาพและการจัดการความรู้ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของกระบวนการจัดการความรู้ในองค์กรสุขภาพ คือ โครงสร้างขององค์กร โดยเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดการความรู้ (Ayatollahi & Zeraatar, 2020) ส่วนด้านกระบวนการส่งเสริม ควรสนับสนุนการจัดการความรู้ รวมทั้งแก้ไขปัญหาและอุปสรรค จึงจะช่วยให้การจัดการความรู้สำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Alboliteeh et al. (2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการความรู้กับประสิทธิภาพความยั่งยืนในโรงพยาบาล พบว่าการจัดการความรู้ที่มีประสิทธิภาพ การสร้างและแบ่งปันความรู้อย่างต่อเนื่องช่วยให้องค์กรประสบความสำเร็จยั่งยืน และจากการศึกษาของ Khopornklang, Techathaweewan, and Sarawanawong (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการจัดการความรู้ของสถาบันทันฑกรรมโดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้ภายในองค์กร พบว่าเทคโนโลยี วัฒนธรรมองค์กร และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยในการจัดการความรู้ได้สำเร็จ นอกจากนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการความรู้ด้านการพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดของพยาบาลวิชาชีพ คือ เทคโนโลยี วัฒนธรรมองค์กร และสารสนเทศ ซึ่งช่วยสนับสนุนในกระบวนการจัดการความรู้ โดยช่วยจัดเก็บและกระตุ้นให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มากขึ้น รวมทั้ง ความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองจนส่งผลให้เกิดการจัดการความรู้ได้สำเร็จ (Wattradul et al., 2016) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการความรู้และบทบาทของผู้นำทางการพยาบาลระหว่างปี ค.ศ. 2009 ถึง 2015 พบว่าการที่ผู้นำทางการพยาบาลส่งเสริมสนับสนุนให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้จะส่งผลให้เกิดการจัดการความรู้ได้สำเร็จ (Lunden, Teras, Kvist, & Laitila, 2017)

ด้านผลลัพธ์ ผลการวิจัยพบว่า ควรนำองค์ความรู้มาใช้ประโยชน์พัฒนางานและพัฒนาคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pochana, Chaiwongsa, and Somchock (2022) ที่พบว่าการทบทวนแนวปฏิบัติการทบทวนความรู้และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเฝ้าระวังและป้องกันการตกเลือดหลังคลอดและช่วยลดภาวะ Hypovolemic shock จากภาวะตกเลือดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว มีการวางแผนการพยาบาลที่เร็วขึ้น พยาบาลมีความตระหนักมากขึ้นจากการจัดการความรู้ จะทำให้เกิดการกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น เกิดการสร้างความรู้ใหม่ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และเกิดการพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล (Anderson & Willson, 2009)

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ต่อการใช้รูปแบบการจัดการความรู้ พบว่า รูปแบบการจัดการความรู้ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้จริง เนื่องจากไม่ยุ่งยากในการปฏิบัติ สามารถนำความรู้ที่บันทึกไว้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติงานทั้งกับผู้ปฏิบัติงานร่วมและผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและวางแผนในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในแต่ละสาขา โดยใช้การจัดการความรู้เป็นสิ่งทบทวนและต่อยอด

2. โรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นแนวทางในการออกแบบระบบการจัดการความรู้ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการด้านนโยบาย ซึ่งต้องมีการมอบหมายหรือกำหนดผู้รับผิดชอบตลอดจน ต้องกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการใช้งานร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

Aiempradit, A., Geerapong, P., & Sitakalin, P. (2020). Factors influencing knowledge management process among community hospital leaders at Nakhorn Pathom province. *Academic Journal of Community Public Health*, *7*(1), 139-157.

Alboliteeh, A., Alrashdi, M. S., Alrashdi, N., Gonzales, A., Mostoles, R. J., Pasay-An, E., & Dator, W. L. (2023). Knowledge management and sustainability performance of hospital organizations: The health care manager's perspective. *Sustainability, 15*(1), 203. https://doi.org/10.3390/su15010203

Anderson, J. A., & Willson, P. (2009). Knowledge management: Organizing nursing care knowledge. *Critical Care Nursing Quarterly*, *32*(1), 1-9.

Ayatollahi, H., & Zeraatkar, K. (2020). Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: A literature review. *Health Information & Libraries Journal, 37*(2), 98–117. https://doi.org/10.1111/hir.12285

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly, 83*(4), 691-729. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397

Dick, B. (2002). Action research: Action and research. *Journal of Educational Administration, 40*(5), 463–478. https://doi.org/10.1108/09578230210446093

Juntachum, W., Dapa, S., Sritragool, R., Wongsudta, R., Krasae, S., & Srisoomboon, D. (2020). The development of coaching model of nursing practices among nurse preceptors, Bangkok Hospital Khon Kan. *Journal of Nursing and Health Care*, *38*(1), 157-169.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planer* (3rd ed.). Victoria, Australia: Deakin University.

Khopornklang, A., Techathaweewan, W., & Sarawanawong, J. (2018). Factors related to knowledge management process of institute of Dentistry, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University, 11*(1), 14-29.

Lunden, A., Teras, M., Kvist, T., & Laitila, A. H. (2017). A systematic review of factors influencing Knowledge management and the nurse leader's role. *Journal of Nursing Management*, *25*(6), 407-420. https://doi.org/10.1111/jonm.12478

Office of Knowledge Management and Development. (2023). *What is knowledge management (KM), and how much is needed to use KM.* Retrieved from https://www.okmd.or.th/about/index.php

Office of the Public Sector Development Commission. (2019). *Knowledge management.* Retrieved from https://www.opdc.go.th/content/NDg2Mg

Phatthalung Hospital. (2022). *Nursing personal information.* Nursing Department, Phatthalung Hospital.

Phanich, V. (2016). *A new horizon in knowledge management.* Bangkok.

Pochana, W., Chaiwongsa, K., & Somchok, P. (2021). Development of the risk factor assessment and nursing practice guideline for prevention of early postpartum hemorrhage by knowledge management, Sawang Dandin Crown Prince Hospital. *Research and Development Health System Journal*, *14*(2), 182-194.

Thana, P., Thareepan, N., & Chartchumni, M. (2017). Buddhism with service quality development. *Journal of Nursing and Health care*, *35*(3), 15-24.

Wattradul, D., Jamsomboon, K., Sanprasan, P., Sutipong, N., Taechaveerakorn, N., & Prousoontorn, M., (2016). Factors influencing to knowledge management of cardiovascular nursing in registered nurse. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, *27*(2), 85-98.

Wettayaprasit, V. (2020). *Knowledge management*. Faculty of Computer Science, Prince of Songkla University.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

THE EFFECTS OF A SELF-REGULATION MINDFULNESS-BASED COGNITIVE PROGRAM ON DEPRESSION IN GERIATRIC PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

จารุวรรณ ก้านศรี[1]
Jaruwan Kansri
นภัสสร ยอดทองดี[2]
Napatsorn Yodthongde
ประกาศิต พูลวงษ์[2]
Prakasit Poonwong
สุวรรณี โตแก้ว[3]
Suwannee TaoKauw
ศศิวิมล บูรณเรข[4,*]
Sasiwimon Booranarak

[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดชัยนาท 17000
Assistance Professor, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Chainat, 17000, Thailand
[2]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดชัยนาท 17000
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Chainat, Chainat,17000, Thailand
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานเทศบาลเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท 17000
Registered Nurse, Chainat Town Municipality, Chainat, 17000, Thailand
[4]อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กรุงเทพมหานคร 10400
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute, Bangkok, 10400, Thailand
[*]Coresponding author E-mail: sasiwimon.b@bcn.ac.th

Received: *August 15, 2024* Revised: *November 21, 2024* Accepted: *December 21, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติที

ผลการศึกษา พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 13.53, SD = 2.39 และ M = 4.87, SD = 1.63; t = 3.32, p = .000) และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = 4.87, SD = 1.63 และ M = 13.47, SD = 2.11; t= 3.14, p = .000)

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ : การกำกับตนเอง, การเจริญสติตระหนักรู้ความคิด, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Abstract

This study employs a quasi-experimental research design with a pretest-posttest control group to 1) compare the average depression scores of geriatric patients with chronic diseases in the experimental group before and after participating in the self-regulation mindfulness-based cognitive program, and 2) compare the average depression scores between the experimental and control groups before and after the intervention The sample consisted of sixty geriatric patients with chronic diseases, selected using purposive sampling. The research instruments included a self-regulation mindfulness-based cognitive program conducted weekly and the 7-color ball depression assessment form (11Q). Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and *t*-tests to compare means.

The result revealed that 1) the experimental group exhibited significantly lower average depression scores after the intervention compared to before (M = 13.53, SD = 2.39 and M = 4.87, SD = 1.63; t = 3.32, p = .000) and 2) the experimental group had significantly lower depression scores after the intervention compared to the control group (M = 4.87, SD = 1.63 and M = 13.47, SD = 2.11; t = 3.14, p = .000).

The findings suggest that healthcare professionals should implement this program to reduce depression among geriatric patients with chronic diseases.

Keywords: self-regulation, mindfulness-based cognitive program, depression, geriatric patients with chronic diseases

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมปัจจุบันที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย ส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และสมองเสื่อม เป็นต้น (Ratchabut, Chantamungkhun, & Saehor, 2017) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีปัญหาด้านจิตใจและเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา ซึ่งจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวนกว่าสองแสนคน และได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q พบมีความผิดปกติจำนวนกว่าหนึ่งพันคน (Health Data Center, 2024) สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1 จากการประเมินด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 28.8

และการประเมินภาวะสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Geriatric Mental Health Assessment Tool: T-GMHA-15) พบผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติร้อยละ 24.4 (Chainat Municipal Public Health Service Center1, 2019)

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย (World Health Organization, 2021) จึงจำเป็นที่บุคลากรด้านสาธารณสุขจะต้องให้การช่วยเหลือโดยต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงกลไกทางจิตและแนวทางการจัดการภาวะซึมเศร้าเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีศักยภาพและพลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถพึ่งพาตนเองและเห็นคุณค่าในตนเอง การจัดการภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีหลายวิธีทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (Mind fulness-Based Cognitive Therapy: MBCT) เกิดจากการประยุกต์การลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Stress Reduction Program: MBSR) ร่วมกับโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) โดยเน้นการมีสติรู้ว่ากำลังคิดอะไร และสามารถแยกตนเองออกจากความคิดที่ไม่ใช่ความจริงได้ การฝึกสติและสมาธิอย่างเป็นรูปแบบด้วยการเดินจงกรม การนั่งสมาธิ ฝึกให้ตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดด้านลบที่เกิดขึ้น ทั้งอดีต ปัจจุบัน และอนาคต จะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า การมีสติจะช่วยให้เกิดการปรับมุมมองใหม่เสมือนการรับรู้ความคิดความรู้สึกที่ตรงกับความเป็นจริง รับรู้สาเหตุและปัญหาของการเกิดภาวะซึมเศร้าของตนเองมากขึ้น การบำบัดด้วยวิธีการนี้สามารถกำกับตนเองด้านความคิด รับรู้อารมณ์ความรู้สึกอย่างเป็นกลางมากขึ้น (Losatiankij, 2015)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Musaa et al. (2020) พบว่าการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดสามารถลดอาการของภาวะซึมเศร้า ลดอัตราการกำเริบของโรคซึมเศร้าและมีสติมากขึ้น ซึ่งการมีสติตระหนักรู้เป็นส่วนหนึ่งตามหลักคำสอนของพุทธศาสนาและสังคมไทยที่มีความเชื่อสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ผ่านกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม ทั้งเรื่องกรรม การกระทำบนพื้นฐานของเหตุและผล การแก้ไขปัญหา การจัดการ การปรับตัวและการเรียนรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่มีลักษณะเชื่อมโยงกับวิถีของธรรมชาติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและจิต (Thitasaro, Katapunyo & Senphunga, 2019) ซึ่งสามารถแก้ไขได้โดยการฝึกสติให้อยู่กับปัจจุบัน หยุดความคิดซ้ำ ๆ ที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น การลดภาวะซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดำเนินชีวิต การสวดมนต์ เดินจงกรม การทำสมาธิสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายได้ มีผลทำให้เกิดความสงบ ผ่อนคลายทางกายและใจ (Cheaplamp, Dangdomyouth, & Malai, 2019) ผลที่เกิดจากการรับรู้ตนเอง และการรับรู้ความคิดความความรู้สึกของตนเองจะก่อให้เกิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ได้ดีขึ้น (Losatiankij, 2015)

การกำกับตนเองในทฤษฎีเชิงปัญญาสังคมของแบนดูรา (Bandura, 1986) เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่ต้องการด้วยตัวบุคคลเอง มีการนำการกำกับตนเองมาใช้ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพราะมีเพียงผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ตลอดระยะเวลาที่เจ็บป่วย ทั้งนี้การกำกับตนเองเป็นกลยุทธ์การเพิ่มความสามารถของตนเองที่มีประสิทธิภาพในการรักษา การจัดการภาวะซึมเศร้าให้ลดลง ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Duggal, 2019) ซึ่ง Biesheuvel-Leliefeld et al. (2018) ได้นำแนวคิดการจัดการตนเองมาบำบัดกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แล้วพบว่า สามารถลดอาการซึมเศร้าได้นานกว่า 12 เดือน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Hagerty, Bathish, and Kuchman

(2018) ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองเพื่อควบคุมภาวะซึมเศร้าจะสามารถจัดการกับภาวะซึมเศร้าและควบคุมภาวะซึมเศร้าได้ถึง 6 เดือน

ดังนั้น ผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท จึงได้นำการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมาใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และศึกษาผลที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง ได้ฝึกสติกับปัจจุบัน หยุดความคิดซ้ำ ๆ ความคิดหาแนวทางวางแผนและตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน นำไปสู่การลดลงภาวะซึมเศร้า สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

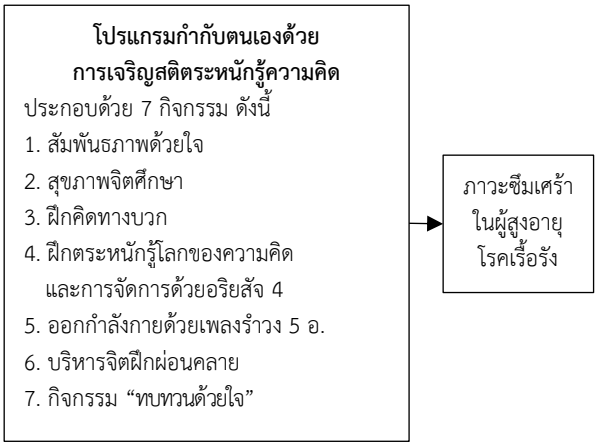
สมมุติฐานวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) เกิดจากการประยุกต์การลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (MBSR) และการปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) ซึ่งในการวิจัยนี้ ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกสมาธิทั้งในขณะร่างกายเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เดินจงกรม และไม่เคลื่อนไหว เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ฝึกใคร่ครวญ ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบ นำไปสู่การเข้าใจปัญหาและสาเหตุ แล้วคิดหาแนวทางแก้ไขปัญหา และใช้สติในการแก้ปัญหาในระยะยาว (Segal et al., 2003) ร่วมกับให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้นำประสบการณ์ของตนเองมาฝึกคิดอย่างสมเหตุผล คิดทางบวก ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ประกอบกับการประยุกต์ใช้การกำกับตนเอง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ที่มุ่งเน้นการควบคุมความคิด อารมณ์ด้านลบ และเพิ่มอารมณ์ด้านบวก และการแสดงพฤติกรรมที่ตอบสนองอารมณ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest- posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 2,617 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งเพศชายและหญิง ที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1 อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 60 คน คำนวณมาจากโปรแกรม G*Power โดยกำหนดขนาดอิทธิพลจากคะแนนภาวะซึมเศร้าในผลการศึกษาของ Pantong and Dangdomyouth (2018) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .75 และกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .08 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย จำนวน 23 คน ซึ่งในการศึกษานี้กลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีโอกาสออกจากการวิจัยได้ง่าย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อให้เพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้ตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) ระหว่าง 7 - 18 คะแนน 2) ช่วยเหลือตัวเองได้ดี 3) ไม่มีประวัติการรักษาด้วยโรคกายและโรคทางจิตเวชรุนแรง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคจิต โรคติดต่อทางเดินหายใจ เป็นต้น 4) ยินดีร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกกิจกรรม 5) อ่านออก เขียนได้ และพูดคุยด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีการเจ็บป่วยทางกายและจิตเวชกำเริบรุนแรง และ/หรือเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลขณะดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ผู้วิจัยสร้างและออกแบบตามกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย 7 กิจกรรม การดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที รวม 7 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ (เฉพาะวันทำการ) ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 - มกราคม พ.ศ. 2567 มีรายละเอียดสังเขปดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม “สัมพันธภาพด้วยใจ” โดยผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน การทำความรู้จักกัน พร้อมอธิบายหลักการขั้นตอน วัตถุประสงค์ กฎกติกา การรักษาความลับและการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม “สุขภาพจิตศึกษา” ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และอธิบายวิธีการใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) และการแปลผลเพื่อให้เข้าใจปัญหา สาเหตุ และวิธีการลดภาวะซึมเศร้าและทำการประเมินภาวะซึมเศร้า

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรม “ฝึกคิดทางบวก” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองฝึกจำแนกสถานการณ์เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้นเชิงบวกและลบ และการฝึกเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นบวก เพื่อให้รู้เท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น สามารถแยกแยะความคิดอัตโนมัติด้านลบ และด้านบวกอย่างสร้างสรรค์

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรม “ฝึกตระหนักรู้โลกของความคิด และการจัดการด้วยอริยสัจ 4” ผู้วิจัยสร้างสถานการณ์และให้สมาชิกกลุ่ม เลือกและฝึกจัดการกับสถานการณ์ และระบุอารมณ์ที่เกิดขึ้นต่อสถานการณ์นั้น พร้อมบอกเหตุผลของการเลือกและการจัดการสถานการณ์อย่างสมเหตุผล โดยใช้หลักการตระหนักรู้ความคิดด้วย ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรม “ออกกำลังกายด้วยเพลงรำวง 5 อ.”โดยผู้วิจัยให้สมาชิกกลุ่ม ฝึกท่ารำและเปิดเพลงรำวง 5 อ. ที่แต่งขึ้นโดยผู้วิจัย พร้อมกับการใส่จังหวะรำวงมาตรฐาน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การออกกำลังกาย และช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ความคิดจากทำนองเพลงและจังหวะการรำ เพราะจะมีการใช้สมาธิจดจ่อกับท่ารำและเสียงเพลง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรม “บริหารจิตฝึกผ่อนคลาย” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองสวดมนต์บทสวดอิติปิโส และบทสวดอื่น ๆ ที่นำไปสู่การฝึกจิต

พร้อมกับฝึกนั่งสมาธิและฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการเกร็ง-คลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ แบบช้า ๆ

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรม “ทบทวนด้วยใจ” ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทบทวนและฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ทำมา 6 สัปดาห์ แล้วจึงประเมินภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q)

โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดในการวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของโปรแกรมจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ พยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่จบการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมเท่ากับ .96 ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมที่แก้ไขไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 8 คน พบว่า กิจกรรมที่ 4 การตระหนักรู้โลกของความคิดและการจัดการจิตใจที่ฟุ้งซ่านด้วยอริยสัจ 4 ควรฝึกให้เลือกจัดการกับสถานการณ์ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนจะเหมาะสมกับเวลามากกว่า ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนใช้ในโปรแกรมจริงที่กล่าวมาข้างต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) ของ Charoensuk (2024) ที่พัฒนามาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2Q-9Q-8Q) มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ คะแนนเต็ม 48 คะแนน ข้อที่ 1 - 8 ถามเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนน มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มีเลย 1 หมายถึง เป็นบางวัน 1 - 7 วัน 2 หมายถึง เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน และ 3 หมายถึง เป็นทุกวัน ส่วนข้อที่ 9 - 11 ถามเกี่ยวกับอาการและพฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีพฤติกรรมเหล่านี้หรือไม่ เกณฑ์การให้คะแนนมี 2 ตัวเลือก ได้แก่ 0 หมายถึง ไม่มี และ 1 หมายถึง มี แล้วจัดกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าเป็น 7 สี ดังนี้

สีขาว คะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง กลุ่มปกติ ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

สีเขียวอ่อน คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่เกิดการเจ็บป่วย

สีเขียวเข้ม คะแนนรวม 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยอาการซึมเศร้าและได้รับการรักษาอยู่ โดยเป็นกลุ่มป่วยที่ควบคุมอาการได้ด้วยการรักษาต่อเนื่อง

สีเหลือง คะแนนรวม 13 - 18 คะแนน และเมื่อสอบถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าไม่มีความคิดดังกล่าว จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมจากบุคลากรทางสุขภาพ

สีส้ม คะแนนรวม 19 - 22 คะแนน และพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อรับการรักษาจากแพทย์หรือพยาบาลจิตเวช

สีแดง คะแนนรวม 23 - 30 คะแนน และพบว่ามีแผนการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง จำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจากจิตแพทย์และดูแลโดยพยาบาลจิตเวชอย่างเร่งด่วน

สีดำ คะแนนรวมมากกว่า 30 คะแนน และพบว่ามีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แต่ยังฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตจากแพทย์ ปรึกษาจิตแพทย์และดูแลโดยพยาบาลจิตเวชอย่างเร่งด่วน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ตรวจโปรแกรม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเท่ากับ .78 และผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เอกสารรับรองเลขที่ BCNC-IRB 018/2566 รหัสเลขที่โครงการวิจัย 015/66 ลงวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับอธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัยทุกคน รวมทั้งได้รับการรักษาความลับ ซึ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบต่อการรักษาหรือการใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ชดเชยให้กับกลุ่มควบคุมที่ยินดีรับโปรแกรมหลังการทดลองโดยนัดหมายเวลาและดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองชัยนาทเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเตรียมทีมผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอนและฝึกการใช้โปรแกรมและเครื่องมือวิจัยให้ผู้ช่วยวิจัย ซึ่งผู้ช่วยวิจัยสามารถนำโปรแกรมไปใช้ได้อย่างถูกต้องและในขณะทดลองใช้โปรแกรม ผู้วิจัยช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบประเมินภาวะซึมเศร้า "ปิงปองจราจร 7 สี" (11Q) และร่วมกับทีมผู้ช่วยวิจัยในการสาธิตออกกำลังกายด้วยเพลงรำวง 5 อ. การนั่งสมาธิ และฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินภาวะซึมเศร้า "ปิงปองจราจร 7 สี" (11Q) ในครั้งแรกก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลคนละ 8 - 10 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ทุกวันจันทร์ (วันทำการ) รวม 7 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติของแพทย์ การมาตรวจตามนัด และการให้ข้อมูลทางสุขภาพจิตจากพยาบาลวิชาชีพของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยนาท 1

3. ขั้นประเมินผล เมื่อสิ้นสุดการวิจัยสัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะซึมเศร้า "ปิงปองจราจร 7 สี" (11Q) โดยนัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมาทำการประเมินในวันสุดท้ายของการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ Chi-square ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด โดยใช้ Paired *t*-test

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Independent *t*-test

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย *t*-test ผู้วิจัยได้ตรวจข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติแล้ว พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง มีการกระจายเป็นแบบปกติ จึงสามารถใช้ *t*-test ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยได้

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการวิจัยนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.00 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 66.67 และ 70.00 ตามลำดับ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 กลุ่ม มีอาชีพค้าขายร้อยละ 73.30 และ 63.30 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอ

ร้อยละ 100 ดังนั้น ในด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2. ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดก่อนและหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองอยู่ในกลุ่มสีขาว ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ และ $M = 13.53$, $SD = 2.39$; $t = 3.32$, $p = .000$) ดังตาราง 1

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มสีขาว ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 4.87$, $SD = 1.63$ และ $M = 13.47$, $SD = 2.11$; $t = 3.14$, $p = .000$) ดังตาราง 2

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			*t*	*P*
	M	*SD*	แปลผล	*M*	*SD*	แปลผล		
กลุ่มทดลอง ($n = 30$)	13.53	2.39	สีเหลือง	4.87	1.63	สีขาว	3.32	.000
กลุ่มควบคุม ($n = 30$)	13.20	2.15	สีเหลือง	13.47	2.11	สีเหลือง	2.61	.203

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดกับกลุ่มควบคุม ($N = 60$)

คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	กลุ่มทดลอง ($n = 30$)			กลุ่มควบคุม ($n = 30$)			*t*	*P*
	M	*SD*	แปลผล	*M*	*SD*	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	13.53	2.39	สีเหลือง	13.20	2.15	สีเหลือง	2.30	.109
หลังการทดลอง	4.87	1.63	สีขาว	13.47	2.11	สีเหลือง	3.14	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองอยู่ในกลุ่มสีขาว ซึ่งต่ำกว่าก่อนการทดลองที่อยู่ในกลุ่มสีเหลืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดที่ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ตามแนวคิดการบำบัดด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด (MBCT) (Segal, Williams, & Teasdale, 2003) ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดการกำกับและควบคุมอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะมีความคิดด้านลบ มีความคิด

หมกหมุ่นกับความคิดโทษตนเอง ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า แต่โปรแกรมนี้ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสติอยู่กับปัจจุบัน ทบทวนความคิดความรู้สึกตรงตามความเป็นจริงและเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการฝึกให้เกิดการตระหนักรู้ในอารมณ์และความคิดที่สมเหตุสมผล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pantong and Dangdomyouth (2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางในที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ Kenbubpha, Pianthong, Saguanrum, and Sukhawaha (2023) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย พบว่า การเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีประสิทธิผลในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าและลดอาการซึมเศร้าและความหมกหมุ่นครุ่นคิดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองทันทีและในระยะติดตามผลภายใน 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ การนำหลักอริยสัจ 4 หรือหลักความจริง 4 ประการ ได้แก่ ทุกข์ คือ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก สมุทัย คือ สาเหตุของความทุกข์ นิโรธ คือ การดับทุกข์ที่เกิดขึ้น และ มรรค คือ หนทางแห่งการดับทุกข์ (Siribhuddo (Triviseassri), 2020) มาใช้ในกิจกรรมทำให้เกิดการเชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าร่วมกัน ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ความคิดและอารมณ์ด้านลบที่เกิดจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบจิตใจ นำไปสู่การตอบสนองอย่างมีสติและอยู่กับปัจจุบัน จึงเกิดการแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาอย่างสมเหตุผล (Phukhothin, Pratoomkaew, & Inthawee, 2022) ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงสามารถกำกับและดูแลตนเองได้ดีขึ้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในกลุ่มสีขาว ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่อยู่ในกลุ่มสีเหลือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องจากโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า สอนการประเมินภาวะซึมเศร้า “ปิงปองจราจร 7 สี” (11Q) วิเคราะห์เหตุการณ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ปัญหาตามหลักอริยสัจ 4 กับกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มทดลองมีความรู้ และแนวทางการจัดการตนเองเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Sermthongtip, Hengudomsub, Vatanasin, and Pratoomsri (2017) ที่พบว่า โปรแกรมการบำบัดทางปัญญาบนพื้นฐานของสติ สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานได้ โดยทำให้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Choompubut, Kenbubpha, Sukhawaha, Leejongpermpoon, and Saima-in (2022) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ลดลง และสามารถป้องกันการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำได้

นอกจากนี้ การที่โปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิดมีกิจกรรม

ฝึกคิดทางบวก ตระหนักรู้โลกของความคิด การจัดการปัญหาด้วยอริยสัจ 4 และบริหารจิตร่วมกับการฝึกผ่อนคลาย ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีสติตระหนักรู้เท่าทันความคิดด้านลบของตนเอง เกิดการปรับความคิดและความรู้สึกจนเห็นคุณค่าของตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยให้เห็นการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมจากสมาชิกในกลุ่ม จึงเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Biesheuvel-Leliefeld et al. (2018) ที่นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แล้วพบว่า สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ รวมทั้ง สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคซึมเศร้าได้อีกด้วย

สำหรับกิจกรรมออกกำลังกายด้วยรำวง “5อ.” เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มการมีสติ จดจ่อกับสิ่งที่ทำปัจจุบัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้ว่าตนเองกำลังคิดและทำอะไรอยู่ จึงสามารถมีสติจัดการกับภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Kansri, Soonthornchaiya, and Somprasert (2018) ที่พบว่า การออกกำลังกายและรำประกอบจังหวะจะช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นการกระตุ้นการทำงานของสมองให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น และเพิ่มการหลั่งของสารสื่อประสาทเซโรโทนิน (serotonin) ที่มีผลต่อการควบคุมอารมณ์ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิด มีอารมณ์ทางบวก มองตนเองในมุมบวก และมองเห็นศักยภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น ภาวะซึมเศร้าจึงลดลงได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 สามารถนำโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ไปใช้เป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในแต่ละชุมชน

1.2. ควรนำโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ไปปรับใช้ในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หลังได้รับโปรแกรมกำกับตนเองด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ความคิด ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี เพื่อประเมินประสิทธิผลของความสามารถในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey, NJ: Prentice Hall.

Biesheuvel-Leliefeld, K. E. M., Bosmans, J. E., Dijkstra-Kersten, S. M. A., Smit, F., Bockting, C. L. H., van Schaik, D. J. F., van der Horst, H. E. (2018). A supported self-help for recurrent depression in primary care; An economic evaluation alongside a multi-center randomised controlled trial. *PLOS ONE, 13*(12), 1-18.

Chainat Municipal Public Health Service Center 1. (2019). *Annual report 2019.* Chainat.

Charoensuk, S. (2024). *Modification of the PBRI model for primary care.* Suphanburi: Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi.

Cheaplamp, S., Dangdomyouth, P., & Malai, C. (2019). Remedy for people with depression by Dharma: Nature according to the buddhist way. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(3), 1-13.

Choompubut, P., Kenbubpha, K., Sukhawaha, S., Leejongpermpoon, J., & Saima-in, H. (2022). Development and the effect of self-management with mindfulness-based cognitive therapy program for preventing relapse among people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, *36*(3), 117-140.

Duggal, H. S. (2019). Self-management of depression: Beyond the medical model. *The Permanente Journal*, *23*, 218-295.

Health Data Center. (2024). *Screening for depression (2Q) in patients with chronic diseases, Health Region 3, fiscal year 2024*. Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=574437c29aff8d1709da55677abc4b03

Hagerty, B. M., Bathish, M. A., & Kuchman, E. (2018). Development and testing of a self-regulation model for recurrent depression. *Journal of Health Psychology, 25*(10-11), 1732–1742.

Kansri, J., Soonthornchaiya, R., & Somprasert, C. (2018). The effects of the cognitive rehabilitation program on depression among older adults with cognitive impairment. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 34*(1), 35-46.

Kenbubpha, K., Pianthong, K., Saguanrum, K., & Sukhawaha, S. (2023). Mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorder in Thailand: Testing efficacy of the program. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 37*(3), 31-52.

Losatiankij, P. (2015). Mindfulness psychotherapy in depression. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, 9*(1), 47-56.

Musaa, Z. A., Lam, S. K., Mukhtar, F. B. M., Yan, S. K., Olalekan, O. T., & Geok, S. K. (2020). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the management of depressive disorder: Systematic review. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 12*, 1-7.

Pantong, K., & Dangdomyouth, P. (2018). The effective of resilience quotient emphasizing mindfulness-based program on depression in older persons with major depressive disorder. *Kuakarun Journal of Nursing, 25*(2), 105-118.

Phukhothin, U., Pratoomkaew, S., & Inthawee, P. (2022). Management stress by using the 4 Noble Truths in the organizational management. *Journal of Buddhist Philosophy Evolved, 6*(2), 650-661.

Ratchabut, N., Chantamungkhun, J., & Saehor, J. (2017) The study social cultural program for mental health promotion and depressive prevention in the elders Donmon sub-district, Satuek district, Burirum province. *HCU Journal, 20*(40), 115-125.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2003). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York, NY: Guilford Press.

Sermthongtip, S., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Pratoomsri, W. (2017). The effect of mindfulness-based cognitive therapy program on depression among persons with diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25*(3), 66-75.

Siribhuddo (Triviseassri), P. (2020). Prevention of depression to solve life problems in the situation of COVID-19 according to the Noble Truth 4. *The Journal of Sirindhornparidhat, 21*(2), 134-146.

Thitasaro, P. S., Katapunyo, P. T., & Senphunga, P. (2019). Local wisdom and buddhist beliefs. *Journal of Graduate Saket Review, 4*(1), 12-20.

World Health Organization. (2021). *Depression.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร[1]

THE LIVED EXPERIENCES OF CAREGIVERS IN TAKING CARE OF OLDER ADULTS WITH DEMENTIA IN BANGKOK METROPOLIS

กาญจนา กิริยางาม[2,*] ดวงรัตน์ กวีนันทชัย[2] รัตนา จารุวรรโณ[3] วณิดา มงคลสินธุ์[4]
Kanjana Kiriyangam Duangrat Kaveenuntachai Ratana Charuwanno Vanida Mongkolsindhu

[1]ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนวิจัย มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
This research received funding from Navamindradhiraj University.

[2]อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
Lecturer, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand
[3]รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร 10510
Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, Minburi, Bangkok, 10300, Thailand
[4]อาจารย์ประจำ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
Lecturer, Faculty of Science and Health Technology, Navamindradhiraj University, Dusit, Bangkok, 10300, Thailand
*Corresponding author E-mail: kanjana_k@nmu.ac.th

Received: *July 31, 2024* Revised: *October 24, 2024* Accepted: *December 21, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงถูกนำมาใช้ในการเลือกผู้ให้ข้อมูล จำนวน 18 คน โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่น้อยกว่า 6 เดือน อายุระหว่าง 27 - 71 ปี ข้อมูลมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 ครั้ง ด้วยคำถามปลายเปิด พร้อมการสังเกตผู้ให้ข้อมูล ครั้งละ 45 - 60 นาที การสังเกต ประกอบด้วย ภาษาพูด ท่าทาง ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ดูแล ทุกการสัมภาษณ์ถูกบันทึกและถอดเทปเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมี 3 ประเด็น 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอารมณ์เชิงบวกและลบต่อการดูแล ได้แก่ เห็นอกเห็นใจ/สงสาร เครียด และโมโห 2) ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร 3) สิ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของบุคลากรทั้งในยามฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน

ผลงานวิจัยนี้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในอนาคต โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำผลการวิจัยนี้พัฒนาเป็นนโยบายในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในประเทศไทย

คำสำคัญ : ภาวะสมองเสื่อม, ประสบการณ์ของผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ

Abstract

This qualitative research aimed to describe the lived experiences of caregivers in providing care for older adults with dementia in Bangkok. Purposive sampling was used to select 18 informants who had at least six months of experience in caring for older adults with dementia and were aged between 27 and 71 years. Data were collected through two in-depth interviews with open-ended questions and participant observations, each session lasting 45 - 60 minutes. Observations included verbal and non-verbal behaviors, emotions, feelings, and the experiences of caregivers. All interviews were recorded and transcribed for accuracy. Data were collected from July to September 2020 and analyzed using content analysis.

The findings revealed three main themes in the lived experiences of caregivers for older adults with dementia in Bangkok: 1) Caregivers had both positive and negative emotions in caregiving, including empathy, stress, and angry; 2) Problems and barriers of caregivers in caring for older adults with dementia; and 3) Essentials of caregiving were physical and psychological preparation, family support, and professional support during both emergent and non-emergent situations.

This research is beneficial for enhancing the quality of care for older adults with dementia in the future. Organizations, particularly those involved in elderly care, may use these findings to develop policies aimed at enhancing the capabilities of caregivers in Thailand.

Keywords: dementia, lived experiences of caregivers, older adults

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (dementia) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมีผลกระทบต่อสาธารณสุขทั่วโลก องค์การอนามัยโลกตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในด้านความจำ การรู้คิด สติปัญญา ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อารมณ์และพฤติกรรมต่าง ๆ จากการรายงานพบว่า ผู้ป่วยสมองเสื่อมมีประมาณ 50 ล้านคนทั่วโลก (หรือคิดเป็นประมาณ 5% ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก) และคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมจะเพิ่มขึ้นเป็น 82 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 และ 152 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 โดยอัตราของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 5 - 8 (World Health Organization, 2019) เช่นเดียวกับสถานการณ์ผู้ป่วยสมองเสื่อมในทวีปเอเชีย ซึ่งคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยสมองเสื่อมมากกว่า 33 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลก และเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าในทุก ๆ 20 ปี และอาจเพิ่มมากกว่า 66 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 (World Health Organization, 2015)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11.6 ล้านคน หรือ 17.5% ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.30 ในปี พ.ศ. 2573 (National Statistical Office, 2018) และจากรายงานของสมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติ พบว่าในปี ค.ศ. 2019 มีจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมทั่วโลกประมาณ 50 ล้านคน โดยจะเพิ่มขึ้นเป็น 152 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2050 ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง (Alzheimer's Disease International, 2019) และผลการสำรวจความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2560 พบประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตรา

ความชุกของภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 8.1 และจะยิ่งพบได้มากในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป (Department of Mental Health, 2018) อย่างไรก็ตาม สมาคมโรคอัลไซเมอร์นานาชาติได้แจ้งว่า มีเพียงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย (Alzheimer's Disease International, 2015) โดยร้อยละ 90 ของผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ดังนั้น จำนวนผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่แท้จริงในประเทศไทยอาจจะมีมากกว่าที่ถูกรายงาน ซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีโอกาสเพิ่มขึ้นได้ถึง 1,200 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ในปี ค.ศ. 2018 ส่วนในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานของประเทศไทยระบุว่า ผู้ป่วยแต่ละคนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 60,000 - 80,000 บาทต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น การขาดรายได้ของผู้ดูแล (International Health Policy Program, 2019)

ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวและระบบสาธารณสุข ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีการจัดทำแผนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งชาติ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่การขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Alzheimer's Disease International, 2016) เพราะภาวะสมองเสื่อมจะทำให้การทำงานของสมองเสื่อมถอยแบบค่อยเป็นค่อยไป และไม่สามารถกลับคืนเป็นปกติได้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีปัญหาทั้งด้านการรู้คิดและสติปัญญา (cognitive function) รวมถึงปัญหาทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจึงส่งผลต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมถึงผู้ดูแลและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และด้านเศรษฐกิจ (World Health Organization, 2019)

ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว (Crawford, Digby, Bloomer, Tan, & Williams, 2015; Forbes et al, 2018) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในบริบทต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Rittirong, Prasartkul, and Rindfuss (2014) พบว่า อัตราการเกิดของประเทศไทยลดลงอย่างชัดเจน ส่งผลต่อการดูแลบุคคลในครอบครัวหรือผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัว และพบว่าในอนาคตการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่บ้านอาจจะมีความเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีแนวคิดในการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และจากรายงานของกองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ถึง 2561 มีผู้ดูแล (caregivers) รวมทั้งสิ้น 3,573 คน ซึ่งผู้ดูแลเหล่านี้ได้รับการฝึกอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม (Health System Development Office, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration, 2019)

เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ญาติ และผู้ดูแล ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและจำเป็นต้องมีความรู้ ทัศนคติ ความพร้อม และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ผ่านการอบรมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ดังนั้น การมีความเข้าใจในปรากฏการณ์ภายในบริบทของวัฒนธรรมการให้ดูแลผู้สูงอายุในเขตเมือง จะทำให้รู้ว่าผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ที่

จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน หรือกลุ่มผู้สูงอายุในสถานดูแลอื่น ๆ และบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลจะได้เตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology) ช่วยให้เกิดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์และความหมายที่ซ่อนอยู่ในบริบทเฉพาะของมนุษย์ นำไปสู่การพัฒนานโยบาย การปฏิบัติ และใช้แนวคิดเชิงวิชาการ (van Manen, 1990) ในการศึกษาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานครมี 6 ขั้นตอน คือ 1) การทำความเข้าใจกับธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิต โดยใช้คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 2) การสืบสวน ค้นหา ประสบการณ์ โดยให้ยกตัวอย่างสถานการณ์ในการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) การตีความโดยการสะท้อนกลับบนโครงสร้างพื้นฐานของประเด็นหลัก หรือสาระ สำคัญของปรากฏการณ์ โดยให้อธิบายเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการให้การดูแลผู้สูงอายุ 4) การอธิบายปรากฏการณ์ และ 5) การคงสาระสำคัญของข้อมูลที่สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา และ 6) การพิจารณาความสมดุลของข้อมูลในบริบทย่อยให้สอดคล้องกันกับข้อมูลในภาพรวม

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ที่มาจากเขตต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 18 ราย ซึ่งได้รับการคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติในเกณฑ์ต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและไม่ได้รับค่าจ้าง 2) ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ 3) ผ่านการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพช่วยงานพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของกรุงเทพมหานคร 4) มีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลาง 5) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วนสื่อสารภาษาไทยได้เป็นปกติ และ 6) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทุกคนได้ผ่านการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพมาแล้ว

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแล และความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย เป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย คำถามการสัมภาษณ์หลัก 1 ข้อ คือ กรุณาเล่าให้ฉันฟังเกี่ยวกับประสบการณ์ของคุณในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และคำถามเจาะลึกการสัมภาษณ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) คุณรู้สึกอย่างไร/ หรือคิดอย่างไร เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน 2) ยกตัวอย่างสถานการณ์ในการดูแลและการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 3) อธิบายเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค

ในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 4) จากประสบการณ์และการรับรู้ของคุณ สิ่งใดที่คุณคิดว่าเป็นเรื่องที่ท้าทายสำหรับคุณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และ 5) จากประสบการณ์ของคุณ คุณคิดว่าปัจจัยใดบ้างที่เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2) อายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และ 3) พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวม 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1.00

4. แบบบันทึกภาคสนาม ใช้สังเกตพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ และบรรยากาศ/สิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวันที่สัมภาษณ์ เวลา ปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ของลักษณะท่าทางทั้งด้านภาษาพูด ท่าทางและความรู้สึก

5. เครื่องอัดเสียงแบบดิจิตอล จำนวน 2 เครื่อง

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA KFN 01/2019 ลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2562 และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ COA E019h/62_EXP ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 หลังจากผ่านการรับรองครบทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยติดต่อประสานงานและชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยต่อผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละศูนย์ แล้วจึงทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ข้อจำกัด ประโยชน์ ตลอดจนสิทธิ์ในการยุติการสัมภาษณ์แก่ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งหากมีความไม่สบายใจ อึดอัดใจในการเล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม สามารถขอยุติการสัมภาษณ์ได้ การบันทึกและถอดเทปของผู้ให้ข้อมูลจะใช้รหัสในการบันทึกเพื่อไม่ให้ส่งผลต่อผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะนำเสนอเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการพัฒนาในอนาคตเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ติดต่อและนัดหมายขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่ละคน โดยระบุ วัน เวลา และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกให้สัมภาษณ์ โดยการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน และยืนยันวันเวลาล่วงหน้ากับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งก่อนที่จะเข้าไปสัมภาษณ์จริง 1 วัน

2. ขั้นตอนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล อธิบายทบทวนโครงการวิจัยก่อนเริ่มการสัมภาษณ์เชิงลึก และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก คนละ 45 - 60 นาที

3. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยส่งไฟล์การสัมภาษณ์ให้นักถอดเทปทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และตีความข้อมูลการสัมภาษณ์และข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันในเนื้อหา (member checking) จากข้อมูลการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ตามหลักการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยระยะห่างของการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 จะห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 สัปดาห์ และเมื่อการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ได้ดำเนินการเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และ ร้อยละ และ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จำนวน 18 คน ส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง จำนวน 14 คน และเป็นเพศชาย จำนวน 4 คน ผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 27 - 71 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้มากกว่า 20,001 บาทขึ้นไป ระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่ 8 เดือน ถึง 10 ปี โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเกือบทั้งหมดเป็นบุตร อาศัยอยู่ในบ้านตัวเอง และมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนหลัก

ผลการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอารมณ์เชิงบวกและลบต่อการดูแล

ผู้ให้ข้อมูลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความรู้สึกต่อการทำหน้าที่หรือต่อการดูแลเป็นแบบเชิงบวก ได้แก่ รู้สึกเห็นอกเห็นใจและสงสารผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลบางคนก็มีความรู้สึกเชิงลบต่อผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น รู้สึกเครียด หงุดหงิด และโมโหต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้เกิดการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอารมณ์เชิงบวก บอกความรู้สึกว่าการดูแลพ่อแม่ยามเจ็บไข้เป็นหน้าที่ของลูก ต้องตอบแทนบุญคุณที่ท่านเลี้ยงเรามา โดยดูแลด้วยความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ใจเย็นและสงสารต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“การดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อมจะต้องใจเย็น ไม่เครียด ไม่ตวาดคนไข้ เพราะบางครั้งแกจะกลับไปเหมือนเด็ก บางทีทานข้าวก็จะทานหก เราก็ห้ามดุ บางทีนั่ง ๆ อยู่ แกก็จะไปตรงที่นอนซึ่งจะมีรูปภาพการ์ตูน แกก็จะไปเล่นตรงการ์ตูน แล้วแกก็ถือชามข้าวไปป้อนตรงพัดลม เหมือนแกเห็นพัดลมเป็นเด็ก เวลาปวดฉี่แกใส่แพมเพิร์ส แกก็ไม่ยอมฉี่ แกก็จะถอด... เราต้องรักแกให้มาก เค้าเลี้ยงดูเรามา เราจะต้องตอบแทนช่วงที่แกเป็นแบบนี้ให้ได้อย่างดี” (รหัส A01)

“การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เป็นเรื่องยากหรือง่าย อยู่ที่ใจด้วยค่ะ เพราะอย่างไรแกก็คือแม่เรา เราต้องใจเย็นขึ้นสักนิดกับผู้สูงอายุ อาการของสมองเสื่อม คุณแม่จะจำเราไม่ได้เลย จากเป็นลูกสาวเค้าจะเรียกเป็นคนอื่น เวลาทานข้าวแล้วท่านก็บอกว่าไม่ได้ทานข้าวเลย เราก็ต้องยอมให้ท่านอีกนิดหนึ่ง เพื่อที่ท่านจะได้ไม่งอแงกับเรา เวลาอาบน้ำเค้าจะเปลี่ยนจากคนที่เคยอาบน้ำแบบสบายก็จะหนาวนิดหนึ่ง เราก็ให้ท่านได้อาบน้ำอุ่นเพื่อความสบายใจของท่านเอง บางทีท่านอยากจะดูโน่นดูนี้เราก็ต้องตามใจ แต่ถึงเวลาเข้านอนก็ต้องเข้านอน ถึงเวลาทานข้าวก็ต้องทานข้าว” (รหัส A02)

“สิ่งแรก คือ ความจำเป็น เรารู้สึกว่าเราดูแลพ่อแม่น่าจะดูแลได้ดีกว่าคนอื่น ในเมื่อเราไม่ได้ทำงานแล้ว เราก็น่าจะมีเวลาเหลือเฟือในการดูแลและใกล้ชิด เราคิดว่าการที่เค้าจำอะไรไม่ได้เป็นสิ่งที่น่าสงสารนะ อีกอย่างลูกดูแลเองดีกว่าคนอื่น... ทำให้เรารู้ว่าต้องดูด้วยใจจริง ๆ เพราะว่าขนาดเราฟังจากคนอื่น ๆ เค้าก็ลำบากนะ แต่ว่าด้วยความเป็นลูกและรักเค้า เราทำได้” (รหัส A03)

“มันเป็นหน้าที่ของเราที่เป็นลูกด้วย บางทีมันก็ขำ ๆ ดีสำหรับบ้านที่มีคนแก่สมองเสื่อมที่บ้าน บางทีก็โมโห บางทีเค้าก็ไม่รู้เนอะ เหมือนสมองเค้าถูกทำลายไป เค้าจำอะไรไม่ได้ มันก็แปลกดี บางทีในชีวิตประจำวัน เค้าเคยทำอะไรได้ เค้าเคยเป็นคนเก่ง เคยไปไหนมาไหนได้ จนกระทั่งแม้แต่คำว่าพัดลมเค้าก็ไม่รู้จัก เค้าจะชี้ ไอ้หมุน ๆ แต่เค้าไม่สามารถตอบได้ว่าสรรพนามนั้นเรียกว่าอะไร บางทีเราก็ขำดี บางทีเค้าแกล้งหรือป่าว หรือว่ามันเป็นจริง แต่ผลมันก็เป็นจริง ๆ เราไปเข้าอุโมงค์มาเรียบร้อยแล้ว เค้าก็เป็นเยอะ และก็เป็นหน้าที่เราด้วยที่จะต้องดูแล แต่ถึงแม้ว่าจะมีลูกหลายคนต้องช่วยๆ กัน” (รหัส A06)

“ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะความรักก็แม่นะคะ มีอยู่ครั้งหนึ่งแม่ทานไม่ได้ พี่สาวไปซื้อรังนกมาปั่นละเอียด ต้องใช้ไซริงค์ กลืนไม่ได้ เราก็โมโห ทำไมไม่กลืน แล้วเราก็คิดได้ว่าเป็นเพราะ

กลืนไม่ได้ จากนั้นก็เลยยอมรับอย่างที่เธอเป็นมากขึ้น อาจจะเป็นเพราะว่าตอนนี้อยู่บ้านด้วย ไม่ต้องออกไปสู้ข้างนอก ฉะนั้นก็เลยค่อย ๆ ไปเลยทำใจได้มากขึ้น สิ่งแวดล้อมรอบนอกของเราที่เคยไปเผชิญตอนทำงานมันก็ไม่ต้องไปเผชิญแล้ว แต่ตอนนี้เราอยู่ที่บ้านเราอยู่กับพี่สาวมันก็เลยทำให้เปลี่ยนความคิดไปในสิ่งที่เรารู้สึกเดิม ๆ มันเปลี่ยนไป" (รหัส A08)

"จริง ๆ เป็นภาวะที่น่าสงสารนะ สำหรับคนที่เป็นสมองเสื่อม เค้าก็จะลืม บ้างทีทำอะไรไว้ เค้าบอกเค้าไม่รู้ เค้าไม่ได้ทำ แต่จริง ๆ เค้าก็ทำ แต่เค้ายังไม่หลงถึงขั้นกินหรือไม่กินนะ แต่ว่าบอกพ่อกินอันนี้นะ เค้าก็บอกว่าเอาไว้นั้นแล้วเค้าก็ลืม ถ้าเอาไปให้เค้า เค้าก็จะกิน ถ้าเอามาวางไว้เค้าก็จะไม่กิน เค้าชอบดูรายการแบบซ้ำ ๆ เปลี่ยนอะไรไม่ได้ ต้องดูอันนั้นอย่างเดียวทุกวัน เวลานั้นต้องเข้าไปดู คุณพ่อไปสแกนสมองก็เจอเนื้องอกนิดหนึ่ง มันฝ่อ ไม่ต้องทำอะไร แต่หมอก็ให้ยาพวกบำรุงพวกวิตามิน B และยานอนหลับ เพราะเค้านอนไม่หลับ ไปดูตัวยา ไป Search ดู มันเป็นยาที่ใช้รักษาคนเริ่มซึมเศร้า เราก็บอกพ่อว่าพ่อถ้านอนหลับพอก็ไม่ต้องกิน แต่เราไม่บอกเค้าว่าเป็นยาตัวนี้ เราก็พยายามให้พ่อออกไปทำกิจกรรม ตอนนี้เค้าไม่อยากจะไปร่วมเวลาเค้าคุยกัน ซึ่งเค้าโดนดุ มีน้องสาวคนหนึ่งเค้าไม่เข้าใจ ตอนนี้พยายามบอกน้องสาวอย่าดุพ่อ เพราะยิ่งดุเค้ายิ่งสมองฝ่อมากขึ้น แม่ก็แว๊ดกับพ่อ ทุกวันนี้มีความรู้สึกสงสารพ่อ" (รหัส A14)

1.2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอารมณ์เชิงลบ บอกความรู้สึกว่าต้องทำใจยอมรับให้ได้ ตลอดจนรู้สึกเครียดในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ด้านการดูแลและตอบโต้ด้วยความโมโหต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

"ตอนนั้นเราก็ 30 ต้น ๆ ก็ยังไม่รู้ บางทีเราก็ต้องตวาด บางทีต้องเอ็ดเสียงดังให้ผู้ป่วยที่มีหลงลืม เข้าใจ เครียดจากการที่ต้องออกจากงานด้วย เราเป็นลูกคนเล็ก ทุกคนต้องทำงาน พ่อต้องมีคนคนดูแลตลอด" (รหัส A04)

"อย่างแรกต้องทำความเข้าใจ สร้างทัศนคติที่ว่าเค้าเป็นคนป่วย ฉะนั้นสิ่งที่เค้าผิดปกติก็ต้องทำใจ เข้าใจสภาพโรคของเค้า เช่น การตักอาหารก็ตักไม่ได้ จะสำลัก ต้องทำให้ปริมาณอาหารที่เข้าไปในปากน้อยลง แต่เข้าถี่ ภาวะอื่น ๆ" (รหัส A05)

"เราเป็นหลานสะใภ้... ตอนแรกเจอเราไม่เข้าใจว่าเค้าเป็นอะไร ทำไมพูดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ ช่วงแรก ๆ ก็ตอบได้พอนาน ๆ ไปเริ่มเบื่อถามอีกแล้ว และเค้าจะติดหลานอีกคนหนึ่งที่ก่อนที่เค้าจะป่วยเค้าจะเรียกหาหลานคนนี้ตลอด เรียกหาทั้งวันเลย จะเดินเข้าออกบ้านตลอดเวลา ในวันธรรมดาหลานคนนี้จะไปเรียนหนังสือ เดินแบบนี้ทั้งวัน อากาศก็ร้อน พอร้อนก็มาอาบน้ำ ทำแบบนี้วนไป ข้าวก็กินทั้งวัน ตลอดกลางวันคนในบ้านไปทำงานกันหมด พอกลับมาบ้าน บ้านก็เละเทะ ช่วงแรกไม่เข้าใจก็จะมีหลายอารมณ์ พอผู้ป่วยไม่ตอบก็ด่า โมโหเกรี้ยวกราด เราปรับตัวไม่ได้เลยในเรื่องว่าเค้าเป็นอะไร แต่พอแกเกิดอุบัติเหตุล้มไปทำให้แกเดินไม่ได้เมื่อประมาณต้นปี แล้วพอแกเดินไม่ได้....ก็ค่อยยังชั่ว ปัญหาที่เคยมันลดลง" (รหัส A10)

"มันมีบ้างที่รู้สึกหงุดหงิด... ทั้งที่เราใจเย็น โดยเฉพาะคำพูด เหมือนกับว่าพูดไม่หยุด พอเวลาเจอลูกหลาน แม่จะพูดสลับกัน พูดประโยคเอาหัวมาท้าย เอาท้ายมาไว้หัว... เวลาเค้าถามเราเหมือนเค้ากลัวคำถาม เค้าจะย้ำ ๆ ย้ำ ๆ ถามเรา เราก็เข้าใจนะว่า เค้ากลัวจะลืม คำถามนี้ตอบไปแล้ว แต่เค้าก็ยังถามต่ออีก" (รหัส A11)

"ตอนแรกใหม่ ๆ เครียดมาก เพราะว่าบางครั้งเราอธิบายจนเสร็จแล้ว แกลืมต้องพูดซ้ำ ๆ และบางครั้งเรื่องเก่า ๆ ซึ่งน่าจะจำได้ แต่แกลืม คุณแม่มีเรื่องต้องให้ทำทุกวัน คุณแม่เป็นข้าราชการอยู่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่เกี่ยวกับลงบัญชี แกบอกบอกว่าวันนี้งานยุ่งมาก เดี๋ยวต้องทำงานต่อคืนนี้ เนี่ยก็ต้องตามแกไปจะได้

จบง่าย ๆ ก็หากระดาษมาให้แกลงตัวเลข จนแกเหนื่อย วันนี้พอแล้ว" (รหัส A12)

"ลำบาก เพราะพูดแล้ว แกก็จำไม่ได้ ให้ทำอะไร หยิบอะไรหน่อย วางแป๊ปเดียวลืมแล้ว มันไม่เหมือนปกติ ขี้ลืมมาก แรก ๆ" (รหัส A15)

"ทีแรกก็คิดว่ามันน่าเบื่อ หงุดหงิดว่าแกจำอะไรไม่เคยได้ แล้วแกก็ซ้ำซาก กินแล้วก็บอกว่ายังไม่ได้กิน บางทีทำให้เราอารมณ์เสีย" (รหัส A18)

2. ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ การขาดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพในการดูแล ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

"ผู้ช่วยเราเนี่ยแหละ วันไหนที่ผู้ช่วยเรากลับบ้าน หนักมากเลย คนมาใหม่เราก็ไม่ไว้ใจเค้า ทำให้เราไปไหนไม่ได้อยู่แล้วก็ยิ่งหนักเลย คือ คนนี้เค้ารู้แล้วว่าคุณแม่ไม่ชอบกลืนยา ชอบบ้วนไปใส่ทิชชู แต่ถ้าคนใหม่เค้าจะไม่รู้ คนเก่าเค้าจะรู้ว่าเดี๋ยวจะต้องรีบให้ส้มนะ ให้กล้วยนะ ให้ไอติมนะ ยาก็จะกลืนลงไป แต่คนใหม่ไม่รู้เลยเราต้องจับตามากอย่างคุณพ่อเค้ายังมีความมั่นใจว่าเค้าเดินได้ของตัวเอง เพราะฉะนั้นถ้าคนใหม่มาเค้าก็จะไม่กล้าดูแล เรากลัวการเปลี่ยนมือคนดูแล" (รหัสA05)

"การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะต้องมีความเข้าใจกับโรคที่เค้าเป็น ไม่ให้เราเกิดความเครียดเมื่อเค้ามีอาการ" (รหัส A09)

"แกจะเป็นเหมือนเด็ก บางทีแกนึกถึงลูกหลานแกก็จะร้องไห้ จะขอกลับไปบ้านลูกชาย ถ้าคนดูแลไม่ทำตาม แกก็จะโวยวาย นึกขึ้นได้ก็อยากจะกลับบ้าน ไม่อยากอยู่กับลูกสาว ตอนแรกเราไม่เข้าใจเค้าเลย ทำให้รู้สึกหงุดหงิด" (รหัส A09)

3. สิ่งจำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ 2) การสนับสนุนของครอบครัวและการสนับสนุนของบุคลากรทั้งในยามฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดูแล ความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลทำให้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้ รวมถึงการสนับสนุนของครอบครัวได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ ทำให้ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลและส่งผลให้เกิดภาวะเครียดได้ ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลดังต่อไปนี้

"สำหรับเรา คือ จิตใจ... จิตใจเราต้องไม่เมื่อยล้าต่อการที่จะดูแล เราต้องพยายามทำให้แกไม่เป็นมากกว่านี้... ความพร้อมเราก็ไปอบรม Caregiver กับอาจารย์ที่ศูนย์ และก็เป็น อสส. อยู่แล้ว คือ พยาบาลที่ศูนย์เค้าก็อบรม เค้าก็มาดูแลให้เราด้วย มาเยี่ยมแม่ที่บ้านด้วย" (รหัส A01)

"เราพยายามเอารูปให้เค้าดู ดูว่าใครเอ่ย เค้าก็จะชี้และหัวเราะ บอกไม่รู้ เราก็จะบอกว่าเนี่ยคุณแม่ ลูกชายคนโต คนที่สอง คนที่สาม เนี่ยลูกสาว เนี่ยหลาน ๆ แล้วเอามือถือมาถ่ายรูปให้เค้าดู พยายามทำให้เค้ากลับไปเหมือนเดิมค่อย ๆ ทีละนิด" (รหัส A02)

"ไม่ค่ะ เราไม่ได้จ้างคน พี่น้องช่วยดูแลกันเอง... มีหลายคน มีพี่ชายกับน้องสาว โดยน้องสาวจะเป็นคนดูแล อยู่ที่บ้านน้องสาว พอวันเสาร์ - อาทิตย์ พี่ชายจะมารับไปเช้า ๆ ไปวิ่งออกกำลังกาย ไปเจอคนแก่ที่สวนลุมฯ ยังไปทุกวัน... หลังจากกลับมาจากสวนลุมฯ พี่ชายก็จะพามาที่บ้าน ก็จะมาอยู่บ้าน 2 วัน เสาร์ - อาทิตย์ การที่อยู่กับใครคนหนึ่งนาน ๆ จะทำให้แกเหมือนไม่ได้ไปไหน เจอเพื่อนฝูง คนที่มีอายุไล่เลี่ยกัน... ทุกคนต้องมีส่วนร่วม ไม่รู้ แต่เจอหน้าจะรีบเข้ามาทันที"

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ประกอบด้วยความรู้สึกของผู้ดูแลเองต่อปัญหาและอุปสรรคใน

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และสิ่งจำเป็นต่อการดูแล ซึ่งต้องทำหน้าที่และเป็นความรับผิดชอบของบุตรที่พึงกระทำต่อบุพการีของตนเองเมื่อยามเจ็บไข้ อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลก็มีอารมณ์ทั้งเชิงบวกและลบในการดูแล โดยผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเห็นอกเห็นใจและสงสารผู้ป่วย เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และใจเย็น โดยคิดว่าเป็นการดูแลเพื่อตอบแทนบุญคุณของบุพการีที่ท่านได้เลี้ยงมา เพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตรหลาน เป็นต้น บุคคลในครอบครัวจะมองการดูแลผู้ป่วยเป็นการตอบแทนบุญคุณ ทำด้วยใจ ไม่คิดค่าแรง แม้ว่าจะมีอุปสรรค ความยากลำบากก็ตาม ซึ่งการดูแลดังกล่าวเป็นการดูแลที่พึงประสงค์และสอดคล้องกับนโยบายโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยการมีครอบครัวเป็นส่วนร่วมและทำให้มีผลต่อระบบการดูแลระยะยาว (long term care) อย่างต่อเนื่อง (National Health Security Office, 2016) แต่ขณะเดียวกันผู้ให้ข้อมูลบางคนมีอารมณ์เชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยเช่นกัน เช่น รู้สึกเครียด หงุดหงิดและโมโหพฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีความจำ ความคิด ความสามารถในด้านต่าง ๆ รวมถึงการตัดสินใจที่เป็นเหตุผลถดถอย มีความผิดปกติทางด้านภาษา บางรายมีการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย จนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการรับรู้ กระบวนการคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมที่เป็นเรื่องที่พบบ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่ หงุดหงิด วุ่นวาย โมโหร้ายอาละวาด ขาดความยับยั้งชั่งใจ การนอนที่ผิดปกติ ความอยากอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ตลอดจนอารมณ์เฉยเมยไม่มีอารมณ์/ความรู้สึก ความวิตกกังวลที่มากเกินไป ภาวะซึมเศร้า หลงผิดและภาวะหลอน เป็นต้น ซึ่งหากผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะทำให้มีความยากลำบากในการดูแล อาจทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระจะส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า เมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมมีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระสูงมากขึ้น (Bonkhunthod & Manluan, 2022; Pitiyan, 2019)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยนี้พบว่าปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ ผู้ดูแลยังขาดความรู้/ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเอง การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้องในครอบครัวเพื่อเป็นแรงสนับสนุนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและกิจกรรมการฟื้นฟูสมองให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ให้มีอาการแย่ลงไปอีก สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลระยะยาว และส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวและชุมชน หน้าที่ในการดูแลจึงเป็นสมาชิกในครอบครัว การวางแผนการจัดการและการเตรียมผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลที่ยืดหยุ่น การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการดูแลเป็นวิธีการการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้องรังที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านที่มีคุณภาพและเป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวเพื่อให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ทั้งความรู้และความเข้าใจในเรื่องอาการและอาการแสดงการดูแลผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นต้น (Komjakraphan, 2019)

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมหรือสร้างค่ายกิจกรรมการเตรียมความพร้อมระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการสมองเสื่อม และวิธีการดูแลด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจ สามารถปรับตัวและเห็นสภาพปัญหาจริงของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. ควรมีหน่วยงานให้คำปรึกษา หรือสร้างกลุ่มแบบออนไลน์ (online) และแบบออฟไลน์ (offline) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้มีการแชร์ประสบการณ์ ปัญหาในการดูแลและกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อลดความเครียด ภาระในการดูแลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

Alzheimer's Disease International. (2014). *Dementia in the Asia Pacific Region*. Retrieved from https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf

Alzheimer's Disease International. (2015). *World alzheimer report 2015: The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost, and trends*. Retrieved from https://www.alzint.org/resource/world-alzheimer-report-2015/

Alzheimer's Disease International. (2016). *World alzheimer report 2016: Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future*. Retrieved from https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016

Alzheimer's Disease International. (2019). *World alzheimer report 2019: Attitudes to dementia.* Retrieved from https://www.alzint.org

Bonkhunthod, P., & Manluan, K. (2022). Mild cognitive impairment: Before getting sick with dementia. *APHEIT Journal of Nursing and Health*, *4*(1), e2723.

Crawford, K., Digby, R., Bloomer, M., Tan, H., & Williams, A. (2015). Transitioning from caregiver to visitor in a long-term care facility: The experience of caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health, 19*(8), 739-746.

Department of Mental Health. (2018). *Survey report on the prevalence of dementia in older adults in Thailand, 2011-2017.* Bangkok: Ministry of Public Health.

Forbes, D. A., Blake, C., Bayly, M., Peacock, S., Hawranik, P., & Innes, A. (2018). Integrated knowledge translation strategies that enhance the lives of persons with dementia and their family caregivers. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 18(1), 209-238.

Health System Development Office, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. (2019). *Annual report of the department of health 2019.* Bangkok: Thanapornpanich.

International Health Policy Program. (2019). *The cost of dementia care in Thailand.* Bangkok: Ministry of Public Health.

Komjakraphan, P. (2019). Care for elderly people with dementia in the community: A person-centered care concept. *Journal of Nursing Council, 34*(4), 5-18.

National Health Security Office. (2016). *Handbook of long-term public health care system for elderly people with dependencies in the area (long term care) in the National Health Security System for the fiscal year 2016*. Bangkok: National Health Security Office.

National Statistical Office. (2018). *2018 population and housing census.* Bangkok: National Statistical Office.

Pitiyan, S. (2019). *Nursing manual for dementia patients with behavioral and emotional problems*. Bangkok: Nursing Department, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.

Rittirong, J., Prasartkul, P., & Rindfuss, R. R. (2014). From whom do older persons prefer support? The case of rural Thailand. *Journal of Aging Studies, 31*, 171-181.

van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York, NY: State University of New York Press.

World Health Organization. (2015). *Dementia: A public health priority.* Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/dementia-a-public-health-priority

World Health Organization. (2016). *Dementia.* Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/

World Health Organization. (2017). *10 facts on dementia.* Retrieved from http://www.who.int/features/factfile/dementia/en/

World Health Organization. (2018). *Mental health.* Retrieved from http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/en/

World Health Organization. (2019). *Dementia: A public health priority.* Geneva: World Health Organization.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ผลของการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือต่อความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระดับที่ 1

THE EFFECT OF ISOMETRIC HANDGRIP EXERCISE ON BLOOD PRESSURE IN THE ELDERLY WITH HYPERTENSION LEVEL 1

พันธิภา ท้วมไทย[1] ทัศเนตร พุทธรักษา[1] ณัฐสุดา แสงบุญ[1] สุณี สุวรรณพสุ[2,*]
Puntipa Thuamthai Thassanate Phuttaraksa Nutsuda Saengboon Sunee Suwanpasu

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์พัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
This research was funded by the Quality Improvement Center, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society.

[1]พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
Registered Nurse, Practitioner Level, King Chulalongkorn Memorial Hospital,
Thai Red Cross Society, Prathumwan, Bangkok, 10330, Thailand
[2]พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ดร. อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
Advanced practice nurse in gerontological, Ph.D., Instructor, Faculty of Nursing, Saun Dusit University,
Bang Phlat, Bangkok, 10700, Thailand
*Corresponding author E-mail: sunee_suw@dusit.ac.th

Received: *September 8, 2024* Revised: *December 2, 2024* Accepted: *December 27, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ระหว่างกลุ่มออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่ความหนักร้อยละ 30 ของความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ (maximum voluntary contraction: MVC) กับกลุ่มใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือด้วยลูกบอลยาง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มารับบริการหน่วยบริการผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 105 ราย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม กลุ่มทดลองกลุ่มแรกเกร็งกล้ามเนื้อเป็นเวลา 2 นาที แล้วพัก 1 นาที ทำซ้ำ 4 ครั้งต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน กลุ่มทดลองกลุ่มที่สองเกร็งกล้ามเนื้อเป็นเวลา 1 นาที แล้วพัก 1 นาที ทำซ้ำ 4 ครั้งต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง สัปดาห์ละ 5 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมมารับบริการตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ และสมุดบันทึกค่าความดันโลหิตประจำวันที่วัดได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ One sample *t*-test และ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ 1 มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) กลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก

หลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกหลังการทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลจากการควบคุมอิทธิพลของเพศกับค่าเฉลี่ยความดันโลหิตใน 3 กลุ่มที่ศึกษา พบว่า เพศมีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกที่ลดลงระหว่างกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม กับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เพศไม่มีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก ($p > .05$)

ดังนั้น การออกกำลังกายโดยใช้ อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ - คลายมือ (MANUGRIP) ที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยสูงอายุความดันโลหิตสูงระดับ 1 ได้

คำสำคัญ : การออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือ, ผู้สูงอายุ, ความดันโลหิตสูงระดับ 1

Abstract

This study was a randomized controlled trial that aimed to compare changes in mean blood pressure levels among elderly patients with grade 1 hypertension between a group that performed handgrip exercises using resistance equivalent to 30% of their maximum voluntary contraction (MVC) and a group that used a rubber ball for resistance. The sample consisted of 105 elderly patients with grade 1 hypertension from the outpatient department of the Phor Por Ror Building, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society. Participants were randomly assigned to 3 groups: 2 experimental groups and 1 control group. The first experimental group held the contraction for 2 minutes, followed by a 1-minute rest, repeated 4 times per session, twice a day, 3 days per week. The second experimental group held the contraction for 1 minute, followed by a 1-minute rest, repeated 4 times per session, twice a day, 5 days per week. The control group received routine care. Data were collected using handgrip strength measurements and daily blood pressure logs. The data were analyzed using one-sample *t*-tests and ANCOVA.

The findings revealed that the mean systolic blood pressure in experimental group 1 decreased significantly after the intervention ($p < .05$). However, the mean diastolic blood pressure showed only a slight reduction compared to pre-intervention, with no statistical significance ($p > .05$). In experimental group 2, both the mean systolic and diastolic blood pressure levels significantly decreased after the intervention ($p < .05$). Similarly, the control group exhibited a significant reduction in both mean systolic and diastolic blood pressure ($p < .05$). When controlling for the influence of gender on mean blood pressure across the three study groups, it was found that gender significantly affected the reduction in mean systolic blood pressure in both experimental groups compared to the control group ($p < .05$). However, gender had no significant effect on mean diastolic blood pressure ($p > .05$).

In conclusion, the 8-week exercise program utilizing the MANUGRIP handgrip exercise device at 30% of MVC effectively reduced systolic blood pressure levels in elderly patients with grade 1 hypertension.

Keywords: handgrip exercise, elderly, grade 1 hypertension

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิตในคนไทย ความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นตามอายุ โดยอายุ 60 - 64 ปี พบโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 อายุ 65 - 69 ปี ร้อยละ 41.6 และเพิ่มมากขึ้นในอายุ 70 - 74 ปี ร้อยละ 45.2 และอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 45.6 (Foundation of the Thai Elderly Research and Development Institute, 2021) รายงานของกองโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบสาเหตุของอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากร 100,000 คน มากที่สุด คือ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีกิจกรรมทางกายจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตสูงในคนที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ และช่วยลดความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่ดีในคนที่มีความดันโลหิตสูง (Department of Disease control Ministry of Public Health, 2021) จากการศึกษาของ Carlson, Dieberg, Hess, Millar, and Smart (2014) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพของการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเกร็งค้าง (isometric handgrip exercise หรือ IHG) ซึ่งเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ใช้แรงต้าน โดยไม่มีการเคลื่อนไหวหรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ มีผลต่อการลดความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure: SBP) ขณะพักได้มากกว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิค หรือการฝึกกล้ามเนื้อด้วยแรงต้านหรือน้ำหนัก (resistance training)

การศึกษาของ Almeida et al. (2021) พบว่าการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเกร็งค้าง (IHG) สามารถลดค่าความดันซิสโตลิก (SBP) ลงได้ 9.1 mmHg (95% CI -11.39 ถึง -6.8) และลดค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP) ลงได้ 4.01 mmHg (95% CI -7.96 ถึง -.05) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานการทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trials: RCTs) ในผู้ใหญ่ก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง (Prehypertension) และโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 9 เรื่อง โดยเปรียบเทียบความดันโลหิตของกลุ่มการออกกำลังกายแบบเกร็งค้างด้วยมือ (IHG) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีค่า Pooled mean effect ของ SBP ลดลง 6.7 mmHg และ DBP ลดลง 4.5 mmHg (Oliveira et al., 2023) ดังนั้น การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเกร็งค้าง (IHG) จึงน่าจะเป็นการออกกำลังกายที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันและรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไทยได้

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Smart et al. (2019) พบว่าโปรแกรมการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเกร็งค้าง (IHG) โดยใช้แรงบีบจากมือเกร็งค้าง (maximum voluntary contraction: MVC) ที่ประยุกต์ใช้สปริงที่น้ำหนักร้อยละ 8 - 30 ไว้ 2 นาที พัก 1 นาที ทำทั้งหมด 4 รอบ จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ปฏิบัตินาน 3 - 8 สัปดาห์ โดยที่สามารถใช้มือข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 มือสลับกันได้ มีประสิทธิภาพในการลด SBP ได้ 6.22 mmHg และลด DBP ได้ 2.78 mmHg และพบว่าการออกกำลังกายแบบ IHG ในผู้ป่วย Peripheral artery disease (PAD) โดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่น้ำหนักร้อยละ 30 MVC บีบค้างไว้ 2 นาที พัก 4 นาที ทำทั้งหมด 4 รอบ จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ พบว่าค่าความดันไดแอสโตลิก (DBP) ที่ Brachial artery ลดลง และ Local vascular function ทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (Oliveira et al., 2023)

การศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบมีแรงต้านแบบเกร็งค้าง (IHG) ที่ประยุกต์ใช้สปริงการกำหนดร้อยละของแรงต้าน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่หากไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมอาจนำไปสู่ภาวะ Heart attack, Stroke, Vision loss, Heart failure, และ Kidney failure ได้ รวมทั้ง อาจนำไปสู่การเกิดความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive crisis) ได้ในอนาคต ด้วยเชื่อว่าการออกกำลังกายแบบ IHG สามารถลดความดัน

โลหิตได้ อันจะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรคดังที่กล่าวมา นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาวไปกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ระหว่างกลุ่มออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่ความหนักร้อยละ 30 ของความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ (maximum voluntary contraction: MVC) กับกลุ่มใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือด้วยลูกบอลยาง

สมมุติฐานวิจัย

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ลดลงมากกว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม (RCTs)

ประชากร คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ชายหรือหญิงที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตึก ภปร ชั้น 1, 3, 5, 13 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือน กันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2566

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ซึ่งได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .40 ความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบ .95 ได้ขนาดตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มละอย่างน้อย 34 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายในระหว่างการทดลอง ได้ตัวอย่างทั้งหมด 111 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 37 ราย ซึ่งผู้วิจัยใช้ตารางเลขสุ่ม แบบไม่มีการแทนที่หรือใส่คืน โดยกำหนดตัวเลขให้แก่ผู้ป่วยในแต่ละวัน แล้วสุ่มตัวเลขจากตารางเลขผู้ป่วยมาเป็นใส่เป็นเลข 1, 2 และ 3 จนครบจำนวน 111 ราย คนที่ได้หมายเลข 1 คือ กลุ่มทดลอง 1 คนที่ได้หมายเลข 2 คือ กลุ่มทดลอง 2 และคนที่ได้หมายเลข 3 คือ กลุ่มควบคุม หลังการเก็บข้อมูลจริงพบว่า มีตัวอย่างทำตามโปรแกรมได้ไม่ครบ 8 สัปดาห์ จำนวน 6 ราย จึงได้ตัวอย่างทั้งหมด 105 ราย อยู่ในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 35 ราย นอกจากนี้ผู้วิจัยยังกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เพศชายหรือเพศหญิง 2) มีอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไป 3) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 คือ SBP 140 - 159 mmHg และ/หรือ DBP 90 - 99 mmHg 4) ไม่เป็นโรคหอบหืด 5) ไม่มีการปวดหรือบาดเจ็บบริเวณแขน ขา จากการประเมินด้วย Visual analogue scale (VAS) ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป 6) ไม่มีข้อห้ามการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน (resistive training) เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายหลังเกิด 28 วัน (recent myocardial infarction) ผ่าตัด Coronary artery bypass grafting (CABG) และมีอาการของ Inflammatory neuromuscular disease 7) ไม่มีปัญหาของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ โรคของข้ออักเสบรูมาตอยด์ (rheumatoid arthritis) โรคข้อเสื่อมที่มือ (hand osteoarthritis) โรคการกดทับเส้นประสาทบริเวณข้อมือ (carpal tunnel syndrome) ภาวะเอ็นข้อมืออักเสบ (De Quervain's Disease) เอ็นอักเสบในมืออื่น ๆ (tendinitis) และ 7) สามารถติดต่อสื่อสาร อ่าน เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ซึ่งมีอุปกรณ์ออกกำลังกาย

บีบ-คลายมือ คือ MANUGRIP ซึ่งเป็นนวัตกรรมจากศูนย์นวัตกรรมทางการแพทย์และการประกอบการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula Medical Innovation and Entrepreneurship Center: CMICe) ซึ่งอุปกรณ์นี้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานคุณภาพเครื่องมือโดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย (วว.) ผู้วิจัยนำไปใช้ในโปรแกรมของกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้ใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งกลุ่มทดลองที่ 1 ให้ใช้อุปกรณ์นี้บีบค้างไว้ 2 นาที พัก 1 นาที ทำข้างใดข้างหนึ่ง 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ กลุ่มทดลองที่ 2 ให้ใช้อุปกรณ์บีบค้างไว้ 1 นาที พัก 1 นาที ข้างละ 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นระยะเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่กลุ่มควบคุมใช้ลูกบอลยางขนาดพอดีมือในการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือ

1.2 แผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความหมาย สาเหตุและการป้องกันหรือการควบคุมความดันโลหิต ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1.3 เครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพา รุ่น aBP ยี่ห้อ SAINTMED ซึ่งเป็นเครื่องใหม่ ได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงมาแล้ว

1.4 เครื่องวัดความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ Dynamometer ที่ใช้ในการวัดเป็นรุ่น PATTERSON MADICAL ยี่ห้อ JAMAR ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงมาแล้วเช่นกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัว

2.2 แบบบันทึกความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือที่วัดได้

2.3. สมุดบันทึกประจำวัน (log-book) บันทึกค่าความดันโลหิตที่วัดได้

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัส COA No. 0087/2023 IRB No. 0677/65 ลงวันที่ 24 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิตัวอย่างวิจัยที่เป็นกลุ่มเปราะบาง โดยการอธิบายที่มาของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตามต้องการโดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาตามปกติของทางโรงพยาบาล และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม โดยที่กลุ่มควบคุมจะได้รับการชดเชยหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้ให้คำแนะนำและวิธีการใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC และให้อุปกรณ์ในการนำไปทดลองใช้ดูแลตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ เข้าพบผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอให้ผู้ป่วยลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยสัมภาษณ์และประวัติผู้เข้าร่วมการวิจัยตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

3. แจกลูกบอลยางคนละ 1 ลูก ให้กลุ่มควบคุม แจกอุปกรณ์บีบ - คลายมือ คนละ 1 อัน ให้กลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม และให้เครื่องวัดความดันโลหิต 1 เครื่อง พร้อมสมุดบันทึกประจำวัน (log-book) ไว้บันทึกค่าความดันโลหิต 1 เล่ม แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม

4. ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ Dynamometer และลงข้อมูลในแบบบันทึกความสามารถสูงสุดของแรงบีบมือ

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมดูผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือโดยใช้ลูกบอลยางขนาดพอดีมืออย่างถูกต้อง พร้อมให้สาธิตย้อนกลับและสอนการบันทึกค่า SBP และ DBP ขณะพัก 30 นาที ภายหลังการออกกำลังโดยใช้ลูกบอลยางในสมุดบันทึกประจำวัน (log-book) เพื่อบันทึกค่าความดันโลหิต

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองที่ 1 และ 2 ดูผู้วิจัยสาธิตการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือโดยใช้อุปกรณ์การออกกำลังบีบ - คลายมือ อย่างถูกต้องตามโปรแกรมที่แต่ละกลุ่มได้รับ พร้อมกับให้สาธิตย้อนกลับและสอนวิธีการบันทึกค่า SBP และ DBP ขณะพัก 30 นาทีภายหลังการออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์บีบ - คลายมือในสมุดบันทึกประจำวัน (log-book)

8. การติดตามข้อมูล ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามสอบถามให้กำลังใจและกระตุ้นกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม เป็นรายบุคคล โดยเน้นให้ปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

9. เมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายครบ 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยให้ทั้ง 3 กลุ่ม นำสมุดบันทึกประจำวัน (log-book) ที่บันทึกค่าความดันโลหิต มาส่งคืนและผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยผู้วิจัยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยด้วยอุปกรณ์การออกกำลังบีบ - คลายมือในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 โดยใช้สถิติ *t*-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ ANCOVA ที่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ

ผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 35 คน รวม 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าชายทั้ง 3 กลุ่ม นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า อาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน รายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัวจำนวนพอ ๆ กัน ทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้น ข้อมูลส่วนบุคคลของทั้ง 3 กลุ่ม จึงมีความใกล้เคียงกัน ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 (*N* = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (*n* = 35)	กลุ่มทดลองที่ 1 (*n* = 35)	กลุ่มทดลองที่ 2 (*n* = 35)
	จำนวน (ร้อยละ)	*จำนวน* (ร้อยละ)	*จำนวน* (ร้อยละ)
เพศ			
ชาย	10 (28.6)	11 (31.4)	10 (28.6)
หญิง	25 (71.4)	24 (68.6)	25 (71.4)
ศาสนา			
พุทธ	34 (97.1)	33 (94.3)	34 (97.1)
อิสลาม	1 (2.9)	2 (5.7)	1 (2.9)
สถานภาพ			
โสด	9 (25.7)	4 (11.4)	4 (11.4)
สมรส	20 (57.1)	28 (80)	26 (74.3)
หม้าย	5 (14.3)	3 (8.6)	4 (11.4)
หย่า	1 (2.9)	0 (0)	1 (2.9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (*n* = 35)	กลุ่มทดลองที่ 1 (*n* = 35)	กลุ่มทดลองที่ 2 (*n* = 35)
	จำนวน (ร้อยละ)	*จำนวน* (ร้อยละ)	*จำนวน* (ร้อยละ)
ระดับการศึกษา			
มัธยมศึกษาตอนต้น หรือ ต่ำกว่า	18 (51.4)	19 (54.3)	15 (42.9)
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	11 (31.4)	5 (14.3)	6 (17.1)
อนุปริญญา หรือ ปวส.	0 (0)	2 (5.7)	4 (11.4)
ปริญญาตรี	6 (17.1)	7 (20)	7 (20)
ปริญญาโท	0 (0)	2 (5.7)	2 (5.7)
สูงกว่าปริญญาโท	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
อาชีพ			
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2 (5.7)	4 (11.4)	6 (17.1)
พนักงานบริษัทเอกชน ห้างร้าน	4 (11.4)	0 (0)	0 (0)
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	0 (0)	0 (0)	1 (2.9)
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	14 (40)	13 (37.1)	13 (37.1)
รับจ้าง	1 (2.9)	9 (25.7)	1 (2.9)
ค้าขาย	6 (17.1)	2 (5.7)	0 (0)
เกษตรกรรม	2 (5.7)	2 (5.7)	23 (8.6)
อื่น ๆ	6 (17.1)	4 (11.4)	11 (31.4)
รายได้			
รายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 1,000 บาท/เดือน	9 (25.7)	2 (5.7)	12 (34.3)
รายได้ระหว่าง 1,001 - 5,000 บาท/เดือน	1 (2.9)	1 (2.9)	2 (5.7)
รายได้ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท/เดือน	6 (17.1)	7 (20)	3 (8.6)
รายได้ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท/เดือน	9 (25.7)	13 (37.1)	9 (25.7)
รายได้ระหว่าง 20,001 - 30,000 บาท/เดือน	5 (14.3)	5 (14.3)	3 (8.6)
รายได้ระหว่าง 30,001 - 40,000 บาท/เดือน	5 (14.3)	5 (14.3)	4 (11.4)
รายได้สูงกว่าหรือเท่ากับ 40,000 บาท/เดือน	0 (0)	2 (5.7)	2 (5.7)
โรคประจำตัว			
มี	30 (85.7)	32 (91.4)	33 (94.3)
ไม่มี	5 (14.3)	3 (8.6)	2 (5.7)

2. กลุ่มควบคุมที่ใช้ลูกบอลยางขนาดพอดีมือในการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างด้วยมือมีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก หลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 12.60 และ t = 4.26; p = .000) (ตาราง 2) กลุ่มทดลองที่ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ - คลายมือ (MANUGRIP) ที่ใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองที่ 1 บีบอุปกรณ์ค้างไว้ 2 นาที พัก 1 นาที ทำข้างใดข้างหนึ่ง 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิก

หลังการทดลองลดลงจากก่อนการทดลองเพียงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนกลุ่มทดลองที่ 2 บีบอุปกรณ์ค้างไว้ 1 นาที พัก 1 นาที ข้างละ 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นระยะเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.15$ และ $t = 4.93$; $p = .000$) (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก (SBP) และความดันไดแอสโตลิก (DBP) ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้ลูกบอลยาง และกลุ่มทดลองที่ 1 และ 2 ก่อนและหลังการใช้อุปกรณ์การออกกำลังบีบ - คลายมือ ($N = 105$)

กลุ่ม	ความดันโลหิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	*t*	*df*	*p*
		M ± *SD*	*M* ± *SD*			
กลุ่มควบคุม	SBP	150.9 ± 6.6	126.3 ± 8.1	12.60	34	.00
($n = 35$)	DBP	82.8 ± 9.3	75.0 ± 9.2	4.26	34	.00
กลุ่มทดลองที่ 1	SBP	144.9 ± 11.6	122.3 ± 7.4	11.04	34	.00
($n = 35$)	DBP	76.8 ± 11.2	72.5 ± 9.1	1.99	34	.55
กลุ่มทดลองที่ 2	SBP	145.7 ± 4.3	121.5 ± 8.4	14.15	34	.00
($n = 35$)	DBP	82.6 ± 11.4	73.1 ± 6.3	4.93	34	.00

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 เมื่อมีการควบคุมอิทธิพลของเพศ พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 มีค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.60$, $p = .04$ และ $F = 5.75$, $p = .02$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มทดลองที่ 2 ($p > .05$) และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันไดแอสโตลิกระหว่างกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ($p > .05$) (ตาราง 3)

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ที่ควบคุมอิทธิพลของเพศโดยใช้สถิติ ANCOVA ($N = 105$)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	SBP		DBP		SBP		DBP	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
กลุ่มควบคุม ($n = 35$)	150.9	6.6	82.8	9.3	126.3	1.4	75.0	1.3
กลุ่มทดลองที่ 1 ($n = 35$)	144.9	11.6	76.8	11.2	122.3	1.4	72.5	1.3
กลุ่มทดลองที่ 2 ($n = 35$)	145.7	4.3	82.6	11.4	121.6	1.4	73.1	1.3

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิต			*Type II Sum Squares*	*df*	*MS*	*F*	*p*	*Partial Eta Squared*
SBP	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลองที่ 1	280.00	1	280.00	4.60	.04	.064
		กลุ่มทดลองที่ 2	393.98	1	393.98	5.75	.02	.079
DBP	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลองที่ 1	105.66	1	105.66	1.71	.20	.025
		กลุ่มทดลองที่ 2	66.17	1	66.07	1.05	.31	.015
SBP	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	8.82	1	8.82	.14	.71	.002
DBP	กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	4.95	1	4.95	.13	.72	.002

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มทดลองที่ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ-คลายมือ (MANUGRIP) ซึ่งใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถช่วยลดค่าเฉลี่ยความดันโลหิตได้แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ใช้ลูกบอลยาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานวิจัยที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม พบว่า เพศมีผลต่อค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่ลดลงของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมอย่างเห็นได้ชัดเพียงค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิกเท่านั้น ในขณะที่ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองด้วยกันจะพบว่าการลดลงของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการฝึกออกกำลังโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือ (IHG) ส่งผลต่อการปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติที่ควบคุมหัวใจและความดันโลหิต ตลอดจนลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก และลดระดับของ Norepinephrine ในเลือด (Kamiya, Iwase, Michikamia, Fua, & Mano, 2000) จึงทำให้ความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงทั้งกลุ่มทดลองที่ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ-คลายมือ (MANUGRIP) และกลุ่มควบคุมที่ใช้ลูกบอลยาง และในขณะฝึกออกกำลังโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือ (IHG) ร่างกายจะมีการหลั่งไนตริกออกไซด์ออกมาเพื่อขยายเส้นเลือดให้กว้างขึ้น จึงพบการเพิ่มเปอร์เซ็นต์การขยายตัวของหลอดเลือดหลังถูกปิดกั้นการไหลเวียนเลือดที่แขน (brachial flow-mediated dilation: FMD) รวมถึงทำให้เกิด Reactive hyperemic blood flow เพิ่มขึ้นซึ่งสามารถเพิ่มได้ประมาณร้อยละ 40 (McGowan et al., 2006) และการฝึกออกกำลังโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือ (IHG) ยังทำให้สัดส่วนของ Oxidised/reduced glutathione ratio เพิ่มขึ้น ได้ภายหลัง (Garatachea et al., 2012) จึงทำให้ความดันโลหิตลดลง

อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 กลุ่มทดลองที่ 2 ที่ใช้ออกกำลังกายบีบ - คลายมือ (MANUGRIP) บีบค้างไว้ 1 นาที พัก 1 นาที ข้างละ 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นระยะเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ นั้น สามารถลดความดันโลหิตหลังการทดลองได้ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ซึ่งดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 ที่ใช้อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ - คลายมือ (MANUGRIP) บีบค้างไว้ 2 นาที พัก 1 นาที ทำข้างใดข้างหนึ่ง 4 ครั้ง เช้า - เย็น เป็นเวลา 3 วันต่อสัปดาห์ แล้วทำได้เพียงลดความดันซิสโตลิกเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้ อาจเพราะระยะเวลาในการบีบที่ค้างไว้ 1 นาที แล้วคลายมือ 1 นาที ทำให้เกิดการชะลอการไหลเวียนของเลือดที่บริเวณแขน แต่ก็ไม่ได้ทำให้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกินไป และการออกกำลังกายแบบบีบ-เกร็งค้างทั้งข้าง 2 จะทำให้หลอดเลือดที่แขนทั้ง 2 ข้างได้ฝึกความแข็งแรงมากกว่าการออกกำลังกายแขนข้างใดข้างหนึ่ง (ถ้าไม่มีข้อห้าม) สอดคล้องกับผลวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การออกกำลังกายแบบบีบมือ - เกร็งค้าง

ที่ความหนักร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุด (MVC) จะสามารถลดความดันซิสโตลิก (SBP) ได้ (Loaiza-Betancur, Andrés, & Chulvi-Medrano, 2020; Punia & Kulandaivelan, 2020; Souza et al., 2018; Worachet & Nakmareong, 2017)

ดังนั้น การออกกำลังกายโดยใช้ อุปกรณ์ออกกำลังกายบีบ-คลายมือ (MANUGRIP) ที่น้ำหนักร้อยละ 30 ของ MVC เป็นเวลา 8 สัปดาห์ สามารถช่วยลดระดับความดันซิสโตลิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การออกกำลังโดยใช้แรงต้านแบบเกร็งค้างมือด้วยอุปกรณ์ออกกำลังบีบมือ - คลายมือ ที่บีบค้าง 2 นาที พัก 1 นาที ทำข้างใดข้างหนึ่งจำนวน 4 ครั้ง วันละ 2 รอบ ความถี่ 3 วันต่อสัปดาห์ หรือบีบค้าง 1 นาที พัก 1 นาที จำนวนข้างละ 4 ครั้ง วันละ 2 รอบ ความถี่ 5 วันต่อสัปดาห์ ในระยะเวลาเท่ากัน 8 สัปดาห์ สามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบนได้ใกล้เคียงกัน และสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกได้มากกว่าลูกบอลยางขนาดพอดีมือ ดังนั้น พยาบาลสามารถนำการออกกำลังแบบดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันหรือลดระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมและปลอดภัยได้

2. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับ 1 ในการควบคุมระดับความดันโลหิต และอาจศึกษาผลของอุปกรณ์ออกกำลังบีบมือ - คลายมือ ในระยะยาวมากกว่า 8 สัปดาห์ โดยศึกษาวิจัยในลักษณะของการติดตามพัฒนาการในช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อให้เห็นความสามารถในการลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

เอกสารอ้างอิง

Almeida, J. P. A. D. S., Bessa, M., Lopes, L. T. P., Gonçalves, A., Roever, L., & Zanetti, H. R. (2021). Isometric handgrip exercise training reduces resting systolic blood pressure but does not interfere with diastolic blood pressure and heart rate variability in hypertensive subjects: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Hypertension Research*, *45*(5), 1205-1212.

Carlson, D. J., Dieberg, G., Hess, N. C., Millar, P. J., & Smart, N. A. (2014). Isometric exercise training for blood pressure management: A systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings, 89*(3), 327-334.

Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2021). *NCD annual report 2021.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=12470

Foundation of the Thai Elderly Research and Development Institute (TERIDI). (2021). *Situation of the Thai elderly 2020.* Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Garatachea, N., García-López, D., Bernal, A., Almar, M., & Gonzalez-Gallego, J. (2012). Oxidative stress response to isometric exercise in women: Effect of age and exercise intensity. *International Sportmed Journal, 13*(3), 85-95.

Kamiya, A., Iwase, S., Michikamia, D., Fua, Q., & Mano, T. (2000). Muscle sympathetic nerve activity during handgrip and post-handgrip muscle ischemia after exposure to simulated microgravity in humans. *Neuroscience Letters*, *280*(1), 49-52.

Loaiza-Betancur, A. F., & Chulvi-Medrano, I. (2020). Is low-intensity isometric handgrip exercises an efficient alternative in lifestyle blood pressure management? A systematic review. *Sports Health, 12*(5), 470-477.

McGowan, C. L., Levy, A. S., Millar, P. J., Guzman, J. C., Morillo, C. A., McCartney, N., & MacDonald, M. J. (2006). Acute vascular responses to isometric handgrip exercise and effects of training in persons medicated for hypertension. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*, *291*(4), H1797-H1802.

Oliveira, P. C., Silva, M. R., Lehnen, A. M., & Waclawovsky, G. (2023). Isometric handgrip training, but not a single session, reduces blood pressure in individuals with hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Hypertension*, *37*(9), 844-853. https://doi.org/10.1038/s41371-022-00778-7

Punia, S., & Kulandaivelan, S. (2020). Home-based isometric handgrip training on RBP in hypertensive adults-partial preliminary findings from RCT. *Physiotherapy Research International, 25*(1), e1806. https://doi.org/10.1002/pri.1806

Smart, N. A., Way, D., Carlson, D., Millar, P., McGowan, C., Swaine, I., . . . Bleile, B. (2019). Effects of isometric resistance training on resting blood pressure: Individual participant data meta-analysis. *Journal of Hypertension*, *37*(10), 1927-1938.

Souza, L. R., Vicente, J. B., Melo, G. R., Moraes, V. C., Olher, R. R., Sousa, I. C., . . . Moraes, M. R. (2018). Acute hypotension after moderate-intensity handgrip exercise in hypertensive elderly people. *The Journal of Strength and Conditioning Research*, *32*(10), 2971-2977.

