



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management ISSN : XXXX-XXXX (Print)
ISSN : 3027-6454 (Online)

ปีที่ 9 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566

วารสารกลุ่ม 1 การรับรองคุณภาพจาก TCI
สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

Vol.9 No.2 July-December 2023

บทความวิชาการ

- บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยยุคดิจิทัลใหม่ อัจฉนา จงเจริญ

บทความวิจัย

- การศึกษาการจัดอัตราค่าจ้างตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ จินดา คุ่มกลัด, ถิ่นศิลากรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ทัศนัญดา ประจุศิลป์, สุวรรณิ ละอองปักษิณ
- Health literacy of Schizophrenic patients' caregivers in Bangkok Metropolitan Sombat Riyaphun, Yada Prakongyos, Sutheekarn Chaiyalap
- ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับความยืดหยุ่น กิตติยา เต็กแก้ว, ต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตัญญู เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ทัศนัญดา ประจุศิลป์, สุวรรณิ ละอองปักษิณ
- ผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่มีต่อสุขภาพที่ดี คณินธร ล้อคำ, ของวัยรุ่งตอนปลาย ประทีป จินดี, กาญจนา ภักธวิวัฒน์, สิกิพร ครามานนท์
- ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงต่อความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หนึ่งฤทัย เอกอภิญา, ทัศนัญดา ประจุศิลป์, มาลีวัล เลิศสาครศิริ
- ความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน เกื้อนเพ็ญ บุญมาชู, สุพัตรา เกียรติเจริญศิริ
- ผลของโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ มาลีวัล เลิศสาครศิริ, และระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พงษ์ลดา วัชรสินธุ
- ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย ศิริวรินทร์ บุญญาพิภพวรรณ, ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล, กลดาว วงศ์ธีระธรณ์
- ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ปิยะฉัตร นามพิทักษ์, ปรีชาพร ชูชื่น, ปานทิศา จำปารัตน์, นิติยา บุญปก, เปรมิกา ประทุมพงษ์, นิตติวัฒน์ ดวงกรมนาน, บุรณารักษ์ มะสุใส, ปรายวาท สุกใจ, นริศรา ทวยกัน, บดินทร์ คณะพันธ์, สุภารัตน์ พิสมัยพันธุ์
- การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ณ.ไม่เฝ้า Diamond วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, พื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กิตติศักดิ์ จุฑาญจนรัตน์, ณัฐกร นิลเนตร, ธัชกรวิทย์ จิตรพรกุลสิน, สันติพิทาพร กลิ่นทอง, เบนจวรรณ ดุชนุกถ, พรรณี คอนจอหอ
- ผลของการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อความเครียดของ พิริยานาถ พิธยาวิจิตร, กษพร สิงห์หล้า มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต
- ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า : กาวรุ่ง คำวงศ์, บุศรา ไหล่เรืองทรัพย์, กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก ฐิติพร แสงรัตน์
- การทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อ สุภารัตน์ พิสมัยพันธุ์, ณัฐธยานี ชาบัวคำ, ญาณิ แสงสาย
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยต่อการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติภาระงาน จิราวรรณ กล่อมเมฆ, ของนักศึกษาพยาบาล วรวิทย์ บรรลือทรัพย์, ปัทมา ฟ้าขาว
- ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่ประสบเหตุในชุมชน นิติยา บุญลือ, พรพรรณ มนสิกุล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุเมธพร จอมจันทร์
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร รัฐกานต์ ขำเขียว, ศนิกันต์ ศรีมณี, ศิรินา สันติกิจงาน
- ผลกระทบจากการระบาดใหญ่ โควิด 19 ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปานตา อภิรักษ์นันทน์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขงศ์, วนิดา ศรีวรกุล, มณีนรัตน์ ภาครูป, จารุณี อรุณเรื่อ
- ความทุกข์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระพีพรรณ เทือกทักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบ นันทิยา ปรีชาเสถียร, ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด อัมพร เจริญวิชัยกุล, ชัชวาล วงศ์สารี, ชนินทร์ ส่วนระอม, ธนิตินา ภักสุขนิรันดร์



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 2408-1396 (Print)
ISSN 3027-6454 (Online)



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธิอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุ่มธ
เซอร์คริสตอฟ เภกะนั้นท์ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

ดร.ชูเกียรติ จากใจชน
ดร.อุษา คุรุครุชิต

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

ศ.ดร.วราณี พองแก้ว

ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

รศ.ดร.โสรัจ โพธิ์แก้ว

ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลสิกรรม

รศ.ดร.พนัสชา พานิชชิวกุล

รศ.ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ

รศ.ดร.สรารัฐ สุธรรมมา

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังสี

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง

รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบุลย์

ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานสร้างสรรค์ และนวัตกรรมทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ โดยเฉพาะทางด้านการพยาบาล กายภาพบำบัด จิตวิทยา และการสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูลและข้อคิดเห็นต่างๆ ทางด้านวิชาการในด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

- ปีละ 2 ฉบับ
- มกราคม-มิถุนายน
 - กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

กระทรวงยุติธรรม

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพณผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชรพร เกิดมงคล

รศ.ดร.วงเดือน บันติ

ดร.ชัชติยา รัตนติลล

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัทร

รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ

รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณ อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาวัล พุ่มสุทัศน์

อาจารย์ ดร.ชูเกียรติ จากใจชน

อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุชิต

อาจารย์ศรารัฐ มั่งสูงเนิน

อาจารย์ ดร.นารีรัตน์ กิตติอาษา

ผู้จัดการ :

ดร.นารีรัตน์ กิตติอาษา

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นายภุชณะ หน่อสีหา

นางสาวสาธิตา สามีกักดี

การติดต่อ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12

โทรสาร 0-2675-5313

<http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

- บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากสำนักกองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ 1	1
ในการดูแลผู้ป่วยยุควิถีใหม่	

Role of Registered Nurse in Peritoneal Dialysis Patients Caring towards Best
Nursing Practice in New-Normal Era

อังคณา จงเจริญ

บทความวิจัย

การศึกษาการจัดอัตรากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาล 16	16
ผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	

A Study of Nurse Staffing according to Nursing Activities of Professional Nurses,
the Surgical Respiratory Infirmity, Pranangklaao Hospital

จินดา คุ่มกลัด, กัญญดา ประจุศิลป์, สุวรรณี ละออปักษิน

Health literacy of Schizophrenic patients' caregivers in Bangkok Metropolitan..... 27	27
ความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกรุงเทพมหานคร	

Sombat Riyaphun, Yada Prakongyos, Sutheekarn Chaiyalap

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน 40	40
กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข	

Relationships Between Organizational Citizenships Behaviour, Work Environment,
and Organizational Commitment of Profesional Nurses, Tertiary Hospitals, Health Region 4,
Ministry of Public Health

กิตติยา เด็ดแก้ว, กัญญดา ประจุศิลป์, สุวรรณี ละออปักษิน

ผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา 52	52
ที่มีต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลาย	

Effect of Learning Experience Provision Program Through Cognitive Process Development on
Well-being of Late adolescents

ณินธร ล้อคำ, ประทีป จินนี่, กาญจนา ภัทราวิวัฒน์, สิทธิพร ครามานนท์

หน้า

ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงต่อความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย..... ของพยาบาลวิชาชีพ The Effect of Using Mentorship Model on Professional Nurses' Confidence in Performing Head Nurse Roles หนึ่งฤทัย เอกอภิญญา, กัญญดา ประจุศิลป์, มาลีวัล เลิศสาครศิริ	66
ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน..... Knowledge And Prevention Behavior COVID-19 Among Parent Preschool Children เดือนเพ็ญ บุญมาชู, สุกตรางา เกียรติเจริญศิริ	78
ผลของโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ The Effect of Program Integrated with Self-efficacy and Empowerment on Self health Care Behaviors and Blood Sugar Level in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus มาลีวัล เลิศสาครศิริ, พงษ์ลดา วัชรสินธุ์	89
ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย..... Psychologists' Experiences of Helping Women Overcoming Suicidality ถิรวิรินทร์ บุญญาพิพรรธน์, ขมพูนท ศรีจันทร์นิล, ดลดาว วงศ์ธีระธรรม	103
ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน Depression and Fall Risk in Older Persons with Diabetes Mellitus ปิยะฉัตร นามพิทักษ์, ปรียาพร ชูชื่น, ปาณัต จำปาร์ตัน, นิตยา บุญปก, เปมิกา ประทุมวงษ์, นิติวัฒน์ ดวงกรมนา, นุชราภรณ์ มะสุไใส, ปรายวภา สุกใจ, นริศศรา ทวยทนต์, บดินทร์ คณะพันธ์, สุภารัตน์ พิสัยพันธ์	114
การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ณ.ไม่เฒ่า Diamond..... พื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ The Innovative development of Platform Application for Caring and Promoting Aging Health as "Diamond" in Phetchaburi and Prachuap Khiri Khan Province วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์, ณัฐกร นิลเนตร, รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวลิน, สันธิตาพร กลิ่นทอง, เบญจวรรณ ดุนขุนทด, พรธณี คอนจจอหอ	127

หน้า

ผลของการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อความเครียด.....	140
ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต	
The Effects of Social Support Combined with Foot Reflexology on Stress of Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit	
พริยานาถ พริยาวิจิตร, กชพร สิงห์หล้า	
ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า:	154
กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก	
Effects of Elderly School Attendance on Health Literacy and Depression: A Case Study of Elderly School in Phitsanulok Province	
ดาวรุ่ง ค่วงวงศ์, บุศรา โล่ห์เรืองทรัพย์, ฐิติพร แสงรัตน์	
การทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า	166
Balance and Activities of Daily Living in Older Adults with Knee Pain	
สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, ณัฐธยาน์ ขาบัวคำ, ญาณิ แสงสาย	
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยต่อการรับรู้ความสามารถและ.....	179
การปฏิบัติการดูแลตนเองของนักศึกษาพยาบาล	
Effect of Entrustable Professional Activity Promoting Program on Self- Efficacy and Suction of Secretion Procedure of Nursing Students	
จิราวรรณ กล่อมเมฆ, วรลัญช์ บรรลือทรัพย์, ปัทมา พ้าขาว	
ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉิน.....	192
เพื่อบุคคลที่เสพสุราในชุมชน	
The Effectiveness of Knowledge and Practice Development Program of Youth in Supporting Emergency Services for Alcoholics in the Community	
นิตยา บุญลือ, พรพรรณ มนลัจกุล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุมิตรพร จอมจันทร์	
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร	204
Factors Predicting the Participatory Health Management in Klong Phasi Charoen Waterfront	
รัฐกานต์ ขำเขียว, คณิกานต์ ศรีมณี, ศิรินา ลั่นທံດງານ	

หน้า

ผลกระทบจากการระบาดใหญ่ โควิด 19 ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	217
The Impact of the COVID-19 Pandemic on People with HIV	
ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุทธิ, วนิดา ศรีวรกุล, มณีนรัตน์ ภาณุรูป, จารุณี อรุณเรื้อ	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2	230
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง	
The Prevalence and Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Primary Care Setting in Trang Province	
ระพีพรรณ เทือกทักษ์	
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและ.....	242
แบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานใน	
โรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด	
Exploratory Factor Analysis of Adaptive Performance Scale and Counterproductive Work Behaviors Performance Scale of Nurse Unit Managers in Private Hospitals Post COVID Pandemic	
นันทิยา ปรีชาเสถียร, อัมพร เจียงวิรัชกุล, ชัชวาล วงศ์สารี, ชนินทร์ ต่วนชะเอม, ธนันต์นิภา ภัคคุชฌีวิวัฒน์	

บทบรรณาธิการ

เข้าสู่หน้าหนาวกันแล้ว และอีกไม่นานก็จะเข้าสู่ปีใหม่ ปี ๒๕๖๗ ที่หลายคนอาจวางแผนเตรียมตัวท่องเที่ยว หรือวางแผนทำงานต่อเนื่องในช่วงวันหยุดปลายปี ก็ขอให้ระมัดระวังในการปฏิบัติตัว การล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยหากต้องไปร่วมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมากหรือไปในที่สาธารณะ เนื่องจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ไวรัสไข้หวัดใหญ่ กำลังกลับมาระบาดในช่วงนี้ นอกจากนี้ค่าฝุ่น PM 2.5 ที่มาพร้อมอากาศหนาวก็นับเป็นภัยคุกคามที่ต้องระวังป้องกันด้วยเช่นกัน การป้องกันตัวเอง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล และคนที่เรารัก ให้แข็งแรงปลอดภัยจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จึงยังเป็นเรื่องจำเป็นที่นับเป็นความท้าทายของผู้ที่ทำงานในยุคปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเช่นทุกวันนี้

สำหรับวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ 2 ปีถัดหลังของปี 2566 ได้รวบรวมและคัดสรรบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ค้นคว้าและศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพ การพัฒนาโปรแกรม การจัดการทางกายภาพบำบัด การจัดการเรียนรู้ ในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ทั้งกลุ่มเปราะบาง กลุ่มผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มวัยรุ่น และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผลจากการศึกษาค้นคว้าของบทความต่าง ๆ ในวารสารฉบับนี้ จะแสดงให้เห็นถึง ผลของการพยาบาล การจัดการด้านสุขภาพ ผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากกลุ่มโรคต่าง ๆ ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม รวมทั้งโควิด-19 ที่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องยาวนานมาถึงปัจจุบัน และในหลายบทความยังแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของสาเหตุของโรค การสนับสนุนทางสังคม การป้องกันการเกิดโรค และผลจากการศึกษาในแง่มุมที่หลากหลาย นอกจากนี้ บทความที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบและโปรแกรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านต่าง ๆ ในการพยาบาลวิชาชีพหลายบทความจะทำให้ผู้อ่านเข้าใจ และเห็นภาพในการพัฒนาได้อย่างชัดเจน หรือแม้กระทั่งสามารถนำองค์ความรู้ด้านสุขภาพ จิตวิทยา กายภาพบำบัดและการพยาบาล ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันหรือพัฒนางานวิชาการด้านสุขภาพ จิตวิทยา กายภาพบำบัดและการพยาบาลให้เติบโตก้าวหน้าได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ทีมบรรณาธิการต้องขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ความสำคัญในการจัดทำวารสารที่เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนาให้กับวงการจิตวิทยา กายภาพบำบัด การพยาบาลและสาธารณสุขมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า รวมทั้งขอขอบคุณผู้ประเมินทั้งภายในและภายนอก กองบรรณาธิการทุกท่านที่ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ และสละเวลาอันมีค่าในการประเมินและให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ หวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากบทความของวารสารฉบับนี้ และมาร่วมกันให้คุณค่า ให้เกียรติ และร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาวิชาชีพทางด้านจิตวิทยา กายภาพบำบัด การพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อการจัดการสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนสืบไป

สุดท้ายนี้ขอให้เที่ยวปีใหม่อย่างปลอดภัยสุขภาพ สุขใจ สวัสดิ์ปีใหม่ ๒๕๖๗

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยยุควิถีใหม่

**Role of Registered Nurse in Peritoneal Dialysis Patients Caring
towards Best Nursing Practice in New-Normal Era**

อังคณา จงเจริญ, กศ.ด., Angkana Chongjarearn, Ed.D.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Assistant Professor, Ed.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