Worachet, S., & Nakmareong, S. (2017). Effect of isometric handgrip exercise on blood pressure in pre-hypertensive women. *Journal of Associated Medical Sciences*, *50*(2), 197-207.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19[1]

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG NURSING STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ขนัฏฐา นาดี[2] พัชรินทร์ นินทจันทร์[3,*] โสภิณ แสงอ่อน[4]
Khanuttha Nadee Patcharin Nintachan Sopin Sangon

[1]วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
This thesis is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies
of Mahidol University Alumni Association.
[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[3]รองศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Associate Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Assistant Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
*Corresponding author E-mail: patcharin.nin@mahidol.ac.th

Received: *May 9, 2024* Revised: *December 12, 2024* Accepted: *December 24, 2024*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 จำนวน 225 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต แบบวัดความหวัง แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด 19 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 15.18 (*SD* =7.85) มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.1 และพบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต และความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* = -.560, -.569 และ -.609 ตามลำดับ, *p* = .000) การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* =.732, *p* = .000 และ r = .139, *p* = .038 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปใช้ในการวางแผนดูแลและพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม, ความแข็งแกร่งในชีวิต, ความหวัง, การรับรู้ความเครียด

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate: 1) the level of depression among nursing students; and 2) the relationships between perceived social support, resilience, hope, perceived stress, and COVID-19 exposure with depression among nursing students during the COVID-19 pandemic. The participants were 225 nursing students studying at a nursing college in Bangkok from October to November 2022. Data collection instruments included a demographic questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Thai-MSPSS), the Resilience Inventory, the Herth Hope Index, the Perceived Stress Scale, the COVID-19 Exposure Questionnaire, and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson product-moment correlation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The findings revealed that the mean depression score was 15.18 (*SD* = 7.85), and 19.1% of participants reported experiencing depression. Perceived social support, resilience, and hope were negatively and significantly associated with depression (*r* = -.560, -.569, and -.609, respectively; *p* = .000). In contrast, perceived stress and COVID-19 exposure were positively and significantly related to depression (*r* =.732, *p* = .000; *r* = .139, *p* = .038).

The results of this study provide important information that can be used in planning care and developing programs to prevent and reduce depression among nursing students during the COVID-19 outbreak.

Keywords: depression, perceived social support, resilience, hope, perceived stress

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้แจ้งว่าไวรัสที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อมีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-COV-2) ซึ่งแพร่กระจายและระบาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Department of Disease Control, 2021) สร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจและมีผลกระทบต่อระบบการศึกษาทั่วโลก (World

Economic Forum, 2020) จากการรายงานของยูเนสโก (UNESCO) พบว่า นักเรียน-นักศึกษามากกว่า 1.38 พันล้านคน ได้รับผลกระทบจากมาตรการการปิดสถานศึกษา (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; UNESCO, 2023) ประเทศไทย กระทรวงศึกษาธิการได้ประกาศให้มีการปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นรูปแบบใหม่ คือ การจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ส่งผลกระทบต่อนักเรียนและนักศึกษาในทุกระดับ (The Ministry of Education of Thailand, 2020) นักศึกษาพยาบาลจัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) (Department of Mental Health, 2003) วัยนี้จะเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น จึงต้องปรับตัวในหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (Department of Mental Health, 2003; Santrock, 2014) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวกับโรคโควิด 19 ส่งผลให้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า (Santrock, 2014; Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA, 2013)

ภาวะซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ที่แสดงออกด้วยความรู้สึกเศร้าสร้อยหม่นหมอง วิตกกังวล ท้อแท้ หมดหวัง และมีการมองตนเองในแง่ลบ ส่งผลให้ร่างกายและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ (Radloff, 1977) ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบได้มากในนักศึกษาพยาบาล และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศตุรกี พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 45.7 (Kalkan Uğurlu, Mataracı Değirmenci, Durgun, & Gök Uğur, 2021) และจากการศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในประเทศกรีซ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 33.3 (Dafogianni et al., 2022) ในประเทศไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 มีการศึกษาของ Supaeng, Wangnan, Chaiwisit, and Chanakarn (2021) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.04 และการศึกษาของ Krachodnok, Boonchan, and Thongnopakun (2022) ที่พบว่านักศึกษาระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เข้าข่ายภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.91 ดังนั้น จากข้อมูลสถิติและความชุกของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 สะท้อนให้เห็นปัญหาของภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่สถาบันการศึกษาไม่ควรมองข้าม ต้องหันมาใส่ใจและให้ความสำคัญ เพราะภาวะซึมเศร้านอกจากจะมีผลต่อจิตใจในทางลบแล้ว ยังส่งผลให้ขาดแรงจูงใจในการศึกษา ขาดความรับผิดชอบ มีผลกระทบทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนลดลง บางรายต้องพักการเรียนหรือลาออกในระหว่างกำลังศึกษา (Klongdee & Chainiang, 2021) หากปล่อยให้ภาวะซึมเศร้าคงอยู่กับนักศึกษาเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม อาจพัฒนาเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด และในบางรายอาจนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายและลงมือทำได้สำเร็จ (Thanoi, Phancharoenworakul, Thompson, Panitrat, & Nityasuddhi, 2010)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 พบค่อนข้างจำกัด โดยที่พบในปัจจุบันจะเป็นการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตซึ่งมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า และสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ (Dafogianni et al., 2022; Kim, Sloan, Montejano, & Quiban, 2021) การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า Supaeng et al. (2021) และจากการศึกษาในผู้ที่มีอายุใกล้เคียงกับนักศึกษาพยาบาล

พบว่ามีการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาระดับปริญญาตรี และในวัยรุ่น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ นอนไม่หลับ (Liu, et al., 2021) การรับรู้ความเครียด (Liu & Wang, 2021; Liu et al., 2021; Kerdcharoen, Kolkijkovin, & Thaworn, 2021) ความว้าเหว่ (Sun, Lin, & Chung, 2020) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 (Haliwa, Spalding, Smith, Chappell, & Strough, 2021; Yu, Tian, Cui, & Wu, 2021) ความวิตกกังวล (Kerdcharoen et al., 2021) และการสัมผัสโรคโควิด 19 (Yu et al., 2021)

ในขณะที่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความหวัง (Sun et al., 2020) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (Guo et al., 2021; Haliwa et al., 2021; Qi et al., 2020) การเจริญสติ (Haliwa et al., 2021) ความแข็งแกร่งในชีวิต (Kerdcharoen et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจนกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ โดยบางการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Guo, et al., 2021; Liu & Wang, 2021) แต่ในบางการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sun et al., 2020) และ เพศ บางการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Haliwa et al., 2021; Liu & Wang, 2021) แต่อีกการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Guo, et al., 2021) ส่วนปัจจัยที่ไม่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เชื้อชาติ และรายได้ (Haliwa et al., 2021) เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลและนักศึกษาแพทย์หรือกลุ่มวัยรุ่นที่อายุใกล้เคียงกันในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกัน และจากข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q และ 9Q ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ที่เป็นสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีภาคปฏิบัติ และการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการฝึกทหาร ควบคู่ไปกับวิชาการพยาบาลในทุก ๆ ชั้นปี พบว่า นักศึกษาพยาบาลทั้ง 4 ชั้นปี มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.14 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 5.28 และ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ .82 เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถาบันแห่งนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นอย่างยิ่ง และจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 คือ ความแข็งแกร่งในชีวิต (Dafogianni et al., 2022; Kim et al., 2021) ซึ่งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยนี้ในประเทศไทยในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว และยังมีบางปัจจัยที่ไม่พบการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลแต่พบในวัยรุ่นที่มีอายุใกล้เคียงกับนักศึกษาพยาบาล เช่น การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (Guo, et al., 2021; Haliwa et al., 2021; Qi et al., 2020) ความหวัง (Sun et al., 2020) การรับรู้ความเครียด (Liu et al., 2021; Liu & Wang, 2021; Supaeng et al. (2021) การสัมผัสโรคโควิด 19 (Yu et al., 2021) ดังนั้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จะเป็นประโยชน์กับวิทยาลัยพยาบาลแห่งนี้และสถาบันการศึกษาทางการพยาบาลแห่งอื่น ๆ ในการวางแผนดูแลนักศึกษาพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า อันนำมาซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี และสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

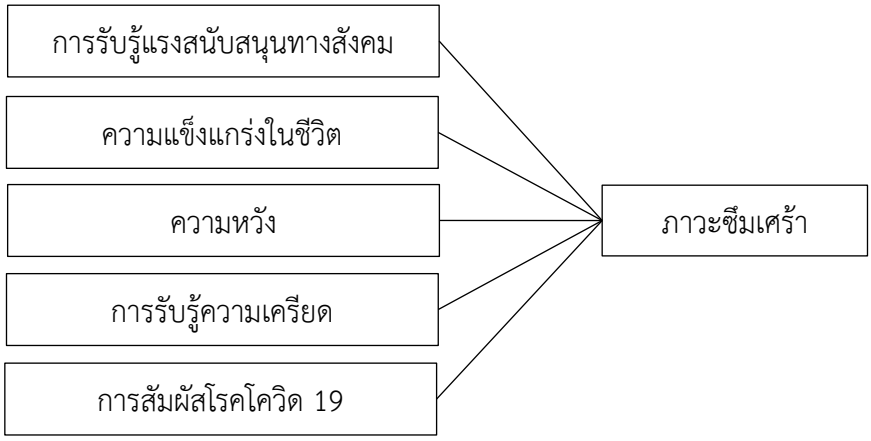
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาพยาบาลและในกลุ่มที่ใกล้เคียงกันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งการระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก จึงอาจเกิดความรู้สึกกังวลใจ ท้อแท้ เกิดความกดดันภายในจิตใจจนเกิดภาวะซึมเศร้า (Department of Mental Health, 2003; Grubic, Badovinac, & Johri, 2020; Srioad, Thoin & Khoyun, 2023) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในการศึกษานี้ ได้แก่ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 จำนวน 246 คน

ตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2565 ได้มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) ตามจำนวนที่คำนวณได้จากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 ที่กำหนดสถิติทดสอบในการวิจัย คือ Correlation: Bivariate normal model กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมา (Dafogianni et al., 2022; Guo et al., 2021; Haliwa et al., 2022; Karaşar & Canli, 2020; Liu, et al., 2021; Liu & Wang, 2021; Qi et al., 2020; Yin et al., 2021) ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .19 โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ

215 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการได้ข้อมูลกลับมาไม่ครบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 5 จึงได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 225 คน และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช 2) สามารถสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 7 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลการเรียนที่ผ่านมา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนเงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองหรือญาติ สถานภาพสมรสของบิดามารดา การพักอาศัย จำนวนสมาชิกที่พักอาศัยอยู่ร่วมกัน การตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับการรักษาเนื่องจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 สมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 กับนักศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า พัฒนาโดย Radloff (1977) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย Trangkasombat, Larpboonsarp, and Havanond (1997) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 20 ข้อ คะแนนแต่ละข้อ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 0 - 60 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับสูง แบบประเมินนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงในการจำแนก โดยพบว่าคะแนนรวมของกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการศึกษานี้พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .88

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) แปลเป็นภาษาไทย และดัดแปลงโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คะแนนรวม 12 - 84 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งจากการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .88 และองค์ประกอบย่อยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อน ครอบครัว และบุคคลสำคัญ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91, .87 และ .85 ตามลำดับ (Zimet et al., 1988) สำหรับแบบประเมินฉบับภาษาไทย มีการนำไปใช้ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ พบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และองค์ประกอบย่อยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อน ครอบครัว และบุคคลสำคัญ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราคเท่ากับ .91, .88 และ .92 ตามลำดับ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ดัดแปลงจากแบบประเมินที่พัฒนาโดย Nintachan (2015) ซึ่งสร้างจากแนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Grotberg (1995; 1997) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ I have (ฉันมี...), I am (ฉันเป็น...) และ I can (ฉันสามารถ...) มีคำถามรวมทั้งหมด 28 ข้อ คะแนนรวม 28 - 140 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จากการใช้แบบประเมินในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 (Khakuen, 2024) และในงานวิจัยนี้มีค่าสัมประสิทธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

ส่วนที่ 5 แบบวัดความหวัง พัฒนาโดย Herth (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย Wattanabenjasopa (2000) ประกอบด้วย

ข้อคำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ด้านที่ 1 ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต ด้านที่ 2 ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง และด้านที่ 3 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น คะแนนรวม 12 - 48 คะแนน แปลผลโดยแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ดังนี้

12 - 23 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับต่ำ

24 - 35 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับปานกลาง

36 - 48 คะแนน หมายถึง ความหวังระดับสูง

แบบวัดความหวังนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .81 และจากการศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

<u>ส่วนที่ 6</u> แบบวัดการรับรู้ความเครียด พัฒนาโดย Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983) สร้างขึ้นตามแนวคิดความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2010) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ แปลผลคะแนนทั้งหมด 0 - 40 คะแนน คะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ความเครียดมาก ซึ่งจากการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในนักศึกษาแพทย์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และจากการศึกษานี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86

<u>ส่วนที่ 7</u> แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด 19 พัฒนาขึ้นโดย Nintachan et al. (2023) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคะแนน 0 - 10 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีแนวโน้มสัมผัสโรคโควิด 19 สูง แบบสอบถามการสัมผัสโรคโควิด 19 นี้ มีการนำไปใช้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ได้ค่า Guttman split-half coefficient เท่ากับ .70 (Khakuen, 2024) และจากการศึกษานี้ได้ค่า Guttman split-half coefficient เท่ากับ .73

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA. MURA2022/426) ลงวันที่อนุมัติ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้นำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ส่งไปยังผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลที่ศึกษา แล้วเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงและอธิบายรายละเอียด ตลอดจนสิทธิ์ในการปฏิเสธหรือเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนยินดีเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลทั้งหมดเป็นความลับ ไม่มีการระบุตัวตน และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 - 30 ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยเก็บในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างว่างจากการเรียนการสอน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาคนละ 30 - 45 นาที เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้ส่งแบบสอบถามใส่ลงในกล่องทึบที่มีช่องสำหรับใส่แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด การสัมผัสโรคโควิด 19 และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง และการรับรู้ความเครียด กับภาวะซึมเศร้า

โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ ซึ่งผู้วิจัยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และภาวะซึมเศร้า มีการแจกแจงของข้อมูลเป็นแบบปกติ แต่ข้อมูลการสัมผัสโรคโควิด 19 ข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง และการรับรู้ความเครียด กับภาวะซึมเศร้า และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.2 อายุ 18 - 22 ปี (*M* = 20.08, *SD* = 1.23) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.4 เกรดเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.51–3.50 (*M* = 2.16, *SD* = .55) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 50,000 บาท ร้อยละ 61.8 จำนวนเงินที่นักศึกษาได้รับต่อเดือน 1,000 - 3,000 บาท ร้อยละ 46.2 โดยเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองหรือญาติ มีความเพียงพอเป็นบางครั้ง ร้อยละ 47.6 สถานภาพสมรสของบิดามารดาส่วนใหญ่บิดา-มารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.4 นักศึกษาอาศัยอยู่ที่หอพักนักศึกษา ร้อยละ 100 นักศึกษาเคยได้รับการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 100 ไม่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 45.8 ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับการรักษาที่บ้านพักของตน ร้อยละ 51.6 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 4 เข็ม (ร้อยละ 52.4) และมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.8)

2. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่าง 0 - 42 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.18 (*SD* = 7.85) ซึ่งแบ่งเป็นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.1 และไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 80.9

3. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมระหว่าง 35 - 84 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 67.35 (*SD* = 10.37) ผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 23.63, *SD* = 4.67) รองลงมา คือ ด้านเพื่อน (*M* = 22.38, *SD* = 4.14) และด้านบุคคลสำคัญ (*M* = 21.38, *SD* = 5.02) ตามลำดับ

4. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความแข็งแกร่งในชีวิตระหว่าง 73 - 140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 114.16 (*SD* = 11.36) ผลการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้าน 'I am (ฉันเป็นคนที่...) (*M* = 40.52, *SD* = 4.24) รองลงมา คือ ด้าน 'I have (ฉันมี...)' (*M* = 37.86, *SD* = 4.28) และด้าน 'I can (ฉันสามารถที่จะ...)' (*M* = 35.79, *SD* = 4.07) ตามลำดับ

5. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความหวังระหว่าง 22 - 48 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 38.31 (*SD* = 4.43) ผลการวิเคราะห์ตามระดับความหวัง พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความหวังระดับสูง ร้อยละ 74.2 ความหวังระดับปานกลาง ร้อยละ 25.3 และความหวังระดับต่ำ ร้อยละ 0.4

6. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการรับรู้ความเครียดระหว่าง 1 - 33 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.38 (*SD* = 6.25)

7. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนการสัมผัสโรคโควิด 19 ระหว่าง 0 - 8 คะแนน คะแนนเฉลี่ยการสัมผัสโรคโควิด 19 เท่ากับ 3.60 (*SD* = 2.02)

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต และความหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางถึงมากกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (r = -.560, -.569 และ -.609 ตามลำดับ; p = .000) และการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมากกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .732, p = .000) และการสัมผัสโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .139, p = .038) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต ความหวัง การรับรู้ความเครียด และการสัมผัสโรคโควิด 19 กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (n = 225)

ปัจจัย	ภาวะซึมเศร้า	
	r	*p*
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	-.560[p]	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.569[p]	.000
ความหวัง	-.609[p]	.000
การรับรู้ความเครียด	.732[p]	.000
การสัมผัสโรคโควิด 19	.139[s]	.038

[p] หมายถึง Person's product moment correlation coefficient

[s] หมายถึง Spearman's rank correlation coefficient

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 15.18 (SD = 7.85) และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 19.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Supaeng et al. (2021) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.04 อย่างไรก็ตาม พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าที่พบในครั้งนี้น้อยกว่าการศึกษาของ Kalkan Uğurlu et al. (2021) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลในประเทศตุรกี และน้อยกว่าการศึกษาของ Dafogianni et al. (2022) ที่ศึกษาภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาลในประเทศกรีซ และที่ผลการวิจัยครั้งนี้พบภาวะซึมเศร้า แต่มีร้อยละที่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในบริบทของต่างประเทศ (Department of Diseases Control, 2021b) ตลอดจนนักศึกษาพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศล้วนมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า อาจเนื่องจากช่วงวัยนี้เป็นช่วงวัยของการเปลี่ยนผ่านจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ต้องปรับตัวในหลายด้าน (Department of Mental Health, 2003; Santrock, 2014) เช่น ต้องปรับตัวด้านการเรียนรู้ที่เปลี่ยนเป็นแบบออนไลน์ ต้องปรับตัวตามมาตรการต่าง ๆ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์จนทำให้นักศึกษามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าได้

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมา คือ ความหวัง ความแข็งแกร่งในชีวิต การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการสัมผัสโรคโควิด 19 ตามลำดับ ซึ่งการรับรู้ความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากนักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเครียดเกือบครึ่งหนึ่งของคะแนนเต็ม 40 คะแนน และการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Supaeng et al. (2021) ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล และการศึกษาของ Liu et al. (2021) ที่พบว่าการรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ และการศึกษาของ Liu and Wang (2021) ที่พบว่า การรับรู้ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งการที่นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความเครียดสูง อาจเกิดจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งนักศึกษาจะรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบในชีวิต โดยที่นักศึกษารับรู้ว่าตนเองเครียดเมื่อตนเองไม่สามารถควบคุมหรือจัดการสถานการณ์นั้นได้ (Cohen & Wiliamson, 1988) และนักศึกษาพยาบาลเป็นวัยรุ่นตอนปลาย ที่มีความเปราะบางต่อการเผชิญกับสถานการณ์การต่าง ๆ จึงมีความอ่อนไหวด้านอารมณ์ รวมถึงความสามารถในการจัดการด้านอารมณ์ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Santrock, 2014) จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย และเมื่อนักศึกษามีการรับรู้ความเครียดสูงอย่าง ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ก็อาจส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

ความหวังในการศึกษานี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Sun et al. (2020) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัยในประเทศฮ่องกง พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า สามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความหวังสูง เมื่อประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จะมีความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความตั้งใจ กล้าหาญที่จะช่วยให้ตนเองมีพลังในทางบวก เชื่อว่าตนเองสามารถไปให้ถึงเป้าหมายได้ รวมถึงการมีบุคคลภายในครอบครัว เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ทำให้นักศึกษารู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้รู้สึกว่าจะสามารถผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี (Herth, 1990; 1992) ซึ่งนักศึกษาที่มีระดับความหวังสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่มีระดับความหวังสูงจะมีพลังมีแรงบันดาลใจ และมีความมั่นใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าลดลง (Keykha, Rezaee, Navidian, & Moshtaghi, 2020; Yu et al., 2021)

ความแข็งแกร่งในชีวิตในการศึกษานี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Dafogianni et al. (2022) และ Kim et al. (2021) ที่ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kerdcharoen et al. (2021) พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิต (พลังสุขภาพจิต) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาแพทย์ ดังนั้น สามารถอธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง เมื่อพบกับสถานการณ์เลวร้ายในชีวิตหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียดในชีวิต นักศึกษาพยาบาลจะสามารถก้าวข้ามผ่านปัญหาอุปสรรคนั้นไปได้ พร้อมทั้งสามารถฟื้นตัวและนำพาชีวิตของตนเองรอดพ้นจากสถานการณ์อันเลวร้ายนั้นไปได้อย่างรวดเร็ว และมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มมากขึ้น (Grotberg, 1995; Nintachan, 2015)

แนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) กล่าวว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ‘I have’, 2) ‘I am’, และ 3) ‘I can’ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาไปได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษานี้ ด้าน ‘I have’ (ฉันมี...) นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะมีแหล่งสนับสนุนภายนอกที่เสริมสร้างกำลังใจ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แล้วได้รับความรัก ความใส่ใจดูแลซึ่งกันและกันของบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลภายนอก ครอบครัวที่ให้กำลังใจ ช่วยเหลือและตักเตือนในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหายุ่งยากลำบากมาสู่ตนเอง มีสถานศึกษาที่

ปลอดภัย มีสิ่งที่เอื้ออำนวยความสะดวกสบาย พร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการได้รับสวัสดิการต่าง ๆ เช่น การได้รับวัคซีนต้านไวรัสโคโรนา 2019 การได้รับอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการป้องกันเชื้อโรค การได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการได้รับการเข้ารักษาหากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทำให้รู้สึกมีความแข็งแกร่งในชีวิต

ส่วนด้าน ‘I am’ (ฉันเป็นคนที่...) การที่นักศึกษาพยาบาลที่มีความเข้มแข็งภายใน เป็นสิ่งที่แสดงถึงความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งนักศึกษาที่เข้ามาศึกษาในวิชาชีพการพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นคนที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความรู้ความสามารถ เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับและยกย่องให้เกียรติในสังคม จึงทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม (Nimit-Arnun & Jangharn, 2012) ถึงแม้จะต้องเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ก็จะเชื่อมั่นว่าสิ่งต่าง ๆ จะเปลี่ยนไปในทิศทางที่ดี รวมทั้งมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ใช้ยึดเหนี่ยวจิตใจ

สำหรับด้าน ‘I can’ (ฉันสามารถที่จะ...) นักศึกษาพยาบาลที่มีทักษะการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ก็จะมีทักษะการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งหาทางออกหรือวิธีการใหม่ ๆ รู้จักขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นได้ในเวลาที่ต้องการ มีอารมณ์ขัน สามารถจัดการกับอารมณ์และช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดของตนเอง (Grotberg, 1995; Nintachan, 2015; Nintachan et al., 2023) จึงอาจกล่าวได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มี ‘I have’, ‘I am’ และ ‘I can’ สูง หรือมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะสามารถเผชิญและก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคจากการระบาดของโรคโควิด 19 ไปได้ พร้อมทั้งมีความสามารถในการฟื้นตัวและเรียนรู้ จึงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษานี้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Guo et al. (2021) และ Haliwa et al. (2021) ที่พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจอธิบายได้จากเมื่อนักศึกษาพยาบาลประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นักศึกษาพยาบาลที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีแหล่งสนับสนุน เช่น การมีครอบครัวที่อบอุ่น ให้กำลังใจ สามารถเล่าถึงปัญหาที่ทุกข์ใจให้แก่บุคคลในครอบครัวได้รับฟัง หรือการได้รับกำลังใจจากเพื่อน มีเพื่อนคอยร่วมทุกข์ร่วมสุข หรือมีบุคคลสำคัญที่นอกเหนือจากครอบครัวและเพื่อนช่วยให้เกิดความสบายใจ และคอยห่วงใยความรู้สึก เป็นต้น ทำให้นักศึกษาพยาบาลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จึงให้นักศึกษาให้สามารถแก้ปัญหา มีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคที่เกิดขึ้น และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม และช่วยลดโอกาสที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (Guo et al., 2021; Zimet et al., 1988)

นอกจากนี้ ยังพบว่าการสัมผัสโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Yu et al. (2021) ที่ศึกษาในกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของประเทศจีนพบว่า การสัมผัสโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากหอพักนักศึกษาพยาบาลอยู่ในช่วงปรับปรุงสถานที่พัก และอยู่ในภาคการศึกษาที่มีการขึ้นฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ได้ฝึกประสบการณ์การป้องกันโรคโควิด 19 บนหอผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลจึงมีการปรับตัวในหลาย ๆ ด้าน ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงเกิดความเครียดและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ จากการป้องกันตนเอง

อย่างมากต่อการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยและการรับเชื้อจากผู้ป่วยมาสู่ตน และระมัดระวังตนเองเมื่อต้องไปยังสถานที่สาธารณะที่มีคนหนาแน่นหรือในชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับวิทยาลัย จึงทำให้การสัมผัสโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

อาจารย์พยาบาลที่รับผิดชอบด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการเผชิญและการจัดการความเครียด โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยให้นักศึกษาพยาบาลได้ตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่ มีการส่งเสริมให้มีความหวัง เพื่อช่วยป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมมาตรการและการดำเนินการช่วยป้องกันนักศึกษาในการสัมผัสกับโรคในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ (pandemic)

เอกสารอ้างอิง

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396.

Cohen, S., & Wiliamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health, 3*(1), 31-63.

Dafogianni, C., Pappa, D., Mangoulia, P., Kourti, F. E., Koutelekos, I., Dousis, E., . . . Zartaloudi, A. (2022). Anxiety, stress and the resilience of university students during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Healthcare, 10,* 1-12.

Department of Diseases Control. (2021). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report.* Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf

Department of Diseases Control. (2021). *Summary of reports of important epidemiological events.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1489220231025030405.pdf

Department of Mental Health. (2003). *Guide to promoting mental health in secondary school students for teachers* (6th ed). Retrieved from https://dmh.go.th/download/ebooks/MEH7.pdf

Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit.* The Hague: The Bernard van Leer Foundation.

Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions.* Retrieved from http://www.resilnet.uiue.edulibrary/grotb97a.html

Grubic, N., Badovinac, S., & Johri, A. M. (2020). Student mental health in the midst of the COVID-19 pandemic: A call for further research and immediate solutions. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(5), 517-518. https://doi.org/10.1177/0020764020925108

Guo, K., Zhang, X., Bai, S., Minhat, H., S., Nazan, A. I. N. M., Feng, J., . . . Feng, J. (2021). Assessing social support impact on depression, anxiety, and stress among undergraduate students in Shaanxi province during the COVID-19 pandemic of China. *Public Library of Science, 16*(7), 1-10.

Haliwa, I., Spalding, R., Smith, K., Chappell, A., & Strough, J. (2022). Risk and protective factors for college students' psychological health during the COVID-19 pandemic. *Journal of American College Health, 70*(8), 2257-2261.

Herth, K. A. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing, 15*(1), 1250-1259.

Herth, K. A. (1992). Abbreviated instrument measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advancing Nursing, 17*(1), 1251-1259.

Kalkan Uğurlu, Y., Mataracı Değirmenci, D., Durgun, H., & Gök Uğur, H. (2021). The examination of the relationship between nursing students' depression, anxiety and stress levels and restrictive, emotional, and external eating behaviors in COVID-19 social isolation process. *Perspectives in Psychiatric Care, 57*(2), 507-516.

Karaşar, B., & Canlı, D. (2020). Psychological resilience and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatria Danubina, 32*(2), 273-279.

Kerdcharoen, N., Kolkijkovin, V., & Thaworn, J. (2021). Resilience, mental health impact and COVID-19 related mental health determinants among medical students during COVID-19 epidemic. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine, 65*(Suppl), 103-116.

Keykha, R., Rezaee, N., Navidian, A., & Moshtaghi, E. (2020). The effect of regular family appointments on hope of hospitalized depressed patients: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences, 9*(1), 27-32.

Khakuen, K. (2024). *Factors associated with anxiety among village health volunteersin a province in the northeastern region of Thailand during the third year of COVID-19 pandemic* (Master's thesis). Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok.

Kim, S. C., Sloan, C., Montejano, A., & Quiban, C. (2021). Impacts of coping mechanisms on nursing students' mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional survey. *Nursing Reports, 11*(1), 36-44.

Klongdee, K., & Chaniang, S. (2021). Factors predicting depression in nursing students at Boromarajonani College of Nursing Nakhonphanom, Nakhonphanom University. *Journal of The Police Nurses, 13*(1), 148-157.

Krachodnok, P., Boonchan, F., & Thongnopakun, S. (2022). Mental health literacy and factors related to depression in the situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among undergraduate students in one university of Chonburi Province. *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, 5*(2), 125-135.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York, NY: Springer.

Liu, Z., Liu, R., Zhang, Y., Zhang, R., Liang, L., Wang, Y., Wei, Y., Zhu, R., & Wang, F. (2021). Association between perceived stress and depression among medical students during the outbreak of COVID-19: The mediating role of insomnia. *Journal of Affective Disorders, 292*, 89-94.

Liu, Q., & Wang, Z. (2021). Perceived stress of the COVID-19 pandemic and adolescents' depression symptoms: The moderating role of character strengths. *Personality and Individual Differences, 182,* 2-6.

Nimit-Arnun, M., & Jangharn, T. (2012). The influenzing factors of professional commitment amongst nurse students of college of health science and nursing Christian University of Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 13*(2), 60-71.

Nintachan, P. (2015). *Resilience: concept, assessment, and application.* Bangkok: Quality Thai Trading.

Nintachan, P., Sangon, S., Sumdaengrit, B., Deesamer, S., Kulvirogesopon, V., Boonchuay, N., . . . Gumphun, S. (2023). *The mediating effect of resilience in the relationships between psychosocial factors and mental health problems of village health volunteers in Thailand during the Third year of COVID-19 pandemic.* Research Report, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Qi, M., Zhou, S-J., Guo, Z-C., Zhang, L-G., Min, H-J., Li, X-M., & Chen, J-X. (2020). The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health, 67*(4), 514-518.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.

Santrock, J. W. (2014). *Adolescence* (14th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Education.

Srioad, P., Thoin, P., & Khoyun, S. (2023). Depression among nursing students and related factors in the situation of the COVID-19 pandemic. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 26*(2), 91-102.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2013). *Results from the 2013 national survey on drug use and health: Summary of national findings.* Retrieved from https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf

Sun, Y., Lin, S. Y., & Chung, K. K. H. (2020). University students' perceived peer support and experienced depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: The mediating role of emotional well-being. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 1-13.

Supaeng, N., Wangnan, N., Chaiwisit, J., & Chanakarn, M. (2021). Factors associated with depression of nursing students in the online teaching situations. *College of Asian Scholar Journal, 11*(2), 48-57.

Thanoi, W., Phancharoenworakul, K., Thompson, E. A., Panitrat, R., & Nityasuddhi, D. (2010). Thai adolescent suicide risk behaviors: Testing a model of negative life events, rumination, emotional distress, resilience and social support. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 14*(3), 187–202.

The Ministry of Education of Thailand. (2020). *The closure of educational institutions affiliated with and under the supervision of the Ministry of Education due to Special Circumstances.* Retrieved from https://www.moe.go.th

Trangkasombat, U., Larpboonsarp, V., & Havanond, P. (1997). CES-D as a screen for depression in adolescents. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 42*(1), 2–13.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2023). *UNESCO's education response to COVID-19*. Retrieved from https://www.unesco.org/en/covid-19/education-response/ initiatives

Wattanabenjasopa, S. (2000). *Effects of supportive psychotherapy group on hope of cervical cancer patients receiving radiotherapy* (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine, 4*, 1-6.

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *The Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1503-1509.

World Economic Forum. (2020). *COVID-19's staggering impact on global education.* Retrieved from https://www.weforum.org/agenda/2020/03/infographic-covid19-coronavirus-impact-global-education-health-schools/

Yin, Y., Yang, X., Gao, L., Zhang, S., Qi, M., Zhang, L., . . . Chen, J. (2021). The association between social support, COVID-19 exposure, and medical students' mental health. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 555893.

Yu, Y., She, R., Luo, S., Xin, M., Li, L., Wang, S., . . . Lau, J. (2021). Factors influencing depression and mental distress related to COVID-19 among university students in China: Online cross-sectional mediation study. *JMIR Mental Health, 8*(2), e22705

Yu, M., Tian, F., Cui, Q., & Wu, H. (2021). Prevalence and its associated factors of depressive symptoms among Chinese college students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry, 21*, 1-8.

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.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19[1]

FACTORS INFLUENCING BURDEN OF CAREGIVERS OF CHILDREN WITH ADHD DURING COVID-19 PANDEMIC

จรัสศรี ดำศรี[2] พัชรินทร์ นินทจันทร์[3,*] โสภิณ แสงอ่อน[4]
Jaratsri Damsri Patcharin Nintachan Sopin Sangon

[1]วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยบางส่วนจาก บัณฑิตวิทยาลัยและสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University
This thesis is partially supported by the Faculty of Graduate Studies and Graduate Studies
of Mahidol University Alumni Association.
[2]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Ramathibodi School of Nursing,
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[3]รองศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Associate Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
[4]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Assistant Professor, Ph.D., Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital,
Mahidol University, Ratchathewi, Bangkok, 10400, Thailand
*Corresponding author E-mail: patcharin.nin@mahidol.ac.th

Received: *May 7, 2024* Revised: *December 9, 2024* Accepted: *December 25, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้น และ 2) ความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่อภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 204 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดภาระการดูแล

แบบประเมินความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต และแบบประเมินโรคสมาธิสั้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93, .93, .93 และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้นมีภาระการดูแลระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 34.8 ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาระการดูแลได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาระการดูแล (*Beta* = .310, p = .000) รองลงมา คือ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล (*Beta* = .300, p = .000) และความแข็งแกร่งในชีวิต (*Beta* = -.192, p = .002) ในขณะที่ จำนวนโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (r = .133, p >.05) และไม่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กของสมาธิสั้น (*Beta* = .108, p > .05)

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพื่อช่วยป้องกันหรือลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นต่อไป

คำสำคัญ : ภาระการดูแล, ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น, สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate: 1) the relationships between the worry about the COVID-19 pandemic, resilience, caregiver-perceived severity of ADHD, and number of comorbidities, and the burden of caregivers of children with ADHD; and 2) the predictive ability of these factors on caregiver burden during the COVID-19 pandemic. The participants were 204 caregivers of children with ADHD who sought services at the outpatient clinic of a tertiary hospital in Bangkok. The research tools consisted of the caregiver burden scale, the worry about COVID-19 scale, the resilience inventory, and the SNAP-IV. The Cronbach's alpha coefficients of the research instrument were .93, .93, .93 and .94, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficients, Spearman's rank correlation coefficients, and hierarchical multiple regression analysis.

The findings revealed that 34.8 percent of caregivers of children with ADHD had moderate to high levels of caregiver burden. The worry about the COVID-19 pandemic and the perceived severity of ADHD were positively and significantly associated with caregiver burden, while resilience was negatively and significantly related to caregiver burden. The worry the COVID-19 pandemic, caregiver-perceived severity of ADHD, resilience, and the number of comorbidities collectively explained 27.6% of the variance in caregiver burden, with statistical significance. The worry about the COVID-19 pandemic had the greatest impact on caregiver burden (*Beta* = .310, p = .000), followed by caregiver-perceived severity of ADHD (*Beta* = .300, p = .000) and resilience (*Beta* = -.192, p = .002). However, the number of comorbidities was not significantly correlated with caregiver burden (r = .133, p > .05) and did not significantly affect caregiver burden (*Beta* = .108, p > .05).

The results of this study could serve as foundational data for developing guidelines to prevent or reduce caregiver burden among those caring for children with ADHD.

Keywords: burden of care, caregivers of children with ADHD, COVID-19 pandemic

ความเป็นมาและสำคัญของปัญหา

โรคสมาธิสั้นเป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง 2) อยู่ไม่นิ่งหรือซนมากกว่าปกติ และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (American Psychiatric Association, 2013; Pornnoppadol, 2018) เด็กที่เป็นสมาธิสั้นจะไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไป มักมีปัญหาที่พบได้บ่อย คือ ดื้อ ต่อต้าน รบกวนชั้นเรียน รอคอยไม่ได้ เหม่อลอย เรียนรู้ช้า หงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว และเข้ากับเพื่อนไม่ได้ (Baweja et al., 2023) ทำให้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลเพิ่มขึ้นในด้านการปรับพฤติกรรม การรับประทานยา การตรวจติดตามรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษา และการพิทักษ์สิทธิเด็ก (Juntratip et al., 2020) การให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงเป็นสิ่งที่ยากและต้องอาศัยเวลาอย่างมากในการดูแล อาจก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระการดูแลได้ (Oberst, 1989; Wacharasin, 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบมีผลกระทบอย่างมากต่อการเจ็บป่วยและทำให้สูญเสียผู้คนทั่วโลกหลายล้านคน ทั้งยังทำให้สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น มาตรการล็อกดาวน์ที่ต้องกักตัวอยู่บ้าน การปิดสถานศึกษาชั่วคราว การเรียนออนไลน์ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมหรือการลดการสัมผัส เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020) สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อเด็กสมาธิสั้น เนื่องจากเด็กสมาธิสั้นมีความบกพร่องของพัฒนาการทางระบบประสาทที่ทำให้ไม่เข้าใจและไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามมาตรการต่าง ๆ ได้ เมื่อถูกขัดใจและถูกจำกัดพฤติกรรมมากขึ้น เด็กจะไม่ทำตามสั่งหรือให้ความร่วมมือในการดูแลน้อยลง จึงทำให้การดูแลเด็กนั้นยากลำบากและใช้เวลาไปกับการดูแลนานมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลสูงมากกว่าช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19

ปัญหาภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในผู้ดูแลหากไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ภาระการดูแลลดลงจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตแย่ลง (Peasgood et al., 2021) และประสิทธิภาพในการดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลงหรือขาดประสิทธิภาพได้ (Eakes, 1995) ตลอดจนทำให้แนวโน้มอาการของโรคจะรุนแรงและเรื้อรังมากขึ้น จากสถิติที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 60 - 85 ของเด็กสมาธิสั้นมีอาการจนเข้าสู่วัยรุ่น และมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่สูงถึงร้อยละ 40 - 50 (Boon-yasidhi, 2012) ซึ่งมักตามมาด้วยปัญหาการเข้าสังคมเนื่องจากไม่รู้จักการวางตัว ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ได้จนไม่สามารถปฏิบัติงานได้ (Able et al., 2007) และมีโอกาสสร้างความเดือดร้อนหรือกระทำผิดกฎหมายเนื่องจากขาดความยับยั้งชั่งใจ ส่งผลให้เป็นปัญหาของสังคมและประเทศชาติตามมา (Health Systems Research Institute, 2017; Ohlmeier et al., 2008) การศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลของผู้ป่วยสมาธิสั้นตั้งแต่วัยเด็กจึงมีความสำคัญ เพราะจะช่วยป้องกันปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเติบโตได้

ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึงปริมาณเวลาที่ใช้และความรู้สึกยากลำบากในการดูแลจากการทำกิจกรรมการดูแล 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลโดยตรง (direct care) เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำต่อผู้รับการดูแลโดยตรง เน้นการดูแลทางด้านร่างกาย เช่น กิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การดูแลบำบัดรักษา และการฟื้นฟู เป็นต้น 2) การดูแลระหว่างบุคคล (interpersonal care) เป็นการดูแลทางด้านอารมณ์จิตใจ การแสดงถึงความรัก พูดคุยให้กำลังใจ และการเฝ้าระวังอันตรายต่าง ๆ เป็นต้น และ 3) การดูแลทั่วไป (instrumental care) เป็นการทำกิจกรรมทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง การวางแผนทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือการขอความช่วยเหลือในการดูแลจากหน่วยงาน เป็นต้น (Carey et al., 1991; Oberst, 1991; Oberst et al., 1989)

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ ประเทศโอมาน พบว่า ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีภาระการดูแลระดับปานกลางถึงสูงร้อยละ 34 (Al-Balushi et al., 2019) สำหรับประเทศไทยยังไม่พบรายงานหรือการศึกษาภาระการดูแลในเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 แต่พบการศึกษาในเด็กออทิซึมทางภาคใต้ของไทยซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของสมองเช่นเดียวกับโรคสมาธิสั้น (American Psychiatric Association, 2013) โดยพบว่ามีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Orapiriyakul et al., 2014; Pitakbud, 2007) ซึ่งการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์ปกติก็เป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลอยู่แล้ว ยิ่งในการระบาดของโรคโควิด 19 ยิ่งเป็นอุปสรรคที่ทำให้เกิดข้อจำกัดการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายด้าน จนทำให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นรับรู้ถึงความยากและต้องใช้เวลาไปกับกิจกรรมการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และ/หรือมีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสังคมไทย และการศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นว่าความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 สามารถพบได้ในผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี (Russell et al., 2020) ความแข็งแกร่งในชีวิตศึกษาในผู้ที่เป็นโรคระบบประสาทและความผิดปกติทางสติปัญญารวมถึงโรคสมาธิสั้น (Fianco et al., 2015) และในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี (Russell et al., 2021) ส่วนความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล แม้จะมีการศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้น แต่ไม่ได้ศึกษาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (Cadman et al., 2012; Fridman et al., 2017; Ronis et al., 2015) ส่วนอิทธิพลของจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่ายังมีผลการศึกษาที่ไม่ชัดเจน มีงานวิจัยที่พบว่าจำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Fridman et al., 2017) แต่ก็ขัดแย้งกับอีกงานวิจัยที่จำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นไม่สามารถทำนายภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ (Cadman et al., 2012)

ดังนั้น จากข้อมูลที่กล่าวมาการจะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ให้มีภาระการดูแลที่ลดลง หรือสามารถอยู่ดูแลได้อย่างมีความสุข จำเป็นต้องมีการศึกษาความสามารถในการทำนายของความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการให้การดูแลผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นโดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ และลดภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคอื่น ๆ ต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

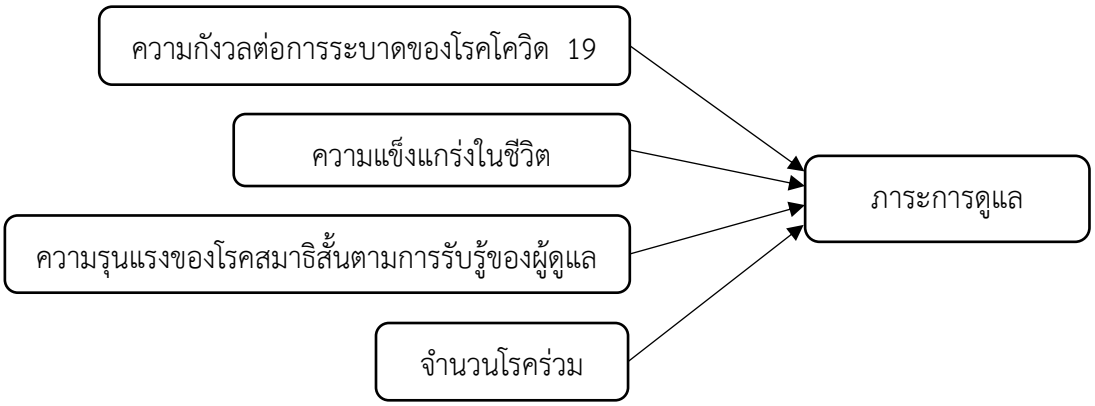
1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม กับภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นและกลุ่มใกล้เคียง ได้แก่ กลุ่มเด็กที่มีความ

บกพร่องทางพัฒนาการระบบประสาทและกลุ่มเด็กทั่วไป ทั้งในช่วงที่ไม่มีและมีการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งในการศึกษานี้ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล จากการทำกิจกรรมการดูแลที่ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลโดยตรง 2) การดูแลระหว่างบุคคล และ 3) การดูแลทั่วไป (Carey et al., 1991; Oberst, 1991; Oberst et al., 1989) สำหรับปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กสมาธิสั้นที่เข้ารับบริการที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1 กำหนดสถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ Linear multiple regression กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่มีตัวแปรใกล้เคียงกับในกรอบแนวคิดการวิจัย (Al-Balushi et al., 2019; Cadman et al., 2012; Fridman et al., 2017) เท่ากับ .06 โอกาสในการเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (type I error) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 จำนวนตัวแปรอิสระที่ใช้ในการทำนายเท่ากับ 4 ตัวแปร ตามกรอบแนวคิดงานวิจัย ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 204 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์การให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาทุพพลภาพ สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนพี่น้อง ลำดับบุตร ความผิดปกติหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วม และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส

อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ บรรยากาศในครอบครัว การไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด สาเหตุที่ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การมีสมาชิกในครอบครัวหรือญาติสนิทเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 และลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

2. แบบประเมินโรคสมาธิสั้น SNAP-IV พัฒนาโดย Swanson, Nolan & Pelham แปลเป็นภาษาไทยโดย Pityaratstian et al. (2014) ประกอบด้วยฉบับของผู้ปกครองและฉบับของครู การศึกษาครั้งนี้ใช้ฉบับของผู้ปกครอง โดยใช้วัดความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีข้อคำถาม 26 ข้อ ประเมินอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ขาดสมาธิ (inattention) อยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/ impulsivity) และดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือกเป็น 4 ระดับ คือ 0 (ไม่มีอาการเลย) ถึง 3 (มีอาการมาก) คะแนนรวมทั้ง 3 ด้านอยู่ระหว่าง 0 - 78 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีอาการของโรคสมาธิสั้นรุนแรง และมีความเที่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

3. แบบประเมินความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 พัฒนาโดย Nintachan et al. (2023) มีข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 (ไม่เลย) ถึง 4 (มากที่สุด) คะแนนรวมเท่ากับ 0 - 64 คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 สูง และมีความเที่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

4. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาโดย Nintachan et al. (2010) และใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience) ของ Grotberg (1995; 1997) ข้อคำถามประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ I have (ฉันมี...) เป็นแหล่งสนับสนุนภายนอกที่ทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชีวิต, I am (ฉันเป็น...) เป็นความเข้มแข็งภายในของแต่ละบุคคล และ I can (ฉันสามารถ...) เป็นปัจจัยด้านทักษะในการจัดการกับปัญหาและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีข้อคำถาม 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวม 28 - 140 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง และมีความเที่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

4. แบบวัดภาระการดูแล พัฒนาโดย Oberst et al. (1989) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงบางข้อคำถามโดย Iamyingpanich (1996) จากนั้น Thongphet (2002) ได้นำแบบวัดฉบับดังกล่าวมาดัดแปลงข้อคำถามอีกครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุมภาระการดูแลที่เป็นกิจกรรม 3 ด้าน คือ ด้านการดูแลโดยตรง 3 ข้อ ด้านการดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ และด้านการดูแลทั่วไป 8 ข้อ แต่ละข้อคำถามแยกการวัดเป็น 2 ส่วน คือ การใช้เวลาในการดูแล และความยากลำบากในการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) คะแนนรวม 15 - 75 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาระการดูแลสูง แบบวัดนี้มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .94 (Thongphet, 2002) และมีความเที่ยงจากการศึกษานี้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ 2022/425) ลงวันที่อนุมัติ 3 สิงหาคม พ.ศ.2565 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร (เลขที่ 77/65) ลงวันที่อนุมัติ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 ซึ่งผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยมีสิทธิ์ในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดระยะเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยเตรียมผู้ที่จะช่วยดูแลเด็กในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่าง ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพและนักจิตวิทยาคลินิกที่ประจำอยู่คลินิกของแผนกผู้ป่วยนอกที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างในขั้นต้นก่อนโดยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิของตัวอย่าง หากตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างในช่วงเวลาก่อนหรือหลังที่ผู้ดูแลนำเด็กสมาธิสั้นเข้าพบแพทย์ โดยให้ตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที ถ้าตัวอย่างมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์แบบเว้นระยะห่างทางสังคม ขณะที่ตัวอย่างกำลังตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยผู้ดูแลเด็กจะให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงนั้น โดยจัดหากิจกรรมหรือของเล่นต่าง ๆ ให้แก่เด็ก

3. ผู้วิจัยให้ตัวอย่างส่งแบบสอบถามใส่ลงในกล่องทึบที่ผู้วิจัยจัดเตรียมไว้ แล้วผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนนำข้อมูลที่ได้ไปลงรหัสและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วม ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด และเปอร์เซ็นไทล์

3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติด้วย Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลของความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และภาระการดูแล มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ แต่ข้อมูลความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม ไม่มีการแจกแจงของข้อมูลแบบปกติ ดังนั้น ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 กับภาระการดูแล จึงใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation coefficient) และในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาระการดูแล ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman’s rank correlation coefficient)

4. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแล ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ Linearity relationship, Normal distribution, Homoscedasticity, Autocorrelation, และ Multicollinearity แล้วพบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทุกข้อ

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น จำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 163 คน (ร้อยละ 79.9) อายุตั้งแต่ 27 - 79 ปี (*SD* = 9.32) เป็นมารดาของเด็กสมาธิสั้น จำนวน 138 คน (ร้อยละ 67.6) ระยะเวลาโดยเฉลี่ยในการดูแลเด็กสมาธิสั้น 9.99 ปี (*SD* = 4.01) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 39.2) สถานภาพสมรส

แบบสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 150 คน (ร้อยละ 73.5) ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 61 คน (ร้อยละ 29.9) สมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 4 - 6 คน (ร้อยละ 53.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001 - 30,000 บาท จำนวน 95 คน (ร้อยละ 46.6) รายได้เพียงพอ จำนวน 135 คน (ร้อยละ 66.2) บรรยากาศในครอบครัวรักใคร่กันดี จำนวน 179 คน (ร้อยละ 87.7) มีการพาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 146 คน (ร้อยละ 71.6) ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด จำนวน 58 คน (ร้อยละ 28.4) สาเหตุที่ไม่พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัดเกิดจากผู้ดูแลติดธุระ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 40.3)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กสมาธิสั้น พบว่า เด็กสมาธิสั้น จำนวน 204 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 177 คน (ร้อยละ 86.8) อายุ 6 - 18 ปี อายุเฉลี่ย 11.23 (*SD* = 3.18) และเป็นบุตรคนเดียว จำนวน 98 คน (ร้อยละ 48)

3. ภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น มีคะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 60 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.45 (*SD* = 9.46) ภาระการดูแลรายด้าน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านความยากลำบาก (*M* = 41.7, *SD* = 4.29) รองลงมา คือ ด้านการใช้เวลา (*M* = 36.84, *SD* = 4.55) และพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีภาระการดูแลน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมา คือ ภาระการดูแลปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.4 ภาระการดูแลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.6 และภาระการดูแลมาก คิดเป็นร้อยละ 4.4

4. ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 59 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.05 (*SD* = 12.06)

5. ความแข็งแกร่งในชีวิต มีคะแนนอยู่ระหว่าง 60 - 140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 115.47 (*SD* = 12.22) เมื่อพิจารณาความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นรายด้าน พบว่า ด้าน ‘I am’ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (*M* = 41.7, *SD* = 4.29) รองลงมา คือ ด้าน ‘I can’ (*M* = 36.93, *SD* = 4.47 และด้าน ‘I have’ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M* = 36.84, *SD* = 4.55)

6. ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 71 คะแนน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.22 คะแนน (*SD* = 14.47) ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นรายด้าน พบว่า ด้านขาดสมาธิมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (*M* = 13.08, *SD* = 5.89) รองลงมา คือ ด้านอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่น (*M* = 10.91, *SD* = 5.85) และด้านดื้อต่อต้านมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (*M* = 8.24, *SD* = 4.99)

7. จำนวนโรคร่วม พบว่าเด็กสมาธิสั้นมีโรคร่วมทางจิตเวช จำนวน 127 คน (ร้อยละ 62.3) ส่วนมากมีจำนวน 1 โรค (*Min* = 0, *Max* = 5) และเป็นความผิดปกติหรือโรคร่วมทางจิตเวชในกลุ่มโรคการเรียนรู้บกพร่อง จำนวน 46 คน (ร้อยละ 36.2) รองลงมาคือ กลุ่มโรคออทิซึม จำนวน 41 คน (ร้อยละ 32.3)

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 และความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* = .357 และ .372 ตามลำดับ, *p* = .000) ในขณะที่ ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* = -.204, *p* = .003) และจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* = .133, *p* >.05) (ตาราง 1) ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล ความแข็งแกร่งในชีวิต และจำนวนโรคร่วม สามารถร่วมกันทำนายหรืออธิบายความแปรปรวนของภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็ก

สมาธิสั้น ได้ร้อยละ 27.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีอิทธิพลมากที่สุดต่อภาระการดูแล (*Beta* = .310, *p* = .000) รองลงมา คือ ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล (*Beta* = .300, *p* = .000) และความแข็งแกร่งในชีวิต (*Beta* = -.192, *p* = .002) ส่วนจำนวนโรคร่วมไม่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น (*Beta* = .108, *p* > .05) (ตาราง 2)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล และจำนวนโรคร่วมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 (*n* = 204)

ปัจจัย	ภาระการดูแล	
	r	*p*
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.357[p]	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.204[s]	.003
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.372[s]	.000
จำนวนโรคร่วม	.133[s]	.057

[p] หมายถึง Person's product moment correlation coefficient

[s] หมายถึง Spearman's rank correlation coefficient

ตาราง 2 ปัจจัยทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical multiple regression analysis) (*n* = 204)

ปัจจัยทำนาย	*b*	*SE*	*Beta*	*t*	*p*
Model 1					
ค่าคงที่ (Constant)	28.720	1.387		20.709	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.280	.052	.357	5.426	.000
R = 357; R^2= .127; *Adjusted* R^2= .123; Overall *F* (1,202) = 29.438, *p* = .000					
Model 2					
ค่าคงที่ (Constant)	49.094	5.889		8.337	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.277	.050	.354	5.531	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.176	.050	-.227	-3.554	.000
R = 423; R^2= .179; *Adjusted* R^2= .171; R^2 *change* = .052; Overall *F* (2,201) = 21.883, *p* = .000					
Model 3					
ค่าคงที่ (Constant)	41.647	5.797		7.184	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.243	.048	.309	5.042	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.158	.047	-.204	-3.361	.001
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.194	.040	.297	4.822	.000
R = 514; R^2= .264; *Adjusted* R^2 = .253; R^2 *change* = .086; Overall *F* (3,200) = 23.955, *p* = .000					

ปัจจัยทำนาย	*b*	*SE*	*Beta*	*t*	*p*
Model 4					
ค่าคงที่ (Constant)	39.407	5.900		6.679	.000
ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19	.243	.048	.310	5.086	.000
ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.149	.047	-.192	-3.148	.002
ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแล	.196	.040	.300	4.903	.000
จำนวนโรคร่วม	1.062	.595	.108	1.785	.076
R = 525; R^2= .276; *Adjusted* R^2= .261; R^2*change* = .012; Overall F (4,199) = 18.959, p = .000					

การอภิปรายผลการวิจัย

ความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิค 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นตัวแปรที่ทำนายภาระการดูแลได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่าความกังวลต่อการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล (Russell et al., 2020) อาจกล่าวได้ว่าการที่มีบริบทของการระบาดของโรคโควิด 19 เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ประสบปัญหาอุปสรรคของการดูแลในช่วงที่มีการระบาด และอาจเนื่องจากเด็กสมาธิสั้นเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงอาจมีความบกพร่องในการเข้าใจสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ตลอดจนการปฏิบัติตัวตามข้อกำหนดต่าง ๆ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย หรือการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น (Mutluer et al., 2020) ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจึงมีความกังวลสูงขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นมีความกังวลสูงกว่าผู้ดูแลเด็กทั่วไป (Sideropoulos et al., 2021) ประกอบกับลักษณะอาการของเด็กสมาธิสั้นที่อยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ซึ่งยากต่อการควบคุมให้เด็กสมาธิสั้นทำตามขั้นตอนของกิจกรรมการดูแลและข้อกำหนดต่าง ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหรือแพร่กระจายเชื้อในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลทั้งในส่วนของการใช้เวลาในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มสูงขึ้น

ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิค 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายจากในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างมากและต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด เช่น การกักตัวอยู่บ้าน การเรียนออนไลน์ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคมหรือการลดการสัมผัส เป็นต้น (Department of Disease Control, 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เด็กสมาธิสั้นซึ่งมีความบกพร่องของพัฒนาการทางระบบประสาทอาจไม่เข้าใจและไม่สามารถควบคุมตนเองให้ทำตามข้อกำหนดของสังคม เมื่อถูกขัดใจและถูกจำกัดพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาด จึงมีโอกาสสูงที่จะแสดงปัญหาพฤติกรรมหรืออาการของโรคสมาธิสั้นที่รุนแรงขึ้น (Panda et al., 2021) และการศึกษาของ Montirosso et al. (2021) พบว่า เด็กที่บกพร่องทางพัฒนาการทางระบบประสาทซึ่งรวมถึงเด็กสมาธิสั้น เด็กเหล่านี้มีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมากขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น กังวล ขาดสมาธิ และก้าวร้าว เป็นต้น ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้ดูแล

ที่รับรู้ได้ว่าเด็กสมาธิสั้นมีความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นเพิ่มมากขึ้น จะรับรู้ถึงภาระการดูแลทั้งด้านความยากลำบากในการดูแลหรือจัดการกับอาการของเด็กและใช้เวลาไปกับการดูแลนานมากขึ้นด้วย

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิค 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 นั้นยังไม่มีข้อมูลสนับสนุน พบแต่เพียงว่าพ่อแม่ของเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล (Russell et al., 2021) ซึ่งในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 พบการศึกษาในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบประสาทและความผิดปกติทางสติปัญญาว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสัมพันธ์ทางลบและสามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Fianco et al., 2015) จึงอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น การหยุดชะงักของชีวิตทางสังคมและกิจกรรมที่สำคัญ ความไม่แน่นอนของระยะเวลาและความรุนแรงในการระบาด เป็นต้น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้มาก (Mohler-Kuo et al., 2021) ผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม หรือถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคโควิค 19 ซึ่งเป็นช่วงที่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตและข้อกำหนดการปฏิบัติตัวทางสังคมต่าง ๆ ผู้ดูแลน่าจะรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นสิ่งที่ยากลำบากและใช้เวลาในการดูแลนานมากขึ้นด้วย ในขณะที่ผู้แลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูง จะสามารถดึงศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ออกมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหา ตลอดจนเมื่อได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคโควิค 19 ผู้ดูแลจะรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลลดลงและใช้เวลาในการดูแลน้อยลง ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะรับรู้ภาระการดูแลทั้งด้านความยากลำบากในการดูแลและด้านการใช้เวลาน้อย

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าจำนวนโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลน้อยและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่พบว่า จำนวนโรคร่วมในเด็กสมาธิสั้นสามารถทำนายภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fridman et al., 2017) แต่ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษาซึ่งศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในช่วงที่ไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 โดยพบว่าจำนวนโรคร่วมไม่สามารถทำนายภาระการดูแลได้ (Cadman et al., 2012) ดังนั้น อาจอธิบายได้ว่า เด็กสมาธิสั้นที่อยู่ในการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อย 1 โรค และมีการดำเนินของโรคร่วมมาระยะหนึ่งแล้ว (เกิน 1 ปี) จึงทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวและสามารถจัดการกับอาการของเด็กสมาธิสั้นที่มีโรคร่วมได้ระดับหนึ่ง โดยไม่จำเป็นว่าจะมีหรือไม่มีสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 และผู้ดูแลจึงไม่ได้รู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นภาระทั้งด้านความยากลำบากและด้านการใช้เวลาไปกับการดูแลเด็ก

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อป้องกันหรือลดภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น จัดกิจกรรมเพื่อลดความกังวลต่อการระบาดของโรค เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับผู้ดูแล และเสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นตามจริง

2. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคร่วมกับภาระการดูแลในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R., W. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine, 37*(1), 97-107.

Al-Balushi, N., Al-Alawi, M., Al Shekaili, M., Al-Balushi, M., Mirza, H., Al-Huseini, S., & Al-Adawi, S. (2019). Predictors of burden of care among caregivers of drug-naive children and adolescents with ADHD: A cross-sectional correlative study Muscat, Oman. *Journal of Attention Disorders, 23*(5), 517-526.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Baweja, R., Waschbusch, D. A., & Mayes, S. D. (2023). Physical aggression toward others and self: Correlates in autism, attention-deficit/ hyperactivity disorder, and population-based child samples. *JAACAP Open, 1*(4), 274-283.

Boon-yasidhi, V. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 57*(4), 373-386.

Cadman, T., Eklund, H., Howley, D., Hayward, H., Clarke, H., Findon, J., & Glaser, K. (2012). Caregiver burden as people with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder transition into adolescence and adulthood in the United Kingdom. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent, 51*(9), 879-888.

Carey, P. J., Oberst, M. T., McCubbin, M. A., & Hughes, S. H. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 18*, 1341–1348.

Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19).* Retrieved from https://www.ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf

Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally III individuals. *Archives of Psychiatric Nursing, 9*(2), 77-84.

Fianco, A., Sartori, R. D., Negri, L., Lorini, S., Valle, G., & Delle Fave, A. (2015). The relationship between burden and well-being among caregivers of Italian people diagnosed with severe neuromotor and cognitive disorders. *Research in Developmental Disabilities*, *39*, 43–54.

Fridman, M., Banaschewski, T., Sikirica, V., Quintero, J., Erder, M. H., & Chen, K. S. (2017). Factors associated with caregiver burden among pharmacotherapy-treated children/adolescents with ADHD in the caregiver perspective on pediatric ADHD survey in Europe. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *13*, 373–386.

Grotberg, E. H. (1995). *The internacional resilience project: Promoting resilience in children.* Retrieved from https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED383424.pdf

Grotberg, E. H. (1997). *The international resilience project: Findings the research and the effectiveness of Interventions.* Retrieved from https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf

Health Systems Research Institute. (2017). *Get to know attention deficit hyperactivity disorder.* Retrieved from https://www.hsri.or.th/people/media/infographic/detail/9128

Iamyingpanich, R. (1996). *Burden of care and well-being in families of mothers with mentally retarded children* (Master's thesis). Mahidol University.

Juntratip, P., Pongjaturawit, Y., & Chaimongkol, N., (2020). Factors influencing burden of child caregivers of children with delayed development. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 28*(2), 52-63.

Mohler-Kuo, M., Dzemaili, S., Foster, S., Werlen, L., & Walitza, S. (2021). Stress and mental health among children/adolescents, their parents, and young adults during the first COVID-19 lockdown in Switzerland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(9), 4668.

Montirosso, R., Mascheroni, E., Guida, E., Piazza, C., Sali, M. E., Molteni, M., & Reni, G. (2021). Stress symptoms and resilience factors in children with neurodevelopmental disabilities and their parents during the COVID-19 pandemic. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *40*(7), 428–438.

Mutluer, T., Doenyas, C., & Aslan Genc, H. (2020). Behavioral implications of the COVID-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 561882.

Nintachan, P., Sangon, S., Sumdaengrit, B., Deesamer, S., Kulvirogesopon, V., Boonchuay, N., . . . Gumphun, S. (2023). *The mediating effect of resilience in the relationships between psychosocial factors and mental health problems of village health volunteers in Thailand during the third year of COVID-19 pandemic.* Research report, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Nintachan, P., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2010). *Development of a resilience assessment: Research report Thai population potential development project.* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Oberst, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale.* Madison, WI: University of Wisconsin.

Oberst, M. T., Thomas, S. E., Gass, K. A., & Ward, S. E. (1989). Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. *Cancer Nursing*, *12*(4), 209-215.

Ohlmeier, M. D., Peters, K., Te Wildt, B. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., Emrich, H. M., & Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire), 43*(3), 300–304.

Orapiriyakul, R., Benjakul, W., & Kwunkaew, S. (2014). Predictors of burden of care in primary family caregivers of children with autism in the West-Coast Southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *34*(3), 39-58.

Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., Sharawat, I. K., & Gulati, S. (2021). Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Tropical Pediatrics, 67*(1) , 1-13. https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122

Peasgood, T., Bhardwaj, A., Brazier, J. E., Biggs, K., Coghill, D., Daley, D., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2021). What is the health and well-being burden for parents living with a child with ADHD in the United Kingdom? *Journal of Attention Disorders, 25*(14), 1962-1976.

Pitakbud, N. (2007). *The influences of family relationship and burden on child care behaviors of mothers having autistic children* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Songkla.

Pityaratstian, N., Booranasuksakul, T., Juengsiragulwit, D., & Benyakorn, S. (2014). ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, *59*(2), 97–110.

Pornnoppadol, C. (Ed.). (2018). *ADHD: Attention deficit hyperactivity disorder*. Ideol Digital Print.

Ronis, S. D., Baldwin, C. D., Blumkin, A., Kuhlthau, K., & Szilagyi, P. G. (2015). Patient-centered medical home and family burden in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, *36*(6), 417–425.

Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J., & Horton, A. L. (2020). Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psychiatry and Human Development*, *51*(5), 671–682.

Russell, B. S., Tomkunas, A. J., Hutchison, M., Tambling, R. R., & Horton, A. L. (2021). The protective role of parent resilience on mental health and the parent-child relationship during COVID-19. *Child Psychiatry and Human Development*, *53*(1), 183-196.

Sideropoulos, V., Dukes, D., Hanley, M., Palikara, O., Rhodes, S., Riby, D. M., . . . Van Herwegen, J. (2021). The impact of COVID-19 on anxiety and worries for families of individuals with special education needs and disabilities in the UK. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 52*(6), 2656-2669.

Thongphet, O. (2002). *Caregiving burden among mothers of autistic children* (Master's thesis). Chiang Mai University, Chiang Mai.

Wacharasin, C. (2017). *Nursing interventions for families experiencing chronic illness* (2nd ed.). Chonburi Printing.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PAK PLEE DISTRICT, NAKHON NAYOK PROVINCE

สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล[1,*]
Sookruedee Thutsaringkarnsakul
[1]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร 10330
Assistant Professor, Ph.D., Police Nursing College, Police General Hospital, Royal Thai Police, Bangkok 10330 Thailand
[*]Corresponding author E-mail: sookruedee@nursepolice.go.th

Received: *November 25, 2024* Revised: *December 23, 2024* Accepted: *December 27, 2024*

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ตัวอย่างเป็น อสม. อายุ 18 - 59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย จำนวน 222 คน ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อ ซึ่งมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ .82 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก อยู่ในระดับดี (*M* = 63.63, *SD* = 8.30) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับดีมาก คือ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 16.36, *SD* = 2.28) และด้านทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 16.09, *SD* = 2.18) และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี คือ ด้านทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 15.83, *SD* = 2.43) และด้านการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 15.34, *SD* = 2.89) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (*M* = 84.65, *SD* = 9.92) และรายด้านของพฤติกรรมสุขภาพที่พบว่าอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การสูบบุหรี่ (*M* = 8.98, *SD* = 1.80) และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (*M* = 4.64, *SD* = .83) และระดับดี ได้แก่ การบริโภคอาหาร (*M* = 22.45, *SD* = 3.71) การจัดการความเครียด (*M* = 7.95, *SD* = 1.84) และด้านการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (*M* = 33.82, *SD* = 6.38) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ ด้านการออกกำลังกาย (*M* = 6.80, *SD* = 1.76)

ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มเติม เช่น การจัดโครงการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้และทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research was a descriptive study aimed at examining the health literacy and health behaviors of Village Health Volunteers (VHVs) in Pak Plee District, Nakhon Nayok Province. A total of 222 VHVs aged 18 to 59 years were selected for the study through simple random sampling. The research instruments were health literacy and health behavior assessment tools. The reliability of the instruments was measured using Cronbach's alpha coefficients, which were .91 and .82, respectively. Data were collected through surveys and analyzed using descriptive statistics.

The results showed that the average health literacy score of Village Health Volunteers in Pak Plee District, Nakhon Nayok Province, was at a good level (*M* = 63.63, *SD* = 8.30). When considering the average scores in each area, the skills of accessing health information and services and the skills of applying health information and services were rated at very high levels (*M* = 16.36, *SD* = 2.28; *M* = 16.09, *SD* = 2.18). Additionally, the skills of understanding health information and services and decision-making skills regarding health information and services were rated at good levels (*M* = 15.83, *SD* = 2.43; *M* = 15.34, *SD* = 2.89). The average score of health behaviors was at a good level (*M* = 84.65, *SD* = 9.92). When appraising the average scores in each area, smoking and alcohol consumption behaviors were rated at very high levels (*M* = 8.98, *SD* = 1.80; *M* = 4.64, *SD* = .83). Furthermore, food consumption, stress management behaviors, and health behaviors for COVID-19 prevention were rated at good levels (*M* = 22.45, *SD* = 3.71; *M* = 7.95, *SD* = 1.84; *M* = 33.82, *SD* = 6.38). However, exercise behavior was rated at a fair level (*M* = 6.80, *SD* = 1.76).

Thus, healthcare providers and relevant government agencies should further develop the health literacy of Village Health Volunteers, for example, through training programs to enhance the necessary knowledge and skills required to improve their capacity to effectively care for their own health and that of the community.

Keywords: health literacy, health behavior, village health volunteers

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นสมรรถนะที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน โดยจากยุทธศาสตร์ชาติที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ที่มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของคนไทยให้ดีขึ้น โดยให้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการสื่อสารองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเชื่อถือได้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เพื่อสร้างทักษะทางปัญญาและสังคมที่นำไปสู่การจัดการสุขภาพของตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ

(National Strategy Secretariat Office, Office of the National Economic and Social Development Board, 2019) สอดคล้องกับในระดับนานาชาติที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งในจำนวน 17 เป้าหมาย มีเป้าหมายที่ 3 ที่มุ่งเน้นให้คนทุกคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566 - 2570) ที่มุ่งสร้างคนสมรรถนะสูงและมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ได้กำหนดให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ (Committee of National Health Development Plan 12 Ministry of Public Health, 2017)

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพครั้งแรกว่าเป็น “ทักษะทางการรับรู้และทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลมีแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพ” (Nutbeam, 2009; Edwards et al., 2012) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (access skill) ความรู้ ความเข้าใจ (cognitive skill) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (decision skill) ทักษะการจัดการตนเอง (self-management skill) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill) นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ยังแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (basic/functional literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (communicative/interactive literacy) และระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (critical literacy) (Nutbeam, 2008)

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่ำอาจส่งผลให้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น โดยเฉพาะการใช้บริการฉุกเฉิน ขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานระดับสูงจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี เช่น สุขภาพที่ดี อัตราป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง (Paibulsiri, 2018) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2022)

ประชาชนมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ และบุคลากรทางสาธารณสุขมีจำนวนจำกัดในการให้บริการทางสุขภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้แก่ประชาชน การเพิ่มบุคลากรในการดูแลสุขภาพประชาชนและเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้ง่าย เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดย อสม. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านและผ่านอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานสาธารณสุขมูลฐาน มาตรฐานสมรรถนะ อสม. และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก) (Department of Health Service Support, 2011)

บทบาทที่สำคัญของ อสม. คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขอนามัย (change agents) เป็นต้นแบบในการสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชน (Department of Health, 2019) และมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยเป็นหนึ่งในสามหมอที่เป็นแกนนำสำคัญในการให้ข้อมูลสุขภาพ การดูแลแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน รวมทั้งทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างหน่วยงานรัฐกับประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2018)

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาของ อสม. เช่น ส่วนหนึ่งทำหน้าที่ได้ตามที่คาดหวัง ในขณะที่บางส่วนอาจยังต้องการการฝึกอบรมและการพัฒนาในระดับเชี่ยวชาญ เนื่องจากความแตกต่างทั้งในด้านอายุ ระดับการศึกษา เศรษฐานะ อาชีพ และการยอมรับนับถือทางสังคม ตลอดจนศักยภาพในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เช่นเดียวกับใน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่มี อสม. จำนวนเกือบ 500 คน ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ และมีนโยบายผลักดันให้ อสม. เป็นแกนนำถ่ายทอดความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสารทางสุขภาพเพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับ และด้านอื่น ๆ ให้กับประชาชนในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้จัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชนมากว่า 10 ปี ซึ่งพบว่า อสม. มีความมุ่งมั่น ตั้งใจทำงานอย่างเต็มที่ แต่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ก็ยังมีปัญหาอยู่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานคืนให้กับชุมชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพระดับปฐมภูมิในการเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่จะนำไปสู่การวางแผนกระตุ้นความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก

คำถามวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้อ้างอิงกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2019) ซึ่งได้แบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ช่วยในการทำความเข้าใจความสามารถของบุคคลในการจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การค้นหาข้อมูล การทำความเข้าใจเนื้อหา จนถึงการนำข้อมูลเหล่านั้นไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษานี้ ใช้ตามองค์ประกอบพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3) พฤติกรรมการจัดการความเครียด 4) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ 5) พฤติกรรมการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 6) พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 และ7) การมีส่วนร่วมจัดกิจกรรม (Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Health, 2019)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก จำนวน 499 คน

ตัวอย่าง คือ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายกที่ได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ตามใบรายชื่อที่ได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก โดยสุ่มมาจำนวนตามที่คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธีการของทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนในการทดสอบสมมุติฐาน (e) เท่ากับร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 222 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เพศหญิงหรือเพศชาย 2) มีอายุ 18 - 59 ปี 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 4) สามารถสื่อสารและอ่านหนังสือภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย หรือไม่สามารถติดต่อได้เลย และ 2) มีปัญหาสุขภาพที่กระทบต่อการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐานกลางของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปี พ.ศ. 2565 ที่ออกแบบมาเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Education Division Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2022) มีข้อคำถามจำนวน 47 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

2.2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

2.3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

2.4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

แบบสอบถามตอนนี้ มีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยวัดจากความยากง่ายในการปฏิบัติตาม ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่เคยทำ จนถึง 5 คะแนน คือ ทำได้ง่ายมาก

การแปลผลแต่ละด้าน จากทั้ง 4 ด้าน แบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

4 - 11 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี

12 - 13 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้

14 - 15 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี

16 - 20 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

ในส่วนของการสรุปความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รวม 16 ข้อ) ใช้คะแนนเต็ม 80 แปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพตามระดับคะแนน ดังนี้

16 - 47 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

48 - 55 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องบ้าง

56 - 63 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้อง

64 - 80 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

หมายถึง เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับที่มากเพียงพอ และมีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น

3.1 พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 13 ข้อ 5 ด้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน จนถึง ปฏิบัติทุกวัน ให้ 5 คะแนน มีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

3.1.1 ทักษะด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ (คะแนนเต็ม 30) แปลผล ดังนี้

6 - 17 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี

18 - 20 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้

21 - 23 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี

24 - 30 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

3.1.2 ทักษะด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ (คะแนนเต็ม 10)

3.1.3 ทักษะด้านการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ (คะแนนเต็ม 10)

3.1.4 ทักษะด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ (คะแนนเต็ม 10)

การแปลผลทักษะด้านการออกกำลังกาย ทักษะด้านการจัดการความเครียด และทักษะด้านการสูบบุหรี่ แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

2 - 5 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี

6 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้

7 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี

8 - 10 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

3.1.5 ทักษะด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 1 ข้อ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) การแปลผล แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

1 - 2 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี

3 - 3.4 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้

3.5 - 3.9 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี

4 - 5 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

3.2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน จนถึง ปฏิบัติทุกวัน ให้ 5 คะแนนคะแนนเต็ม 45 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

9 - 26 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี

27 - 31 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้

32 - 35 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี

36 - 45 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก

การแปลผลพฤติกรรมสุขภาพที่ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อ ทั้งหมด 22 ข้อ คะแนนเต็ม 110 คะแนน การแปลผลโดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

22 - 65 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อไม่ถูกต้อง

66 - 76 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อถูกต้องเป็นเล็กน้อย

77 - 87 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

88 - 110 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองด้านโรคไร้เชื้อและโรคติดเชื้อได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

<u>ตอนที่ 4</u> การมีส่วนร่วมจัดกิจกรรม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 ระดับ วัดความถี่ของการกระทำตั้งแต่ ไม่เคยทำ ให้ 1 คะแนน จนถึง ทำทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

5 - 8 คะแนน หรือ น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับไม่ดี หมายถึง มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนน้อยมาก

9 - 10 คะแนน หรือร้อยละ 60 - 69 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับพอใช้ หมายถึง มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนค่อนข้างน้อย

11 คะแนน หรือร้อยละ 70 - 79 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดี หมายถึง มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนค่อนข้างมาก

12 - 15 คะแนน หรือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม คือ ระดับดีมาก หมายถึง มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนเป็นประจำ สม่ำเสมอ

คุณภาพเครื่องมือวิจัย เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน และได้รับการยอมรับทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงนำไปใช้โดยมิได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาสาระ หรือข้อคำถามแต่อย่างใด และได้นำแบบสอบถามนี้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปใช้ก่อนทดลองใช้กับ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่สะท้อนความเที่ยงของเครื่องมือในส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .91 และพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ .82

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม จากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่รับรอง วจ. 57/2566 ลงวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างตลอดระยะเวลาการวิจัย โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของตัวอย่างถูกเก็บรักษาเป็นความลับ เมื่อตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย และในการบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยใช้การลงรหัสที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ผลการวิจัยนำเสนอในเชิงภาพรวมเพื่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยได้ประสานเข้าพบสาธารณสุขอำเภอปากพลี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และให้ช่วยนัดหมาย อสม. ตามที่ได้สุ่มไว้ให้มาพบผู้วิจัยที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพลี หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลคนละ 15 - 20 นาที ในช่วงที่มีการประชุม อสม. ของแต่ละ รพ.สต.

การวิเคราะห์ข้อมูล งานวิจัยนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 193 คน (ร้อยละ 86.9) อายุ 50-59 ปี จำนวน 134 คน (ร้อยละ 60.36) การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 82 คน (ร้อยละ 36.94)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก อยู่ในระดับดี (*M* = 63.63, *SD* = 8.30) ในรายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (*M* =16.36, *SD* = 2.28) รองลงมา คือ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 16.09, *SD* = 2.18) ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (M = 15.83, *SD* = 2.43) และคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (*M* = 15.34, *SD* = 2.89) รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก (*n* = 222)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	*M*	*SD*	แปลผล
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	**16.36**	**2.28**	**ดีมาก**
1. สามารถหาแหล่งข้อมูล เมื่อต้องการข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองได้โดยทันที	4.12	.71	
2. สามารถเสาะหาแหล่งบริการสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือจำเป็นได้	4.08	.78	
3. สามารถติดต่อเบอร์สายด่วนสุขภาพที่จะให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินหรือปัญหาสุขภาพได้	4.08	.73	
4. สามารถตรวจสอบข้อมูลและแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง	4.09	.84	
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	**15.83**	**2.43**	**ดี**
5. สามารถอ่านข้อมูลด้านสุขภาพและวิธีป้องกันตนเองด้วยความเข้าใจ วิธีการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือหรือเว็บไซต์	3.90	.86	
6. สามารถอ่านฉลากอาหารและยาที่ได้รับถึงวิธีกิน การใช้ การเก็บรักษาและผลข้างเคียง	4.17	.63	
7. สามารถเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่นำเสนอในรูปของสัญลักษณ์ คำศัพท์ ตัวเลข หรือเครื่องหมายในสถานพยาบาลได้	3.78	.92	
8. กล้าซักถามผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เช่น หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเพิ่มเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพให้ความเข้าใจที่ถูกต้อง	3.98	.83	
ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ	**15.34**	**2.89**	**ดี**
9. ประเมินข้อมูลการปฏิบัติตัวกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ หมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก่อนที่จะทำตาม	3.64	1.09	
10. พิจารณาข้อดี ข้อเสีย ของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผลก่อนที่จะทำตาม	3.82	.88	
11. ทบทวนข้อมูลสุขภาพจากหลายแหล่งจนพบทางเลือกที่เหมาะสมก่อนที่จะทำตาม	3.98	.75	
12. ไตร่ตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับด้วยเหตุผลก่อนที่จะทำตาม ถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล	3.90	.86	

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	*M*	*SD*	แปลผล
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	**16.09**	**2.18**	**ดีมาก**
13. สามารถนำข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ให้ดีอยู่เสมอ	4.13	.62	
14. หมั่นสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ของตนเอง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้	4.09	.66	
15. วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็น เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี มองโลกในแง่บวก ไม่ทานอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ออกกำลังกายเป็นประจำเพื่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเอง	3.97	.68	
16. ตั้งเป้าหมายไว้ชัดเจนในการปฏิบัติตน เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	3.90	.77	
โดยรวม	**63.63**	**8.30**	**ดี**

พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก อยู่ในระดับดี (*M* = 84.65, *SD* = 9.92) เมื่อพิจารณารายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ โดยเรียงลำดับจากดีมาก ไป พอใช้ พบว่า ระดับดีมาก ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการสูบบุหรี่ (*M* = 8.98, *SD* = 1.80) และพฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (*M* = 4.64, *SD* = .83) ระดับดี ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการบริโภคอาหาร (*M* = 22.45, *SD* = 3.71) พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อการจัดการความเครียด (*M* = 7.95, *SD* = 1.84) และพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (*M* = 33.81, *SD* = 8.40) ระดับพอใช้ ได้แก่ พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการออกกำลังกาย (*M* = 6.80, *SD* = 1.76) รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก (*n* = 222)

พฤติกรรมสุขภาพ	*M*	*SD*	แปลผล
พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการบริโภคอาหาร	**22.45**	**3.71**	**ดี**
1. กินผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครึ่งกิโลกรัม	3.62	.95	
2. ไม่กินอาหารแบบเดิม ซ้ำๆ จำเจ	3.80	.90	
3. ไม่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น	4.00	.96	
4. ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม ขนมเชื่อม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	4.01	1.03	
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำแดง น้ำเขียว	3.95	1.06	
6. ไม่กินอาหารรสเค็ม หมักดอง หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร	3.08	.99	
พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการออกกำลังกาย	**6.80**	**1.76**	**พอใช้**
7. ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องประมาณ 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อยหรือมีเหงื่อออก	2.86	1.09	
8. ได้เคลื่อนไหวร่างกายต่อเนื่องจากการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 30 นาที เช่น เดินไปทำงาน ทำงานบ้าน ทำงานโดยใช้แรง เป็นต้น	3.94	1.09	

พฤติกรรมสุขภาพ	*M*	*SD*	แปลผล
พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการจัดการความเครียด	**7.95**	**1.84**	**ดี**
9. ไม่กินอาหารมากกว่าปกติ หรือน้อยกว่าปกติ เนื่องจากความเครียด	4.15	1.02	
10. ไม่คิดมากหรือวิตกกังวลจนทำให้นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป	3.80	1.12	
พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการสูบบุหรี่	**8.98**	**1.80**	**ดีมาก**
11. ไม่สูบบุหรี่ หรือยาสูบ	4.72	.91	
12. ไม่ใกล้ชิดบุคคลที่สูบบุหรี่ หรือยาสูบ	4.26	1.27	
พฤติกรรมป้องกันโรคไร้เชื้อด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	**4.64**	**.83**	**ดีมาก**
13. ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว ยาดองเหล้า เป็นต้น	4.64	.83	
พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19	**33.81**	**8.40**	**ดี**
14. ไม่ใช้สิ่งของส่วนตัว เช่น จาม ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น	4.01	1.30	
15. ไม่ล้างหรือทำความสะอาดมือก่อนสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก	3.54	1.45	
16. กินอาหารปรุงสุก สะอาด	4.59	1.06	
17. ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.51	.95	
18. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ หลังจากจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น	3.51	1.41	
19. สวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	3.97	1.39	
20. ยืน นั่ง เว้นระยะห่างจากผู้อื่น อย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน	3.42	1.38	
21. ทำความสะอาดบ้านและข้าวของเครื่องใช้ ที่ใช้ร่วมกันในบ้าน เช่น ลูกบิด ประตู ราวบันได เป็นต้น	3.23	1.33	
22. แยกหน้ากากอนามัยใช้แล้วทิ้งออกจากขยะทั่วไป โดยใช้ถุงหรือภาชนะที่ปิดมิดชิด	4.03	1.35	
โดยรวม	**84.65**	**9.92**	**ดี**

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก อยู่ในระดับดี อาจด้วย อสม. ในพื้นที่อำเภอปากพลี ในการศึกษานี้มีประสบการณ์การเป็น อสม. มากกว่า 1 ปี และสาธารณสุขอำเภอปากพลี มีการดำเนินการตามนโยบายเรื่องการส่งเสริมศักยภาพหรือความรอบรู้ในด้านต่าง ๆ ให้กับ อสม. เป็นระยะ จึงมีความรู้ในการดูแลสุขภาพในระดับที่เพียงพอ ซึ่งสูงกว่าการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.25) (Khemkaew & Pakdeewiwat, 2021) แต่ต่ำกว่าผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบว่าอยู่ในระดับดีมาก (Pitaktanmakul, 2022) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง การทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเกิดความตระหนักรู้ในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดี และถ้ามีการเรียนรู้การใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี จะยิ่งสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีมากยิ่งขึ้น (Intarakamhang, 2017)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก อยู่ในระดับดี (*M* = 84.65,

SD = 9.92) อาจเกิดจาก อสม. เป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ ได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพจากภาครัฐมาโดยตลอด อีกทั้งเป็นผู้ที่คอยดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนตามพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง และในปัจจุบัน อสม. ยังทำหน้าที่เป็นผู้คัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประเมินสุขภาพเบื้องต้น และเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ในชุมชนต้นแบบของเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบว่าอยู่ในระดับสูง (Pitaktanmakul, 2022) และการศึกษาใน อสม. ตำบลป่าง้ิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ที่พบว่ามีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก คือ มีพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Buachum, 2020) และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก (Thepin & Khunkaew, 2022) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยครั้งนี้เป็นรายด้านของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ที่เป็นเช่นนี้ อาจเนื่องจากมีการขับเคลื่อน อสม. ลด ละ เลิกบุหรี่ อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน และในพื้นที่อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก และหน่วยงานภาครัฐของอำเภอปากพลี มีการควบคุมร้านสะดวกซื้อที่อยู่ตรงข้ามวัดไม่ให้ขายแอลกอฮอล์อีกด้วย ส่วนการบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดี อาจเนื่องมาจาก อสม. มีบทบาทที่เป็นผู้สอนประชาชนในชุมชนและเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ ได้รับการสอน/อบรมให้กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อต่าง ๆ และมีแนวทางในการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม เช่น ไม่กินขนมที่มีรสหวาน เช่น ลูกอม ขนมเชื่อม หรือผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง ไม่กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อติดมัน เป็นต้น ส่วนเรื่องการจัดการกับความเครียด ผลลัพธ์ของการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบายชุมชนสร้างสุข ทำให้ประชาชนและ อสม. มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง อีกทั้ง อสม. มีบทบาทในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนด้วยหลักการ 3 ส. คือ “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง” ทำให้มีสุขภาพจิตดี ส่งผลให้สามารถจัดการความเครียดได้ เกิดความสุขใจ และรู้จักแบ่งปันหรือทำสาธารณะประโยชน์มากขึ้น (Bunpitaksakun, Juthamanee, & Ketphan, 2021) ส่วนการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในช่วงแพร่ระบาดที่ผ่านมา อสม. ได้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้เป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 จนได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลก

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้การออกกำลังกายมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ระดับพอใช้ อาจเกิดจาก อสม. ต้องปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขหลายด้าน เช่น ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟู และติดตามดูแลผู้ป่วยที่ต้องไปเยี่ยมบ้าน รวมทั้งมีภาระที่ต้องรับผิดชอบที่บ้าน การประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูครอบครัวตนเอง ตลอดจนการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ฝ่ายปกครอง กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรกร อาสาสมัครป้องกันฝ่ายพลเรือน เป็นต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมจัดกิจกรรมของ อสม. อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก ที่โดยรวมอยู่ในระดับดี สะท้อนว่าอาจทำให้ อสม. มีเวลาไม่เพียงพอในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายที่เพียงพอและเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เขตอีสานตอนบน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพพบอยู่ในระดับดี (Sridawnroeung, Worrawong, Chaiya wong, & Kummatit, 2016)

และสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของ อสม. ที่พบว่ามีการจัดกิจกรรมชมรมเสริมสร้างทักษะด้านสุขภาพในระดับน้อย เช่น เต้นแอโรบิค สาธิตเมนูชูสุขภาพ สมาธิบำบัด เป็นต้น (Remreung, 2024)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า อสม. เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ จึงต้องมีจิตอาสา ตลอดจนเป็นสื่อกลางทางด้านสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานของรัฐบาลและประชาชน หาก อสม. มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนสามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ เลือกรับ ปรับใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม และสามารถเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพสู่ชุมชนได้ นำมาซึ่งชุมชนสุขภาพดีและประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงยังไม่ถึงระดับดีมาก ดังนั้น ผู้บริหารภาครัฐที่มีหน้าที่กำกับติดตามพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ควรวางแผนจัดการฝึกอบรมหรือเปิดโอกาสให้ อสม. ทุกคนได้พัฒนาตนเองถึงระดับเชี่ยวชาญจากหลักสูตรที่มีอยู่ และให้ความสำคัญกับการแบ่งเวลาดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกายให้มากขึ้น

2. ถึงแม้ว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจะอยู่ในระดับดีมาก แต่ควรส่งเสริมสมรรถนะทางเทคโนโลยีสารสนเทศแก่ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ตามยุคสมัยที่เปลี่ยนไป และสามารถแนะนำ สื่อสาร ประสานกับประชาชนและผู้เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. พฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบตั้งแต่พฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ตั้งแต่ระดับพอใช้ถึงดีมาก ดังนั้น จึงควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. หรือศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับความสำเร็จในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากของ อสม. เพื่อสนับสนุนปัจจัยเหล่านั้นได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Boonmun, T. (2021). *Factors affecting to health literacy among village health volunteers in Sukhothai province* (Master's Thesis in Public Health Program). Naresuan University, Phitsanulok.

Buachum, B. (2020). Health literacy and health behavior of the village health volunteers (VHVs) in Pa Ngiu sub-district, Wiang Pa Pao didtrict, Chiang Rai province. *Department of health Service Support Journal, 16*(3), 49-58.

Bunpitaksakun, D., Juthamanee, S., & Ketphan, O. (2021). Capacity development of village health volunteers to promote and support mental health. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 29*(4), 100-110.

Chuprasert, P., & Chanmanee., P. (2019). *A situational study of health knowledge and health behavior of village public health volunteers (VHVs) in health area 11*. Retrieved from http://do11.new.hss.moph.go.th:8080/show_topic.php?id=12

Committee of National Health Development Plan 12, Ministry of Public Health. (2017). *National Health Development Plan 12.* Nonthaburi.

Department of Health. (2019). Curriculum manual for village health volunteers specializing in community health management and environmental health. Bangkok: Kaew Chao Chom Media and Publications Center, Suan Sunandha University.

Department of Health Service Support. (2011). New Generation Village Health Volunteer Manual. Bangkok: Agricultural Cooperative Community of Thailand.

Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health, 12*(1), 130-130.

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). *Strategies for promoting health literacy and health behavior*. Retrieved from https://hed.go.th/wp-content/uploads/

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2019). *Health literacy and health behavior among working age people in villages changing health behaviors.* Retrieved from http://hed.go.th

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2022). *Guidelines for the development of health leaders of public health volunteers*. Retrieved from http://hed.go.th

Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2022). *HL & HB assessment tools.* Retrieved from https:// hed.go.th/tool-hlhb/

Intarakamhang, U. (2017). *Knowledge of health: Measurement and development*. Bangkok: Sukhumvit Printing.

Khemkaew, P., & Pakdeewiwat, N. (2021). A study of health literacy and health promoting behaviors of the people working age group in Phichit Province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal, 2*(2), 32-42.

Khuhamanee, U., Rodjarkpai, Y., & Maharachpong, N. (2020). Health literacy and role of village health volunteer in chronic disease prevention. *Journal of the Department of Medical Services, 45*(1), 137-142.

National Strategy Secretariat Office, Office of the National Economic and Social Development Board, (2019). *National strategy 2018 – 2037* summary.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine, 67*(12), 2072-2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health, 54*(5), 303-305.

Paibulsiri, P. (2018). Health literacy and health behaviors 3E 2S of public sector executives, Phra Nakhon Si Ayutthaya province. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, *8*(1), 97-106.

Pitaktanmakul, P. (2022). *Health literacy and health behavior of village health volunteer (VHV) of model community of health district 5*. Health Service Support Center 5. Retrieved from http://do5.hss.moph.go.th/

Rattanapunya, S. (2018). Factors influencing with surveillance and control behaviors for dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Mae Rim district, Chiang Mai province. *Ratchaphruek Journal, 16*(2), 87-96.

Rernreung, B. (2024). *Health literacy in NCD prevention of village health volunteers at Klong- SAM subdistrict health promoting hospital, Moo 5 Amphur Klong-Loung, Pathumthani province*. Website of Provincial Public Health Office. (March 22, 2024) Retrieved from https://ptepho.moph.go.th/main/Fileupload/ejournal/ptepho878520837.pdf

Sridawnroeung, C., Worrawong, J., Chaiyawong, C. & Kummatit, A. (2016). The collaboration of village health volunteers: Working on health promotion in primary health care units, North part of Isan region. *Journal of Nursing and Health Research, 17*(3), 133–144.

Thepin, K., & Khunkaew, S. (2022). Health literacy and health behaviors among village health volunteers, Faktha district, Uttaradit province. Boromarajonani College of Nursing, *Uttaradit Journal, 14*(1*), 206-217.*

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

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

THE DEVELOPMENT OF RAPID RESPONSE SYSTEM OF MANAGEMENT IN PATIENTS WITH SEPSIS AND SEPTIC SHOCK

ยุคลฉัตร หลำวรรณะ[1] ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[2,*] อภิรดี เจริญจรรยากุล[3]
Yukonchat Lamwanna Teepatad Chintapanyakun Apiradee Charoenjunyakul
ประนอม สกุลพิพัฒน์[3] ดารารัตน์ สมเปีย[4]
Pranom Sakulpipat Dararat Sompiea

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
Registered Nurse, Senior Nurse Professional Level and Nursing Director, Samutprakarn Hospital, Samutprakarn 10270, Thailand
[2]พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ ดร. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
Registered Nurse, Expert Level, Ph.D., Department of Nursing Service, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand
[3]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และหัวหน้าห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
Registered Nurse, Senior Nurse Professional Level, and Head Nurse of Intensive Care Unit,
Samutprakarn Hospital, Samutprakarn 10270, Thailand
[4]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ 10270
Registered Nurse, Senior Nurse Professional Level, Trauma and Emergency Unit,
Samutprakarn Hospital, Samutprakarn 10270, Thailand
*Corresponding author E-mail: bigchin1986@gmail.com

Received: *November 27, 2024* Revised: *December 23, 2024* Accepted: *December 28, 2024*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ารับการรักษาผ่านหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 134 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษา ก่อนมีระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 67 คน และกลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษาผ่านระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 67 คน เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการประเมิน

คัดกรอง และการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย Chi-square test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย ทีมตอบสนองเร่งด่วน และแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง และ 2) จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต ก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : ระบบตอบสนองเร่งด่วน, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด, ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

This research and development study aimed to develop a rapid response system (RRS) for managing patients with sepsis and septic shock at Samutprakarn Hospital and to compare outcomes, including length of stay, medical costs, and mortality rates, before and after its implementation. The sample included 134 patients diagnosed with sepsis or septic shock admitted through the emergency department (ED) at Samutprakarn Hospital. Participants were selected using a purposive sampling method. The control group consisted of 67 patients with sepsis or septic shock who received treatment before implementing the RRS, while the experimental group consisted of 67 patients with sepsis or septic shock treated through the RRS. Research instruments included guidelines for assessing, screening, and responding to patients with sepsis and septic shock, protocols for managing patients with sepsis and septic shock, and data recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and the Mann-Whitney U test.