Corresponding Author Email: Angkana@slc.ac.th

Received: July 25, 2023

Revised: November 29, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทหน้าที่เฉพาะของพยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) ภายหลังการแพร่ระบาดของโควิด 19 ซึ่งก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินวิถีชีวิตที่แตกต่างจากเดิม บทบาทพยาบาล PD ต้องมีองค์ความรู้ในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะกลุ่มโรคและมีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่เหมาะสมกับยุควิถีใหม่ มาออกแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้าย ให้สามารถนำไปปฏิบัติการล้างไตทางช่องท้องด้วยตนเองได้ที่บ้าน เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ โดยประเด็นสำคัญของบทบาทพยาบาล PD ในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในยุควิถีใหม่ มี 9 ด้าน คือ 1) การให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนการล้างไต 2) การดูแลเมื่อผู้ป่วยตัดสินใจล้างไต 3) การสอนการล้างไตทางช่องท้องในยุควิถีใหม่ 4) การประเมินและป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ 5) การประเมินความเพียงพอในการล้างไต 6) การติดตามเยี่ยมบ้าน 7) การให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองและครอบครัว 8) การส่งเสริมและสนับสนุนด้านจิตใจ และ 9) การพัฒนาต่อยอดในการผลิตนวัตกรรม ทั้งนี้องค์ประกอบทั้งหมด ควรมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์เฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย และพยาบาลควรมีการทบทวนองค์ความรู้ใหม่ ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้เกิดผลลัพธ์ของความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยยุควิถีใหม่

คำสำคัญ : ปฏิบัติการพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ ผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง ยุควิถีใหม่

Abstract

This article aims to present the specific roles of peritoneal dialysis (PD) nurses after the COVID-19 outbreak. This outbreak leads to changes in lifestyles which are different from the past. The role of PD nurses, in addition to having knowledge in nursing practice for specific groups of patients, also need to know the appropriate innovation and technology which is suitable for the end stage kidney disease (ESKD) patient in the new normal era. To design patient care program for the patient to perform home-based peritoneal dialysis by oneself, to prevent and control infection as well as the spread of germs. The key components of the best nursing practice in caring for ESKD patients consist of 9 aspects: 1) Counseling for pre-dialysis 2) Caring for patients who decided to PD 3) Teaching in how to perform PD in the new-normal era 4) Peritonitis assessment and prevention 5) Evaluating the adequacy of PD 6) Follow-up and home visit 7) Providing knowledge about managing oneself and one's family 8) Psychological promotion and support, and 9) Further development in innovation production. All components should be adjusted and adapted for each patient's specific situation and keep track of reviewing the new knowledge to care for patients with PD regularly. Thus, this adjustment and adaptation will create the best outcome and quality of care for patients with PD and will promote the best quality of care for patients and family in the new normal era.

Keywords : *best nursing practice, Peritoneal dialysis patient, New-Normal Era*

บทนำ

สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease: CKD) ในปัจจุบัน ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับประเทศและนานาชาติ จากสถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End-Stage Kidney Disease: ESKD) ซึ่งจัดเป็นโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 5 และมีการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2563 พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีฟอกเลือด (Hemodialysis: HD) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis: PD) และการผ่าตัดปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation: KT) เพิ่มขึ้นจากปี 2562 จากเดิม HD 114,262 PD 30,869 KT 6,212 คน เพิ่มเป็น HD 129,724 PD 34,467 และ KT 6,583 คนตามลำดับ

และพบของผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตรายใหม่เพิ่มขึ้น 298.7 คน ต่อประชากร 1 ล้านคน โดยสาเหตุสำคัญของโรคไตระยะสุดท้าย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน พบถึงร้อยละ 42.30 และ 41.50 ตามลำดับ ผู้ป่วย ESKD ส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ ช่วง 45-64 ปี และ 65-74 ปี จำนวน 35,093 และ 34,165 คน ตามลำดับ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2563) จากข้อมูล ชี้ให้เห็นแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่จะเข้าสู่การรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การล้างไตทางช่องท้อง หรือ PD หมายถึง การล้างไตโดยใช้หลักการแพร่ของสารหรือออสโมซิสโดยใช้น้ำยา

ล้างไตเข้าไปในช่องท้อง ใช้ผนังเยื่อช่องท้องของผู้ป่วย (Peritoneal Membrane) ซึ่งเป็นตัวกรองธรรมชาติ ในการกรองน้ำ ของเสีย กรดและเกลือแร่ส่วนเกิน โดย ปริมาณของเสียในเลือดจะซึมผ่านผนังหลอดเลือดฝอย ที่เยื่อช่องท้อง และถูกปล่อยออกมาจากช่องท้อง การ รักษาด้วย PD แบ่งเป็น 2 วิธี คือ 1) วิธีการล้างไตทาง ช่องท้องแบบต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: CAPD) ใช้หลักการใส่น้ำยาล้างไต เข้าไปในช่องท้องและปล่อยน้ำยาออกจากช่องท้อง ตามหลักของแรงโน้มน้าว ทำวันละ 3-4 ครั้ง ทำติดต่อกัน ทุกวัน และการล้างไตทั้ง 2 วิธี ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วย ตนเองที่บ้าน ภายหลังได้รับการฝึกสอนจากพยาบาล และ 2) วิธีการล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติโดยใช้เครื่อง (Automate Peritoneal Dialysis: APD) ตั้งโปรแกรม การล้างไตในเวลากลางคืนในขณะที่ผู้ป่วยหลับ ใช้เวลา 8-12 ชั่วโมง ปัจจุบัน การรักษาแบบ CAPD มีมากกว่า APD ด้วยปัญหาเครื่องที่มีจำกัด และมีค่าใช้จ่ายแบบ APD สูงกว่าแบบ CAPD ถึง 2 เท่า แต่ไม่ว่าจะทำด้วย วิธี APD หรือ CAPD ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแล ผู้ป่วย ก็จะมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกัน (Bieber, Burkart, Golper, Teitelbaum, & Mehrotra, 2014)

ปัจจุบัน เป็นยุควิถีชีวิตใหม่ (New-Normal Era) หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) ที่มีความรุนแรงได้ลดลงจนกลายเป็นโรคประจำถิ่น ตามที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศ ยกเลิกโรคโควิด-19 จากโรคติดต่อร้ายแรง เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 และมีนโยบายมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่กับ โรคโควิด-19 ได้อย่างปลอดภัย รวมทั้งดำเนินชีวิตได้เป็น ปกติ ร่วมกับผลจากการแพร่ระบาด ทำให้การใช้ชีวิต ประจำวันของผู้คนทั่วโลกเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีวิถี ชีวิตปกติ แต่เป็นแบบปกติในยุคหลัง COVID-19 หรือยุค ชีวิตวิถีใหม่ ที่เรียกว่า New normal ซึ่งจะเน้นเรื่องการ