The findings revealed that 1) the RRS, which comprised an urgent response team and management protocols, was appropriate and feasible for clinical application, achieving the expected outcomes; and 2) length of hospital stay, medical costs, and mortality rates showed statistically significant differences at the .05 level before and after the implementation of the RRS.

Keywords: rapid response system, sepsis, septic shock

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) และภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (septic shock) เป็นปัญหาสำคัญต่อระบบสุขภาพทั่วโลก สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เท่ากับ 41.50 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเสียชีวิตสูงถึง 8.2 ล้านคน จากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Jouffroy et al., 2024) ประเทศไทยมีอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 52.10, 61.00 และ 61.20 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (Public Health Strategies of the Ministry of Public Health, 2023) จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลในต่างประเทศจึงมีการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (rapid response system: RRS) ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อประเมิน คัดกรองอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ได้อย่างทันท่วงที เพราะเป็นภาวะฉุกเฉินหรือวิกฤตต่อชีวิต (Ju, Al-Mashat, Rivas, & Sarani, 2018; Semanco, Wright, & Rich, 2022; Thompson, Venkatesh, & Finfer, 2019)

ระบบตอบสนองเร่งด่วน (RRS) เป็นระบบการทำงานระหว่างบุคลากรทางแพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกที่ทรุดลงได้อย่างทันท่วงที ประกอบด้วย ทีมตอบสนองเร่งด่วน (rapid response team: RRT) ในการบริหารจัดการแก้ไขอาการผู้ป่วยที่ทรุดลงภายในหอผู้ป่วยและเครื่องมือประเมินและเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยที่มีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือเรียกว่า “early warning signs (EWS)” (Chawiwan & Chintapanyakun, 2020; Salvatierra, Bindler, & Daratha, 2016) ส่วนระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบด้วย 1) ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยหนัก เพื่อบริหารจัดการและดูแลรักษาผู้ป่วยให้พ้นระยะวิกฤต และ 2) เครื่องมือในการจัดการกับผู้ป่วย ในที่นี้คือ แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยอิงตามคำแนะนำของ “Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic shock 2021” (Choi et al., 2021; Dugar, Choudhary, & Duggal, 2020; Evans et al., 2021; Fernando et al., 2018; Singer et al., 2016) เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ทีมตอบสนองเร่งด่วนทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่พบที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยได้รับการบริหารจัดการและช่วยเหลือที่เร่งด่วนจนผู้ป่วยปลอดภัย เข้ารับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยโดยเร็วที่สุด ลดการเสียชีวิตที่อาจเกิดภายหลังการเจ็บป่วย และสามารถย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญได้ (Basodan et al., 2022; Guirgis et al., 2017; Jones & Ludikhuize, 2022; Schramko, Paterson, & Anstey, 2022; Sriwilai, 2024)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะภายในเวลา 44 - 60 นาที ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้จากร้อยละ 22.10 เป็น 11.40 (Khanina et al., 2020) และจากการศึกษาของ Choi et al. (2021) พบว่า ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ช่วยทำให้ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ทำงานร่วมกันเป็นทีม และใช้แนวปฏิบัติหรือชุดการดูแล (bundle of care) กับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.50 เป็น 70.00 จึงลดอัตราเสียชีวิตภายใน 28 วัน ได้อย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 50.00 เป็น 32.10 ตลอดระยะเวลา 10 ปี นอกจากนี้ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการที่ช่วยทำนายผลลัพธ์ความสำเร็จในการจัดการผู้ป่วย คือ การเพาะเชื้อในกระแสเลือด การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count) และการประเมินระดับแลคเตทในเลือด (serum lactate) ซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกัน 6 ชั่วโมง สอดคล้องกับงานวิจัยพหุสถาบันของประเทศเกาหลีใต้ พบว่า การใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดช่วยลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลได้ (*adjusted OR* .57; *95%CI* .35 - .93, *p* = .024) (Hyun et al., 2022) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าการวิจัยที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษาการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนดังกล่าวในประเทศไทย แม้ว่าจะมีนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขให้มีการขับเคลื่อนระบบตอบสนองเร่งด่วนแต่การคัดกรองและประเมินยังคงยึดตามคำแนะนำของ Singer et al. (2016) ซึ่งปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในคัดกรองที่จำเพาะมากขึ้น

โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีรายงานสถิติย้อนหลัง 6 เดือน ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2666 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 31.25, 25.58, 31.00, 37.03, 44.05, และ 41.14 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 90.00 ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง (broad-spectrum antimicrobials) ล่าช้าหรือเกิน 60 นาที การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตร ภายใน 3 ชั่วโมง (ถ้าไม่มีข้อห้าม) นับตั้งแต่การคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ 6.26 - 10.41 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 90.00 นอกจากนี้ ยังไม่มีการประเมินระดับแลคเตทในเลือด (serum lactate) ซ้ำภายหลังให้การรักษา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ระหว่างร้อยละ 17.77 - 33.33 มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 15 - 22 วัน แสดงว่าการประเมิน คัดกรอง และการวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากพยาบาล และการวินิจฉัยจากแพทย์ภายใน 1 ชั่วโมง ยังเป็นส่วนที่ต้องพัฒนาและปรับปรุงให้ดีขึ้น

การวิเคราะห์การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลหอผู้ป่วยสามัญที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว พบว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์กับพยาบาลยังไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการสื่อสารและการจัดการผู้ป่วย ยังทำงานแยกส่วน รวมถึงการใช้เครื่องมือการคัดกรองเพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยการประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome: SIRS) และการประเมินอวัยวะล้มเหลวเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรวดเร็ว (quick sequential organ failure assessment: qSOFA) มีตามแนวทางของ Singer et al. (2016) ก็ยังต้องรอผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจึงจะให้การรักษาได้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและรักษาต่อ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้การวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อให้ได้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาลสมุทรปราการ และได้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อใช้ในการประเมิน คัดกรอง วินิจฉัย และจัดการอาการของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยตามมาตรฐานในแนวปฏิบัติต่าง ๆ ของต่างประเทศ (Evans et al., 2021; Dugar, Choudhary, & Duggal, 2020; Singer et al., 2016)

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

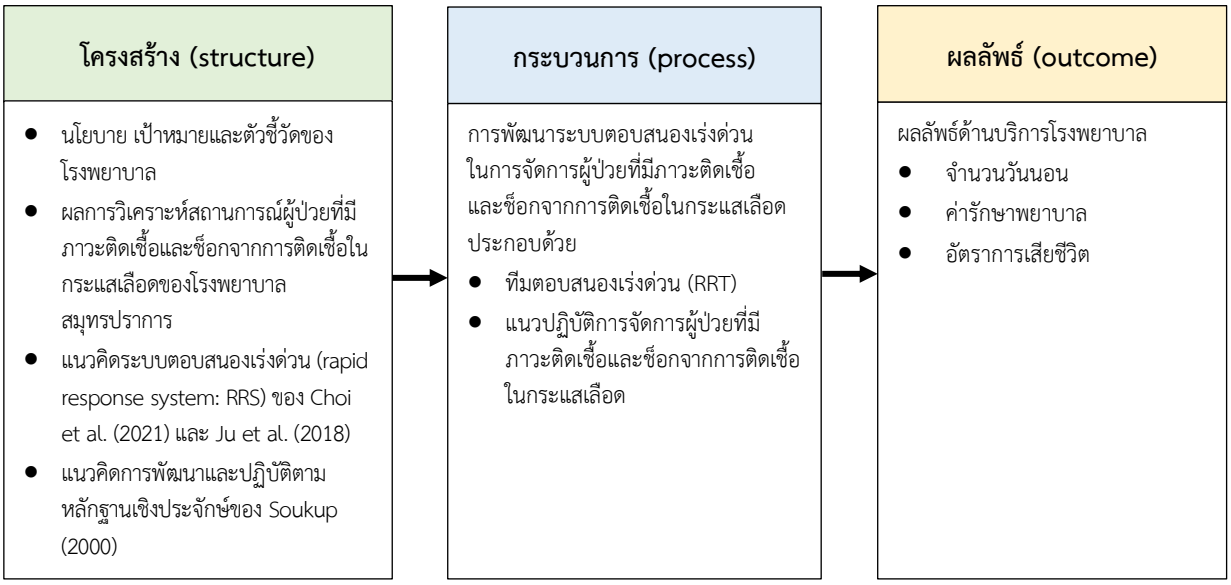
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยออกแบบการวิจัยและพัฒนาตามแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (2003) ร่วมกับแนวคิดระบบตอบสนองเร่งด่วน (rapid response system: RRS) ของ Choi et al. (2021) และ Ju et al. (2018) โดยแนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (2003) อธิบายว่าการประเมินคุณภาพการดูแลสุขภาพต้องอาศัยองค์ประกอบที่สัมพันธ์กันของ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. โครงสร้าง (structure) เป็นปัจจัยหรือสิ่งสนับสนุนการดำเนินงานที่อยู่ภายใต้องค์กร รวมถึงด้านทรัพยากรเครื่องมือ ด้านทรัพยากรบุคคล และด้านลักษณะขององค์กร สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของโรงพยาบาล เป้าหมาย ตัวชี้วัดหลัก แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง อุปกรณ์ทางการแพทย์ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการ (process) เป็นรูปแบบวิธีการหรือแนวทางการดูแลรักษาผู้รับบริการสุขภาพให้มีผลลัพธ์เกิดขึ้นตามที่คาดหวัง สำหรับการศึกษาครั้งนี้ คือ ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดของ Choi et al. (2021) และ Ju et al. (2018) ประกอบด้วย 1) ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ได้แก่ แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ) และ 2) เครื่องมือในการจัดการกับผู้ป่วยในระบบ คือ แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ในช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การค้นหาปัญหาทางคลินิก (evidence triggered phase) (2) การค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (evidence supported phase) (3) การนำไปทดลองใช้ (evidence observed phase) และ (4) การนำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (evidence-based phase) เป็นการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติ

3. ผลลัพธ์ (outcome) คือ การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการจัดการผ่านกระบวนการ จนเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ในการวิจัยนี้ คือ ผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉิน เข้ารับการรักษาผ่านหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ

ตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เข้ารับการรักษาผ่านหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนพ้นระยะวิกฤต สามารถเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยสามัญ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1 ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยอ้างอิงผลการวิจัยของ Choi et al. (2021) ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .43 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้ตัวอย่างเท่ากับ 134 คน ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) และแบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษา ก่อนมีระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นกลุ่มที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยอิงตามคำแนะนำของ Singer et al. (2016) จำนวน 67 คน โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2567

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษา ผ่านระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 67 คน มีเกณฑ์คัดตัวอย่างเข้าและออกจากงานวิจัย ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการคัดกรอง qSOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับ SIRS เมื่อมีคะแนนอย่างน้อย 2 ข้อจาก 4 ข้อ ร่วมกับ NEWS2 มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนให้สงสัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 3) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจากแพทย์ 4) สื่อสารด้วยภาษาไทย ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย หากผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้จากภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินขอความยินยอมจากผู้ที่มีสิทธิการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ภรรยาและบุตร

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ 2) มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมกับมีภาวะหัวใจล้มเหลว จำเป็นต้องช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และ 3) เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดระบบตอบสนองเร่งด่วน (rapid response system: RRS) ของ Choi et al. (2021) และ Ju et al. (2018) ประกอบด้วย

1. ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลหอผู้ป่วยสามัญ) (Sprogis, Currey, Jones, & Considine, 2021) เป็นทีมดูแลผู้ป่วยมีอาการสงสัยอาจมีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิต โดยทีมจะทำการประเมินและคัดกรองทันที เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระดับที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีอาการและอาการแสดง ร่วมกับผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการว่า มีความผิดปกติ

มีข้อบ่งชี้ว่ามีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถทำการรักษาอย่างทันท่วงทีผ่านทีมช่วยเหลือ (activate RRT) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้พ้นระยะวิกฤต และสามารถส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยสามัญได้ โดยให้แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ ดำเนินการตามแนวปฏิบัติ

2. แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการพัฒนาและปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ Soukup (2000) ในช่วงของการพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

2.1 วิเคราะห์สภาพปัญหา ตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยศึกษาอุบัติการณ์ 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565 - 2567) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 90.00 ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้างล่าช้าหรือเกิน 60 นาที การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตร หากไม่มีข้อห้ามภายใน 3 ชั่วโมง นอกจากนี้แล้ว ยังไม่มีการประเมินระดับแลคเตทในเลือด กับผู้ป่วยทุกคนที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด อีกทั้ง ทีมแพทย์และพยาบาลยังใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่ตรงกัน

2.2 กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ เพื่อให้แพทย์และพยาบาลมีแนวทางการทำงานไปในทิศทางเดียวกันและเป็นมาตรฐาน

2.3 การสืบค้นได้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่มาจากสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice guideline) จำนวน 3 เรื่อง การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบแบบมีขอบเขต (scoping review) จำนวน 1 เรื่อง การศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) หรือการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จำนวน 5 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 3 เรื่อง ทำการสังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยให้ออกมาอยู่ในรูปขององค์ความรู้ และพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่าง (development ครั้งที่ 1: D1)

2.4 ผู้วิจัยได้นำแนวปฏิบัติฉบับร่างไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า 5 คน ร่วมกับพิจารณาความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน แพทย์อายุรกรรม จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน (research ครั้งที่ 1: R1)

2.5 ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในข้อ 2.4 มาปรับปรุงแนวปฏิบัติอีกครั้ง ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยจัดทำเป็นแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ (development ครั้งที่ 2: D2) ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับตัวอย่างในระยะที่ 2 (research ครั้งที่ 2: R2)

2.6 ก่อนดำเนินการในระยะที่ 2 เพื่อให้ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) และผู้เกี่ยวข้องกับระบบให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และเป็นทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยพร้อมทีมตอบสนองเร่งด่วน ได้จัดประชุมเพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยอธิบายเกี่ยวกับแนวทางการทำงานภายในทีม เมื่อมีผู้ป่วยที่สงสัยและเข้าข่ายภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อใน

กระแสเลือด การจัดการผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และการติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนัก หรือหอผู้ป่วยสามัญ

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยทดลองใช้ระบบกับผู้ป่วยจำนวน 67 คน ต่อไป และผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทุกคนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ตามระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ใช้เครื่องมือในการประเมินและรายงานให้แพทย์ทราบ หากมีข้อบ่งชี้ร่วมกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการประเมิน คัดกรอง และการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยร่วมกับจากคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ และผ่านการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment) ประกอบด้วย ความถูกต้องตามหลักการ (fidelity to concept) การฝึกอบรมให้กับผู้เกี่ยวข้อง (provider training) ในระบบตอบสนองเร่งด่วน การใช้แนวปฏิบัติที่ถูกต้องตามที่กำหนดขึ้น (treatment implementation) และกลุ่มตัวอย่างการได้รับการจัดกระทำ (treatment receipt) ตามแนวปฏิบัติ

1.2 แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นฉบับสมบูรณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และนำไปทดลองใช้เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II) (Institute of Medical Research & Technology Assessment, 2013) โดยประเมินจาก 6 หมวด ได้คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 ถือว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้ทางคลินิก

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาปฏิชีวนะที่ได้รับคะแนน NEWS2 แรกรับที่งานอุบัติและฉุกเฉิน และการวินิจฉัยที่ได้รับ

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต

การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เลขที่ Nq00268 วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ที่มีสิทธิการตัดสินใจแทนผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ภรรยาและบุตรเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะฉุกเฉินและวิกฤต โดยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากการรักษาปกติ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และนำเสนอผลในภาพรวมเพื่อการพัฒนาระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 โดยคัดเลือกผู้ป่วยได้วันละประมาณ 8 - 10 คน/วัน มีรายละเอียด ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษา ก่อนมีระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 67 คน โดยใช้ข้อมูลจากบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โรงพยาบาลสมุทรปราการ ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้ข้อมูลประวัติการรักษาเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่องานวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรปราการ

2. กลุ่มทดลอง เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และได้รับการดูแลรักษาผ่านระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 67 คน เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและคัดกรองจากพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว มี qSOFA มากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ร่วมกับ SIRS เมื่อมีคะแนนอย่างน้อย 2 ข้อจาก 4 ข้อ ร่วมกับ NEWS2 มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนนให้สงสัยว่ามีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จะดำเนินการตามระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ให้การรักษาผ่านทีมช่วยเหลือทันที (activate RRT) ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อให้พ้นระยะวิกฤต และสามารถส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วยสามัญได้ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การจัดการและผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาลเพื่อศึกษาผลของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับ ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ยาปฏิชีวนะที่ได้รับคะแนน NEWS2 แรกรับที่หน่วยงานอุบัติและฉุกเฉิน และการวินิจฉัยที่ได้รับ โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล ได้แก่ จำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล ก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เนื่องจากจำนวนวันนอน และค่ารักษาพยาบาล มีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ (non-normal distribution) จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยใช้ Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.72) มีอายุเฉลี่ย 66.86 ปี (*SD* = 15.61) มีช่วงอายุ 61 - 70 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.55) รองลงมาคือ อายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.82) และอายุน้อยกว่า 60 ปี (ร้อยละ 24.63) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 47.01) รองลงมาคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.87) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 17.91) ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 75.37) มีคะแนน NEWS2 แรกรับที่ห้องฉุกเฉินอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากที่สุด (ร้อยละ 57.47) ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 29.10) และมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 70.90) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและการรักษาที่ได้รับของตัวอย่าง (*N* = 134)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (*n* = 67)		หลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (*n* = 67)		รวม (*N* = 134)	
	n	%	*n*	%	*n*	%
เพศ						
ชาย	40	59.70	36	53.73	76	56.72
หญิง	27	40.30	31	46.27	58	43.28
อายุ (ปี) (*M* ± *SD*)	65.34 ± 11.33		68.37 ± 18.93		66.86 ± 15.61	
< 60	14	20.90	19	28.35	33	24.63
61 - 70	39	58.20	14	20.90	53	39.55
> 70	14	20.90	34	50.75	48	35.82
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)						
โรคเบาหวาน	17	25.37	19	28.36	36	26.87
โรคความดันโลหิตสูง	32	47.76	31	46.27	63	47.01
โรคไขมันในเลือดสูง	5	7.46	8	11.94	13	9.70
โรคหลอดเลือดหัวใจ	9	13.43	0	0.00	9	6.72
โรคไตเรื้อรัง	2	2.99	0	0.00	2	1.49
โรคหืดหรือถุงลมโป่งพอง	0	0.00	7	10.45	7	5.22
โรคมะเร็ง	12	17.91	12	17.91	12	17.91
ยาปฏิชีวนะ (ได้มากกว่า 1 ชนิด)						
Ceftriazone	47	70.15	54	80.60	101	75.37
Tazocin	12	17.91	7	10.45	19	14.18
NEWs2 (คะแนน) (*M* ± *SD*)	6.63 ± 3.56		7.84 ± 3.65		7.23 ± 3.64	
1 - 4 (mild risk)	22	32.84	17	25.37	39	29.10
5 - 6 (moderate risk)	8	11.94	10	14.93	18	13.43
≥ 7 (high risk)	37	55.22	40	59.70	77	57.47
การวินิจฉัยที่ได้รับ						
Sepsis	22	32.84	17	25.37	39	29.10
Septic shock	45	67.16	50	74.63	95	70.90

2. ผลการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (RRS) ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ มีส่วนประกอบด้วยที่สำคัญ 2 ส่วน คือ 1) ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์อายุรกรรม และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมุทรปราการ ได้แก่ พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาล

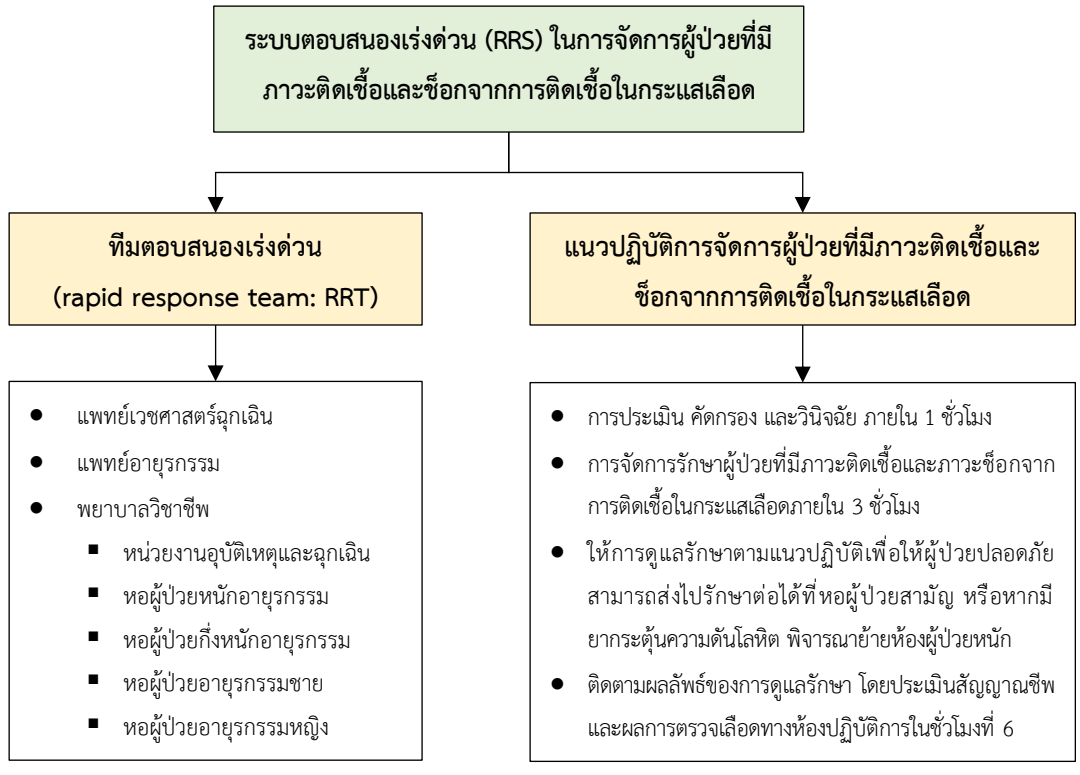
หอผู้ป่วยสามัญ เป็นทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าอาจมีภาวะติดเชื้อหรือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย และ 2) แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องให้การดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐานทิศทางเดียวกัน มีการดูแลที่ไร้รอยต่อ ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หอผู้ป่วยหนัก และ/หรือ หอผู้ป่วยสามัญได้ (ดังภาพ 2)

ผู้วิจัยได้นำแนวทางการทำงานตามระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประเมินความถูกต้องและมีความเหมาะสมของกระบวนการทำงาน ความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80 - 1.00 และมีผลการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) จาก 6 หมวด ได้คะแนนรวมร้อยละ 87.67

โดยสรุป ผลการนำระบบตอบสนองเร่งด่วนไปใช้กับตัวอย่าง พบว่า พยาบาลสามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างทันท่วงที มีการดำเนินการตามระบบสนองตอบสนองเร่งด่วน พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ เพื่อให้การรักษาต่อไปจนผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤต ส่งไปรักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยหนักหรือสามัญได้ นอกจากนี้ ยังมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประเมินความก้าวหน้าของผลการรักษาและการดูแลผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ สามารถป้องกันภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบได้ซึ่งเกิดจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดที่ไม่สามารถควบคุมอาการและอาการแสดงได้

3. ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ

ผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล พบว่า จำนวนวันนอนภายหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด น้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .008) ค่ารักษาพยาบาล ภายหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด น้อยกว่าก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .000) สำหรับอัตราการเสียชีวิต พบว่า ภายหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด มีอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .006) โดยก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 31.34 ภายหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนมีอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 11.94 ดังตาราง 2



บทบาทหน้าที่ของแพทย์ในทีมตอบสนองเร่งด่วน

1. เมื่อพยาบาลประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSOFA มีคะแนน 2/3 คะแนน ร่วมกับ SIRS มีอาการเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2/4 ข้อ ร่วมกับ NEWS มีคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป และแจ้งให้แพทย์ทราบ
2. พิจารณาและอนุญาตให้พยาบาลดูดเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ และรีบรายงานให้แพทย์ทราบ
3. ให้การรักษาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันอาการทรุดลงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรืออาจมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด
4. ร่วมกันอภิปรายแนวทางการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างแพทย์และพยาบาล
5. ช่วยตัดสินใจในการรักษาหรือย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยหนัก
6. แพทย์ต้องสรุปอาการและรายงานอาการโดยสรุปให้แพทย์ประจำหอผู้ป่วยทราบ เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง และติดตามผลลัพธ์ของการรักษาร่วมกัน
7. ติดตามและประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซ้ำภายใน 6 ชั่วโมง และติดตามต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้
8. บันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

หน้าที่ของพยาบาลในทีมตอบสนองเร่งด่วน

1. ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ qSOFA มีคะแนน 2/3 คะแนน ร่วมกับ SIRS มีอาการเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 2/4 ข้อ ร่วมกับ NEWS มีคะแนนตั้งแต่ 5 ขึ้นไป และรายงานให้แพทย์ทราบ
2. ดูดเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้ และรีบรายงานให้แพทย์ทราบ
3. บริหารจัดการยาปฏิชีวนะให้กับผู้ป่วยภายใน 1 ชั่วโมง เพื่อควบคุมภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
4. ดูแลและบริหารจัดการยาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติ และติดตามผลลัพธ์ของการรักษาตลอดระยะเวลา 3 ชั่วโมงแรก
5. ร่วมกันอภิปรายแนวทางการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะอันตราย หรือแก้ไขภาวะวิกฤตได้เบื้องต้น แพทย์พิจารณาให้ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยหนัก พยาบาลต้องสรุปประวัติและการพยาบาลที่ได้รับเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานปลายทาง ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
7. ส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นต้องติดตามและประเมินผลลัพธ์ของผู้ป่วยต่อ เมื่อย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญหรือหอผู้ป่วยหนัก

ภาพ 2 การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (RRS)

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ผลลัพธ์ด้านบริการโรงพยาบาล	ก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน	หลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน	*p*
จำนวนวันนอน (วัน)			
Mdn (*IQR*)	7.00 (1 - 56)	5.00 (1 - 12)	.008[a]
M ± *SD*	9.57 ± 11.10	4.87 ± 2.78	
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)			
Mdn (*IQR*)	33,859.00 (7,426 - 107,727)	14,010.00 (4,316 - 76,934)	.000[a]
M ± *SD*	40,243.60 ± 26,288.62	19,058.82 ± 16,068.99	
อัตราการเสียชีวิต (คน), *n* (%)			
รอดชีวิต	46 (68.66)	59 (88.06)	.006[b]
เสียชีวิต	31 (31.34)	8 (11.94)	

[a] = Mann-Whitney U test; [b] = χ^2-test

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน (RRS) ในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า มีความเหมาะสม โดยแนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความตรงเชิงเนื้อหา และผลการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการวิจัยนี้พัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนขึ้นตามแนวคิดของ Choi et al. (2021) และ Ju et al. (2018) ซึ่งมีกระบวนการทำงานเชิงระบบภายใต้แนวคิดคุณภาพการดูแลของ Donabedian (2003) ทำให้รูปแบบกระบวนการทำงานเป็นเชิงระบบ คือ มีโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทำให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดังผลการวิจัย อีกทั้งใช้หลักแนวคิดการทำแบบร่วมมือร่วมพลัง (collaboration) ร่วมกับการนิเทศทางคลินิก (clinical supervision) มีการกำกับทิศทางการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการรักษาและการดูแลที่เป็นมาตรฐาน มีการกำกับติดตามและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment) ที่ช่วยยืนยันหลักการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนที่สอดคล้องกับผู้เกี่ยวข้องกับระบบและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้แนวปฏิบัติ (Meyers & Brandt, 2015)

2. ภายหลังพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวนวันนอน ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเทียบกับก่อนพัฒนาระบบ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน พยาบาลห้องฉุกเฉินมีการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดหรือมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด แล้วรอการยืนยันจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินว่าจะวินิจฉัยหรือไม่ หากมีการยืนยันจึงทำการรักษาต่อ จะเห็นได้ว่ามีความล่าช้าตั้งแต่ขั้นตอนการรอยืนยันวินิจฉัยผู้ป่วยตั้งแต่แรก ทำให้ความรุนแรงภาวะติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว นำไปสู่ความล้มเหลวในการทำงานของอวัยวะหลายระบบและเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Thompson et al., 2019) และก่อนการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอน

โดยเฉลี่ย 10 วัน ค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยประมาณ 40,000 บาท และอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 31.34 แต่ภายหลังการพัฒนาระบบตอบสนองเร่งด่วน สามารถลดจำนวนวันนอนโดยเฉลี่ยเหลือประมาณ 5 วัน ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยเหลือประมาณ 14,000 บาท และอัตราการเสียชีวิตลดลงเหลือ ร้อยละ 11.94 ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบตอบสนองเร่งด่วนที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลห้องฉุกเฉินมีการประเมินและคัดกรอง พร้อมตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการทันที โดยเฉพาะระดับแลคเตทในเลือด (serum lactate level) > 2 mmol/L จะมีการใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนทันที (activate RRT) เพื่อจัดการอาการของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่หน่วยฉุกเฉินจนพ้นระยะวิกฤต สามารถส่งต่อไปรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ อีกทั้ง มีการติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยปลอดภัย (Semanco, Wright, & Rich, 2022)

นอกจากนี้ แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความชัดเจนตั้งแต่กระบวนการประเมินคัดกรอง วินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยทันที ทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการและช่วยเหลือจนพ้นระยะวิกฤต เข้ารับการรักษาต่อในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยพักฟื้นและหายจากโรค ซึ่งในระหว่างนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยยังคงใช้แนวปฏิบัติกำกับติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยหายดีสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้จำนวนวันนอนผู้ป่วยลดลง และค่ารักษาพยาบาลลดลงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีการใช้ทีมตอบสนองเร่งด่วน (RRT) และใช้แนวปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและลดค่ารักษาพยาบาลได้ (Choi et al., 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hyun et al. (2022) พบว่า โรงพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้เมื่อพัฒนาและใช้ระบบตอบสนองเร่งด่วนในการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อและช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดสามารถลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาล ควรร่วมกันผลักดันออกเป็นแนวปฏิบัติการทำงานที่เป็นเลิศและควรประกาศเป็นนโยบายการทำงานต่อไป

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการนำระบบตอบสนองแร่งด่วนไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมุทรปราการได้ยกเว้นผู้ป่วยเด็กและสตรีตั้งครรภ์ที่มีเครื่องมือประเมินสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤต (early warning system) แตกต่างกัน โดยมุ่งเน้นให้แพทย์และพยาบาลทุกคนรู้กระบวนการทำงานตามระบบตอบสนองเร่งด่วน เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีทิศทางเดียวกัน

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

ควรทำการศึกษาอัตราการรอดชีพในระยะยาว การฟื้นตัวของผู้ป่วย การกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ รวมถึงคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมผู้ป่วยตั้งแต่ระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสมุทรปราการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Basodan, N., Al Mehmadi, A. E., Al Mehmadi, A. E., Aldawood, S. M., Hawsawi, A., Fatini, F., . . . Alzahrani, A. G. (2022). Septic shock: Management and outcomes. *Cureus*, *14*(12), e32158.

Chawiwan, T., & Chintapanyakun, T. (2020). The effectiveness of utilization of the Ramathibodi Rapid Response system in premium wards at Somdech Phra Debaratana Medical Center. *Nursing Journal of Ministry of Public Health, 30*(3), 128-143.

Choi, S., Son, J., Oh, D. K., Huh, J. W., Lim, C. M., & Hong, S. B. (2021). Rapid response system improves sepsis bundle compliances and survival in hospital wards for 10 years. *Journal of Clinical Medicine, 10*(18), 4244.

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

Dugar, S., Choudhary, C., & Duggal, A. (2020). Sepsis and septic shock: Guideline-based management. *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 87*(1), 53–64.

Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., . . . Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, *47*(11), 1181–1247.

Fernando, S. M., Reardon, P. M., Rochwerg, B., Shapiro, N. I., Yealy, D. M., Seely, A. J. E., . . . Kyeremanteng, K. (2018). Sepsis-3 septic shock criteria and associated mortality among infected hospitalized patients assessed by a rapid response team. *Chest*, *154*(2), 309–316.

Guirgis, F. W., Jones, L., Esma, R., Weiss, A., McCurdy, K., Ferreira, J., . . . Gray-Eurom, K. (2017). Managing sepsis: Electronic recognition, rapid response teams, and standardized care save lives. *Journal of Critical Care*, *40*, 296–302.

Hyun, D. G., Lee, S. Y., Ahn, J. H., Huh, J. W., Hong, S. B., Koh, Y., . . . Korean Sepsis Alliance (KSA) Investigators. (2022). Mortality of patients with hospital-onset sepsis in hospitals with all-day and non-all-day rapid response teams: A prospective nationwide multicenter cohort study. *Critical Care*, *26*(1), 280.

Institute of Medical Research & Technology Assessment. (2013). *Appraisal of guideline for research & evaluation II; AGREE II*. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health.

Jones, D., & Ludikhuize, J. (2022). Improving outcomes from sepsis during rapid response team review. *Australian Critical Care*, *35*(4), 332–333.

Jouffroy, R., Djossou, F., Neviere, R., Jaber, S., Vivien, B., Heming, N., & Gueye, P. (2024). The chain of survival and rehabilitation for sepsis: Concepts and proposals for healthcare trajectory optimization. *Annals of Intensive Care, 14*(1), 58.

Ju, T., Al-Mashat, M., Rivas, L., & Sarani, B. (2018). Sepsis rapid response teams. *Critical Care Clinics*, *34*(2), 253–258.

Khanina, A., Cairns, K. A., McGloughlin, S., Orosz, J., Bingham, G., Dooley, M., & Cheng, A. C. (2020). Improving sepsis care for hospital inpatients using existing medical emergency response systems. *Infection, Disease & Health*, *25*(2), 63–70.

Meyers, C. V., & Brandt. W. C. (2015). *Implementation fidelity in education research: Designer and evaluator considerations*. New York, NY: Routledge.

Public Health Strategies of the Ministry of Public Health. (2023). Public Health Statistics A.D. 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

Salvatierra, G. G., Bindler, R. C., & Daratha, K. B. (2016). Rapid response teams: Is it time to reframe the questions of rapid response team measurement? *Journal of Nursing Scholarship, 48*(6), 616-623.

Schramko, L., Paterson, T., & Anstey, M. H. (2022). Duration and management of sepsis-associated hypotension at rapid response team call-outs to patients subsequently admitted to the intensive care unit: A case series. *Australian Critical Care, 35*(4), 450–453.

Semanco, M., Wright, S., & Rich, R. L. (2022). Improving initial sepsis management through a nurse-driven Rapid Response Team protocol. *Critical Care Nurse, 42*(5), 51–57.

Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., . . . Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA, 315*(8), 801–810.

Soukup S. M. (2000). The Center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, *35*(2), 301–309.

Sprogis, S. K., Currey, J., Jones, D., & Considine, J. (2021). Use of the pre-medical emergency team tier of rapid response systems: A scoping Review. *Intensive & Critical Care Nursing*, *65*, 103041.

Sriwilai, W. (2024). Emergency nursing care for patients with septic shock. *Journal of The Police Nurses and Health Science*, *16*(1), 237–249.

Thompson, K., Venkatesh, B., & Finfer, S. (2019). Sepsis and septic shock: Current approaches to management. *Internal Medicine Journal*, *49*(2), 160–170.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

ประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
CAREGIVERS' EXPERIENCES IN MANAGING RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILD DEVELOPMENT CENTERS

จารุวรรณ ไทยบัณฑิต[1] ภัทร์พิชชา ครุฑางคะ[2,*] กษิดิศ ครุฑางคะ[3]
Jaruwan Thaibandit Phatphitcha Kruthangka Kasidis Kruthangka
[1]อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ 10330
Pediatric Nursing Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, 10330, Thailand
[2]อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี 12000
Instructor, Ph.D., Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathum Thani, 12000, Thailand
ผู้จัดการโรงเรียนกุลดิศวิทยานุสรณ์ วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ 67180
Manager, Kulladiswittayanusorn Wichianburi school, Phetchabun, 67180, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: phatphitcha.kru@gmail.com

Received: *August 26, 2024* Revised: *December 4, 2024* Accepted: *December 28, 2024*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายเพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 16 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สรุปเป็นประเด็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การจัดการมีความหลากหลาย เป็นไปตามนโยบายของศูนย์ 2) การป้องกันควบคุมโรคทำได้ดี แม้บางแห่งมีข้อจำกัด และ 3) สิ่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการจัดการของผู้ดูแล

การศึกษาครั้งนี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งสามารถนำใช้ในการวางแผนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ประสบการณ์, การจัดการ, ผู้ดูแล, โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

Abstract

This research was a descriptive qualitative study aimed at exploring caregivers' experiences in managing respiratory infections in child development centers. Participants were caregivers working

in child development centers under local administration. Sixteen caregivers were purposively selected. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The findings of caregivers' experiences in managing respiratory infections in child development centers were summarized into three themes: 1) Management was diverse and followed the center's policies; 2) Disease prevention and control were well-executed, despite certain limitations in some centers; and 3) Support was to enhance the efficiency of caregivers' management.

This study provides an understanding of caregivers' experiences in managing respiratory infections in child development centers. The findings can be used to plan and develop effective respiratory infection prevention behaviors among caregivers.

Keywords: experience, management, caregiver, respiratory infection, child development center

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีความสำคัญต่อเด็กปฐมวัยเป็นอย่างมาก เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตและจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่สำคัญโดยเฉพาะด้านสติปัญญาและบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเป็นสถานศึกษาที่ให้การอบรมเลี้ยงดู ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย และจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์เพื่อให้เด็กได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพ รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมเด็กทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญาในการเข้าโรงเรียน (Jungpanich & Ployluan, 2024)

ประเทศไทยมีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้การดูแลของหน่วยงานหลัก 6 สังกัด ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน เป็นต้น (National Committee on Early Childhood Development, 2019)

บทบาทสำคัญของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ การเตรียมความพร้อมเด็กเพื่อเข้าสู่วัยเรียน และช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลเด็กของผู้ปกครอง โดยให้การดูแลเด็ก ฝึกอบรมวันละ 6 - 8 ชั่วโมง เด็กจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการและการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร นอนหลับพักผ่อน ทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นสถานที่ที่มีเด็กอยู่รวมกันเป็นจำนวนมากและมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การใช้ของเล่นร่วมกัน การกอด หรือการเล่นกันอย่างใกล้ชิด เด็กบางรายมีพฤติกรรมชอบนำสิ่งของเข้าปาก เล่นน้ำลาย ไอ จามรดกัน จึงทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย (DeJonge et al., 2023)

โรคติดเชื้อที่พบได้บ่อยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ได้แก่ โรคหวัด โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือ เท้า ปาก คออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ และไซนัสอักเสบ ซึ่งมักแพร่กระจายจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง หรือการหายใจเอาฝอยละอองที่มีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย (Almulla, Lewis & Oxford, 2023) โดยเฉพาะปอดอักเสบซึ่งเป็นโรคที่พบได้ร้อยละ 8 - 10 ของเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กเสียชีวิตซึ่งพบบ่อยในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย เช่น ไวรัสอาร์เอสวี (respiratory syncytial virus: RSV) ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (influenza) เชื้อแบคทีเรีย Streptococcus pneumoniae เป็นต้น (Department of Disease

Control, 2019; Peetoom, Crutzen, Dinant, & Cals, 2019)

ประเทศไทยยังคงมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อกระจายอยู่ทุกช่วงวัย ซึ่งการติดเชื้อในเด็กเล็กอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงกว่าในผู้ใหญ่ ในเด็กบางรายอาจมีภาวะช็อกจากการทำงานของหัวใจที่ผิดปกติ แล้วเสียชีวิตได้ (Seth, Rashid, & Khera, 2021) เด็กติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนใหญ่มีอาการไอ คัดจมูก จาม น้ำมูกไหล ถ้ามีอาการไม่มากจะสามารถหายได้เอง แม้การติดเชื้อจะทุเลาลง แต่เด็กบางรายยังคงมีอาการของโรคหลงเหลือ เช่น ไอ จาม น้ำมูกไหล โดยอาการที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อเด็กในหลายด้าน เช่น รบกวนการนอนหลับพักผ่อน ความอยากอาหารลดลง ส่งผลให้เด็กรับประทานอาหารได้น้อยลง เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เป็นต้น เมื่อเด็กเจ็บป่วยหรือไม่สบาย ทำให้ต้องหยุดเรียนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือที่บ้าน ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ของเด็กได้ (Almulla et al., 2023) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวทำให้ผู้ดูแลต้องขาดงาน ขาดรายได้เพื่ออยู่ดูแลเด็ก เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น อาการเจ็บป่วยของเด็กอาจรบกวนการนอนหลับของสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้าน และอาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจไปสู่สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ (Schot et al., 2019)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นอย่างมาก โดยกำหนดแนวทางดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบบ่อยสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในปี พ.ศ. 2554 ตลอดจนให้เทคนิคการดูแลเด็กเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อสำหรับผู้ดูแล เพื่อให้การดำเนินงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้มาตรฐานปลอดภัย และมีทิศทางเดียวกัน ซึ่งมีมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ คือ มีนโยบายที่ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและบุคลากร เน้นการเพิ่มจำนวนครูและผู้ดูแลที่เพียงพอ มีการคัดกรองสุขภาพเด็ก รวมถึงจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่เด็ก 2) ด้านครูและผู้ดูแลที่ต้องมีความรู้และสุขภาพที่ดี ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพิ่มพูนองค์ความรู้ รวมถึงสามารถให้การป้องกัน ควบคุมโรค และดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมต้องมีพื้นที่เพียงพอต่อจำนวนเด็ก สะอาดและปลอดภัย สามารถส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้ของเด็กได้ (Lertsuphotvanit et al., 2023) แม้ว่าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกศูนย์มีการดำเนินงานภายใต้นโยบายดังกล่าว แต่ในปัจจุบันยังมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อที่อุบัติใหม่เข้ามาในประเทศไทยเป็นระยะ และยังคงพบการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการดูแล ป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลในการส่งเสริม ดูแล ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กที่อยู่ในความดูแล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจว่าเป็นการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อย และมีการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจหลายประการ เช่น การล้างมือและใส่หน้ากากอนามัย การพักผ่อนให้เพียงพอ การออกกำลังกาย การทำความสะอาดของใช้ และการดูแลแยกเด็กป่วยกับเด็กปกติ ไม่ให้เด็กปกติเข้าใกล้เด็กที่ป่วย เป็นต้น (Pongjaturawit, Sarapat, & Chaimongkol, 2021) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลภาพรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการดูแลสิ่งแวดล้อมภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การระบายอากาศภายในห้อง (Laemthaisong, Toonsiri, & Homsin, 2019) จากผลการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลในการป้องกันโรค

ติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่อยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง และยังพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยบางด้านอยู่ในระดับปานกลาง เช่น ด้านการดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ โดยเฉพาะการดูแลเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม น้ำมูกไหล มีไข้ เป็นต้น และด้านการใช้อุปกรณ์ป้องกัน โดยเฉพาะการใส่ถุงมือเมื่อสัมผัสสิ่งคัดหลั่งที่ยังปฏิบัติได้ไม่ดี อาจเนื่องจากไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานของผู้ดูแล (Thaibandit, Kruthangka, & Kruthangka, 2023) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วย การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไม่เหมาะสม อาจมีผลต่อการแพร่กระจายเชื้อให้กับเด็กและบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ สอดคล้องกับปัญหาการติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่ต้องหาประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อของผู้ดูแลในเชิงลึก

การศึกษาประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งในมุมมองของการส่งเสริม ดูแล ป้องกันและควบคุมโรค รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังกล่าว เพื่อนำมาถอดบทเรียนให้ทราบถึงรูปแบบหรือวิธีการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองในการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่ท้าทายมากขึ้นในบริบทปัจจุบันที่สังคมต้องการ และเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และปรับปรุงระบบการจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มาโดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 16 คน ตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ดูแลที่มาจากงานวิจัยเรื่อง “การเปรียบเทียบพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” โดยมีเวลาปฏิบัติงานเต็มเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (Thaibandit et al., 2023) 2) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจสูงสุดอันดับที่ 8 - 10 คนแรก และ 3) มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจต่ำสุดในอันดับที่ 8 - 10 คนสุดท้าย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลไม่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงเวลาเก็บข้อมูล หรือเกิดอุบัติเหตุที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือเกิดความเครียดและไม่สะดวกใจในการให้ข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย ซึ่งได้รับการอบรมการวิจัยเชิงคุณภาพ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมีประสบการณ์การทำการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 โทรศัพท์มือถือที่มีโปรแกรมอัดเสียง

2.2 แนวคำถามหลักที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการเป็นผู้ดูแล และประวัติการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล และ 2) แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์แบบ

กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) จำนวน 8 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น คำถามเกริ่นนำ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ “จำนวนเด็กในความดูแลของท่านมีเท่าไหร่ ที่ศูนย์ฯ ของท่านมีครูและผู้ดูแลกี่คน และท่านคิดว่าเพียงพอหรือไม่ เพราะอะไร” และ “ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านมีเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อใดบ้าง และมีการเก็บสถิติดังกล่าวไว้หรือไม่ อย่างไร” คำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ ยกตัวอย่างเช่น “ท่านดำเนินการอย่างไรกับเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ” และ “จากการที่เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของท่านเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ท่านคิดว่าการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคมีอะไรบ้าง และท่านได้ปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือไม่ อย่างไร” เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย COA No.01/2023 เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการสัมภาษณ์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษาความลับของข้อมูล รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการให้ข้อมูลและการถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด ข้อมูลที่นำเสนอในการวิจัยจะสรุปเป็นประเด็นและชุดข้อความที่บ่งชี้ข้อมูลในประเด็นนั้น ๆ โดยไม่มีการเปิดเผยหรือระบุสิ่งที่จะทำให้สามารถระบุถึงตัวบุคคลของผู้ให้ข้อมูลได้ และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแจ้งไปที่กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และแนบรายละเอียดการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หลังจากนั้น ผู้วิจัยเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล โดยติดต่อผู้ดูแลแต่ละรายที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อสอบถามความสมัครใจ ขออนุญาตเก็บข้อมูล อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย นัดหมายวัน เวลา และช่องทางการสัมภาษณ์ตามที่ผู้ดูแลสะดวก เช่น E-mail หรือ Line application เป็นต้น

เมื่อถึงวันตามที่นัดหมายผู้วิจัยเริ่มต้นโดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยอีกครั้งกับผู้ดูแลก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ โดยขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลก่อนได้รับอนุญาต ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเลือกวิธีการให้ข้อมูลได้ตามความสะดวกสำหรับการให้สัมภาษณ์ เช่น การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ (telephone interview) การสัมภาษณ์ออนไลน์ในรูปแบบผ่าน Video call ผ่าน Line application เป็นต้น ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาคนละ ประมาณ 30 - 60 นาที ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำโดยทันที เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ได้ยิน และเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ค้นหาถึงประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้น ผู้วิจัยขออนุญาตทำการติดต่อผู้ดูแลอีกครั้งเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากที่สุด รวมทั้งนัดหมายช่องทางการนำบทสนทนาจากการถอดเทปกลับไปให้ผู้ดูแลตรวจสอบยืนยันความถูกต้องของเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์อีกครั้ง การเก็บข้อมูลสิ้นสุดลงเมื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแลได้จำนวน 16 คน และข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัวแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาตามขั้นตอนของ Hsieh and Shannon (2005) โดยผู้วิจัยช่วยกันอ่านข้อความจากการถอดเทปซ้ำหลาย ๆ รอบ เพื่อจับประเด็นจากข้อมูลที่ได้ แล้วจึงร่วมกันหาความสัมพันธ์ของประเด็นที่ได้และจัดกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายใกล้เคียงกัน จากนั้นนำข้อความหรือกลุ่มข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์พร้อมกับทำความเข้าใจกับบริบท

ของผู้ดูแลและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และหาข้อสรุปร่วมกันในการกำหนดประเด็นหลักและประเด็นรองเพื่อนำมาอธิบายประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูล ตามแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) ประกอบด้วย การยืนยันข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำมาวิเคราะห์ จากนั้นผู้วิจัยแยกกันวิเคราะห์ข้อมูล แล้วมาสนทนาแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและผู้ที่มีความรู้ด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกับข้อค้นพบ เพียง แต่ให้ปรับคำทั้งประเด็นหลักและประเด็นรองเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น และได้มีการตรวจสอบสามเส้า ตรวจสอบข้อสรุปย้อนกลับโดยนำบทสัมภาษณ์ที่ถอดเทปและบันทึกภาคสนามมาตรวจสอบร่วมกันของทีมผู้วิจัย เพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ตรงกัน แล้วจึงสรุปเป็นผลการวิจัย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 16 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 15 คน (ร้อยละ 93.75) อายุอยู่ระหว่าง 29 - 54 ปี อายุเฉลี่ย 40.56 ปี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 8 คน (ร้อยละ 50.00) และระดับปริญญาโท จำนวน 8 คน (ร้อยละ 50.00) มีประการณ์การเป็นผู้ดูแล 4 - 23 ปี และส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล จำนวน 14 คน (ร้อยละ 87.50)

ผลการศึกษาประสบการณ์การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล พบ 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การจัดการมีความหลากหลาย เป็นไปตามนโยบายของศูนย์ 2) การป้องกันควบคุมโรคทำได้ดี แม้บางแห่งมีข้อจำกัด และ 3) สิ่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการจัดการของผู้ดูแล รายละเอียด ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การจัดการมีความหลากหลาย เป็นไปตามนโยบายของศูนย์

เมื่อผู้ดูแลพบว่าเด็กไม่สบายหรือมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลมีการจัดการที่หลากหลายขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรงของอาการเด็กที่พบ โดยบทบาทของผู้ดูแลมีการปฐมพยาบาลดูแลเบื้องต้น รวมทั้งการส่งต่อการดูแลเพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และประสานงานระหว่างผู้ปกครองเพื่อรับทราบและรับเด็กไปดูแลต่อเนื่องตามนโยบายและแนวทางการดูแลเด็กป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกำหนด ประกอบด้วย 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 ดูแลเบื้องต้นตามอาการของเด็ก

ผู้ดูแลให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจว่าได้ดูแลตามอาการที่เด็กเป็น เช่น หากเด็กมีน้ำมูกจะเช็ดน้ำมูก หรือล้างหน้า หากเด็กมีไข้ตัวร้อน จะเช็ดตัวลดไข้ หรือพาไปอาบน้ำ ร่วมกับการให้ยาลดไข้ ซึ่งผู้ดูแลบางรายให้ยาลดไข้แก่เด็ก กรณีที่ได้ข้อมูลจากผู้ปกครองว่าเด็กไม่แพ้ยา หรือสามารถรับประทานยาลดไข้ได้ รวมถึงการดูแลเด็กที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น เด็กที่เป็นภูมิแพ้และต้องใช้ยาพ่นเป็นประจำ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถ้าเห็นน้องมีน้ำมูกก็จะทำความสะอาดก่อน เช็ดน้ำมูกให้น้อง แล้วก็ดูว่าน้องเริ่มตัวร้อนหรือยัง ถ้าเริ่มตัวร้อนก็จะเอายามาให้น้องทาน แล้วก็เช็ดตัว” (ID8)

“หากตัวร้อนก็จะเช็ดตัวลดไข้ แต่หากมีไข้เราจะไม่ให้ยาทันที จนกว่าจะได้ข้อมูลจากผู้ปกครองว่าสามารถทานยาได้... โทรแจ้งผู้ปกครองว่าน้องมีไข้ แล้วผู้ปกครองบอกว่าไม่มีประวัติแพ้ยา เราถึงจะให้ยาลดไข้ อันนี้เป็นมาตรการของศูนย์เรา” (ID16)

“ภูมิแพ้เนี่ยถ้าในห้องของครูเลยนะมีปัญหาเรื่องหวัด เรื่องจมูกเนี่ยต้องไปพ่นยาอะไรแบบเนี่ย ประจำเลยก็คือ 3 คน เวลาเป็นน้ำมูกอะไรขึ้นมาก็ต้องพ่นยา” (ID4)

1.2 ประสานงานผู้ปกครองรับกลับหรือหาหมอ

ผู้ดูแลมีการประสานงานกับผู้ปกครองโดยโทรศัพท์แจ้งผู้ปกครองเกี่ยวกับอาการของเด็กให้ทราบและรับเด็กไปดูแลต่อที่บ้าน หรือพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อ สำหรับเด็กบางรายที่มีอาการรุนแรง ผู้ดูแลจะนำเด็กส่งสถานพยาบาลใกล้เคียง เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาทันที ร่วมกับโทรศัพท์แจ้งผู้ปกครองให้ทราบ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"มีอยู่คนนึงเขาเป็นลูกครูที่อยู่ในศูนย์ เป็นไข้ธรรมดาแบบแก้มแดง เราก็รีบแจ้งผู้ดูแลเขาให้รีบพากลับบ้านด่วนอะไรอย่างเงี้ย เราจะสังเกตเด็กทุกคน เพราะว่าถ้าเกิดชักอะไรอย่างนี้เรียบร้อยเลย" (ID7)

"เมื่อพบว่าเด็กไม่สบาย ก็จะรีบแจ้งผู้ปกครองว่าวันนี้น้องมีอาการเป็นยังไง แล้วก็แจ้งต่อว่าถ้าน้องมีอาการไอ หรือมีน้ำมูก คุณแม่ต้องพาน้องไปพบแพทย์นะคะ เราจะไม่เอายาให้เด็กทานก่อน เราจะแจ้งผู้ปกครองเลย เผื่อเด็กบางคนแพ้ยาที่เรามีอยู่" (ID12)

"เคยมีเด็กติดอาร์เอสวี ตอนนั้นเขามีอาการแบบว่า เขาเล่นอยู่แล้วก็หายใจไม่สะดวก เขาก็เดินมาบอก เขาพูดรู้เรื่องบอกว่า คุณครูคะหนูหายใจไม่ออก แล้วมือไม้ก็เย็นไปเลย ก็เลยลองพาไปอนามัยใกล้ ๆ ... พอหมอที่อนามัยเห็นอาการไม่ดี ก็เลยต้องส่งไปโรงพยาบาล" (ID2)

ประเด็นหลักที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคทำได้ดี แม้บางแห่งมีข้อจำกัด

ผู้ดูแลมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตั้งแต่ก่อนรับเด็กเข้ามาดูแลภายในศูนย์ โดยการตรวจร่างกาย คัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เมื่อพบว่าเด็กไม่สบาย มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ดูแลมีระบบการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กทั่วไปที่ไม่ป่วย โดยการแยกเด็กป่วยจะดำเนินงานตามความพร้อมและบริบทของแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก นอกจากนี้ ผู้ดูแลมีการเน้นย้ำเรื่องการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันและควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังเด็กคนอื่น ๆ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

2.1 คัดกรองเด็กที่ป่วย ช่วยลดการสัมผัสเชื้อ

ก่อนรับเด็กเข้ามาดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลมีการคัดกรองเด็กก่อนโดยการวัดอุณหภูมิร่างกาย ตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า หรือใช้การสัมผัสเพื่อตรวจร่างกายร่วมกับการสังเกตอาการของเด็ก หากเด็กผ่านการคัดกรองเบื้องต้น และพบว่าเริ่มมีอาการป่วยหรือไม่สบายขณะอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลจะสื่อสารให้ผู้ปกครองทราบและรับกลับไปดูแลต่อหรือพาไปพบแพทย์ ให้เด็กหายดีก่อนจึงค่อยกลับมา เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"การตรวจคัดกรองเด็กก่อนเข้าชั้นเรียนก็ตรวจว่าอุณหภูมิเด็กขึ้นไหมและเรามีลักษณะการรับเด็กก็คือมีการใช้การกอด จับมือ เช็คแฮนด์พูดทักทายแล้วก็มีการสัมผัส... อย่างมีขี้มูกบางคนพอมีสีเขียวเข้มอย่างเนี่ยติดเชื้อและให้พาไปหาหมอให้หมอให้ยาฆ่าเชื้อก่อนเพราะขี้มูกติดเชื้อมันสามารถไปแพร่เชื้อไม่ว่าจะเป็นของกินของใช้หรือขอบหน้าต่างประตูอะไรได้" (ID4)

"ตอนเช้าพี่จะเช็คเด็ก หรือถ้าไม่ใช่เวรพี่ พี่ก็จะบอกให้เช็ค คือ ให้ดูตั้งแต่หัวจรดเท้า ถ้าเกิดมีน้ำมูก ไอ จาม เราก็จะวัดไข้ แล้วก็ดูลักษณะน้ำมูกว่าใสหรือว่าขุ่น แล้วก็ถามผู้ปกครองว่าถ้าแบบนี้อ่ะ เอากลับก่อนมั้ยเดี๋ยวมันจะมีการแพร่เชื้อแล้วก็อธิบายแบบรักษาน้ำใจผู้ปกครอง" (ID7)

"เราจะมีการคัดกรองเด็กตั้งแต่ก่อนเข้าศูนย์ โดยการจับหรือสัมผัสเด็กทางอ้อม เช่น จับมือ จับแขน จูงเข้าศูนย์ เพื่อเช็คดูว่าเด็กมีอาการตัวร้อนไหม แล้วก็ดูหน้าตา ว่ามีตาฉ่ำหรือมีน้ำมูกไหม ถ้ามีเราจะให้พ่อแม่รับกลับไปเลย แนะนำให้ไปหาหมอและรอให้อาการดีขึ้นก่อนแล้วค่อยมา" (ID16)

2.2 เว้นระยะห่างกับเด็กคนอื่น ถ้ามีพื้นที่รองรับจับแยกห้อง

เมื่อผู้ดูแลพบว่าเด็กไม่สบาย หรือมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ จะดำเนินการแยกเด็กที่ป่วยออกจากเด็กคนอื่น ๆ ทันที บางศูนย์ที่มีความพร้อมด้านสถานที่ กล่าวคือ มีห้องแยกสำหรับเด็กป่วย หรือห้องพยาบาล ผู้ดูแลจะสามารถแยกเด็กป่วยออกจากเด็กทั่วไปได้อย่างชัดเจน แม้บางศูนย์ไม่มีห้องแยก ผู้ดูแลก็พยายามแยกเด็กป่วยออกจากเด็กคนอื่น ๆ เท่าที่สามารถดำเนินการได้ตามบริบทสถานที่ ทั้งการเว้นระยะห่างในการทำกิจกรรม หรือการเว้นช่องว่างการนอนของเด็ก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“แยกเด็กที่ไม่สบายออกจากเด็กปกติ เวลาทำกิจกรรมก็ให้นั่งดูเพื่อน ๆ จะไม่ให้เข้ามาร่วมทำกิจกรรมด้วย” (ID9)

“เราจะแยกเด็กออกมาจากเด็กคนอื่น ๆ เราจะมีห้องโถง เป็นห้องใหญ่อยู่ข้างนอก ถ้าเด็กที่ไม่สบาย จะให้มาอยู่ที่ห้องโถงต่าง ๆ จะนอนแยกกับเด็กคนอื่น จะไม่เปิดแอร์ ส่วนการทำกิจกรรมต้องแล้วแต่ว่าทำกิจกรรมอะไร ถ้าดูแล้วว่าเด็กสามารถทำกิจกรรมได้ ก็จะให้ทำแต่ว่าทำแยกกับเด็กคนอื่น ให้นั่งห่างกัน แต่ถ้าทำกิจกรรมนั้นไม่ได้ก็จะให้นั่งดูเด็กคนอื่นไป” (ID13)

“ถ้าผู้ปกครองมารับไม่ได้จริง ๆ เราจะต้องเปลี่ยนวิธีการนอนให้เด็ก แต่ในความเป็นจริงก็ทำไม่ได้ ก็ให้นอนห้องเดียวกัน แต่ให้นอนใต้แอร์ เว้นระยะห่างจะเพื่อนนิดนึง” (ID14)

2.3 เน้นย้ำการล้างมือให้บ่อย คอยกำชับกลุ่มเสี่ยงสวมหน้ากากอนามัย

ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยการเน้นย้ำเรื่องล้างมือในเด็กทุกคน แม้ไม่ได้มีการเจ็บป่วยหรือติดเชื้อ และเน้นย้ำมากยิ่งขึ้นในสถานการณ์ที่มีเด็กป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำหรับการสวมหน้ากากอนามัยของเด็ก พบว่าบางศูนย์ไม่ได้ให้เด็กทุกคนสวมหน้ากากอนามัย แต่จะเน้นย้ำมากขึ้นในเด็กที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ตอนนี้ก็เป็นบางเคสที่ใส่แมส เช่น ถ้าเค้ามีน้ำมูกไหล คุณครูก็จะให้เขาใส่ แต่เขาไม่ได้ป่วยนะคะ... เวลาไอคุณครูก็จะบอกให้เขาใส่แมสปิดปากตลอด” (ID5)

“เน้นย้ำเด็กเรื่องการใส่แมส ออกนอกห้องก็ให้ไปล้างมือทุกครั้ง และกลับเข้าห้องก็จะมีเจลแอลกอฮอล์ให้ และเด็กก็จะพกของเขามาประจำ” (ID9)

“เด็กในวัยนี้จะติดเล่น ไม่รู้ว่าไปหยิบจับอะไรมาบ้าง ถ้าเป็นหวัดมีน้ำมูกจะไม่ใช้ผ้าแต่จะเอามือเช็ดน้ำมูกแทน แล้วก็ไปเล่นกับเพื่อน เราก็จะเน้นให้ล้างมือ เด็กคนไหนเป็นหวัดมีน้ำมูกเราก็จะให้ใส่แมส” (ID12)

ประเด็นหลักที่ 3 สิ่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการจัดการของผู้ดูแล

การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของผู้ดูแลจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าผู้ดูแลมีองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ประกอบกับประสบการณ์การดูแลเด็ก และทักษะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้รับการช่วยเหลือจากภาคีเครือข่าย รวมทั้งความร่วมมือจากผู้ปกครองในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ และเป็นส่วนหนึ่งในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

3.1 ความรู้และทักษะในงานของผู้ดูแลมีผลต่อการจัดการ

ผู้ดูแลที่มีองค์ความรู้จะช่วยให้ดูแลเด็กได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งทางหน่วยงานได้มีการจัดอบรมหรือส่งตัวแทนไปอบรมอยู่บ่อยครั้ง อย่างน้อยปีละครั้ง มีการแลกเปลี่ยนความรู้และให้คำแนะนำกันภายในกลุ่มของผู้ดูแล ร่วมกับการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ตและสื่อโซเชียลมีเดีย นอกจากนี้ประสบการณ์ในการดูแลเด็ก

ที่ผ่านมามีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมากขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"ครูไม่มีองค์ความรู้เท่าที่ควรว่าเด็กเป็นอะไร หรือเป็นแค่น้ำมูกก็ป่วยมั้ยอะไรแบบนี้อ่ะค่ะ ก็มีอุปสรรคอยู่บ้างในเรื่องขององค์ความรู้ที่ยังไม่เพียงพอในเรื่องสุขอนามัยของเด็ก" (ID3)

"ถ้าเราไม่มีความรู้เพียงพอ เราไม่พร้อมแล้วเราไปดูแลเด็ก มันจะเสี่ยงติดเชื้อด้วยไหม แต่พอเราดูแลมาเรื่อย ๆ เราชินกับโรค ชินกับการดูแลเด็กทุกวัน เราก็เริ่มที่จะมั่นใจในการให้การดูแลเด็กมากขึ้น" (ID9)

"ส่วนมากเราก็สามารถศึกษาหาความรู้ได้ด้วยตนเอง หาในอินเทอร์เน็ตมันก็พอจะได้อยู่ถ้าพูดถึงอ่ะ และเจ้าหน้าที่เขาก็เข้ามาให้คำแนะนำอยู่แล้ว และก็มีการไปอบรมอยู่แล้วเป็นประจำ ตัวแทนของศูนย์ที่ไปอบรมแต่ละเรื่องพอกลับมาเขาก็จะมาถ่ายทอดให้ทุกครั้งอยู่แล้ว" (ID12)

3.2 การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยให้ง่ายต่อการจัดการ

ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการจัดการและการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งด้านอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก การตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และได้รับองค์ความรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น หน่วยงานสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถานพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"อุปกรณ์มีเพียงพอ เพราะมีโครงการของสปสช. เข้ามาช่วยด้วย เลยมีงบที่จะซื้อเจลแอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัยให้เด็กบางคนที่เขาไม่ได้เอามา และมีสำรองไว้ให้ระหว่างวันที่เด็กเล่นแล้วเปื้อนเปรอะ" (ID1)

"มีหมอซึ่งเป็นแพทย์ประจำศูนย์ที่ดูแล เป็นคนให้ความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายเชื้อในศูนย์ เมื่อไหร่ที่เด็กมีปัญหา เช่น ถ้าเราสังเกตว่าเด็กเล่นแล้วเหนื่อยหอบหายใจแรงจัง เราก็จะให้หมอเข้ามาดูแลมาช่วย... มี อสม. กรมการแพทย์สโมสรโรตารี่ จะมาตรวจสุขภาพเด็กให้ทุกเดือน โดยมีพยาบาลชำนาญการและแพทย์ จ่ายยาให้เป็นยาพื้นฐานถ้าหากว่าตรวจพบว่าไม่สบาย" (ID6)

"ตอนนี้ในศูนย์มีลูกคุณหมอประมาณ 2 - 3 คน เวลามีอะไรไม่เข้าใจก็จะปรึกษา หรือถามหรือทำความเข้าใจกับคุณหมอได้ เขาก็แนะนำเราได้ค่ะ" (ID7)

3.3 ความร่วมมือจากผู้ปกครองมีส่วนช่วยลดเด็กป่วยภายในศูนย์

ความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลเด็กร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีส่วนสำคัญในการดำเนินงานของผู้ดูแล ทั้งการไม่พาเด็กที่ไม่สบายหรือมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจมาที่ศูนย์ เพื่อลดเด็กป่วยที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อภายในศูนย์ การปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแลในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการได้รับเชื้อ รวมทั้งการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ดูแล และป้องกันโรคติดเชื้อของเด็กภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดังคำกล่าวต่อไปนี้

"โรคที่มากับเด็กอ่อเนอะ ก็จะมีโรคมือเท้าปาก อย่างเช่นศูนย์ข้าง ๆ ติด คุณครูก็จะสั่งผู้ปกครองว่าไม่ให้ไปใกล้ ไม่ให้ผ่านบริเวณนั้น ผู้ปกครองก็ทำตามนะคะ ได้ผลก็คือไม่มีใครติดมาจากศูนย์นั้นเลยค่ะ" (ID7)

"ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะให้ความร่วมมือ ถ้าคุณพ่อคุณแม่รู้ว่าลูกป่วยก็จะให้หยุดอยู่บ้านเลย" (ID9)

"ผู้ปกครองให้ความร่วมมือดีทุกคน พอเด็กเริ่มมีอาการ ผู้ปกครองก็จะรีบพาไปหาหมอก่อนและก็ให้หยุดอยู่บ้านไปเลย... บางทีผู้ปกครองก็จะแชร์ข้อมูลลงมาใน Line กลุ่ม ให้คุณพ่อคุณแม่ช่วยกันระมัดระวังคอยสังเกตอาการเบื้องต้น เพราะว่าผู้ปกครองของเด็กก็จะมีทั้งหมอบ้าง เภสัชบ้างอะไรอย่างเงี้ยะ ก็ให้คำแนะนำดี เราก็เลยได้ประโยชน์จากส่วนนี้อยู่ มีผู้ปกครองช่วยด้วย" (ID14)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสบการณ์และการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. การจัดการมีความหลากหลาย เป็นไปตามนโยบายของศูนย์ การดำเนินการเมื่อเด็กมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ พบว่า ผู้ดูแลมีการดูแลเบื้องต้นตามอาการของเด็กและแจ้งผู้ปกครองทราบและรับเด็กกลับไปดูแลต่อเนื่อง อาจเนื่องด้วยเป็นวิธีที่สะดวกและสามารถปฏิบัติได้ทันที หรือส่งต่อสถานพยาบาลใกล้เคียงเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เพื่อให้เด็กได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที สอดคล้องกับการศึกษาของ Laemthaisong et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ดูแลปฏิบัติได้ดีในการดูแลเด็กป่วยเบื้องต้นด้วยการเช็ดตัวลดไข้และแจ้งผู้ปกครองให้ทราบ ซึ่งการดำเนินงานของผู้ดูแลเป็นไปตามนโยบายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ว่าผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลรักษาเด็กป่วยอย่างเหมาะสม เช่น การเช็ดตัวลดไข้ให้ยาลดไข้ ทำความสะอาดร่างกาย หรือส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Lertsuphotvanit et al., 2023)

2. การป้องกันควบคุมโรคทำได้ดี แม้บางแห่งมีข้อจำกัด ผู้ดูแลมีการตรวจคัดกรองสุขภาพเด็กก่อนรับเข้ามาดูแลภายในศูนย์ ซึ่งจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไปยังเด็กคนอื่นได้เบื้องต้น และหากพบว่าเด็กมีป่วยขณะดูแลในศูนย์ ผู้ดูแลมีการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กทั่วไป เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ สำหรับการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกตินั้นอาจขึ้นอยู่กับลักษณะสถานที่ของแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็กว่ามีพื้นที่เพียงพอหรือมีห้องเฉพาะสำหรับเด็กป่วยหรือไม่ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่สามารถแยกเด็กป่วยออกจากเด็กปกติมีพื้นที่ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกว้างกว่าและมีห้องแยกสำหรับเด็กป่วยโดยเฉพาะ ทั้งนี้หากไม่มีห้องแยกสำหรับเด็กป่วย ผู้ดูแลสามารถกั้นบริเวณให้เป็นสัดส่วนหรือแยกเด็กป่วยออกไม่ให้เล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับเด็กคนอื่น หรือจัดให้เด็กป่วยนอนแยกเว้นระยะห่างจากเด็กคนอื่น เพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Pongjaturawit et al., 2021)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลได้เน้นย้ำการสวมหน้ากากอนามัยในเด็กกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการสร้างอุปนิสัยให้เด็กมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี เช่น การปิดปาก ปิดจมูกหรือการใช้กระดาษทิชชูเวลามีการไอ หรือจามและทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิด และเน้นย้ำการล้างมือเด็กทุกคน (Lertsuphotvanit et al., 2023) การล้างมือถือได้ว่าเป็นวิธีการที่สำคัญและมีประสิทธิภาพอย่างมากในการป้องกันโรคติดเชื้อที่แพร่กระจายผ่านการสัมผัส ทั้งโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร (American Academy of Pediatrics, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wicha et al. (2023) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะการให้เด็กล้างมือทุกครั้ง เช่น ก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ เมื่อสัมผัสของเล่น เป็นต้น

3. สิ่งสนับสนุนเพื่อเพิ่มพูนประสิทธิภาพการจัดการของผู้ดูแล กล่าวคือ ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของผู้ดูแลมีส่วนช่วยในการจัดการเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจทั้งในแง่ของการดูแลเด็กเบื้องต้น และการป้องกันควบคุมโรคภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาจเนื่องด้วยผู้ดูแลส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแล ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมวิธีการดูแลเด็กป่วย การป้องกันโรคติดเชื้อภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Laemthaisong et al. (2019) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแล ได้แก่ ประสบการณ์ความรู้เกี่ยวโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและการดูแลที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ดูแลที่เข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพ หรือมีสิ่งสนับสนุนด้านข้อมูลสุขภาพ จะมีความมั่นใจในการดูแลเด็กและสามารถให้การดูแล

เด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม แสดงให้เห็นได้จากผู้ดูแลบางรายศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองผ่านช่องทางต่าง ๆ หรือบางรายมีช่องทางติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อขอคำปรึกษา ทำให้ได้รับข้อมูลที่ตรงกับอาการเจ็บป่วยเด็ก ได้ความรู้ใหม่ที่ทันต่อสถานการณ์ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลจะต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ตลอดเวลาเพื่อให้เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน และสามารถนำองค์ความรู้ใหม่มาใช้ในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Kruthangka, 2023)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของผู้ดูแลทั้งด้านอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แอลกอฮอล์ หน้ากากอนามัยที่ช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ รวมถึงความร่วมมือจากผู้ปกครองในการปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ดูแล การไม่พาเด็กที่มีอาการป่วยของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่เด็กคนอื่นภายในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ (Pongjaturawit, 2021)

การจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งผู้ดูแล เด็ก ผู้ปกครอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Phromreungrit et al., 2019) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น จึงควรมีการสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามการประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างน้อยทุก 4 - 6 เดือน สนับสนุนให้ผู้ดูแลและบุคลากรได้การฝึกอบรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อทุกคน และประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพในการให้ความรู้ด้านสุขภาพและช่องทางการปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ดูแลและผู้ปกครอง

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนให้มีการอบรมหรือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลทุกคนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการจัดการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กควรมีระบบประสานงานกับบุคลากรทางสุขภาพในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพและช่องทางการปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้ดูแล

3. บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ที่สนใจ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจให้ได้คุณภาพและมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4. การวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อนำไปสู่การสร้างแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐานการดูแล และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

Almulla, H. A., Lewis, F. M., & Oxford, M. L. (2023). Development and psychometric evaluation of the children's illness-related concerns scale. *Nursing Research, 72*(5), E172–E179.

American Academy of Pediatrics. (2021). Children in group childcare and school. In D. W. Kimberlin, E. D. Barnett, R. D. Lynnfield, & M. H. Sawyer (Eds), *Red book: 2021 Report of the committee on infectious diseases* (pp. 116-133). Itasca.

De Jonge, P. M., Monto, A. S., Malosh, R. E., Petrie, J. G., Callear, A., Segaloff, H. E., . . . Martin, E. T. (2023). Comparing the etiology of viral acute respiratory illnesses between children who do and do not attend childcare. *The Pediatric Infectious Disease Journal, 42*(6), 443–448.

Department of Disease Control. (2019). *Situation pneumonia*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=21#

Hsieh, H-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.

Jungpanich, P., & Ployluan, W. (2024). The study of situation of early childhood development in Thailand 2021. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health, 46*(1), 41-53.

Kruthangka, P. (2023). A needs assessment for literacy in early childhood health care of child caregivers in child development centers. *Nursing Journal CMU, 50*(1), 329-342.

Laemthaisong, J., Toonsiri, C., & Homsin, P. (2019). Factor influencing on preventive behaviors of respiratory tract infections among caregivers of preschool aged children in childcare, Bangkok Metropolitan Administration. *Journal of Public Health Nursing, 33*(1), 1-29.

Lertsuphotvanit, S., Kloimklinsuk, A., Sanaprom, J., Tongfak, O., & Ponsanong, N. (2023). *Guidelines for control and prevention of disease and health hazard for childcare teacher*. Nonthaburi: Department of Disease Control.

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

National Committee on Early Childhood Development. (2019). *National standard for early childhood care, development and education Thailand*. Retrieved from https://www.dla.go.th/upload/document/type2/2019/3/21360_2_1551673939396.pdf

Peetoom, K., Crutzen, R., Dinant, G. J., & Cals, J. (2019). Most preschool children with fever and common infection symptoms do not consult the family physician. *Family Practice, 36*(3), 371-373.

Phromreungrit, K., Sonkongdang, W., Chaisitsanguan, K., & Sirirat, N. (2019). Caregiving for early childhood in child development center: Role of caretaker. *Christian University Journal, 25*(2), 109-118.

Pongjaturawit, Y., Sarapat, P., & Chaimongkol, N. (2021). Experiences of caregivers in prevention of acute respiratory infection in preschool children. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 31*(3), 96-109.

Schot, M. J. C., Dekker, A. R. J., van Werkhoven, C. H., van der Velden, A. W., Cals, J. W. L., Broekhuizen, B. D. L., . . . Verheij, T. J. M. (2019). Burden of disease in children with respiratory tract infections in primary care: Diary-based cohort study. *Family Practice, 36*(6), 723–729.

Seth, S., Rashid, F., & Khera, K. (2021). An overview of the COVID-19 complications in paediatric population: A pandemic dilemma. *The international Journal of Clinical Practice, 75*(9), e14494.

Thaibandit, J., Kruthangka, P., & Kruthangka, K. (2023). A comparison of preventive behaviors against respiratory infection among caregivers in child development centers. *Nursing Journal CMU, 50*(3), 229- 242.

Wicha, T., Chailangka, W., Somboon, L., Kaewkajorn, S., & Aryuyuen, B. (2023). Health literacy and care behaviors in preventing respiratory infection diseases among parents of preschool children in child development centers. *Nursing Journal CMU, 50*(2), 195-211.

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน
THE ROLE OF NURSES IN CARING FOR PATIENTS UNDERGOING COLONOSCOPY AT INPATIENT DEPARTMENT

เสาวภา พนธารา[1,*]
Saowapa Panatara
[1]พยาบาลวิชาชีพ สายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10170
Registered Nurse, Nursing Department, Siriraj Piyamaharajkarun Hospital,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Noi, Bangkok, 10170, Thailand
[*]Corresponding author E-mail: bouy.bs@gmail.com

Received: *June 28, 2024* Revised: *November 7, 2024* Accepted: *December 27, 2024*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้น คุณภาพการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งของความสำเร็จในการส่องกล้อง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 25 ของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ไม่มีประสิทธิภาพเกิดจากการเตรียมลำไส้ไม่สะอาด นำไปสู่ขั้นตอนการรักษาไม่สำเร็จ จำเป็นต้องได้รับการตรวจซ้ำ การวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า ระยะเวลานอนโรงพยาบาลนานขึ้น และมีค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในเพื่อให้สามารถเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ บทบาทนี้มีหลายลักษณะประกอบด้วย ผู้ให้การดูแลด้านการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประเมินสภาวะร่างกายและสภาวะทางจิตใจ การตรวจสอบประวัติรับประทานยา เพื่อระบุว่าควรหยุดก่อนทำการส่องกล้อง (เช่น แอสไพริน พลาวิกซ์ วาร์ฟาริน และยาสมุนไพร) และผู้ให้ความรู้ด้านการเตรียมลำไส้ โดยการรับประทานอาหาร ยาระบาย สารสนเทศเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้กำกับติดตามและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยการทำให้มั่นใจว่ารับประทานยาระบายให้ครบตามเวลา และการประเมินคุณภาพการเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนส่องกล้อง และการกล่าวถึงประเด็น หากการเตรียมลำไส้ไม่มีประสิทธิภาพ การกำกับติดตามความเสี่ยง เช่น การพลัดตกหกล้ม และอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียสารน้ำระหว่างการขับถ่ายอุจจาระ การเตรียมทางด้านจิตใจ ซึ่งเน้นที่การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเพื่อสร้างความมั่นใจ คลายความกังวล และส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา และประการสุดท้าย ผู้ให้การดูแลหลังขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้การสนับสนุนเมื่อผู้ป่วยย้ายเข้าพักในหอผู้ป่วย การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในระยะพักฟื้น และการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

คำสำคัญ : การส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ผู้ป่วยส่องกล้องลำไส้ใหญ่, บทบาทพยาบาล

Abstract

Currently, the number of patients undergoing inpatient colonoscopies is increasing. The quality of bowel preparation is a crucial factor for successful colonoscopy. Studies indicated that 25% of ineffective colonoscopy results were due to inadequate bowel preparation. This leads to unsuccessful treatment procedures, the need for repeat examinations, delays in diagnosis and treatment, prolonged hospital stays, and increased medical expenses.

The purpose of this article is to disseminate the role of nurses in caring for patients undergoing inpatient colonoscopy to ensure effective bowel preparation before the procedure. This role encompasses several aspects, including: physical preparation, which involves assessing the patient's physical and mental condition, reviewing their medication history to identify drugs that should be discontinued (e.g., aspirin, Plavix, warfarin, and herbal medicines), and guiding patients on proper bowel preparation using diet, laxatives, and information about potential complications; monitoring and safeguarding patient rights, which includes ensuring timely intake of laxatives, evaluating the quality of bowel preparation, and addressing issues if the preparation is inadequate; monitoring for risks such as falls and fatigue caused by fluid loss during bowel movements; psychological preparation, which focuses on counseling patients to build confidence, reduce anxiety, and promote cooperation during treatment; and finally, post-procedure care, which involves providing support when patients are transferred to the ward, offering guidance on the recovery, and advising on self-care practices upon discharge.

Keywords: colonoscopy, colonoscopy patients, the role of nurses

บทนำ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยสามารถตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจหาความผิดปกติโดยไม่ต้องผ่าตัดเพื่อวินิจฉัย เฝ้าระวัง และรักษาโรค ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพิ่มมากขึ้น รายงานในสหรัฐอเมริกาพบผู้เข้าร่วม การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ 65.5 ในขณะที่ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกพบผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ร้อยละ1 - 49 (Pausawasdi, Tongpong, Charatcharoenwitthaya, & Geeratragool, 2022) จากข้อมูลสถิติการส่องกล้องลำไส้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2565 - 2567 ร้อยละ 16.60, 27.78 และ 37.37 ตามลำดับ สาเหตุจากกระทรวงสาธารณสุขมีการส่งเสริมโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ระดับประชากรผ่านเครือข่ายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Strategy and Planning Division Ministry of Public Health, 2024) และจากคำแนะนำของแพทย์ เครือข่ายทางสังคม รวมทั้งความใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Pausawasdi, Tongpong, Charatcharoenwitthaya, & Geeratragool, 2022) ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ประกอบด้วย แบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้อง และรายละเอียดของการส่องกล้องจากพยาบาลที่ดูแลในหน่วยงานนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ลดความวิตกกังวล รวมถึงคุณภาพความสะอาดของลำไส้ก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Wongtawee, 2018) ดังนั้น การเตรียมลำไส้ใหญ่ก่อนการส่องกล้องเป็นหนึ่งปัจจัยที่ทำให้การส่องกล้องประสบความสำเร็จ

รายงานในต่างประเทศพบอุบัติการณ์เตรียมลำไส้ใหญ่สะอาดไม่เพียงพอร้อยละ 50 - 80 (Sullivan, Zang, Wegermann, & Lee, 2020) จากสถิติการส่องกล้องระบบทางเดินอาหารส่วนล่าง สำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์ ในปี พ.ศ.2564 - 2566 มีจำนวน 631, 964 และ 1081 ราย ตามลำดับ (Siriraj Piyamaharajkarun Hospital Gastrointestinal and Liver Center, 2024) พบว่ามีผู้ป่วยต้องงดส่องกล้องเนื่องจากการเตรียมลำไส้ไม่สะอาดร้อยละ 3.2, 2.0 และ 1.4 ตามลำดับ และส่องกล้องไม่สำเร็จเนื่องจากพบอุจจาระมากต้องยุติการส่องกล้องและนัดส่องกล้องซ้ำจำนวน 8, 9 และ 4 ราย มีระดับความสะอาดของลำไส้ในระดับ 2 พอใช้ อุจจาระเป็นเนื้อปนน้ำจำนวนเล็กน้อย และระดับที่ 1 ไม่มีคุณภาพ อุจจาระเป็นก้อนจำนวนมาก เหมือนยังถ่ายเป็นปกติ ทำให้ต้องเลื่อนวันส่องกล้องส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า

จากการทบทวนข้อมูลพบว่าผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ไม่สะอาดมีสาเหตุจากรับประทานยาระบายไม่ครบตามคำสั่งแพทย์ และรับประทานยาระบายครบตามคำสั่งแพทย์ แต่ไม่ถ่ายอุจจาระ รวมทั้งรับประทานยาระบายและสวนอุจจาระเพิ่มแต่เก็บน้ำไม่ได้ จึงต้องรับประทานยาระบายใหม่ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยด้านการเตรียมความสะอาดลำไส้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ตระหนักและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยเพื่อลดปริมาณกากอาหารในลำไส้ และการรับประทานยาระบายที่ใช้ในการทำความสะอาดลำไส้ รวมทั้งพิทักษ์สิทธิแก่ผู้ป่วยโดยติดตามการรับประทานยาระบาย และประเมินความสะอาดลำไส้ภายหลังรับประทานยาระบาย เพื่อเป็นแนวทางป้องกันและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเตรียมลำไส้ไม่สะอาดเพียงพอในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

บทความวิชาการนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในมาถ่ายทอดเพื่อให้ผู้อ่านและพยาบาลวิชาชีพสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยนำเสนอผ่านบทบาทต่าง ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยพอสังเขป และยกตัวอย่างสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ในเพื่อให้เห็นภาพและเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในมากยิ่งขึ้น

การส่องกล้องลำไส้ใหญ่

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นวิธีการในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็กส่วนต้น ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร (Luo et al., 2022) โดยใช้กล้องส่องผ่านรูทวารหนัก (colonoscope) เข้าไปตรวจในลำไส้ใหญ่ทั้งหมด จนถึงลำไส้เล็กส่วนปลาย (ilium) โดยกล้องมีความยาว 120 - 180 เซนติเมตร ซึ่งตัวกล้องดูดสารคัดหลั่ง เป่าลมให้ลำไส้ขยายเพื่อให้มองเห็นรอยโรคชัดเจน (Suttiruk, 2018) เพื่อวินิจฉัย เฝ้าระวัง รักษาโรค เช่น ท้องผูก อุจจาระร่วงเรื้อรัง ปวดท้อง อุจจาระปนมูกเลือด ซีดโดยไม่ทราบสาเหตุ ตรวจพบความผิดปกติของลำไส้จากการตรวจทางรังสีวิทยา (Arsanani & Badan, 2021) นอกจากนี้ ยังใช้ในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากถึงร้อยละ 95 และช่วยในการตรวจประเมินพยาธิสภาพของลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจน (Khiadnoi, Pakdevong, & Binhosen, 2020) หากพบติ่งเนื้อ แพทย์สามารถตัดติ่งเนื้อ (polypectomy) เพื่อส่งตรวจ (biopsy) ได้ทันที รวมถึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้มากกว่าร้อยละ 53 (Gao & Lin, 2022)

ข้อบ่งชี้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Suttiruk, 2018)

1. มีความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ได้แก่ มีเลือดออกจากผนังลำไส้ (mucosal bloody) ท้องร่วง (diarrhea) การเปลี่ยนแปลงการทำงานของลำไส้ (bowel habit change) ลำไส้ใหญ่อุดตัน (large bowel obstruction) มีเลือดออกจากลำไส้ใหญ่มากผิดปกติ (massive lower gastrointestinal bleeding) ท้องเสียเรื้อรังไม่สามารถอธิบายได้ (unexplained colonic diarrhea)

2. อายุมากกว่า 50 ปี และผ่านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (surveillance for colonic carcinoma) หรือมีประวัติครอบครัวเคยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่

3. ตรวจพบความผิดปกติจากการวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น เช่น การตรวจวินิจฉัยด้วยแป้งแบเรียม (Barium edema) แล้วพบว่าผิดปกติ

4. ผลการตรวจแบบคัดกรอง (Screening test) พบความผิดปกติ เช่น ตรวจพบเลือดในอุจจาระ (occult blood)

5. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้

6. ปวดท้องเรื้อรัง

7. ลำไส้อักเสบเรื้อรัง

8. ซีดจากขาดธาตุเหล็กที่ไม่สามารถอธิบายได้

ข้อห้ามในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Suttiruk, 2018)

1. ลำไส้อักเสบเฉียบพลัน

2. ลำไส้ขาดเลือดเฉียบพลันจากการอักเสบ

3. ลำไส้อักเสบเฉียบพลันจากการฉายแสง

4. สงสัยลำไส้ทะลุ

5. ลำไส้ติดเชื้อเฉียบพลัน

6. ทวารหนักตัน

7. มีประวัติผ่าตัดลำไส้มาไม่เกิน 1 สัปดาห์

8. มีอาการไม่คงที่ ไม่สามารถทนต่อการทำหัตถการได้ เช่น ตั้งครรภ์ มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ภาวะหัวใจผิดปกติ เป็นต้น

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

เมื่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้น บทบาทในการดูแลผู้ป่วยสำหรับของพยาบาลจึงเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ซึ่งแบบผู้ป่วยในจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ดูแลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ อาการข้างเคียงภายหลังผู้ป่วยได้รับประทานยาระบาย การปฏิบัติตัวหลังการส่องกล้อง รวมทั้งการเฝ้าระวังอาการผิดปกติหลังส่องกล้อง ซึ่งมีรายละเอียดของบทบาทต่าง ๆ ดังนี้

1. ผู้ให้การดูแล (provider of care) ในการเตรียมความพร้อม ได้แก่

1.1 การประเมินสภาวะร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาประวัติผู้ป่วยและซักถามผู้ป่วยโดยตรง ตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและการปฏิบัติตัวในการตรวจ เช่น เป็นการตรวจที่ไม่เจ็บแต่อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย วิธีการเตรียมตรวจ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยรวมทั้งแจ้งระยะเวลาในการตรวจประมาณ 30 - 60 นาที และความรู้สึกขณะทำการตรวจ เช่น แน่นท้อง ปวดเหมือนอยากถ่ายอุจจาระ แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ (Senadisai & Apananthikul, 2023) นอกจากนี้ พยาบาลควรร่วมกับผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ซึ่งพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนจะลงนามยินยอมทุกครั้ง

1.2 ตรวจสอบประวัติการรับประทานยาที่ควรหยุดก่อนทำการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เช่น ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยา Aspirin ควรหยุดก่อนส่องกล้อง 7 วัน หากพบการใช้ Aspirin

จะเพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเลือดออกได้ถึง 1.5 เท่า (Mahmood et al., 2020) ในขณะที่ยา Plavix ควรหยุด 5 วัน และยาต้านเกล็ดเลือด เช่น ยา Warfarin ควรหยุด 5 วัน รวมทั้งยาสมุนไพร เช่น สารสกัดโสม สารสกัดกระเทียมควรหยุด 7 วัน สารสกัดแป๊ะก๊วยควรหยุด 2 วัน เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกง่าย ยิ่งในรายที่ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจควรให้ความสำคัญในเรื่องนี้ (Gutierrez & Rocuts, 2023) อย่างไรก็ตาม ระยะเวลาหยุดยาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของแพทย์และแนวปฏิบัติของแต่ละโรงพยาบาลเป็นสำคัญด้วย

1.3 ซักประวัติโรคประจำตัวผู้ป่วย ประวัติการแพ้ยา และตรวจสอบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.4 แนะนำให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับ เช่น นาฬิกา แหวน สร้อยคอ เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวนำในการจี้ไฟฟ้าที่อาจทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยได้

1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้อง พร้อมตั้งป้ายแจ้งเตือนผู้ป่วย

1.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เช่น หลอดเลือดดำอักเสบ (Phlebitis)

1.7 วัดสัญญาณชีพและรายงานอาการผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ห้องส่องกล้องทราบก่อนส่งไปห้องส่องกล้อง รวมทั้ง ประวัติประจำตัวและยาที่ได้รับในขณะนั้น ซึ่งปัจจุบันยาที่ออกฤทธิ์และมีผลต่อหัวใจและหลอดเลือดไม่จำเป็นต้องหยุดยาก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ กลุ่ม Beta blocker เช่น Propranolol Atenolol Metoprolol กลุ่ม Calcium channel blocker เช่น Nifedipine Amlodipine Felodipine กลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) เช่น Enalapril Captopril และกลุ่ม Angiotensin Receptor Blocker (ARBs) เช่น Losartan Valsartan ส่วนยาเบาหวานควรหยุดในวันส่องกล้องเนื่องจากอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Muluk, Cohn, & Whinney, 2021) กรณีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากวิตกกังวล หรือจากอาการเจ็บปวด ให้ผู้ป่วยนอนพักโดยปราศจากเสียงรบกวนประมาณ 5 นาที และประเมินซ้ำหากพบความดันโลหิตสูงคงเดิมหรือมากกว่า 180/110 มม.ปรอท (Anuritprasert, 2021) ให้รายงานแพทย์พิจารณาแก้ไข ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับยาลดระดับความดันโลหิตรูปแบบรับประทาน และพยาบาลต้องติดตามประเมินสัญญาณชีพซ้ำหลังให้ยาหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

2. ผู้ให้ความรู้ (educator) ก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ พยาบาลจะดำเนินการ ดังนี้

2.1 การรับประทานอาหาร พยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง ซึ่งพบมากในผัก ผลไม้ ธัญพืช ข้าวไม่ขัดสี ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อย (low-residue-diet) และอาหารเหลวใส (clear liquid) เพื่อลดปริมาณอุจจาระที่จะตกค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่ เพราะการขจัดออกจากลำไส้ใหญ่จะทำได้ช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้อย่างปลอดภัย และเพิ่มโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน (Khiadnoi, 2020)

2.2 พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาระบาย ซึ่งเป็นการทำความสะอาดลำไส้ใหญ่ก่อนส่องกล้องที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบายให้เสร็จสิ้นภายในเวลาที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระที่มีอยู่ในลำไส้ใหญ่ออกให้หมดทำให้แพทย์สามารถเห็นลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจนจากการส่องกล้อง ปัจจุบันยาระบายที่นิยมใช้ในประเทศไทย ได้แก่ Polyethylene glycol (PEG), Sodium phosphate solution (swiff) Niflec และ Sodium Picosulfate (Picoprep)(Khiadnoi, 2020) ซึ่งการใช้ยาระบายดังกล่าว อาจพบอาการข้างเคียง ดังนี้

2.2.1. Polyethylene glycol (PEG) เป็น Isotonic lavage solution ยาที่ดื่มเข้าไปจะเพิ่มความดันออสโมติกทำให้น้ำถูกดูดซึมกลับน้อย ปริมาณน้ำจะถูกดึงไว้อยู่ในอุจจาระส่งผลกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้เกิดการถ่ายเหลว อาการข้างเคียงมักเกิดภาวะขาดน้ำและพบภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น ภาวะ Hyperphosphatemia และห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 3 - 5 (GFR < 60 mL/min/1.73 m^2) เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงจะทำให้เกิดภาวะบวมน้ำได้ ผู้ป่วยโรคตับที่มีภาวะท้องมาน (ascites) ก็ไม่สามารถรับประทานยาระบายที่มีปริมาณมากได้ เนื่องจากจะทำให้เกิดอาการอืดอัด แน่นท้อง จากตัวโรคที่มีปริมาณน้ำในท้องจำนวนมากอยู่แล้ว และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) มีข้อจำกัดปริมาณน้ำดื่มต่อวัน หากดื่มน้ำหรือยาระบายในปริมาณมากจะไปเพิ่มปริมาณน้ำในร่างกายทำให้เกิดภาวะน้ำและเกลือคั่ง ส่งผลให้มีอาการบวมบริเวณเท้าและหน้าแข้งทั้งสองข้างหรือเกิดภาวะปอดบวมน้ำได้ (Khiadnoi, 2020)

2.2.2 Sodium phosphate solution เป็นยาระบายที่ออกฤทธิ์ทำให้เกิดการคั่งของน้ำในลำไส้ใหญ่ทำให้ผนังลำไส้เกิดแรงดันจึงขับถ่ายอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ อาการข้างเคียงของยาได้แก่ ปวดท้อง คลื่นไส้อาเจียน ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย (Khiadnoi, 2020)