ป้องกันตนเองจากโรคระบาด COVID-19 ด้วยมาตรการ ต่าง ๆ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ผสมผสาน ในการดูแลป้องกันตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วย ESKD ที่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตแบบ PD ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แม้การดำเนินชีวิตส่วนใหญ่จะอยู่ที่บ้าน แต่ความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ก็ไม่ได้น้อยลง เนื่องจาก ผู้ป่วยโรคไตมีภูมิคุ้มกันน้อยอยู่แล้ว หากเกิด การติดเชื้อ มีโอกาสที่จะเกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิต ได้มากกว่าคนปกติ ยิ่งกว่านั้นในช่วงการระบาดของ โรค COVID-19 ยังพบว่า ผู้ป่วย PD ส่วนใหญ่วิตกกังวล กับมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) เพราะทำให้เกิดความยากลำบากในการเดินทาง มาติดตามอาการที่โรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของวิถี ชีวิตปกติที่เคยปฏิบัติ เกิดอุปสรรคในการติดต่อสื่อสาร กับพยาบาลและทีมสุขภาพ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมเพิ่มขึ้น (Bieber, Burkart, Golper, Teitelbaum, & Mehrotra, 2014) พยาบาลที่ดูแล ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จึงต้องพยายามพัฒนาระบบบริการที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น นำเทคโนโลยีระบบบริการสุขภาพ ทางไกลมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ระบบการ บริการการแพทย์และการจัดยาทางไกล (Telemedicine and medication management) การพัฒนา แอปพลิเคชันเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยล้างไตช่องท้อง (Application for remote assessment of PD patients) เป็นต้น (दारारรรณ รองเมือง และคณะ, 2564) ร่วมกับจากการศึกษา พบว่า บุคลากรการแพทย์ ที่ผู้ป่วยรับรู้และคาดหวังต่อการได้รับการดูแลมากที่สุด คือ พยาบาลหน่วยล้างไตทางช่องท้อง (PD Nurse) เริ่ม ตั้งแต่การเข้าสู่การรักษา การเตรียมตัวทั้งระยะก่อนการ รักษา ระหว่างการรักษา และไปจนถึงตลอดชีวิตการรักษา ของผู้ป่วย การดูแลของพยาบาล PD ต่อผู้ป่วยและครอบครัว จึงเปรียบเสมือนญาติ/คนใกล้ชิด พยาบาล PD มักให้ การดูแลผู้ป่วยในหลากหลายบทบาท เช่น เป็นผู้ให้ข้อมูล/

คำปรึกษา ผู้ฝึกหัดทักษะ ผู้ดูแล ผู้ให้การประคับประคอง และสนับสนุน เป็นต้น ทั้งนี้ต้องครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน อย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม (Fox, Quinn, James, Venturato & King-Shier, 2020)

ผู้เขียนในฐานะอาจารย์พยาบาลที่มีความสนใจ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้า และรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วย ล้างไตทางหน้าท้อง เพื่อนำเสนอแนวทางการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างมีมาตรฐานและทันต่อความ เปลี่ยนแปลงของสังคมในยุคปัจจุบัน หรือยุควิถีใหม่ ที่ ให้ความสำคัญกับการประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ความเป็นเลิศในการปฏิบัติ การพยาบาลในอนาคตต่อไป

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศ (Nursing Best Practice) หมายถึง การปรับปรุงการปฏิบัติการ พยาบาลให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด เป็นการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระบบ สาทก ทันต่อความเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ผลงาน มีคุณภาพสูง คุ่มค่า คุ่มทุน มีการใช้ความรู้จากงานวิจัย เป็นฐาน (Evidence Base Practice) ในการตัดสินใจ ปฏิบัติการพยาบาล หรือมีการพัฒนา/การนำนวัตกรรม ที่เป็นที่ยอมรับ มาปรับใช้ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยในการจะได้มาซึ่งความเป็นเลิศของการปฏิบัติ นั้น ต้องมาจากผู้ปฏิบัติที่มีความรู้ในสิ่งนั้นๆ และเป็นผู้ที่ สร้างความรู้จากประสบการณ์ที่สั่งสม เช่นเดียวกับการ ปฏิบัติพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศสำหรับการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง ผู้ปฏิบัติการ พยาบาล โดยเฉพาะพยาบาล PD หรือ PD Nurse

ซึ่งมีบทบาทหลักในการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคไต ระยะสุดท้าย ที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง พยาบาล PD ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งพยาบาล ที่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ ระดับชำนาญการ และ ระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งขอบเขตของบทบาทหน้าที่ อาจให้ความสำคัญแตกต่างกันบ้าง แต่สิ่งที่ PD Nurse ทุกระดับจำเป็นต้องมีในยุควิถีชีวิตใหม่ คือ คุณลักษณะ และสมรรถนะทางวิชาชีพที่เฉพาะเจาะจงในการดูแล ผู้ป่วย PD ผนวกกับทักษะการพัฒนาวัตกรรมหรือแนว ปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม PD หรือ การนำผลการวิจัย/นวัตกรรมใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องมาเป็น ฐาน/หลักฐานเชิงประจักษ์ และบูรณาการสู่การปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและปลอดภัย จากโรคระบาด จึงจะถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคมโลกปัจจุบันเป็นสังคมแห่ง เทคโนโลยีแห่งข้อมูลอย่างเต็มรูปแบบ ประชาชนสามารถ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ กิจกรรมการรักษายาบาลต้องปรับตัวเข้าสู่รูปแบบ วิถีใหม่ กล่าวคือ จากเดิมเป็นผู้ให้การรักษ ให้คำแนะนำ เพียงอย่างเดียว เปลี่ยนไปเป็นผู้รับฟัง ชี้แนะ และช่วยเหลือ ให้ความรู้ในทางค้นหาข้อมูล แก้ไขและให้ความกระจ่าง ต่อแนวทางการรักษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมากขึ้น สอดคล้อง กับการเปลี่ยนแปลงทางการพยาบาลที่มีการมุ่งเน้น สมรรถนะที่ไม่ต้องอาศัยทักษะเชิงเทคนิค (Soft skill) เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะทางอารมณ์ เป็นต้น ควบคู่ ไปกับการพัฒนาทักษะเชิงเทคนิค (Hard technical skill) เช่น สมรรถนะทางวิชาชีพในการปฏิบัติการ พยาบาลล้างไตทางช่องท้อง การทำแผลช่องทางสาย ล้างไต เป็นต้น รวมทั้งการนำเทคโนโลยีทันสมัยมา ช่วยในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ESKD ได้มีส่วนร่วมในการใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลตนเอง

เป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจการมีส่วนร่วมการดูแลและติดตามสุขภาพด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 เป็นการรองรับวิถีชีวิตใหม่ สิ่งเหล่านี้ ถือเป็นแนวทางของการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศสำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องในยุค COVID-19 (เบญจมาศ ปรีชาคุณ, ฤชตา โมเหล็ก, ดารารัตน์ ชูวงศ์อินทร์, เพ็ญพักตร์ กองเมือง และมาริษา สมบัติบุรณ์, 2020; อารี ชิวเกษมสุข. (2564)

การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในยุควิถีใหม่

การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis : PD) เป็นวิธีการรักษาที่นิยมถึงร้อยละ 81 ของประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและต่ำ โดยเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแล้ว การรักษาด้วย PD มีข้อได้เปรียบหลายประการ เนื่องจากสามารถทำเองได้ที่บ้าน ไม่ต้องมาโรงพยาบาลบ่อย ๆ ช่วยลดความเครียดและลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล และสามารถใช้ชีวิตปกติได้ รวมถึงเทคนิคที่ง่ายและผู้ป่วยสามารถทำเองได้ที่บ้าน ต้นทุนการรักษาต่ำกว่าการรักษาแบบ HD สอดคล้องกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับประเทศไทยที่มีการประกาศใช้นโยบาย “PD First Policy” ในปี 2551 โดยให้บริการผู้ป่วย ESKD ที่จำเป็นต้องรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต สามารถเข้ารับบริการการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องหรือ CAPD ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ป่วย ESKD เข้าถึงบริการการบำบัดทดแทนไตได้มากขึ้น อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลดลง สำหรับวิธีการล้างไตทางช่องท้องนั้น ผู้ป่วยใช้เวลาเปลี่ยนถ่ายน้ำยาประมาณ 30 นาที/ครั้ง เริ่มจากการใส่น้ำยาล้างไต (Dialysate) เข้าสู่ช่องท้องทางสายท่อล้างไต (สาย Tenckhoff catheter) และให้น้ำยาค้างไว้ในช่องท้อง 6-8 ชั่วโมง เพื่อกรอง

ของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือด เมื่อครบเวลาจะปล่อยน้ำยาที่มีของเสียและน้ำออกจากช่องท้องผ่านท่อล้างไต กระบวนการนี้จะทำวันละ 3-4 ครั้ง ผู้ป่วยไม่เจ็บตัวเหมือนการล้างไตทางเส้นเลือด (HD) การขจัดของเสียและน้ำเกินในร่างกาย ทำได้ดีกว่าการฟอกเลือด เนื่องจากการล้างไตมีการทำอย่างต่อเนื่อง (National Kidney Foundation, 2023)

การดูแลผู้ป่วย PD เป็นการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ วัตถุประสงค์ของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำ PD ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยด้วยตนเองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ในการดูแลจึงต้องมีการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาล PD นักโภชนาการ จิตแพทย์ และทีมเวชกรรมสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ในวงจรของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย PD หากเกิดอาการหรือภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย อาจมีความจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ร่วมด้วย เป็นรายกรณีไป เช่น พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น แพทย์ทางศัลยกรรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น การล้างไตทางช่องท้องในปัจจุบัน เป็นการล้างไตในยุควิถีชีวิตใหม่ (New Normal) หรือยุคหลังโรคระบาด COVID-19 สงบลงแล้ว แต่ร่องรอยของผลกระทบจากโรคระบาด ร่วมกับการติดต่อของโรค COVID-19 ยังคงมีอยู่ถึงแม้จะไม่รุนแรงเหมือนที่ผ่านมาก็ตาม ผวนกับผู้ป่วย PD เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อยอยู่แล้ว ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้นได้ ดังนั้น จึงยังคงมีมาตรการที่เข้มงวดในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ทั้งการลดการสัมผัส การใช้มาตรการเว้นระยะ ห่างทางสังคม (Social distancing) ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตปัจจุบัน

ร่วมกับการนำเอาเทคโนโลยี สารสนเทศ สื่อ และ การใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence : AI Innovation) เช่น โปรแกรมการคุยโต้ตอบใน SIRI การใช้ระบบสแกนหน้าเพื่อปลดล็อกมือถือ การใช้ Happy Bot หรือหุ่นยนต์ขนส่งอัตโนมัติ ในการนำทางหรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ การใช้ AI เพื่อตรวจ COVID-19 ผ่านเสียงไอ ที่มีความแม่นยำถึงร้อยละ 98.5 เป็นต้น มาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เสริมสร้างกระบวนการในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว สอดคล้องกับประเด็น การป้องกันการแพร่กระจายของโรคระบาด ดังนั้น บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยยุควิถีใหม่ จึงควรมีการสอดแทรกประเด็นสำคัญที่กล่าวมานั้น เข้าไปบูรณาการในดูแลผู้ป่วยด้วย (สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล, 2563)

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในยุควิถีใหม่

การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในในยุควิถีใหม่ของพยาบาล PD มีประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. การดูแลให้คำปรึกษาผู้ป่วยก่อนการล้างไต (Counseling for Pre-dialysis) : ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตระยะสุดท้ายหรือ ESKD และมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (RRT) เมื่อผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเข้ารับการรักษาแบบ PD แล้ว แพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการการให้คำปรึกษามายังพยาบาล PD ปฏิบัติการดูแลที่เป็นเลิศในระยนี้ พยาบาล PD จำเป็นต้องมีทักษะปฏิบัติการให้คำปรึกษาใน 3 ทักษะ คือ 1) ทักษะการวางแผนขั้นตอนในการให้คำปรึกษา (Stage of Counseling) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ ระบุปัญหา/ความจำเป็นในการทำ PD การระบุ

วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกันของพยาบาลและผู้ป่วย การวางแผนและดำเนินการ การประเมินและติดตามผล 2) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพในการให้คำปรึกษา (Relationship) เป็นสิ่งสำคัญในการเริ่มต้นการให้คำปรึกษา พยาบาลต้องให้เกียรติและจริงจังในการดูแลผู้ป่วย (Respect and Authenticity) เข้าใจความรู้สึกผู้ป่วยและญาติ (Empathy) ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ อบอุ่นและเป็นมิตร รวมทั้งเก็บความลับในสิ่งที่สนทนา 3) ทักษะในการคำปรึกษา (Skills of Counseling) เป็นการใช้ทักษะต่าง ๆ ในระหว่างให้การคำปรึกษา ได้แก่ การฟัง (Listening) การนำ (Leading) การตีความหมาย (Interpreting) การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก (Reflecting feelings and contents) การให้ข้อมูลและการให้กำลังใจ (Informing and reassuring) สำหรับปฏิบัติการดูแลที่เป็นเลิศในระยนี้ ถือเป็นระยะที่สำคัญมาก เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ป่วยอาจยังไม่ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และเกิดความกลัวในการรักษา บทบาทของพยาบาลในการให้คำปรึกษาก่อนล้างไต จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ยอมรับ และเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตน ผลที่ตามมา ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยีนำมาใช้ประกอบในการตรวจประเมินระยะของโรคไต โดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence technology) เป็นเว็บแอปพลิเคชันสำหรับประเมินโรคไต (Web Application for Screening CKD) โดยนำไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เก็บข้อมูลใน 10 ปี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,528 คน งานวิจัยนี้สามารถนำเสนอผลการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์เป็นแอปพลิเคชันเพื่อทำนายความเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วยได้

(สกุณา ช่างบู่ และศนิ บุญญกุล, 2565)

2. การดูแลผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง (Caring for patients who decided to PD) : ประกอบด้วย 1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนการวางสายล้างไตทางหน้าท้อง : (Tenchkoff's Catheter) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลและการประเมินความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจก่อนวางสายล้างไต 2) การดูแลผู้ป่วยหลังวางสายล้างไตทางหน้าท้อง ซึ่งเน้นการดูแลแผลช่องสายออก (Exit site) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณทางเข้าของสายล้างไต 3) การสอนและฝึกหัดวิธีการล้างไตทางช่องท้อง (Teaching and Coaching PD Method) เป็นบทบาทพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย PD เพื่อมุ่งหวังให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาให้มากที่สุด และเกิดภาวะแทรกซ้อนให้น้อยที่สุด ในระยะนี้ การพยาบาลที่เป็นเลิศในยุควิถีใหม่ ต้องสร้างช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติ เพื่อดูแลช่วยเหลือในกรณีเกิดปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยให้ไปทำการล้างไตต่อเนื่องที่บ้าน โดยการนำเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพทางไกลหรือ Telehealth มาใช้ และทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการการดูแลแม้จะอยู่ที่บ้านก็ตาม จากการศึกษาเกี่ยวกับ Telehealth ในผู้ป่วย PD พบว่า สามารถช่วยลดปัญหาจากการเดินทาง ลดภาวะค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 จากการมาโรงพยาบาล และ ผู้ป่วยพึงพอใจต่อการบริการทางไกล ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง และปรับปรุงคุณภาพการดูแล โดยรวมคือเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สำหรับเทคโนโลยีที่ใช้ จะเน้นในรูปแบบการสื่อสารเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและให้ความรู้/คำแนะนำที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Yang & Dong, 2020) โดยในการสอนและฝึกหัดวิธีการล้างไต