2.2.3 Niflec เป็นสารที่ผสมกันของ Per 137.155g Macrogol 4000 118g, KCL 1.485g, NaCl 2.93g, Na Bicarbonate 3.37g, Anhydrous Na sulfate 11.37g ออกฤทธิ์ดูดซึมน้ำกลับเข้าลำไส้ทำให้เกิดการถ่ายเหลวโดยไม่ทำให้เสียสมดุลเกลือแร่ อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ (Khiadnoi, 2020) ควรระวังในผู้ป่วยโรคไตเนื่องจากยาอาจรบกวนสมดุลน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโรคไตได้ขณะเดียวกันโรคเบาหวานควรระวังการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินหรือยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน การป้องกันอาจทำได้โดยหลีกเลี่ยงการให้ยา Niflec ในวันก่อนส่องกล้อง และพิจารณาให้ยาในวันส่องกล้องลำไส้ใหญ่แทน พร้อมเฝ้าระวัง สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการงดน้ำและอาหารก่อนการส่องกล้องในวันที่ได้รับยา Niflec อาจส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดต่ำได้ ตลอดจนภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีรายงานผลข้างเคียงจากยาเกี่ยวกับอาการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยบางราย (MIMS Online, 2024)

2.2.4 Sodium Picosulfate หรือ Picoprep ออกฤทธิ์โดยยาจะถูกเปลี่ยนแปลงโครงสร้างให้เป็น bis-(p-hydroxyphenyl)-pyridyl-2-methane (BHPM) และแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ออกฤทธิ์กระตุ้น Enteric nervous system ส่งผลให้เกิดการบีบตัวของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (rectum) รวมทั้ง ช่วยดึงน้ำและอิเล็กโทรไลต์เข้ามาค้างในลำไส้ทำให้เกิดการกระตุ้นการบีบตัวและทำให้อุจจาระนิ่มขับออกได้ง่ายขึ้น (MIMS Online, 2024) อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดแน่นท้อง ควรระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเนื่องจากต้องดื่มน้ำตามหลังรับประทานยาระบายในแต่ละซองจำนวนมากโดยยา 1 กล่องประกอบด้วยยา 2 ซอง วิธีรับประทานยา 1 ซองละลายน้ำ 150 มิลลิลิตร จะมีลักษณะเป็นฟองฟู่ต้องรอให้ฟองหมดจึงสามารถดื่มยาระบายได้พร้อมกับค่อย ๆ ดื่มน้ำตามอย่างน้อย 5 แก้ว (ประมาณ 1,250 มิลลิลิตร) หลังดื่มยาซองแรก และยาระบายซองที่สองดื่มห่างจากซองแรก 10 - 18 ชั่วโมงก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ รวมทั้ง ดื่มน้ำตาม 250 มิลลิลิตร จำนวน 3 แก้ว ซึ่งผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจำเป็นต้องจำกัดน้ำดื่มในปริมาณที่แพทย์กำหนด หากผู้ป่วยได้รับน้ำ

ปริมาณมากอาจทำให้มีภาวะน้ำเกิน ส่งผลให้มีอาการหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ และบวมบริเวณเท้า (Khiadnoi, 2020)

3. ผู้ให้ความรู้ (educator) เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ แบ่งออกเป็น

3.1. ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงแต่พบได้ไม่บ่อยและมีความรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่

3.1.1 ลำไส้ทะลุ (perforation) ส่วนใหญ่เกิดจากเทคนิคการตรวจไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจเกิดจากมีพังผืดยึดเกาะลำไส้ ส่งผลให้ระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ดันลำไส้ทะลุ หรือเกิดจากผนังลำไส้ใหญ่โป่งพองส่วนของผนังลำไส้ที่บางอาจแตกทะลุเมื่อมีการเพิ่มแรงดันในลำไส้สูงขึ้น (Wichapanich, 2022) ซึ่งพบได้ร้อยละ 0.3 และจากผลการวิจัยพบว่าตำแหน่งลำไส้ใหญ่ที่พบการทะลุบ่อย ได้แก่ ส่วนของ Sigmoid และ Rectum พบได้ร้อยละ 50 - 60 และบริเวณ Cecum พบได้ร้อยละ 10 - 20 (Khiadnoi, Pakdevong, & Binhosen, 2020)

3.1.2 เลือดออก (bleeding) เกิดจากการฉีกขาดของผนังลำไส้ใหญ่ระหว่างการตรวจ ซึ่งส่วนใหญ่มักหยุดได้เอง ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด หรือมีแนวโน้มที่มีเลือดออกง่ายหยุดยาก (Wichapanich, 2022) เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำน้อยกว่า 50,000/ไมโครลิตร หรือผู้ป่วยที่มีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulopathy) ให้รายงานแพทย์เพื่อเตรียมเกล็ดเลือดและแก้ไขก่อนส่องกล้อง รวมทั้งระมัดระวังในระหว่างการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

3.2 ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่หรือจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ เช่น ปอดอักเสบจากการสำลัก เนื่องจากขณะทำหัตถการผู้ป่วยอยู่ในระดับความสงบทำให้ความรู้สึกตัวลดลง บางรายมีโอกาสที่น้ำย่อย (gastric content) ที่คงค้างในกระเพาะอาหารไหลย้อนขึ้นมา ทำให้เกิดการสำลักลงปอดได้ (American Society of Anesthesiologists, 2002) และอาจมีหัวใจเต้นช้า (bradycardia) รวมทั้งความดันโลหิตต่ำ (hypotension) จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำขึ้นอยู่กับขนาดและชนิดของยาที่ใช้ ส่วนใหญ่วิสัญญีแพทย์จะพิจารณาใช้ยา Propofol ขนาดที่ต่ำให้ทางหลอดเลือดดำในการส่องกล้องทางเดินอาหาร ซึ่งมีความปลอดภัยและนิยมใช้มากที่สุด (Kamilcelebi, Ozdemir, & Okul, 2021)

3.3. ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงแต่สามารถพบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้อาเจียน ถ่ายอุจจาระบ่อยจากการได้ยาระบายในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ รวมถึง อาการปวดท้อง แน่นท้อง จากการเป่าลมสำหรับขยายลำไส้ใหญ่เพื่อให้มองเห็นและตรวจเยื่อบุลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจน ซึ่งภายหลังส่องกล้องแพทย์จะดูดระบายลมออกได้เพียงบางส่วนและมีลมบางส่วนที่ค้างอยู่ในลำไส้เล็ก ทำให้เกิดแก๊ส และท้องอืดหลังส่องกล้อง ซึ่งอาการดังกล่าวจะหายได้เองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม (Hayman & Vyas, 2021)

4. ผู้พิทักษ์สิทธิ์ (advocator)

4.1 พยาบาลทำการประเมินความสะอาดของลำไส้ภายหลังรับประทานยาระบาย ดังนี้

4.1.1 ติดตามการรับประทานยาระบายเป็นระยะตั้งแต่เริ่มรับประทานยาระบายจนกระทั่งครบเวลาที่กำหนด ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาระบายได้ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ หากพบว่ารับประทานยาไม่หมดตามจำนวนร่วมกับขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นน้ำใส ให้รายงานแพทย์พิจารณาสวนอุจจาระเพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระออกให้หมดก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

4.1.2 ให้แจ้งพยาบาลหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง เพื่อประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบมาจากแบบประเมินความสะอาดของ Boston Bowel Preparation

Scale (Khiadnoi, 2020) มีรายละเอียดพอสังเขปดังนี้

- การเตรียมลำไส้ดีมาก ได้แก่ ระดับที่ 4 เป็นน้ำใสไม่มีการตกค้างเศษเล็กเศษน้อยของอุจจาระ สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวของลำไส้ใหญ่ได้มากกว่าร้อยละ 95 ใช้เวลาน้อย ทำง่าย ลดปัญหาปวดท้อง ท้องอืด

- การเตรียมลำไส้ดี ได้แก่ ระดับที่ 3 มีการตกค้างเศษเล็กเศษน้อยของอุจจาระจำนวนเล็กน้อย สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวลำไส้ใหญ่ได้มากกว่าร้อยละ 90 สามารถส่องกล้องได้ แต่แพทย์อาจจะฉีดน้ำล้างถ้าเห็นไม่ชัดเจน ส่งผลให้มีอาการปวดท้อง ท้องอืด

- การเตรียมลำไส้พอใช้ ได้แก่ ระดับที่ 2 ถ่ายอุจจาระเป็นเนื้อปนน้ำจำนวนเล็กน้อย พยาบาลต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสวนอุจจาระทางรูทวารเพิ่มเติมก่อนส่องกล้องเพื่อให้สามารถส่องกล้องได้ ซึ่งแพทย์อาจจะฉีดน้ำล้างถ้าเห็นไม่ชัดเจน ส่งผลให้มีอาการปวดท้อง ท้องอืด

- ความสะอาดของลำไส้ที่ไม่มีคุณภาพ ได้แก่ ระดับที่ 1 โดยพบอุจจาระเป็นก้อนแข็งหรือเป็นเนื้อนิ่มจำนวนมาก เหมือนยังถ่ายเป็นปกติ อาจมองไม่เห็นเยื่อบุผิวของลำไส้ใหญ่ ให้พยาบาลรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาสวนอุจจาระทางรูทวาร หรือยกเลิกการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

4.2 การเฝ้าระวังพลัดตกหกล้มภายหลังรับประทานยาระบาย ผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากสูญเสียสารน้ำจากการขับถ่ายอุจจาระ โดยเน้นย้ำให้เรียกพยาบาลทุกครั้งเมื่อต้องการลุกไปขับถ่ายอุจจาระ

5. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเกี่ยวกับความวิตกกังวลเมื่อได้รับทราบต้องเข้ารับการตรวจหรือทำหัตถการเพื่อการวินิจฉัยหรือรักษาโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตรวจครั้งแรก พยาบาลต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมกรณีที่มีข้อสงสัย เช่น การตรวจบางชนิดอาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย หรือความเจ็บปวด รวมทั้ง แนวทางรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งประเมินความรู้ ความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ผู้ให้การดูแล (provider of care) เมื่อรับย้ายผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วย ดังนี้

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยแรกรับและวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง จากนั้นทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง หรือจนกว่าสัญญาณชีพคงที่ตามนโยบายหรือแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล (Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Policy of Patient Assessment and Reassessment: SiPH-AOP-P-001, 2024)

2. ประเมินอาการปวดท้องหรืออาการแสดงถึงลำไส้ทะลุ เช่น มีเลือดออกในอุจจาระหรือทวารหนัก มีอาการปวดท้อง ท้องอืด ให้รายงานแพทย์ทราบทันที

3. หากผู้ป่วยได้รับการตัดติ่งเนื้อออก ให้แจ้งผู้ป่วยว่า อาจมีเลือดปนมากับอุจจาระเล็กน้อยได้ใน 2 วันแรก หากพบเลือดออกมากควรรีบแจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทราบทันที

4. ให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนหากผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ไม่พบอาการผิดปกติและสามารถกลับบ้านได้ตามแผนการรักษา

5. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ดังนี้

5.1 แนะนำให้ผู้ป่วยลุกนั่ง ยืน เดิน หรือเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อลดอาการท้องอืด แน่นอึดอัดท้องเนื่องจากแพทย์เป่าลมเข้าไปในลำไส้ขณะส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

5.2 หลีกเลี่ยงการขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรืองานที่ต้องการใช้การตัดสินใจอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังการตรวจเนื่องจากขณะ

ส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น

5.3 ให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะของอุจจาระหากมีสีที่ผิดปกติ เช่น มีเลือดปนสีแดงสด ไม่ว่าจะมีปริมาณเท่าใดหรือถ่ายเป็นสีดำให้รีบมาพบแพทย์

5.4 หากมีอาการผิดปกติรุนแรง เช่น ปวดท้องมาก ท้องแข็งเกร็ง มีไข้สูง ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

5.5 งดออกกำลังกายอย่างหักโหมภายหลังการตรวจ 1 สัปดาห์

5.6 รับประทานยาตามแพทย์สั่งและมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา

ตัวอย่างการบูรณาการบทบาทพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน

สถานการณ์ ชายไทย อายุ 83 ปี น้ำหนัก 73 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร สถานภาพสมรส เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้เรียนหนังสือ ประกอบอาชีพ ค้าขาย ใช้สิทธิชำระค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

อาการสำคัญ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ลักษณะเป็นน้ำเหลว สีน้ำตาล ไม่มีเลือดปน ไม่ปวดท้อง ไม่มีไข้ ไม่มีอาเจียนเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือด

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีถ่ายอุจจาระเป็นเลือด 2 ครั้ง ครั้งละ 2 แก้ว ลักษณะเป็นน้ำสีคล้ำปนกับลิ่มเลือดสีแดงคล้ำ ๆ มีกลิ่นคาวเล็กน้อย ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด ไม่ปวดท้อง ไม่มีวิงเวียนหน้ามืด หมดสติ ไม่มีไข้ ญาติจึงพาผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตสูง 8 ปี รับประทานยา Cardura XL (4 mg) 1 tab po hs

โรคไขมันในเลือดสูง 8 ปี รับประทานยา Atorvastatin (10 mg) 1 tab po pc เย็น วันเว้นวัน

โรคเก๊าท์ 3 ปี รับประทานยา Allopurinol (300 mg) 1 tab po hs

โรคต่อมลูกหมากโต 5 ปี รับประทานยา Proscar (5 mg) 1 tab po hs

ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ 2 ปี รักษาด้วยการควบคุมอาหาร และ

โรคไตเรื้อรัง 7 ปี ไม่มียารับประทาน แต่มาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ ผู้ป่วยปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การตรวจร่างกาย พบความผิดปกติที่ระบบทางเดินอาหาร โดยพบท้องนิ่ม ไม่มีกดเจ็บ ไม่มีก้อน ตับและม้ามไม่โต ตรวจทางทวารหนักพบเลือดสีน้ำตาลแดง (maroon blood) ในทวารหนัก

แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower gastrointestinal bleeding : LGIB) จึงมีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พร้อมตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Complete Blood Count (CBC) Electrolyte BUN Cr PT APTT INR และให้สารน้ำเป็น 0.9% NaCl 1000 ml iv drip 80 ml/hr ก่อนส่งผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วย

สภาพผู้ป่วยแรกรับในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที (room air) ความดันโลหิต 121/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ไม่ปวดท้อง Pain score 0 คะแนน ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเป็น 0.9% NaCl 1000 ml iv drip rate 80 ml/hr

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ มีค่า Hct 33.8% Platelet count 507,000/mm^3 แพทย์รับทราบตรวจเยี่ยม ประเมินอาการผู้ป่วยและมีคำสั่งการรักษาให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทุกชนิดเว้นยา ตั้งแต่เวลา 10.30 น. เพื่อเตรียมส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยเริ่มรับประทานยาระบายเป็น Niflec 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร ดื่มครั้งละ 1 แก้ว ทุก 30 นาที จนยาหมด

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

1. ผู้ให้ความรู้ (educator) ได้แก่

1.1 อธิบายและให้ผู้ป่วยรับประทานยาระบาย Niflec ตั้งแต่เวลา 10.45 น. ครั้งละ 1 แก้ว ทุก 30 นาที จนยาหมดในเวลา 14.25 น. เพื่อให้ขับถ่ายอุจจาระออกให้หมด ไม่มีอุจจาระค้างในลำไส้จะทำให้แพทย์มองเห็นพยาธิสภาพหรือรอยโรคได้ชัดเจน

คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่ดีและมีประสิทธิภาพในการส่องกล้อง ประเมินได้จากภาพถ่ายอุจจาระเป็นน้ำใส ไม่มีเศษเล็กเศษน้อยของอุจจาระ และไม่มีอาการข้างเคียงของยาระบาย ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง เวียนศีรษะ หากมีอาการรุนแรงให้แจ้งพยาบาลทราบเพื่อประเมินและแก้ไข นอกจากนี้ พยาบาลต้องแจ้งระยะเวลาในการตรวจประมาณ 30 - 60 นาที พร้อมตรวจสอบใบยินยอมเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่หลังจากได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนลงนามยินยอม

1.2 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ได้แก่ ลำไส้ทะลุ และเลือดออก ซึ่งพบไม่บ่อย แต่มีความรุนแรงที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรงแต่พบได้บ่อย เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง แน่นท้องจากการเป่าลมสำหรับขยายลำไส้ใหญ่เพื่อให้แพทย์มองเห็นและตรวจเยื่อบุลำไส้ใหญ่ได้ชัดเจน ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายได้เองเมื่อผู้ป่วยเรอหรือผายลม

2. ผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocator)

2.1 พยาบาลติดตามการรับประทานยาระบายของผู้ป่วยเป็นระยะ ตั้งแต่เริ่มรับประทานยาระบายจนกระทั่งครบเวลาที่กำหนดว่าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ครบตามแผนการรักษาหรือไม่ หากผู้ป่วยรับประทานยาระบายไม่หมดหรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก ต้องรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาแก้ไขก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

2.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยว่าให้แจ้งพยาบาลหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง เพื่อประเมินความสะอาดของลำไส้ หากพบมีอุจจาระเป็นก้อนแข็งหรือเนื้อนิ่มจำนวนมาก (ระดับที่ 1) หรืออุจจาระเป็นเนื้อปนน้ำ (ระดับที่ 2) พยาบาลจะรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้รับประทานยาระบายหรือสวนล้างลำไส้ใหญ่เพิ่มเติมก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

2.3 เฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม โดยผู้ป่วยอาจมีอาการอ่อนเพลียเนื่องจากมีประวัติถ่ายอุจจาระเป็นเลือด จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 แก้ว ก่อนมาโรงพยาบาล และสูญเสียสารน้ำจากการขับถ่ายอุจจาระภายหลังได้รับยาระบาย ดังนี้

2.3.1 นำปุ่มสำหรับกดเรียกพยาบาลไว้ในระยะที่ผู้ป่วยเอื้อมถึง

2.3.2 สื่อสารให้ผู้ป่วย/ญาติทราบถึงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และให้แจ้งพยาบาลทุกครั้งเมื่อต้องการลุกขับถ่ายอุจจาระ

2.3.3 ปรับเตียงผู้ป่วยลงในระดับต่ำสุด พร้อมยกกั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง

2.3.4 จัดวางของใช้ส่วนตัวให้สะดวกต่อการหยิบใช้

2.3.5 ตรวจเยี่ยมทุก 2 ชั่วโมง และติดป้ายสัญลักษณ์แสดงความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่หน้าห้อง และในห้องพักเพื่อสื่อสารภายในทีมในการเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม

3. ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) เพราะผู้ป่วยอาจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

และแนวทางรักษา ซึ่งภายหลังแพทย์แจ้งแนวทางการรักษากับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียด และสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการรักษาเป็นระยะ ซึ่งพยาบาลควรให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับขั้นตอนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การได้รับยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และแจ้งความก้าวหน้าของอาการแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกกังวลเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ รวมทั้งรับฟังด้วยความตั้งใจ ตลอดจนให้กำลังใจโดยใช้คำพูดที่สุภาพและสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้เกิดความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษา

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ผู้ให้การดูแล (provider of care) เมื่อรับย้ายผู้ป่วยเข้าพักในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องคอยดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ทะลุ เลือดออก โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพผู้ป่วยตามนโยบายของ รพ.ศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เรื่อง การประเมินผู้ป่วยและการประเมินซ้ำ (SiPH-AOP-P-001) รวมทั้งประเมินอาการปวดท้อง หรืออาการที่แสดงถึงลำไส้ทะลุ เช่น มีเลือดออกในอุจจาระหรือทวารหนัก มีอาการปวดท้อง ท้องอืด หากพบอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทราบทันที และแจ้งผู้ป่วยทราบแพทย์ได้ตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจอาจมีเลือดปนมากับอุจจาระเล็กน้อย ซึ่งหากพบเลือดออกมากให้แจ้งพยาบาลเพื่อรายงานแพทย์ทราบทันทีเช่นกัน ตลอดจนให้ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหารอ่อนเมื่อตื่น รู้สึกตัวดี และสามารถกลับบ้านได้ พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เน้นการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้ เพื่อให้การขับถ่ายสะดวกง่ายขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจะเพิ่มโอกาสการเกิดถุงผนังลำไส้อักเสบได้ อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ถ่ายอุจจาระปนเลือดสด หรือเลือดเก่า ๆ สีแดงคล้ำ มีเลือดออกทางรูทวารหรือมีไข้สูง หนาวสั่น กดเจ็บหรือปวดเกร็งท้อง และมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ 2 สัปดาห์ พร้อมผล CBC ก่อนพบแพทย์

ตาราง 1 ตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาลที่บูรณาการบทบาทของพยาบาลสำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยใน

แนวปฏิบัติ	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยรายนี้
การดูแลให้การพยาบาลก่อนส่งส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	
1. การเตรียมตัวก่อนส่งตรวจ	- ดูแลให้ผู้ป่วยได้งดน้ำและอาหารทุกชนิดก่อนตรวจ 8 ชั่วโมง ยกเว้นยาระบายที่ต้องรับประทานเพื่อเตรียมลำไส้ให้สะอาด - ให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ - ให้ผู้ป่วยถอดเครื่องประดับที่เป็นโลหะออก เช่น นาฬิกา สร้อยคอ เป็นต้น เนื่องจากหากมีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า โลหะจะเป็นตัวนำไฟฟ้าและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ - ให้สารน้ำ 0.9%NaCl 100 ml iv drip rate 80 ml/hrs. - ให้ยากลุ่มยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร Pantoprazole 80 mg iv slowly push จากนั้นให้เป็น Pantoprazole 80 mg ผสมใน 0.9% NaCl 100 ml iv drip rate 10 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. การเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดเพื่อให้สามารถมองเห็นเยื่อบุลำไส้ได้ชัดเจน โดยพยาบาลต้องประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ให้สะอาดจากลักษณะอุจจาระที่ผู้ป่วยขับถ่ายออกมา ซึ่งต้องมีลักษณะใสหรือเป็นน้ำ ไม่มีตกค้างเศษเล็กเศษน้อยของอุจจาระ วิธีเตรียมลำไส้ใหญ่ ประกอบด้วย 2.1 ควบคุมอาหาร 2.2 รับประทานยาระบาย	- ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทุกชนิดยกเว้นยาหลังอาหารมื้อเช้าวันตรวจ - ผู้ป่วยได้รับยา Niflec 1 ซองผสมน้ำ 2 ลิตร ดื่มครั้งละ 1 แก้ว ทุกๆ 30 นาทีเริ่มดื่มเวลา 10.45 น.จนยาหมด ผู้ป่วยรายนี้รับประทานยาระบายได้หมดตามเวลาที่กำหนด

แนวปฏิบัติ	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยรายนี้
2.3 การสวนล้างลำไส้ (enema) ที่นิยมใช้ในการเตรียมลำไส้ผู้ป่วยมี 2 ชนิด ได้แก่ 2.3.1 การสวนล้างอุจจาระโดยใช้สารละลายปริมาณมาก เช่น - น้ำสบู่ (soap suds enema: SSE) มีคุณสมบัติทำให้ระคายเคืองต่อเยื่อบุลำไส้ ลดความตึงผิวของน้ำช่วยให้น้ำซึมเข้าแทรกในก้อนอุจจาระที่ค้างในลำไส้ได้ดีขึ้น ปัจจุบันใช้สวนล้างด้วยสบู่น้อยลงเนื่องจากมีโอกาสเกิดผลเสียจากการระคายเคือง คือ ผนังลำไส้อักเสบ (Senadisai & Apananthikun, 2023) - การสวนด้วยน้ำสะอาด (tap water enema: TWE) ใช้น้ำสะอาดสวนเข้าทางทวารหนัก น้ำเข้าไปยืดลำไส้ใหญ่ส่วนล่างทำให้โป่ง ตึงตัว และเข้าไปแทรกในอุจจาระทำให้อ่อนตัว ลื่น รวมทั้งขับออกได้ ไม่ใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล หรือผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากน้ำมีคุณสมบัติเป็นไฮโปโทนิค คือ มีแรงดันออสโมติกน้อยกว่าของเหลวในร่างกาย จึงมีโอกาสเกิดภาวะเป็นพิษจากน้ำ (water intoxication) (Senadisai & Apananthikun, 2023) - การสวนด้วยน้ำเกลือนอร์มัล (normal saline enema) มีคุณสมบัติเป็นไอโซโทนิก คือ แรงดันออสโมติกเท่ากับของเหลวในเซลล์ของร่างกายจึงไม่ระคายเคืองเนื้อเยื่อของลำไส้ น้ำเกลือสามารถซึมเข้าในก้อนอุจจาระทำให้อุจจาระอ่อนตัว ปริมาณน้ำเกลือทำให้ลำไส้ยืดตึง กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวขับอุจจาระออก มีความปลอดภัยกว่าการใช้น้ำสบู่และน้ำสะอาด ใช้ในเด็กและผู้ที่มีลำไส้อักเสบได้ (Senadisai & Apananthikun, 2023) 2.3.2 การสวนด้วยน้ำยาสำเร็จรูป (Fleet enema) เป็นสารละลายไฮเปอร์โทนิก บรรจุในขวดพลาสติกปริมาณ 133 มิลลิลิตร ลักษณะขวดมีหัวสวนในตัวที่หล่อลื่นด้วยวาสลิน เมื่อบีบสารละลายเข้าทางทวารหนักจนหมดหลอดจะเกิดกลไกการดึงน้ำเข้าสู่ลำไส้ เกิดแรงตึงของผนังลำไส้และสารละลายที่เข้าไปแทรกในก้อนอุจจาระ และเกิดการระคายเคืองเยื่อบุผนังลำไส้ กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัว และขับอุจจาระออกได้ วิธีนี้ใช้มากในกลุ่มผู้ป่วยและบุคคลทั่วไป ยกเว้นผู้ที่ต้องจำกัดโซเดียม หรือมีโซเดียมคั่งในร่างกาย	- แพทย์มีคำสั่งการรักษา หากเวลา 16.30 น. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมีเศษเล็กเศษน้อยปนจำนวนมาก ไม่เป็นน้ำใส ให้ Warm saline (not SSE) Until clear ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ถ่ายอุจจาระทั้งหมด 8 ครั้ง โดยครั้งล่าสุดเป็นน้ำสีชมพูจาง ๆ ไม่มีอุจจาระเศษเล็กเศษน้อยปน ไม่มีปวดท้อง ไม่มีอาเจียน
การดูแลให้การพยาบาลภายหลังส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	
1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง เช่น ลำไส้ทะลุ	- แพทย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่พบ Colonic diverticulosis, terminal ileal diverticulosis ขณะทำ colonoscopy พบว่ามี blood oozing from 1 terminal ileal diverticulum just proximal to IC (valve) สาเหตุของ GI bleeding คิดถึงจาก terminal ileal diverticular bleeding ได้ทำ hemoclip application at terminal ileal diverticulum with blood oozing x II - ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพหลังกลับจากส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ คือ วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่ และวัดทุก 4 ชั่วโมงจนกระทั่งจำหน่าย
2. สังเกตอาการ ใจสั่น ชีด ความดันโลหิตลดลง ปวดแน่นท้อง ท้องแข็งตึง จากการทะลุของลำไส้	- ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับหลังกลับจากส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแน่นท้องหรือท้องแข็งตึง ไม่มีใจสั่น สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตตัวบนอยู่ระหว่าง 110 - 158 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างอยู่ระหว่าง 62 - 82 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดท้อง ไม่มีถ่ายอุจจาระปนเลือด
3. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและน้ำดื่มได้ตามแผนการรักษา	- แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้รับประทานอาหารอ่อน (soft diet) ผู้ป่วยรับประทานอาหารเป็นข้าวต้มได้หมดถ้วย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน - แพทย์มีคำสั่งการรักษาให้ FBC 1 tab รับประทานหลังอาหาร 3 เวลา คือ มื้อเช้า กลางวัน และเย็น ติดตามค่า Hct 30.7% ไม่มีภาวะเลือดออกจากระบบทางเดินอาหาร แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้
4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน	- รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เน้นการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักและผลไม้เพื่อให้การขับถ่ายสะดวกง่ายขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูงจะเพิ่มโอกาสการเกิดถุงผนังลำไส้อักเสบได้ - แนะนำให้มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามอาการ 2 สัปดาห์พร้อมผล CBC ก่อนพบแพทย์ และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ถ่ายอุจจาระปนเลือดสดหรือเลือดเก่า ๆ สีแดงคล้ำ มีเลือดออกจากรูทวารหรือมีไข้สูง หนาวสั่น กดเจ็บหรือปวดเกร็งท้อง

แนวปฏิบัติ	การปฏิบัติการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยรายนี้
	- ผู้ป่วยเข้าใจดี สีหน้ายิ้มแย้ม ไม่มีข้อสอบถามเพิ่มเติม สัญญาณชีพก่อนจำหน่ายกลับบ้าน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% รวมเวลานอนโรงพยาบาล 2 วัน

สรุป

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยในจำเป็นต้องรู้บทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ทั้งก่อนและหลังเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อลดปริมาณอุจจาระที่จะตกค้างอยู่ในลำไส้ใหญ่ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาระบายให้ครบตามเวลาที่กำหนดเพื่อให้ขับถ่ายอุจจาระที่ค้างในลำไส้ออกให้หมด ตามแผนการรักษา ตลอดจนประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ให้มีความพร้อมในการส่องกล้อง เฝ้าระวังพลัดตกหกล้มหลังรับประทานยาระบายอาจมีอาการอ่อนเพลียจากการสูญเสียสารน้ำในการถ่ายอุจจาระจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังต้องดูแลด้านจิตใจเพื่อคลายกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหลังเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ประเมินอาการและอาการแสดงถึงลำไส้ทะลุ ตลอดจนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน หากพยาบาลทำบทบาทต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้สมบูรณ์ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้สำเร็จ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้การวินิจฉัยและรักษาทำได้อย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตได้ตามศักยภาพที่พึงมี

เอกสารอ้างอิง

American Society of Anesthesiologists. (2002). Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. *Anesthesiology, 96*(4), 1004-1017.

Anuritprasert, B. (2021). *Nursing manual patients with blood pressure who cannot control their blood pressure are admitted as outpatients*. Nursing Department Siriraj Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Bangkok Noi.

Arsanani, T. (2021). The development of bowel preparation in patients at special clinic Nongkhai Hospital. *Journal of Health and Environmental Education, 6*(4), 126-133.

Gao, Y., & Lin, X. (2022). Effect of bowel preparation to colonoscopy interval on preparation quality and colonoscopy outcomes: A meta-analysis. *Turk Journal Gastroenterol, 34* (1), 26-34. https:// doi.org/10.5152/tjg.2022.22033

Gutierrez, J., & Rocuts, K. (2023). *Perioperative anticoagulation management*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557590

Hayman, C., & Vyas, D. (2021). Screening colonoscopy: The present and the future. *World Journal of Gastroenterology, 27*(3), 233-239. https://doi.org/ 10.3748/wjg.v27.i3.233

Kamilcelebi, N., Ozdemir, F., & Okul, S. (2021). Frequency of complications due to sedation in patients undergoing gastrointestinal endoscopy. *Annals of Medical Research, 28*(7), 1336-1340. https:// doi.org/10.5455/annalsmedres.2020.06.621

Khiadnoi, K. (2020). *Knowledge, bowel preparation and bowel cleansing of persons undergoing colonoscopy* (Master of nursing science, adult nursing). Faculty of Nursing, Rang sit University, Pathum Thani, Pathum Thani.

Khiadnoi, K., Pakdevong, N., & Binhosen, V. (2020). Knowledge, bowel preparation and bowel cleansing of persons undergoing colonoscopy. *Journal of Nursing and Health Care, 38*(4), 93-101.

Luo, L., Liu, Y., Zhang, L., Lai, Y., Li, Y., Liu, K., . . . Wang, E. (2022). Optimizing bowel preparation for colonoscopy: A cross-sectional study of the Chinese population. *Frontiers in Public Health, 10,* 953441.

Mahmood, H., Siddique, I., & Mrkechnie, A. (2020). Antiplatelet drugs: A review of pharmacology and the perioperative management of patients in oral and maxillofacial surgery. *Royal College of Surgeons*, 102, 9-13.

MIMS Online. (2024). *Niflec dosage & drug information/ MIMS Thailand.* Retrieved from https://www. mims.com/thailand/drug/info/niflec

Muluk, V., Cohn, S. L., & Whinney, C. (2021). *Perioperative medication management*. Retrieved from https://www.uptodate.com/contents/perioperative-medication-management

Pausawasdi, N., Tongpong, P., Charatcharoenwitthaya, P., & Geeratragool, T. (2022). An assessment of physicians' recommendations for colorectal cancer screening and international guidelines awareness and adherence: Result from a Thai national survey. *Frontiers in Medicine*, *9*, 1-9. https://doi:10.3389/fmed.2022.847361

Senadisai, S., & Apananthikun, M. (2023). Chapter 19: Nursing care of patients with abnormal symptoms and signs of the gastrointestinal tract. In *Fundamental nursing* (pp. 582-638) (2nd ed.). Bangkok: Golden Point.

Senadisai, S., & Apananthikun, M. (2023). Chapter 23: The nurse's role in preparing patients for physical exams. In *Fundamental nursing* (pp. 742-777) (2nd ed.). Bangkok: Golden Point.

Siriraj Piyamaharajkarun Hospital, Gastrointestinal and Liver Center. (2024). *Report summarizing the operations of colonoscopy services*. Bangkok.

Siriraj Piyamaharajkarun Hospital. (2024). *Policy of patient assessment and reassessment: SiPH-AOP-P-001*. Bangkok.

Strategy and Planning Division. Ministry of Public Health. (2024). *Health data center – report, 2021 – 2023.* Office of the Permanent Secretary, Nonthaburi. Retrieved from https://hdc.moph.go.th/center/pubic/standard-report-detail/c9368ec68b5aae4446b802ef018796c7

Sullivan, B., Zang, C., Wegermann, K., & Lee, T-H. (2020). *Standardizing inpatient colonoscopy preparation improves quality and provider satisfaction.* Retrieved from https://www.emerald.com/insight/0952-6862.htm

Suttiruk, C. (2018). *A study of professional nurse roles in patient care, Gastrointestinal endoscopy unit* (Master of nursing science in nursing science. Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Pathumwan.

Wichapanich, P. (2022). *Process for caring for patients before and after colonoscopy in patients scheduled to be admitted to the hospital of Burapha University Hospital*. Retrieved from https://buuir.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/5062

Wongtawee, S. (2018). Nurses' s role in colonoscopy at outpatient department. *Songklanagarind Journal of Nursing, 38*(2), 142-148

วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Journal of The Police Nurses and Health Science
JPNHS

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล
DEBRIEFING IN SIMULATION-BASED LEARNING IN NURSING EDUCATION

สุวลักษณ์ เอกสมัย[1] ฐิตาพร ศิริวาลย์[1,*]
Suwaluck Eaksamai Thitaporn Siriwan
[1]วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400
The Royal Thai Army Nursing College, Phyathai, Bangkok 10400, Thailand
*Corresponding author E-mail: Thitaporn_s@rtanc.ac.th

Received: *September 8, 2024* Revised: *December 5, 2024* Accepted: *December 24, 2024*

บทคัดย่อ

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based learning) เป็นเทคนิคการสอนที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะการปฏิบัติ การคิดอย่างมีวิจารณญาณ และการตัดสินใจทางการพยาบาล การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Debriefing) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และสามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยได้ การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นการอภิปรายผ่านการสะท้อนคิด การคิดวิเคราะห์การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง และการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติ ทั้งนี้ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและออกแบบสถานการณ์ให้เหมาะสมกับระดับความรู้หรือประสบการณ์ของผู้เรียน ซึ่งผู้นำการอภิปรายต้องมีความรู้และความเข้าใจในสถานการณ์ รวมถึงมีทักษะการอภิปราย การนำสะท้อนคิด การฟังอย่างตั้งใจ การใช้คำถามปลายเปิด และแสดงเหตุผลประกอบการอภิปรายเพื่อการตัดสินใจที่ดี ทั้งนี้ผู้นำการอภิปรายควรมีจิตวิทยาที่ดีในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด รวมทั้งเลือกใช้เทคนิคการอภิปรายที่เหมาะสม โดยการอภิปรายที่มีความสะดวกต่อการใช้งานและนิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Gather, Analyse, Summarize (GAS) Model และ Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) ซึ่งเป็นการอภิปรายที่มีโครงสร้างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการคิดวิเคราะห์และเรียนรู้อย่างเป็นระบบ นำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง

คำสำคัญ : สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง, การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล

Abstract

Simulation-based learning (SBL) is an instructional technique designed to engage learners and foster the development of knowledge, attitudes, practical skills, critical thinking, and decision-making in nursing practice. Debriefing is a crucial component of SBL that enables learners to achieve learning objectives and integrate theoretical knowledge with clinical nursing practice. This is accomplished through structured reflection, analytical thinking, problem-solving, and performance evaluation. The learner-centered approach ensures that scenarios are tailored to the learners' levels of knowledge and experience. Facilitators must possess a deep understanding of the scenarios and demonstrate skills in providing constructive feedback, guiding reflective discussions, active listening, using open-ended questions, and offering rationales to support decision-making. Moreover, facilitators should create a psychologically safe environment to maximize learning outcomes. To enhance the debriefing process in SBL, widely accepted models such as the Gather, Analyze, Summarize (GAS) Model and the Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) framework are recommended. These models provide clear structures and effective methodologies for conducting debriefing, encouraging systematic analytical thinking, and supporting learners in achieving the desired learning outcomes.

Keywords: simulation-based learning, debriefing, nursing education

บทนำ

การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-based learning) เป็นเทคนิคการสอนหนึ่งที่มีประสิทธิภาพและเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และสามารถนำความรู้และทักษะไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (Paul et al., 2024) รวมถึงสามารถนำไปใช้ในการฝึกบุคลากรหรือวิชาชีพทางด้านสุขภาพอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ และทดแทนการฝึกประสบการณ์จริง โดยการทำให้ผู้เรียนรู้สึกเหมือนอยู่ในโลกความจริงหรือสภาพแวดล้อมที่เสมือนจริง (Dairo et al., 2024) โดยเทคนิคการสอนนี้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสอนหลักสูตรทางการพยาบาล (Fung et al., 2023; Pongtriang et al., 2024) และได้รับการยอมรับจากสถานศึกษา อาจารย์ และนักศึกษาพยาบาล (Hung et al., 2021; Levin & Muchnik-Rozanov, 2023; Pylman & Emery, 2023) การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย การเตรียมและให้ข้อมูลผู้เรียน (Preparation and briefing) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Scenario running/operation) และการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Debriefing) (Decker et al., 2021) หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงทางการพยาบาล (Simulation-based leaning in nursing education) เป็นวิธีการหรือกลยุทธ์การสอนที่สามารถพัฒนาผู้เรียนให้มีความรู้ (cognitive) ทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง (psychomotor) ทัศนคติที่ดี (affective) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) และพัฒนากระบวนการตัดสินใจทางการพยาบาล (decision making) รวมถึงผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อการเรียนและมีความมั่นใจมากขึ้น (Paul et al., 2024; Wei et al., 2024) ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากในการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นเทคนิคการสอน โดยใช้การสะท้อนคิด วิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติของผู้เรียน ถือเป็นหัวใจ

สำคัญของการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตระหนักรู้ในตนเอง นำไปสู่การสร้างความเข้าใจและเรียนรู้ การปฏิบัติที่ถูกต้อง รวมถึงตระหนักรู้การปฏิบัติที่จำเป็นต้องปรับปรุงเพื่อนำไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาล นอกจากนี้ เทคนิคนี้ยังส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต (Wilson & Wittmann-Price, 2014) หากไม่จัดให้มีการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง หรือผู้นำการอภิปราย อาจส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการอภิปรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้เรียนไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ ดังนั้น การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจึงมีความสำคัญ ซึ่งผู้นำการอภิปรายจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักการอภิปรายที่ถูกต้อง รวมถึงมีทักษะการดำเนินการอภิปรายและลักษณะของผู้นำการอภิปรายได้ดี (Ryoo & Ha, 2015) จึงจะส่งผลให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้อย่างครบถ้วน สามารถเชื่อมโยงความรู้และประยุกต์ใช้ประสบการณ์จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง คือ เทคนิคการสอนในการตรวจสอบหรือพิจารณาการปฏิบัติของผู้เรียน โดยผู้เรียนร่วมอภิปรายประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านเหตุผลและการตัดสินใจทางคลินิก ผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้วยการสะท้อนคิด ซึ่งประกอบด้วยการวิเคราะห์การแก้ไขการปฏิบัติที่ผิดพลาดให้ถูกต้อง และการประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการโดยผู้นำการอภิปรายที่มีสมรรถนะในการนำสะท้อนคิด ผ่านการใช้คำถามปลายเปิดหรือคำถาม Advocacy inquiry เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม และสามารถใช้คำถามนำเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์การปฏิบัติของบุคคล ทีม หรือระบบ เพื่อให้เกิดการค้นหาความคิด ความเข้าใจและการปฏิบัติที่ยังไม่สมบูรณ์หรือผิดพลาด ในขณะที่ต้องสร้างและรักษาสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัยในการเรียนรู้ตลอดการอภิปราย นอกจากนี้ ผู้นำการอภิปรายต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ใช้คำถามนำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ไม่ควรใช้การสอนบรรยายเหมือนในห้องเรียน แต่เน้นให้ผู้เรียนเป็นผู้สะท้อนความคิดและความเข้าใจต่อสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่เกิดขึ้น ทั้งนี้จะต้องมีการวางแผนหรือสร้างแนวทางการอภิปรายอย่างมีเป้าหมายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ (Decker et al., 2021)

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง แตกต่างจากการสะท้อนคิดหรือการป้อนกลับ โดยเป็นการให้ข้อมูลทางเดียวที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในขณะที่การอภิปราย คือ การสื่อสารร่วมกันสองทาง เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสะท้อนคิด โดยประกอบด้วย 1) ขั้นอธิบาย (description phase) ให้ข้อมูลผู้เรียนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้และการอภิปราย รวมถึงแจ้งระยะเวลาและข้อตกลงในการอภิปราย 2) ขั้นตอบสนอง (reaction phase) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้พิจารณาการปฏิบัติที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง 3) ขั้นการวิเคราะห์ (analysis phase) กระตุ้นให้ผู้เรียนวิเคราะห์การปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจรวมทั้งค้นหาความรู้และทักษะการปฏิบัติที่ต้องพัฒนา (knowledge and practice gaps) และ 4) ขั้นสรุป/การนำไปใช้ (summary/application phase) ให้ผู้เรียนสรุปประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ โดยเชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ รวมถึงการนำความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ได้รับจากสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปประยุกต์ใช้ในคลินิก โดยใช้หลักการนำการสะท้อนคิด (guided reflection) เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เชื่อมโยงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล

(Decker et al., 2021) โดยทั่วไป การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะทำทันทีหลังจบสถานการณ์ เพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจำความรู้สึกและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายเป็นอย่างดี (Wilson & Wittmann-Price, 2014)

แนวปฏิบัติที่ดีของการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

International Nursing Association of Clinical Simulation and Learning (INACSL) ได้กำหนด Standard of Best Practice (SOBP) ของการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Decker et al., 2021) ดังนี้

Criteria 1: การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ควรมีการเตรียม (Prebriefing) เพื่อเตรียมความรู้และข้อมูลที่จำเป็นให้ผู้เรียน คำว่า “Prebriefing” มาจากคำว่า “Preparation” และ “Briefing” โดย Preparation คือ การเตรียมด้านความรู้ของผู้เรียนในประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงได้ เช่น การมอบหมายให้ผู้เรียนอ่านเนื้อหา ทำแบบฝึกหัดหรือแบบทดสอบก่อนเรียน การเตรียมควรเกิดขึ้นก่อนการเข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและต้องพิจารณารูปแบบและเนื้อหาให้เหมาะสมกับระดับของผู้เรียน ซึ่งการเตรียมนี้สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของผู้เรียน (McDermott et al., 2021) ในขณะที่ Briefing คือ การให้ข้อมูลที่สำคัญแก่ผู้เรียนก่อนเริ่มสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา สถานที่ อุปกรณ์ สถานการณ์ บทบาทของผู้เรียนและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการอภิปรายหลังสถานการณ์ รวมถึงการแจ้งข้อตกลงและความสมจริงเพื่อให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ร่วมขณะดำเนินสถานการณ์ (McDermott et al., 2021) ดังนั้นจึงนิยมใช้คำว่า “Prebriefing” มากกว่า “Briefing” เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมมากกว่าในการเตรียมผู้เรียนก่อนการเข้าสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

นอกจากนี้ การเตรียมผู้เรียนต้องมีการสร้างความปลอดภัยเชิงจิตวิทยา (psychological safety) เช่น การแจ้งผู้เรียนให้ทราบว่าการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจัดขึ้นเพื่อการเรียนรู้ ไม่มีการตัดสินหรือใช้คะแนนเพื่อการตัดเกรด ทั้งนี้เพื่อให้ลดความกลัว ความกังวล และเกิดบรรยากาศการเรียนรู้ การเตรียมความพร้อมผู้เรียนที่ดี จะนำไปสู่การปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่ราบรื่น ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดและวิเคราะห์สถานการณ์ในระหว่างการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้ผู้เรียนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ (Sabei & Lasater, 2016; Sawyer et al., 2016; Verkuyl et al., 2017)

Criteria 2: ผู้นำการอภิปราย ควรมีทักษะในการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีความเข้าใจสถานการณ์และวัตถุประสงค์การเรียนรู้เป็นอย่างดี เนื่องจากต้องเป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่ขั้นเตรียมผู้เรียนไปจนถึงการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง หากผู้นำการอภิปรายไม่มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เพียงพอ อาจทำให้ผู้เรียนไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ นอกจากนี้ ต้องมีสมรรถนะในการให้ข้อเสนอแนะอภิปรายและการนำสะท้อนคิดโดยการใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนอธิบายสถานการณ์ กระตุ้นให้สามารถค้นหาความรู้หรือทักษะการปฏิบัติที่ต้องพัฒนาและการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจริง

นอกจากนี้ การอภิปรายต้องพิจารณาเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เพียงพอต่อการนำผู้เรียนให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้และสร้างความเข้าใจให้ผู้เรียนเพื่อแก้ไขการปฏิบัติที่ผิดพลาดหรือค้นหาการปฏิบัติหรือความรู้ของผู้เรียนที่จำเป็นต้องพัฒนา อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการกำหนดเวลาการอภิปรายที่แน่ชัด โดยทั่วไปจะใช้เวลา 2 เท่า

ของเวลาดำเนินสถานการณ์จำลองเสมือนจริงหรือประมาณ 15 นาทีต่อวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Palaganas et al., 2016) นอกจากนี้ เวลาที่ใช้ในการอภิปรายขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สถานการณ์ จำนวนผู้เรียนหรือการปฏิบัติของผู้เรียน เช่น หากมีวัตถุประสงค์หลายข้อหรือสถานการณ์มีความซับซ้อน อาจต้องใช้เวลาในการอภิปรายมากขึ้น หรือในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีการเตรียมความรู้หรือทักษะที่จำเป็นมาก่อน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติขึ้นในขณะเข้าสถานการณ์ จึงต้องใช้เวลามากขึ้นในการสร้างความเข้าใจและแก้ไขความผิดพลาดนั้น เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตุประสงค์การเรียนรู้

จำนวนผู้เรียนต่อกลุ่มมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในระหว่างการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งมีการศึกษาที่บอกว่า กลุ่มการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลควรมีขนาดเล็ก (2 - 10 คน) เพราะจะสามารถส่งเสริมการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม และสิ่งแวดล้อมเพื่อการเรียนรู้ของผู้เรียนได้มากกว่ากลุ่มใหญ่ (มากกว่า 10 คนขึ้นไป) (Tosterud et al., 2014) อย่างไรก็ตาม พบว่าการลดขนาดกลุ่มให้มีจำนวน 6 คน จะทำให้การอภิปรายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Smith et al., 2018) ทั้งนี้ ขนาดกลุ่มอาจขึ้นอยู่กับลักษณะสถานที่ ความซับซ้อนของสถานการณ์และวัตถุประสงค์การเรียนรู้

หลังจากปิดสถานการณ์ ผู้ปฏิบัติต้องเข้าร่วมการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงและในบางกรณีผู้สังเกตการณ์สามารถเข้าร่วมในการอภิปรายได้ เพื่อให้ผู้สังเกตการณ์เกิดการพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ (O'Regan et al., 2016) อย่างไรก็ตาม การให้ผู้สังเกตการณ์เข้าร่วมการอภิปรายต้องมีการเตรียมที่เหมาะสม เช่น แจ้งผู้สังเกตการณ์ก่อนเริ่มสถานการณ์ในประเด็นที่ให้เข้าร่วมอภิปราย เพื่อให้ทราบการปฏิบัติและเตรียมข้อมูลเข้าร่วมอภิปราย ทั้งนี้ ควรระวังพฤติกรรมที่ทำให้เกิดบรรยากาศการอภิปรายที่ไม่ปลอดภัย เช่น การให้ข้อเสนอแนะเชิงลบต่อการปฏิบัติ เพราะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจและไม่ปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็นหรือสะท้อนคิด ดังนั้น ผู้นำการอภิปรายควรจัดให้ผู้สังเกตการณ์ให้ข้อเสนอแนะเชิงบวก

สำหรับรูปแบบการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงอาจทำในห้องเรียนหรือออนไลน์ แต่การอภิปรายออนไลน์อาจมีข้อจำกัด เช่น ไม่สามารถสบตาหรือมองเห็นอิริยาบถของผู้นำการอภิปรายหรือผู้เรียนได้ชัดเจน ผู้เรียนอาจเกิดความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว หรือผู้นำการอภิปรายมีข้อจำกัดเรื่องทักษะการใช้เทคโนโลยี อาจทำให้การอภิปรายออนไลน์ไม่มีประสิทธิภาพและใช้เวลานานกว่าการอภิปรายในห้องเรียน นอกจากนี้อาจเกิดเหตุข้อขัดข้องของอุปกรณ์หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต อาจทำให้การอภิปรายไม่บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ (Cheng et al., 2020)

อย่างไรก็ตาม ผู้นำการอภิปรายควรใช้คำถามที่เหมาะสมในการอภิปราย เช่น การใช้ Socratic approach คือ การตั้งคำถามที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นำไปสู่ความเข้าใจอย่างกระจ่างแจ้ง และกระตือรือร้นในการหาเหตุผลเพื่อให้เกิดความเข้าใจยิ่งขึ้น ทั้งนี้ควรใช้คำถามปลายเปิดหรือคำถามสะท้อนคิดและเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็นที่นำไปสู่การวิเคราะห์ การทบทวน การรับรู้ตนเอง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ นอกจากนี้ ผู้นำการอภิปรายควรมีทักษะการสื่อสาร เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การแสดงกิริยาท่าทางที่ไม่ตัดสินหรือการเงียบเพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้นำการอภิปรายต้องไม่มีความลำเอียง เช่น ไม่การกล่าวถึงเพียงการปฏิบัติของผู้เรียนคนใดคนหนึ่งเท่านั้น ต้องอธิบายเพื่อให้เกิดการแก้ไขข้อผิดพลาดในการปฏิบัติที่เกิดขึ้นและส่งเสริมความเข้าใจในเชิงลึก ร่วมกับเสริมแรงเชิงบวกต่อผู้เรียน (Palaganas et al., 2016; Sawyer et al., 2016)

Criteria 3: การอภิปรายควรส่งเสริมการวิเคราะห์ตนเองของผู้เรียน การทำงานเป็นทีม

และระบบการดูแล การสะท้อนคิด การค้นหาความรู้และแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อพัฒนาการปฏิบัติของผู้เรียน ภายใต้การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการเรียนรู้และการรักษาความลับของผู้เรียน

โดยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประกอบด้วย การจัดสถานที่ให้มีความเป็นส่วนตัว โดยจัดเป็นห้องแยกจากห้องที่ใช้ในการปฏิบัติสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนรู้สึกคลายความวิตกกังวลและสิ้นสุดบทบาทในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตลอดจนเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการเรียนรู้และมีความเป็นส่วนตัว ส่งผลให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายมากขึ้น นอกจากนี้ ควรมีการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ทั้งจากผู้เรียน ผู้สังเกตการณ์ ผู้ป่วยจำลอง เจ้าหน้าที่เทคนิคหรือโปรแกรมบันทึกการปฏิบัติ (Reierson et al., 2017; Rudolph et al., 2014)

Criteria 4: การวางแผนการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงควรพิจารณาตามความซับซ้อนของสถานการณ์ ทั้งนี้ ควรมีความยืดหยุ่นตามบริบทของผู้เรียน ระยะเวลา และผลลัพธ์การเรียนรู้ นอกจากนี้ การอภิปรายควรมีโครงสร้างในการอภิปรายที่ชัดเจน เช่น การใช้โครงสร้าง Gather, Analyse, Summarize (GAS) หรือ Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) ในการนำอภิปราย ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการสะท้อนคิดอย่างเป็นระบบ นำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ นอกจากนี้ ผู้นำการอภิปรายควรส่งเสริมให้ผู้เรียนแก้ไขปัญหาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น การใช้แนวปฏิบัติในตำราหรืองานวิจัยมาใช้ในการอภิปราย การอภิปรายต้องมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถของผู้เรียนในการประยุกต์ใช้ความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง และในการอภิปรายต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการยอมรับความคิดเห็นของผู้เรียน เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจที่สมบูรณ์ (Cheng et al., 2016)

รูปแบบของการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ (Cheng et al. 2014) ดังนี้

1. การอภิปรายแบบตัดสิน (Judgmental debriefing) เป็นการอภิปรายที่ผู้นำการอภิปรายใช้น้ำเสียงในเชิงดูถูก ขณะอภิปรายร่วมกับผู้เรียน โดยมีการตั้งคำถามในการอภิปราย เช่น “ใครสามารถบอกครูได้ว่ามีอะไรที่ผิดพลาดเกิดขึ้นในสถานการณ์นี้บ้าง” หรือ “จากการเข้าสถานการณ์ใครสามารถบอกครูได้ว่า ผู้ที่แสดงบทบาทเป็นพยาบาลได้ปฏิบัติสิ่งที่มีความผิดร้ายแรงอะไรบ้าง” เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การสร้างความอับอายและการตำหนิ (shame-and-blame) ซึ่งส่งผลกระทบในเชิงลบต่อผู้เรียน ทำให้ขาดแรงจูงใจในการเรียน และไม่กล้าแสดงออก อย่างไรก็ตาม วิธีการอภิปรายรูปแบบนี้ มีข้อดี คือ ผู้นำอภิปรายจะแสดงให้ผู้เรียนเห็นประเด็นที่สำคัญอย่างตรงประเด็น ส่งผลให้ผู้เรียนไม่เกิดความสงสัยในประเด็นสำคัญนั้น ๆ

2. การอภิปรายแบบไม่ตัดสิน (Non-judgmental debriefing) เป็นการอภิปรายที่ผู้นำอภิปรายมักหลีกเลี่ยงการตัดสินถูกหรือผิด เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความไว้วางใจ และทำให้บรรยากาศการเรียนรู้ยังคงปลอดภัย โดยเมื่อผู้เรียนเกิดความผิดพลาดในระหว่างการเข้าสถานการณ์ ผู้เรียนจะไม่ได้รับการตำหนิ การต่อว่าหรือการลงโทษ แต่ถือเป็นการเรียนรู้ร่วมกัน การอภิปรายแบบไม่ตัดสินอาจทำให้เกิดการปกปิดในประเด็นที่สำคัญ จึงมักใช้แนวทางโสเครติส (Socratic approach) ในการถามและใช้น้ำเสียงที่เป็นมิตร เพื่อทำให้ผู้เรียนให้เกิดความเข้าใจเชิงลึก และใช้คำถามปลายเปิด อย่างไรก็ตาม การอภิปรายในรูปแบบนี้ อาจส่งผลกระทบในเชิงลบต่อผู้เรียนได้ เช่น ผู้เรียนอาจคิดว่าความผิดพลาดนั้นร้ายแรงมากจนผู้นำการอภิปรายเลี่ยงที่จะไม่กล่าวถึง ซึ่งตรงกันข้ามกับจุดมุ่งหมายของการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

ดังนั้น สิ่งที่ผู้นำอภิปรายควรทำ คือ พูดสร้างบรรยากาศในการช่วยกันแก้ไขปัญหามากกว่าการหลีกเลี่ยงการวิพากษ์

3. การอภิปรายแบบตัดสินที่ดี (Good judgmental debriefing) เป็นวิธีการที่ให้คุณค่าต่อความคิดเห็นของทั้งผู้นำอภิปรายและผู้เรียน โดยมีแนวคิด คือ การเรียนรู้ของผู้เรียนส่งผลต่อการปฏิบัติในระหว่างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง การอภิปรายแบบตัดสินที่ดีจะช่วยเปิดโอกาสให้ผู้นำการอภิปรายและผู้เรียนสามารถเรียนรู้บทเรียนที่สำคัญจากการปฏิบัติ และช่วยให้ผู้เรียนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ได้ การอภิปรายในรูปแบบนี้ไม่เน้นเพียงแค่การปฏิบัติของผู้เรียนเท่านั้น แต่ให้รู้แนวคิดและความสามารถของผู้เรียน จึงต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียนในประเด็นที่สำคัญ ซึ่งผู้นำการอภิปรายควรมีความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ

ตาราง 1 สรุปข้อดี - ข้อด้อย ของการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

รูปแบบการอภิปราย	ข้อดี	ข้อด้อย
1. การอภิปรายแบบตัดสิน	- ผู้นำการอภิปรายสามารถแจ้งการปฏิบัติของผู้เรียนได้โดยตรงและมีความชัดเจน - ผู้เรียนทราบถึงการปฏิบัติที่ผิดพลาด	- ผู้เรียนเกิดความอับอาย - ลดแรงจูงใจของผู้เรียนในการเรียน - ผู้เรียนไม่กล้าซักถามเมื่อมีข้อสงสัย
2. การอภิปรายแบบไม่ตัดสิน	- ผู้นำการอภิปรายทราบถึงความรู้สึกของผู้เรียน - ผู้เรียนสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดของตนเองได้เต็มที่	- ผู้เรียนเกิดความสงสัยในการปฏิบัติของตนเอง
3. การอภิปรายแบบตัดสินที่ดี	- ส่งเสริมให้ผู้เรียนประเมินตนเองผ่านการสะท้อนคิดด้วยตนเองได้ - ผู้เรียนสามารถแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดของตนเองได้เต็มที่ - ผู้เรียนสามารถเข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้อง และนำไปปรับใช้ในสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกับสถานการณ์ในครั้งนี้	- ผู้นำการอภิปรายอาจไม่สามารถใช้รูปแบบการอภิปรายนี้ได้ หากไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

เครื่องมือส่งเสริมการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

1. สคริปต์การอภิปราย (debriefing script) สามารถส่งเสริมการรับรู้และช่วยในผู้นำการอภิปรายไม่หลุดประเด็น โดยเฉพาะผู้นำการอภิปรายมือใหม่ และการใช้สคริปต์มาตรฐานยังช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในบทบาทการเป็นผู้นำการอภิปรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cheng et al., 2014)

2. วีดิทัศน์สำหรับทบทวน (video review) ช่วยให้การอภิปรายมีหลักฐานเชิงรูปธรรม ช่วยในการทบทวนการปฏิบัติของผู้เรียน ข้อดี คือ สามารถย้อนกลับไปดูการปฏิบัติได้ โดยผู้นำการอภิปรายต้องบันทึกเวลาและประเด็นที่ต้องการอภิปราย เพื่อลดอคติในการเรียกคืนข้อมูล (recall bias) และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้เห็นการปฏิบัติของตนเองและทีมในหลายมิติ เช่น การปฏิบัติรายบุคคล การทำงานเป็นทีม และ

การสื่อสาร เป็นต้น (Schertzer & Waseem, 2023) ทั้งนี้ การใช้วีดิทัศน์ในการอภิปรายช่วยเติมเต็มช่องว่างของการเรียนรู้ (Sikkander Batcha et al., 2023) นอกจากนี้ การทบทวนโดยใช้วีดิทัศน์ยังทำให้ผู้เรียนสะท้อนคิดตนเองได้ดีในด้านของจรณะทักษะ (soft skill) ทักษะทางคลินิก (clinical skill) รวมถึงด้านการทำงานเป็นทีม การสื่อสาร และการสังเกตการปฏิบัติที่ไม่สามารถเข้าสังเกตการณ์ปฏิบัติได้โดยตรง เช่น เทคนิคการเย็บแผล หรือเทคนิคการส่องกล้อง เป็นต้น (Felix et al., 2024) อย่างไรก็ตาม การใช้วีดิทัศน์ร่วมกับการอภิปรายอาจมีข้อควรพิจารณา คือ ผู้เรียนอาจมีความรู้สึกเครียด หรือไม่สบายใจ เนื่องจากกลัวว่าตนเองจะถูกตัดสินจากผู้อื่น (Schertzer & Waseem, 2023) ดังนั้น ผู้นำการอภิปรายต้องเตรียมผู้เรียน โดยแจ้งให้ทราบก่อนการบันทึกวีดิทัศน์และการใช้วีดิทัศน์ในการอภิปราย พร้อมทั้งให้ความมั่นใจว่าจะไม่มีการนำวีดิทัศน์ไปเผยแพร่หลังจากการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในครั้งนี้

แนวทางการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การอภิปรายมีหลากหลายแนวทาง เช่น GAS Model, PEARLS framework, 3D model และ PAAIL framework เป็นต้น ซึ่งบทความนี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะการอภิปรายตามแนวทาง GAS Model และ PEARLS framework เนื่องจาก GAS Model มีข้อดีที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการอภิปราย และ PEARLS frameworks มีขั้นตอนที่ชัดเจนในการนำอภิปราย มีรายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

1. GAS Model หรือ Gather, Analyse, Summarize (GAS) model เป็นการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลอง ที่ได้รับการพัฒนาโดย Phrampus and O'Donnell (2013) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1.1 Gathering คือ การรวบรวมข้อมูลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงอารมณ์และความรู้สึกในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อให้ผู้เรียนได้ปรับอารมณ์และความรู้สึกให้เป็นกลาง รวมถึงเตรียมพร้อมทบทวนและเรียนรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้นำการอภิปรายต้องทำให้ผู้เรียนทุกคนมีความเข้าใจที่ตรงกันเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.2 Analysis คือ การวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นขั้นตอนที่ใช้เวลามากที่สุด เน้นการกระตุ้นให้ผู้เรียนให้สะท้อนคิดในสิ่งที่เกิดขึ้น เช่น เหตุผลของการปฏิบัติ การตัดสินใจในแต่ละขั้นตอน แนวทางที่เกี่ยวข้องและทักษะการปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งผู้นำการอภิปรายต้องทำให้เกิดการแก้ไขความเข้าใจที่ผิดและสนับสนุนความเข้าใจที่ถูกต้องผ่านเทคนิคต่าง ๆ เช่น Socratic approach การใช้คำถามปลายเปิด การใช้คำถามสะท้อนคิด และการแสดงความคิดเห็น โดยสามารถใช้สื่อต่าง ๆ ประกอบได้ เช่น Video recording หรือ Checklist เป็นต้น

1.3 Summarize คือ การสรุปสิ่งที่เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยเน้นให้ผู้เรียนสะท้อนคิดจากการวิเคราะห์ร่วมกัน รวมถึงการชี้ให้เห็นจุดที่ทำได้ดีและจุดที่ควรพัฒนา เพื่อผู้เรียนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจริง และมั่นใจว่าผู้เรียนบรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่คาดหวัง

ตาราง 2 องค์ประกอบและตัวอย่างของการอภิปรายตาม GAS model

ขั้นตอน	เป้าหมาย	การปฏิบัติ	ตัวอย่างคำถาม	สัดส่วนเวลา
Gathering	1. รับฟังผู้เรียนเพื่อเข้าใจว่าพวกเขารู้สึกอย่างไร 2. ระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสถานการณ์	- สอบถามสภาวะอารมณ์ของผู้เรียน - ขอคำบอกเล่าจากหัวหน้าทีม - ขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลชี้แจงจากทีม	- นักเรียนรู้สึกอย่างไร - นักเรียนช่วยบอกได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น - จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนักเรียนทำอะไรไปบ้าง - นักเรียนสามารถเพิ่มข้อมูลในเรื่องราวได้อีกไหม	25%
Analysis	1. เน้นบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 2. อำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนได้สะท้อนและวิเคราะห์การกระทำของตนเอง 3. อำนวยความสะดวกให้ทีมได้สะท้อนและวิเคราะห์ปัญหาของระบบ	- ทบทวนเหตุการณ์ที่ถูกต้อง - ชี้แนะ/ปรับแนวทางแก่ผู้เรียนเพื่อให้มั่นใจว่าผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ - ใช้เทคนิค Advocacy/ Inquiry - รายงานข้อสังเกต (ขั้นตอนที่ถูกต้อง/ไม่ถูกต้อง) - ถามคำถามเพื่อให้รู้กระบวนการคิดของผู้เรียน - ช่วยให้ผู้เรียนสะท้อนถึงการปฏิบัติของตนเอง	- ฉันสังเกตว่า...บอกฉันเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...ได้ไหม - คุณรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับ... - คุณคิดอะไรอยู่เมื่อ... - ฉันเข้าใจ แต่บอกฉันเกี่ยวกับ...ของสถานการณ์ได้ไหม - แง่มุมของระบบ/การทำงานเป็นทีม เป็นไปได้ด้วยดีหรือไม่ อย่างไร - แง่มุมของระบบ/การทำงานเป็นทีมที่ต้องปรับปรุงมีหรือไม่ อย่างไร	50%
Summarize	อำนวยความสะดวกในการระบุและทบทวนบทเรียนที่ได้รับจากสถานการณ์จำลอง	- สรุปความคิดเห็น - ให้ผู้เรียนระบุประเด็นสำคัญที่ได้รับ	- ผู้เรียนทำอะไรได้ดีบ้างในขณะเข้าสถานการณ์/เมื่อสักครู่ - เมื่อพิจารณาจากวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของเรา ผู้เรียนได้เรียนรู้อะไรบ้าง - หากผู้เรียนสามารถแก้ไขสถานการณ์นี้ได้ ผู้เรียนจะทำอะไรให้แตกต่างจากครั้งนี้	25%

2. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS) เป็นการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงตาม PEARLS framework ซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายและสะท้อนคิดของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ (Ardonk, 2023)

ตาราง 3 องค์ประกอบและตัวอย่างการใช้การอภิปรายตาม PEARLS Framework ที่ประยุกต์จาก Bajaj et al. (2023)

ขั้นตอน	เป้าหมาย	การปฏิบัติ	ตัวอย่างคำถามหรือประโยคที่ใช้
การสร้างบรรยากาศการเรียน (Setting Scene)	- สร้างบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อม สำหรับการเรียนรู้/จัดสถานที่ให้ผู้เรียนรู้สึกปลอดภัย	- จัดโต๊ะผู้นำการอภิปรายและผู้เรียนเป็นแนวระนาบเดียวกันในรูปแบบของวงกลมหรือครึ่งวงกลม - ผู้นำการอภิปรายแจ้งเป้าหมายของการ Debriefing ผู้เรียน	- ครูเห็นว่าผู้เรียนทุกคนมีความตั้งใจและแสดงออกถึงความพยายามที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ครูขอชื่นชม - เราจะใช้เวลา Debrief ประมาณ 15 นาที โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาการดูแลการทำงานร่วมกันเพื่อผู้ป่วยของเรา
การตอบสนอง (Reaction)	- เพื่อสำรวจความรู้สึกของผู้เรียน - เพื่อให้เพื่อนร่วมทีมเข้าใจความรู้สึกของกันและกัน	- สอบถามสภาวะอารมณ์ของผู้เรียน	- รู้สึกอย่างไรกันบ้าง - เป็นอย่างไรกันบ้าง
การอธิบาย (Description)	- ระบุเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสถานการณ์ - ชี้แจงข้อมูลให้เข้าใจตรงกัน	- ขอคำบอกเล่าจากหัวหน้าทีม - ขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลชี้แจงจากทีม หรืออาจมอบหมายให้ผู้อภิปรายร่วมเสริมในแต่ละบทบาท	- ใครพอจะเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในห้อง Simulation ได้บ้าง - ใครพอจะสรุปให้ฟังได้บ้างว่าเกิดอะไรขึ้น - มีใครอยากจะเพิ่มเติมข้อมูลจากเพื่อนหรือไม่
การวิเคราะห์ (Analyze)	- สำรวจวิธีคิดหรือเหตุผลที่ผู้เรียนปฏิบัติ โดย 1) เน้นวัตถุประสงค์การเรียนรู้ 2) ให้ผู้เรียนได้สะท้อนและวิเคราะห์การกระทำของตนเอง 3) ให้ทีมได้สะท้อนและวิเคราะห์ปัญหาของระบบ เพื่อค้นหาการปฏิบัติด้านต่าง ๆ ได้แก่ การตัดสินใจ ทักษะ/เทคนิคการปฏิบัติ การสื่อสาร การใช้สิ่งอุปกรณ์ ภาวะผู้นำ การตระหนักถึงสถานการณ์ การทำงานเป็นทีม	- ทบทวนเหตุการณ์ที่ถูกต้อง - ชี้แนะ/ปรับแนวทางแก่ผู้เรียนเพื่อให้มั่นใจว่าผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ - ใช้เทคนิค Plus/ Delta เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (learner self-assessment) - ใช้เทคนิค Advocacy/ Inquiry เพื่อค้นหาจุดสำคัญของการกระทำนั้น ๆ จากกระบวนการคิดของผู้เรียน - ใช้เทคนิค Directive feedback เพื่อชี้แจงในสิ่งที่ถูกต้องและปิดช่องว่างด้านความรู้ที่อาจเกิดในช่วงการเข้าสถานการณ์	ลักษณะการถาม (ขึ้นอยู่กับเวลาที่มีขอบข่ายของความรู้ของผู้เรียน และวัตถุประสงค์) มี 3 รูปแบบ ดังนี้ 1. Plus/ Delta technique เช่น - ในสถานการณ์ที่ผ่านมา คุณคิดว่าทีมของคุณทำอะไรได้ดีแล้ว - หากคุณมีโอกาสได้กลับเข้าไปใน Simulation นี้อีก คุณอยากที่จะปรับในส่วนไหนให้ดียิ่งขึ้นหรือไม่ 2. Advocacy-inquiry technique ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ - Curiosity สงสัยในการกระทำนั้น ๆ - Advocacy ฉันสังเกตเห็นว่า ... - Inquiry เพราะอะไรตอนนั้นคุณถึงทำแบบนั้น เช่น ฉันสังเกตว่า... บอกฉันเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ... ได้ไหม 3. Directive feedback เช่น ฉันสังเกตว่า คุณได้ทำ... ในครั้งต่อไปคุณอาจจะพิจารณาเปลี่ยนเป็น (สิ่งที่เขาควรทำให้ถูกต้อง) เพราะว่า ...

ขั้นตอน	เป้าหมาย	การปฏิบัติ	ตัวอย่างคำถามหรือประโยคที่ใช้
การสรุป (Summarize)	- ให้ผู้เรียนวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการเข้าสถานการณ์ และจะนำไปศึกษาเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป	- สรุปความคิดเห็น - ผู้เรียนระบุประเด็นสำคัญที่ได้รับ	- ก่อนจบการ Debrief ในวันนี้ ฉันอยากให้ทุกคนบอก 1 - 2 ประโยคสั้น ๆ ที่จะนำไปปรับใช้ในอนาคต หรือสถานการณ์ในครั้งถัดไป - ฉันอยากให้ทุกคนบอก One take home message ที่ได้รับจากการเข้าสถานการณ์วันนี้ (รอจนกว่าผู้เรียนได้ตอบทุกคน ให้เวลารอคำตอบประมาณ 10 วินาที) - คุณได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการเข้าสถานการณ์ครั้งนี้

การนำการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปใช้

จากประสบการณ์การนำอภิปรายของผู้เขียนบทความวิชาการพบว่า สามารถสรุปขั้นตอนเพื่อการนำไปใช้ได้ ดังนี้

1. วางแผนเตรียมสถานการณ์ เพื่อกำหนดแนวทางการอภิปรายที่จะทำให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เช่น แนวคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การเรียนรู้

2. แจ้งผู้เรียนให้ทราบว่าหลังเสร็จสิ้นสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะมีการอภิปรายทันทีหรือไม่เกิน 5 นาที เพื่อให้ผู้เรียนสามารถจดจำสถานการณ์และอารมณ์ความรู้สึกในระหว่างสถานการณ์ได้ การเตรียมผู้เรียนทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกปลอดภัยเชิงจิตวิทยา

3. กำหนดระยะเวลาในการอภิปรายอย่างน้อย 2 เท่าของเวลาการดำเนินสถานการณ์ ทั้งนี้ หากผู้เรียนมีความเข้าใจหรือการปฏิบัติที่ผิดพลาดในหลายประเด็น อาจปรับให้เวลามากขึ้นเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้

4. ก่อนเริ่มการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้นำการอภิปรายต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเชิงจิตวิทยาเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนเช่น การแจ้งผู้เรียนว่า “การอภิปรายจัดขึ้นเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะไม่มีการตัดสินใด ๆ ไม่มีการคิดคะแนน และบทสนทนาในระหว่างการอภิปรายจะเป็นความลับ”

5. อาจใช้เครื่องมือที่ช่วยในการส่งเสริมการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เช่น การนำวีดิทัศน์ทบทวนมาใช้ในการอภิปราย เป็นต้น

6. ใช้การอภิปรายหลังสถานการณ์ตามแนวทาง GAS model หรือ PEARLS framework โดย GAS model โดยเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้แสดงอารมณ์และความรู้สึกเพื่อมั่นใจว่าผู้เรียนได้สิ้นสุดสถานการณ์จำลองแล้ว หากผู้เรียนยังมีความเครียดหรือวิตกกังวล ให้ผู้นำการอภิปรายสอบถามถึงสาเหตุของความวิตกกังวลนั้นเพื่อแก้ไขให้ตรงจุด รวมถึงให้ผู้เรียนได้เล่าถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต่อจากนั้นให้ผู้เรียนวิเคราะห์การปฏิบัติระหว่างการเข้าสถานการณ์ โดยผู้นำการอภิปรายใช้คำถามนำเพื่อให้ผู้เรียนวิเคราะห์การปฏิบัติของตนและทีมนำไปสู่ความเข้าใจในเหตุผลการปฏิบัติ หากผู้เรียนเข้าใจไม่ถูกต้อง ผู้นำการอภิปรายต้องแก้ไขให้ถูกต้องโดยใช้เทคนิคการอภิปรายแบบตัดสินที่ดี โดยขั้นตอนนี้จะใช้เวลามากที่สุด เพื่อมั่นใจว่าผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ตั้งไว้ และในขั้นสรุปให้ผู้เรียนสรุปสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเสมือนจริง รวมถึงประเด็นที่ต้องการพัฒนาหากเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความคล้ายคลึงกันอีกครั้ง รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ใน

การปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริง ส่วนถ้าจะใช้ PEARLS framework ก็อาจจะเริ่มจากจัดโต๊ะในแนวระดับเดียวกันทั้งผู้นำการอภิปรายและผู้เรียนหรือจัดเป็นวงกลมหรือครึ่งวงกลม แล้วแจ้งเวลาในการอภิปรายและมีการกล่าวชื่นชมผู้เรียนเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ จากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ร่วมแสดงความรู้สึกและร่วมอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้นำการอภิปรายจะรวบรวมและเพิ่มเติมข้อมูลจากสถานการณ์เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป การวิเคราะห์การปฏิบัติส่งผลให้ผู้เรียนเข้าใจสิ่งที่ถูกต้องและเติมเต็มความรู้ผ่านเทคนิค Plus/Delta Advocacy Inquiry และ Directive Feedback ทั้งนี้ ในขั้นตอนการวิเคราะห์ ผู้นำการอภิปรายควรใช้รูปประโยคหรือคำพูดแบบมีการตัดสินที่ดีเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพจากการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองต่อผู้เรียนมากที่สุด ขั้นตอนสุดท้ายจะให้ผู้เรียนสรุปประเด็นสำคัญหรือแนวคิดที่ได้เรียนรู้จากการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยตนเอง

7. กรณีที่ผู้นำการอภิปรายเป็นผู้นำการอภิปรายมือใหม่ อาจต้องมีการเตรียมสคริปต์เพื่อใช้ในการอภิปราย หรือกรณีที่มีผู้ร่วมนำการอภิปราย ผู้ร่วมนำการอภิปรายมือใหม่จะต้องมีการซักซ้อม และแบ่งหัวข้อกับผู้นำการอภิปรายหลักในขั้นเตรียมการ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดความสับสนต่อผู้เรียนและลดความขัดแย้งระหว่างผู้นำและผู้นำร่วมในการอภิปราย

สรุป

การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นหัวใจสำคัญในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการสะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และสามารถนำประสบการณ์ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต โดยผู้นำการอภิปรายมีส่วนสำคัญในการใช้หลักการสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ผู้นำการอภิปรายที่ดีจะต้องมีทักษะในการตั้งคำถามและเป็นผู้ฟังที่ดี รวมถึงมีความรู้และเข้าใจในสถานการณ์เป็นอย่างดี เลือกใช้การอภิปรายแบบตัดสินที่ดี เคารพในทัศนคติและการปฏิบัติของผู้เรียน และสามารถสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในการเรียนรู้ นอกจากนี้ ผู้นำการอภิปรายต้องสามารถใช้เครื่องมือหรือวิธีการเพื่อให้การอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่มีประสิทธิภาพ และมีการวางแผนแนวทางการอภิปรายที่ชัดเจน รวมถึงเลือกใช้เทคนิคการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ได้แก่ GAS model หรือ PEARLS framework เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้เรียนสามารถปฏิบัติการอภิปรายหรือสะท้อนคิดได้เอง จะส่งผลให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิตและเกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีทั้งด้านการเรียนและการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจริงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

Ardonk, W. (2022). Using PEARLS Debriefing in Bedside Teaching. *Buddhachinaraj Medical Journal, 40*(2), 135–180.

Bajaj, K., Meguerdichian, M., Thoma, B., Huang, S., Eppich, W., & Cheng, A. (2018). The PEARLS healthcare debriefing tool. *Academic Medicine, 93*(2), 336.

Cheng, A., Eppich, W., Grant, V., Sherbino, J., Zendejas, B., & Cook, D. A. (2014). Debriefing for technology-enhanced simulation: A systematic review and meta-analysis. *Medical Education, 48*(7), 657–666.

Cheng, A., Kolbe, M., Grant, V., Eller, S., Hales, R., Symon, B., Griswold, S., & Eppich, W. (2020). A practical guide to virtual debriefings: Communities of inquiry perspective. *Advances in Simulation, 5*, 1-9. https://doi.org/10.1186/s41077-020-00141-1

Cheng, A., Morse, K. J., Rudolph, J., Arab, A. A., Runnacles, J., & Eppich, W. (2016). Learner-centered debriefing for health care simulation education: lessons for faculty development. *Simulation in Healthcare, 11*(1), 32–40.

Dairo, Y. M., Hunter, K., & Ishaku, T. (2024). The impact of simulation-based learning on the knowledge, attitude and performance of physiotherapy

students on practice placement. *BMC Medical Education, 24*, 786. https://doi.org/10.1186/s12909-024-05718-2

Decker, S., Alinier, G., Crawford, S. B., Gordon, R. M., Jenkins, D., & Wilson, C. (2021). Healthcare simulation standards of Best PracticeTM the debriefing process. *Clinical Simulation in Nursing, 58*, 27–32. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.011

Felix, H. M., Beecham, G. B., & Simon, L. V. (2024). Debriefing theories and philosophies in medical simulation. StatPearls. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551632/

Fung, J. T. C., Chan, S. L., Takemura, N., Chiu, H-Y., Huang, H-C., Lee, J-E., . . . Xia, W. (2023). Virtual simulation and problem-based learning enhance perceived clinical and cultural competence of nursing students in Asia: A randomized controlled cross-over study. *Nurse Education Today, 123*, 105721.

Ha, E. H. (2014). Attitudes toward Video-Assisted Debriefing after simulation in undergraduate nursing students: An application of Q methodology. *Nurse Education Today, 34*(6), 978–984. https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2014.01.003

Hung, C. C., Kao, H. F. S., Liu, H. C., Liang, H. F., Chu, T. P., & Lee, B. O. (2021). Effects of simulation-based learning on nursing students' perceived competence, self-efficacy, and learning satisfaction: A repeat measurement method. *Nurse Education Today, 97,* 104725.

Levin, O., & Muchnik-Rozanov, Y. (2023). Professional development during simulation-based learning: Experiences and insights of preservice teachers. Journal of Education for Teaching, 49(1), 120–136.

MacKenna, V., Díaz, D. A., Chase, S. K., Boden, C. J., & Loerzel, V. (2021). Self-debriefing in healthcare simulation: An integrative literature review. *Nurse Education Today, 102*, 104907. https://doi.org/10.1016/J.NEDT.2021.104907

McDermott, D. S., Ludlow, J., Horsley, E., & Meakim, C. (2021). Healthcare simulation standards of Best PracticeTM prebriefing: Preparation and briefing. *Clinical Simulation in Nursing, 58*, 9–13. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.008

O'Regan, S., Molloy, E., Watterson, L., & Nestel, D. (2016). Observer roles that optimise learning in healthcare simulation education: A systematic review. Advances in Simulation, 1(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/S41077-015-0004-8/TABLES/5

Palaganas, J. C., Fey, M., & Simon, R. (2016). Structured debriefing in simulation-based education. *AACN Advanced Critical Care, 27*(1), 78–85.

Paul, P. M., Sanchosekar, M., Palo, S., Priyanka, E. M., Nair, D. R., & Sathiya, R. (2024). Effectiveness of Simulation-Based, Peer Learning Intervention in Continuing Nursing Education: An Explorative Study. *Cureus, 16*(6), e62613. https://doi.org/10.7759/cureus.62613

Phrampus, P. E., & O'Donnell, J. M. (2013). Debriefing Using a Structured and Supported Approach. In A. I. Levine, S. DeMaria, A. D. Schwartz, & A. J. Sim (Eds.), *The comprehensive textbook of healthcare simulation* (pp. 73–84). New York, NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5993-4_6

Pongtriang, P., Soontorn, T., Sumleepun, J., & Chuson, N. (2024). Emergency scenario-based training curriculum development: Enhancement of Caregivers for the elderly'emergency assistance competency in a rural Thai community. *SAGE Open Nursing, 10,* 23779608241255636.

Pylman, S. E., & Emery, M. T. (2023). Student perceptions of effective simulation instructor teaching. *Simulation in Healthcare, 18*(1), 51–57.

Reierson, I. Å., Haukedal, T. A., Hedeman, H., & Bjørk, I. T. (2017). Structured debriefing: What difference does it make? *Nurse Education in Practice, 25*, 104-110.

Rudolph, J. W., Raemer, D. B., & Simon, R. (2014). Establishing a safe container for learning in simulation: The role of the presimulation briefing. *Simulation in Healthcare, 9*(6), 339–349.

Ryoo, E. N., & Ha, E. H. (2015). The importance of debriefing in simulation-based learning: Comparison between debriefing and no debriefing. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 33*(12), 538–545.

Sabei, S. D. A., & Lasater, K. (2016). Simulation debriefing for clinical judgment development: A concept analysis. *Nurse Education Today, 45*, 42–47.

Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016). More than one way to debrief: A critical review of healthcare simulation debriefing methods. *Simulation in Healthcare, 11*(3), 209–217.

Schertzer, K., & Waseem, M. (2023). *Use of video during debriefing in medical simulation*. StatPearls.

Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554619/

Sikkander Batcha, M. U., Makker, R., & Winnett, G. (2023). Video review in simulation-based education: Perception and experience of participants. *MedEdPublish, 13*, 304. https://doi.org/10.12688/MEP.19944.1

Smith, M., Mosley, C., & Rogers, C. (2018). SC24 Reducing group size increases the impact of simulation training for foundation trainees. In *BMJ simulation and technology enhanced learning* (Vol. 4). https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-aspihconf.47

Tosterud, R., Hall-Lord, M. L., Petzäll, K., & Hedelin, B. (2014). Debriefing in simulation conducted in small and large groups - nursing students' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*(9), 173-182. https://doi.org/10.5430/jnep.v4n9p173

Verkuyl, M., Hughes, M., Tsui, J., Betts, L., St-Amant, O., & Lapum, J. L. (2017). Virtual gaming simulation in nursing education: A focus group study. *Journal of Nursing Education, 56*(5), 274–280.

Wei, Z., XU, M., Qi, T., HAN, Y., WANG, Z., & ZHANG, W. (2024). The impact of simulation-based learning on nursing decision-making ability: A meta-analysis. *Clinical Simulation in Nursing, 93,* 101576.

Wilson, L., & Wittmann-Price, R. A. (2014). *Review manual for the certified healthcare simulation EducatorTM (CHSETM) exam.*

ว.02



ใบชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
บทความวิจัย/บทความวิชาการ

ชื่อ – นามสกุล .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
.....
เบอร์โทรศัพท์..... E-mail : .....

ข้าพเจ้าได้ส่งบทความวิจัย/บทความวิชาการมายังวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ และได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ซึ่งข้าพเจ้าได้ดำเนินการแก้ไขบทความวิจัย/บทความวิชาการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งได้รับการตอบรับตีพิมพ์ (Accept Submission) ในระบบ ThaiJO ของวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพแล้ว จึงมีความประสงค์ขอชำระค่าลงตีพิมพ์บทความวิจัย/บทความวิชาการดังนี้

☐ **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

ลงนาม ..... ผู้แต่ง/ผู้รับผิดชอบบทความ
(.....)
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

ลงชื่อ ..... เจ้าหน้าที่
(.....)
..... /..... / .....

ว.03

แบบบันทึกข้อมูลผู้แต่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย
เพื่อลงในการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

Username ใน ระบบ ThaiJO
ของท่าน คือ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ชื่อบทความวิชาการ/บทความวิจัย (ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
เรื่อง.....
.....
.....
.....

ผู้แต่ง (Author)

คนที่ 1 (ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล.....
(English) Name ..... Surname .....
ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....
(English) .....
ที่อยู่ที่ปฏิบัติงาน (ภาษาไทย) .....
(English) .....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร .....
E-mail address: ..... Line ID: .....

ผู้แต่งร่วม/ อาจารย์ที่ปรึกษา (Co-Researcher/ Adviser) (กรุณาเติมข้อมูลให้ครบตามจริง)

คนที่ 2 (ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล.....
(English) Name ..... Surname .....
ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....
(English) .....
ที่อยู่ที่ปฏิบัติงาน (ภาษาไทย) .....
(English) .....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร .....
E-mail address: ..... Line ID: .....

คนที่ 3 (ภาษาไทย) ชื่อ ..... นามสกุล.....
(English) Name ..... Surname .....
ตำแหน่ง (ภาษาไทย) .....
(English) .....
ที่อยู่ที่ปฏิบัติงาน (ภาษาไทย) .....
(English) .....
โทรศัพท์ที่ทำงาน ..... โทรศัพท์มือถือ ..... โทรสาร .....
E-mail address: ..... Line ID: .....

***ระบุผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding) ชื่อ .....**
E-mail: .....

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านส่งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยถูกตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น หรือเป็นส่วนหนึ่งของเอกสารหรือผลงานของผู้อื่นที่เคยเผยแพร่ไปแล้ว โดยผลงานทุกเรื่องจะผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ (peer reviews) ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เรื่องละ 3 ท่าน ในกรณีที่เป็นบทความวิจัยที่หาผู้อ่านได้ยาก อาจพิจารณาให้ผู้เชี่ยวชาญสาขานั้น 2 ท่าน และนักสถิติ 1 ท่าน รวมเป็น 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาคุณภาพและความถูกต้องของบทความ นอกจากนี้กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจสอบและแก้ไขต้นฉบับให้เป็นไปตามรูปแบบตามที่กองบรรณาธิการกำหนด

สำหรับผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพควรรับทราบ ดังนี้

ประเภทการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจ

1. บทความวิชาการ เป็นบทความที่เกิดจากการศึกษาค้นคว้าและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานทางวิชาการที่เกี่ยวกับการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 16 หน้า

2. บทความวิจัย เป็นบทความที่รายงานผลการวิจัยทางการพยาบาล การศึกษาพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่มีเนื้อหารวมบทคัดย่อและรายการอ้างอิง ไม่เกิน 18 หน้า

รูปแบบการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

1. บทคัดย่อ (abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ต้องไม่เกินอย่างละ 400 คำ (ไม่รวมคำสำคัญ) หรือมีความยาวอย่างละไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษต้องผ่านการตรวจสอบความถูกต้องทางหลักภาษาและไวยากรณ์โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษมาแล้ว

2. คำสำคัญ (keywords) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ประมาณ 2 - 5 คำ (ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา)

3. เนื้อหา ประกอบด้วย ส่วนต่าง ๆ ตามรูปแบบการตีพิมพ์บทความวิชาการ/บทความวิจัยที่ปรากฏอยู่หน้าเว็บไซต์ของวารสาร และถ้ามีตารางหรือรูปภาพ ต้องใส่ตามความเหมาะสมของเนื้อหาสาระที่นำเสนอ

4. ต้นฉบับที่นิพนธ์ควรพิมพ์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) ที่เป็นนามสกุล .docx โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun PSK ขนาดอักษรตามที่ระบุไว้ในรูปแบบ (format) ของวารสารบนหน้าเว็บไซต์ และเว้นระยะแบบ Single space

5. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถาน และพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้การย่อ “ฯ” ยกเว้นคำย่อนั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป หรือสากล ส่วนการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อหาภาษาไทย หากต้องการใส่ภาษาอังกฤษในวงเล็บ ควรใช้ดังนี้ เช่น คุณภาพชีวิต (quality of life) และควรใช้คำย่อภาษาอังกฤษที่เป็นสากลเท่านั้น (ให้ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) เช่น (quality of life: QoL) ยกเว้นคำศัพท์เฉพาะที่ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ขึ้นต้นได้ นอกจากนี้ การใช้ตัวเลขต้องใช้เป็นเลขอารบิคทั้งหมด

6. ภาพที่ส่งมาจะเป็นภาพสีหรือขาวดำก็ได้ แต่ต้องมีความคมชัด หากเป็นภาพที่มีลิขสิทธิ์ต้องมีเอกสารแนบที่บ่งบอกการได้รับการอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์ หรือมีการอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลัก APA 6th edition ถ้าเป็นภาพที่วาดหรือเขียนหรือถ่ายขึ้นมาเองสามารถนำมาใช้ได้เป็นปกติ ถ้ามีรูปที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือบุคคลต้องมีเอกสารยืนยันการได้รับอนุญาตเผยแพร่หรือมีการทำเบลอภาพหรือปิดภาพบางส่วนที่จะไม่ระบุตัวตนของบุคคลนั้นได้ หรือทำให้บุคคลในภาพเกิดความเสียหาย

7. การเตรียมเอกสารอ้างอิงให้ใช้เป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด ถ้าผู้แต่งเป็นคนไทยต้องทำการเปลี่ยนให้เป็นภาษาอังกฤษตามแบบของ APA 6th edition ตามตัวอย่างที่ปรากฏบนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

8. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นหรือเอกสารเผยแพร่อื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งหากกองบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนทั้งฉบับหรือบางส่วนกับที่ปรากฏในวารสารอื่นหรือเอกสารเผยแพร่อื่น กองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากระบบวารสารออนไลน์ทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสาร และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยมาลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพอีก

9. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้อง โดยในใบ IRB ต้องระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ และวันที่อนุมัติ ซึ่งในบทความ หัวข้อ “การพิทักษ์สิทธิ์” ต้องแสดงเลขที่ IRB อนุมัติและวันที่อนุมัติด้วยเสมอ ซึ่งในการแนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ทำในรูปแบบของ pdf ไฟล์ โดย upload file ที่ขั้นตอน Upload Submission พร้อมกันกับไฟล์บทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ) หรือจะแนบมาในช่อง Discussion ซึ่งจะมีให้ผู้นิพนธ์ Add File เพิ่มได้ แต่ต้องเพิ่มทีละไฟล์ โดยเลือก Upload File ตรง Article Component เป็นประเภท Article Text

10. การโอนเงินเพื่อชำระค่าสมัครสมาชิกวารสารและ/หรือค่าใช้จ่ายสำหรับการส่งบทความวิชาการหรือบทความวิจัย จะทำได้ต่อเมื่อได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาตอบรับตีพิมพ์เท่านั้น โดยภายหลังการตอบรับตีพิมพ์ให้ท่านแนบไฟล์หลักฐานการโอนเงินมาในระบบในส่วนของ Discussion เช่นเดียวกับที่ทำการแนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB (**คำเตือน** *หากท่านทำผิดขั้นตอน โดยมีการชำระเงินก่อนได้รับ E-mail แจ้งตอบรับการตีพิมพ์จากระบบวารสารออนไลน์ (accept submission) ผู้นิพนธ์จะไม่ได้รับเงินคืนแต่อย่างใด และจะไม่ถือเป็นความรับผิดชอบในการคืนเงินของกองบรรณาธิการ*)

การเขียนรายการอ้างอิงตามแบบ APA 6th ของวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

โดย รศ. พ.ต.อ.หญิง ดร. ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล
ผศ. พ.ต.ท. ดร. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์
Update 1 มกราคม พ.ศ. 2567

การจัดทำรายการอ้างอิงในวารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ กำหนดให้ใช้ตามแบบของ APA Formatted References 6th edition โดยสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ http://www.apastyle.org/index.aspx

ลักษณะการเขียนตาม APA 6th

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 นอกจากนี้ หากชื่อหนังสือมีการใช้เครื่องหมาย “ : ” หลังเครื่องหมาย “ : ” ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ แล้วที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็ก

5. ชื่อบทความ ใช้ตัวธรรมดา **ไม่ใช้ตัวเอียง** โดยตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ และที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อในหนังสือเป็นชื่อเฉพาะให้ใช้ตัวอักษรตัวพิมพ์ใหญ่ได้ นอกจากนี้ หากชื่อหนังสือมีการใช้เครื่องหมาย “ : ” หลังเครื่องหมาย “ : ” ตัวอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกให้ใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ แล้วที่เหลือใช้ตัวพิมพ์เล็ก

6. ครั้งที่พิมพ์ ถ้าพิมพ์ครั้งแรกไม่ต้องใส่ครั้งที่พิมพ์ แต่เมื่อพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใส่ครั้งที่พิมพ์ต่อจากชื่อเรื่อง โดยครั้งที่พิมพ์จะอยู่ในเครื่องหมายวงเล็บ เช่น (2nd ed.)

7. ชื่อวารสาร ให้ใช้ด้วยตัวเอียง และใช้ชื่อวารสารแบบเต็ม ไม่ใช้ชื่อวารสารแบบย่อ เช่น *Journal of the Police Nurses and Health Science*

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 และ

เว้นระยะ 1 วรรค สำหรับใส่ชื่อสำนักพิมพ์ ตัวอย่างเช่น Bangkok: Chulalongkorn University Printing House แต่ในกรณีที่เป็นวิทยานิพนธ์จะใส่เรียงลำดับดังนี้ 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	Keskomon et al. (2015)	Keskomon et al. (2015)	(Keskomon et al., 2015)	(Keskomon et al., 2015)
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่ม หรือ องค์กรที่มีตัวย่อ	American Academy of Orthopaedic Surgeons (2013)	AAOS (2013)	(American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2013)	(AAOS, 2013)

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหาตามแบบ APA 6th				
Type of citation	**First citation**	**Subsequent citation**	**Parenthetical formal, first citation**	**Parenthetical subsequent, first citation**
ผู้แต่งที่เป็นการรวมกลุ่มหรือ 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. https://doi.org/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. https://www.doi.org/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.

การเขียนอ้างอิงข้อมูลจาก website

Pun, B. T. (2018). *Guideline update: Addressing immobility and sleep disruption.* Retrieved from https://www.aacn.org/education/webinar-series/wb0056/guideline-update-addressing-immobility-and-sleep-disruption

เอกสารคำแนะนำการเขียนรายการอ้างอิงฉบับนี้แปลและเรียบเรียงมาจากต้นฉบับ
หนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association, 6th Edition
ของ American Psychological Association (2020)

❁ ❁ ❁ ❁ ❁ ❁ ❁ ❁ ❁ ❁

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American psychological association* (6th ed.). Washington, DC.