ทางช่องท้อง จะมีการกำหนดให้ผู้ป่วย ESKD ที่เริ่มล้างไต ให้มารับการประเมินสุขภาพแบบ Face to Face อย่างน้อย 1 ครั้งใน 3 เดือนแรกที่เริ่มล้างไตด้วย PD หลังจากนั้น จะทำการประเมินภาวะสุขภาพทางไกล ทุก ๆ 3 เดือน ต่อ 1 ครั้ง สำหรับข้อปฏิบัติของผู้ป่วยในการใช้ระบบ Telehealth นั้น จะต้องมีการเปิดสิทธิ์การเข้าถึงระหว่างหน่วยล้างไตกับที่บ้านผู้ป่วย มีการติดตั้งอุปกรณ์เพื่อใช้ในการเข้าระบบ และทุกครั้งที่เข้าระบบ ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการประเมิน โดยต้องสื่อสารกับทีมสุขภาพแบบ Face to Face ให้แสดงภาพจริงที่กล้องของอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ (Lew, 2018; Krishna, Managadi, Smith, & Wallace, 2017)

นอกจากนี้ ในการดูแลผู้ป่วยที่เริ่มตัดสินใจล้างไต ยังต้องให้ความสำคัญกับการให้การศึกษา ให้ความรู้เรื่องโรคไต ESKD และการทำ PD ได้แก่ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย PD ความรู้ในเรื่องอาหาร และน้ำ การใช้ยา เป็นต้น ซึ่งในยุควิถีใหม่เน้นการใช้กระบวนการแบบการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ด้วยระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary nurse) ซึ่งก็คือ PD Nurse ที่ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่ PD Nurse (Associate nurse) แล้วจัดตั้งเป็นทีมพยาบาลเจ้าของไข้ ทำหน้าที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วย PD โดยใช้นวัตกรรมหรือรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น และศึกษาผลของการดูแล เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ใน 5 ประเด็นตามลำดับ คือ การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม การดูแลแผลช่องทางออก การรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย (ทัศนาศิลป์, นิลพัฒน์, ศิริพร สวณะสกล, พนิดา เลิศปิยะธนากุล, และสตาภาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, 2563)

3. การสอนล้างไตทางช่องท้องในยุควิถีใหม่ (Teaching in how to perform PD in new-normal era) : มีการศึกษาโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง (Self-management manager) ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในยุควิถีใหม่ โดยการสวมหน้ากาก (mask-wearing) การทำความสะอาดมือ (hand-washing) อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดการติดเชื้อทางสายล้างไตที่สัมพันธ์กับอาการเยื่อช่องท้องอักเสบ (Catheter-related peritonitis) ตั้งแต่การเตรียมความรู้ขั้นตอน hand-washing การเตรียมอุปกรณ์ และเทคนิคการฟอกมือ 6 ขั้นตอน ใช้เวลา 20-30 วินาที (Chamroensakchai, Leedumrongwattanakul, Takkavatakarn, Manuprasert & Kanjanabuch, 2019) ส่วนการสอนวิธีการทำ PD ประกอบด้วย 2 ประเด็นคือ 1) วิธีการประเมินและดูแลรอบแผลช่องทางสายล้างไต (Exit site) ก่อนใส่ ระหว่างใส่สาย Tenckhoff (Catheter insertion period) และหลังใส่สาย ซึ่งเป็นการดูแลแผลรอบสายล้างไตต่อเนื่องทุกวัน (Daily exit site care) เน้นแนวทางการประเมินผิวหนังรอบแผล อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ภาวะติดเชื้อ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันมากกว่าการแก้ไขปัญหา และ 2) วิธีการเปลี่ยนสายและน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง เน้นการฝึกสอนใน 2 ระบบ คือ ระบบ Andy-disc และระบบ Twin bag เนื่องจากทั้ง 2 ระบบมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ในเรื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการเปลี่ยนสายและความถนัดของผู้ป่วยในการปฏิบัติ การตัดสินใจทำแบบระบบใด ขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ทำการเปลี่ยนสายและน้ำยาล้างไต ในการสอนเริ่มตั้งแต่การเตรียมอุปกรณ์ และโต๊ะที่จะเปลี่ยนน้ำยา จนถึงเทคนิคในการปล่อยน้ำยาออก และเติมน้ำยาเข้า การตรวจลักษณะและซังน้ำหนักน้ำยาที่ปล่อยออก และการจดบันทึกสิ่งผิดปกติของสมดุลง่ายน้ำยาที่ปล่อยเข้า-ออก และสุดท้ายคือการกำจัดน้ำยาขาออกและขยะอื่น ๆ ให้ถูกวิธี

การสอนวิธีการล้างไตทางหน้าท้องในยุควิถีใหม่ มีการผลิตหุ่นจำลองการล้างไตทางหน้าท้องมาใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ ซึ่งมีผลดีคือ ทำให้เกิดความสะดวกในการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ลดความเสี่ยงจากการปนเปื้อนหรือติดเชื้อโดยเฉพาะกับผู้ป่วยโดยตรง ลดค่าใช้จ่ายเพราะการฝึกปฏิบัติสามารถทำได้บ่อยครั้ง จนเกิดความชำนาญก่อนที่จะปฏิบัติจริง (ปิยนัส สุติ, แคน กอมณี, ทรงพล อุษิตกุล, ดุษฎี มุสิกโปดก และ อรุมา เป็นเรียบร้อย, 2563)

4. การหาความเพียงพอสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง (Evaluating the adequacy of PD) : สืบเนื่องจากในระยะ 10 ปี ภายหลังการมีนโยบาย PD First Policy ของรัฐบาลที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ESKD เข้าถึงการรักษา PD แต่ยังพบอุบัติการณ์การเสียชีวิตของผู้ป่วย ESKD จากการล้างไตทางช่องท้องไม่เพียงพอ เช่น ผู้ป่วยมี Body Surface Area; BSA สูง ผู้ป่วยที่มีปัญหา Volume Overload และโซเดียมเกิน ปัญหาเยื่อช่องท้องเสื่อมสภาพและหรือเกิด Peritonitis จากน้ำยาล้างไตและการติดเชื้อ เป็นต้น จึงทำให้เกิดการให้ความสำคัญในประเด็นการหาความเพียงพอสำหรับการล้างไตทางช่องท้อง และถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ โดยในการประเมินความเพียงพอจากการหาประสิทธิภาพการรักษาด้วย PD ใน 2 วิธีคือ 1) ทดสอบประสิทธิภาพเยื่อช่องท้อง (Peritoneal Equilibration Test; PET) หลังทำ PD ไปแล้ว 4-8 สัปดาห์ และอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือเมื่อเกิดปัญหา เช่น มีภาวะ UF failure, Inadequate dialysis เป็นต้น โดยจะตรวจสอบจากตัวอย่างน้ำยาล้างไต (Dialysate) ที่ปล่อยออกใน 24 ชั่วโมง และตัวอย่างปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง เพื่อตรวจหา Urea, creatinine, Total protein และนำผลการตรวจน้ำยามาเปรียบเทียบกับผลเลือด เพื่อประเมินประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนของเสียและน้ำของผู้ป่วยว่าอยู่ในระดับใด การล้างไตมี

ความเพียงพอหรือไม่ (Adequacy of PD) 2) วิธีการประเมินความเพียงพอของการล้างไตด้วยการประเมินค่า Kt/V เป็นค่าการขจัดของยูเรียและครีเอตินิน โดยประเมินค่า total weekly nCCr ระดับเป้าหมายคือ >45 ลิตรต่อ 1.73 ตารางเมตร และค่า total weekly Kt/V ระดับเป้าหมายคือ > 1.7 ซึ่งสอดคล้องกับที่สมาคมการล้างไตทางช่องท้องแห่งนานาชาติ (International Society for Peritoneal Dialysis) ได้ระบุแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการล้างไตทางช่องท้องที่มีคุณภาพสูง ไว้ว่าความสำเร็จจากผลลัพธ์การล้างไตทางช่องท้อง ต้องมีการประเมินค่าหลายวิธีร่วมกัน ไม่ใช่การประเมินจาก Kt/V เพียงอย่างเดียว และในการประเมินค่าความเพียงพอในการล้างไต ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลและผู้ป่วยในประเด็นอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินอาการ Uremic symptoms การประเมินประสิทธิผลของการกรองของเสีย, การประเมินค่าโปรตีนเสีย และไบคาร์บอเนตในเลือด เป็นต้น (Chen & Teitelbaum, 2022)

5. การประเมินและป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ (Peritonitis assessment and prevention) : เนื่องจากภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการรักษาด้วย PD เกิดจากการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะนี้ส่วนมากขึ้นอยู่กับสุขอนามัยส่วนบุคคลเป็นหลัก ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงควรมีทักษะในการดูแลสุขอนามัยตนเอง คู่กับทักษะการประเมินและป้องกันการติดเชื้อ บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย PD ได้แก่ การสอนให้ผู้ป่วยประเมินภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ จากอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติได้ (อาการปวดท้อง มีใช้น้ำยาขุ่น) การดูแลแผลช่องทางสายล้างไต เทคนิคการล้างไต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น สำหรับการดูแลผู้ป่วย PD เพื่อป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ ในยุควิถีใหม่ ควรมีการจัดระบบการดูแลที่เหมาะสมกับ

สภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การใช้แนวทางการจัดการรายกรณีเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการจัดการ/ป้องกันภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบ และควรเพิ่มสมรรถนะการจัดการรายกรณีแบบออนไลน์ หรือการใช้แนวปฏิบัติเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย PD (Specific recommendations and guidelines) เช่นเดียวกับงานวิจัยเรื่อง การจัดการระยะไกลรายกรณีในผู้ป่วย PD ระหว่างการระบาดของไวรัส COVID-19 ได้มีการนำกลยุทธ์พิเศษ โดยจัดทำแนวปฏิบัติเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย PD มาใช้ในการประเมินและติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย ในประเด็นสำคัญที่แตกต่างจากเดิมคือ ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ส่ง electronic record ตามแบบฟอร์มเกี่ยวกับพารามิเตอร์สุขภาพต่าง ๆ เช่น น้ำหนัก ความดันโลหิต อาการและอาการแสดง รูปภาพบริเวณแผลช่องทางสายน้ำยาเป็นต้น มายังศูนย์ล้างไต PD โดยตรง ผลการวิจัยพบว่า การแพทย์ทางไกล และเครื่องมือการจัดการทางไกล (telemedicine and Remote management tools) ช่วยในการดูแลผู้ป่วย PD ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Ronco, Manani, Giuliani, Tantillo, Reis & Brown, 2020) สอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการพยาบาลผู้ป่วย PD ที่มีการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีและสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยล้างไต และทักษะการปฏิบัติของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง มีระดับสูงกว่าก่อนใช้ระบบการพยาบาล และผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมพลังอำนาจ มีคะแนนการปฏิบัติตามในการป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องสูงขึ้นจากเดิมเช่นกัน (กิตติยา เตชะไพโรจน์, สมไสว อินทะชูป, เนาวนิตย์ พลพินิจ, และมณฑิรา อังกาสิ, 2562)

6. การติดตามประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้าน (Follow-up and home visit) : ถือว่ามีความสำคัญยิ่ง ต่อการประเมินผลสำเร็จ

ในการล้างไตทางช่องท้อง การเยี่ยมบ้านมีความจำเป็นและมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ให้บริการพยาบาล และระบบการบริการพยาบาล การเยี่ยมบ้านในยุควิถีใหม่ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และวางแผนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการป้องกันการสัมผัสโรคและแพร่กระจายเชื้อ (จินตนา อาจสันเทียะ, แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, และสายสมร เฉลยภิตติ, 2565) สำหรับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย PD ยุควิถีใหม่ พยาบาลมักติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ใช้โทรศัพท์มือถือหรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล มีระบบการติดตามจัดการเรื่องยาที่เอื้อต่อผู้ป่วยและญาติ ลดการเดินทาง ลดโอกาสการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา โดยเปิดช่องทางในการไหลต่อแอปพลิเคชันไว้บนมือถือให้กับผู้ป่วย ให้สามารถสื่อสารกับแพทย์ พยาบาลเมื่อพบปัญหา หรืออาการผิดปกติได้ (Krishna, Managadi, Smith, & Wallace, 2017; Lew, 2018)

อย่างไรก็ตาม ในประเด็นของการติดตามประเมินภาวะสุขภาพที่บ้าน หรือการเยี่ยมบ้าน นั้น ยังมีข้อจำกัดอยู่เนื่องจากผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วย PD และญาติผู้ดูแล รับรู้ถึงความเป็นไปได้ในการใช้ระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วย PD ได้ในระดับปานกลาง ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นประเด็นในการพัฒนาระบบเยี่ยมบ้านทางไกล ต่อไปในอนาคตสำหรับการติดตามเยี่ยมบ้าน แบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ ช่วงแรก เป็นการประเมินความพร้อมของการเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ในการล้างไตที่บ้าน และช่วงหลังเป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการรักษาพยาบาลเป็นระยะ ๆ โดยกำหนดเวลาอาจแตกต่างกันไป แล้วแต่หน่วยงานแต่มีกำหนดเยี่ยมบ้านห่างกันทุก 3-6 เดือน ทั้งนี้สิ่งสำคัญคือต้องมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้าและได้รับความยินยอมเสียก่อน จากนั้นต้องมี

ระบบการที่เชื่อมต่อกันของทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและญาติ ส่วนประเด็นกิจกรรมการเยี่ยมบ้านออนไลน์นั้น ได้แก่ 1) การประเมินสถานที่สิ่งแวดล้อม อุปกรณ์และความสะอาดในการใช้ล้างไต 2) การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยและการติดตามข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพผู้ป่วย 3) การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวในมิติของจิตใจ 4) การให้ความรู้คำแนะนำและคำปรึกษาในการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว 5) การสนับสนุนทางด้านจิตใจ/ส่งเสริมแรงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมถูกต้อง (ดารารวรรณ รองเมือง และคณะ, 2564)

7. การให้ความรู้ในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (Providing knowledge about managing oneself and one's family) เนื่องจากการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการรักษาบำบัดทดแทนไตที่ต้องทำอยู่ตลอดอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองที่บ้าน ประกอบกับผู้ป่วยจะมีสายล้างไตติดอยู่ที่หน้าท้องตลอดเวลา อาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองในผู้ป่วยจึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประเด็นการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วย PD และครอบครัว แบ่งเป็น 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ความรู้ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นการดูแลในเรื่องผลทางออกของสายล้างไต การอาบน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การรับประทานอาหารและน้ำ การติดตามชั่งน้ำหนัก และการวัดความดันโลหิต เนื้อหาควรระบุเรื่องกิจกรรมที่ควรทำและกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้ป่วย PD 2) ความรู้เรื่องอาหาร ทั้งการเลือกอาหารที่เหมาะสมทั้งชนิดอาหารรวมถึงปริมาณที่ควรได้รับ และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง (ศิริอร สินธุ, 2565) และ 3) การให้ความรู้เรื่องยา ซึ่งเป็นยาที่ผู้ป่วย PD มักใช้ประจำ เช่น กลุ่มยารักษาโรคร่วม

(ความดันโลหิต, เบาหวาน, โรคหัวใจ) และ กลุ่มยารักษา/แก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตระยะสุดท้าย (ยาจับฟอสเฟต ยาระบาย ยารักษาภาวะเลือดเป็นกรด ยากลุ่มวิตามินและเสริมแคลเซียม และยาฉีด Erythropoietin กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดง เป็นต้น การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาเหล่านี้ มีความสำคัญในการติดตามผู้ป่วย PD อย่างมาก และพยาบาล PD ในยุควิถีใหม่ นอกจากการมีความรู้เฉพาะทางแล้ว ควรต้องมีกลยุทธ์ในการสอน ซึ่งจากการศึกษาประสบการณ์ของพยาบาล PD พบว่า การสอน/ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย PD และครอบครัวที่จะทำให้เกิดผลความสำเร็จนั้น ต้องมีกลยุทธ์ในการจัดการ 2 ข้อคือ 1) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง พยาบาล PD ต้องเข้าใจปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญอยู่ก่อน โดยวิธีการประเมินที่แนะนำเพิ่มเติมคือการใช้เครื่องมือในการประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว และ 2) การพัฒนากลยุทธ์ในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย ด้วยการตั้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ร่วมกัน พยาบาลต้องมีการจัดทำสื่อหรือกิจกรรมการสอนที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย อาจใช้การตั้งคำถามเกี่ยวกับการทำล้างไตที่บ้าน การให้ผู้ป่วยอธิบาย ปัญหา วิธีการจัดการ และความรู้สึก หรือการจัดโปรแกรมอบรมในวาระพิเศษ นอกจากนี้ ในยุควิถีใหม่นั้น ควรนำผลวิจัยเชิงพัฒนา ที่จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้ต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย PD มาประยุกต์ใช้ร่วมกับเครื่องมือสื่อการสอนที่เหมาะสมกับยุคปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ด้วย (Bergian & Schaepe, 2016)

8. การส่งเสริมและสนับสนุนด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วย PD และผู้ดูแล (Psychological promotion and support) เป็นอีกสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจาก ทำให้เกิดสมดุลในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการหรือความผิดปกติเบื้องต้นได้ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ เช่น น้ำยา

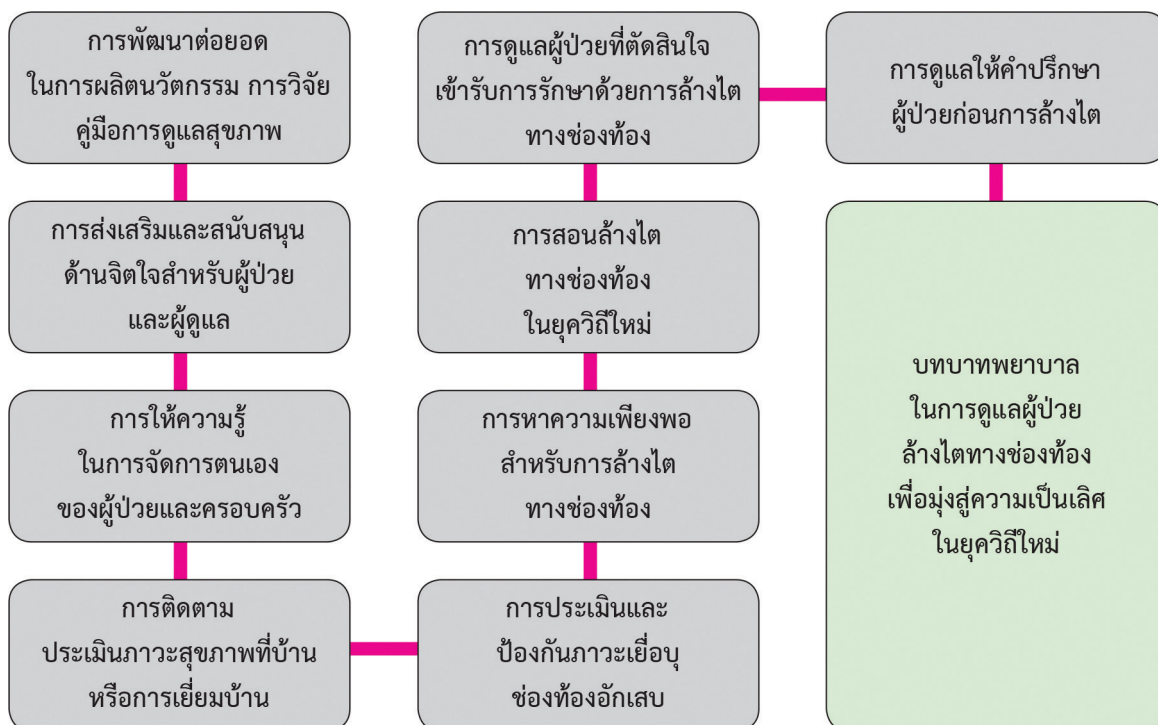
ไม่ไหลเข้าออก (Catheter malfunction) ปวดไหล่และปวดหลัง (Shoulder and back pain) น้ำหนักเพิ่มขึ้น (Over weight) มีอาการจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เกิดภาวะสมดุลของสุขภาพได้ ดังนั้น พยาบาล PD ยุควิถีใหม่ ควรมีการติดตามประเมิน/ทบทวนปัญหาสภาพจิตใจและความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย ร่วมกับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วย PD และผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ จากครอบครัว และเพื่อนตามลำดับ ค่าเฉลี่ย 4.52, 3.75 และ 1.58 (ครินยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง, 2565) นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะอีกว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยนั้น พยาบาลต้องทำความเข้าใจบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวให้ดีเสียก่อน และควรมุ่งผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด (Fox, Quinn, James, Venturato & King-Shier, 2020) โดย การประเมินสภาพจิตใจด้วยแบบประเมิน/คัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นใช้ 2Q หากมีความเสี่ยงให้ประเมินต่อยด้วย 9Q ตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต โรคไตฉบับภาษาไทย short form 36 (SF-36) เวอร์ชัน 1.3 (Kidney Disease Quality of Life Short Form TM : KDQOL-SFTM) ของ Kidney Disease Quality of Life Working Group ประเทศสหรัฐอเมริกาและ 9-Thai ตามคำแนะนำของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (สมพร ชินโนรส และชุติมา ดีปัญญา, 2563)

9. การพัฒนาต่อยอดในการผลิตนวัตกรรม การวิจัยคู่มือการดูแลสุขภาพ (Further development in innovation production) : เนื่องจากการรักษาด้วย

การทำ PD เกิดขึ้นที่บ้านของผู้ป่วยเอง (Home-based Peritoneal dialysis) พยาบาล PD จึงต้องพยายามสร้างสิ่งใหม่ หรือพัฒนาสิ่งที่มีอยู่เดิมหรือต่อยอดให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาทิ การพัฒนาโปรแกรม/แนวปฏิบัติ/คู่มือการดูแลตนเองในผู้ป่วย PD เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้เมื่ออยู่ที่บ้าน การนำเทคโนโลยีมาใช้นผ่านระบบการดูแลผู้ป่วยทางไกล (Tele-monitor) เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น (early detect) เช่น การติดเชื้อ COVID-19 อาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ เป็นต้น การส่งเสริมระบบการล้างไตทางช่องท้องแบบอัตโนมัติ (APD) ที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลการล้างไตระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล PD เพื่อช่วยลดภาระการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ทำให้ผู้ป่วย PD

มีวิถีชีวิตปกติที่สุด การใช้ระบบเยี่ยมบ้านทางไกล (Tele-visit) เพื่อติดตามประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านเป็นระยะ ๆ การร่วมส่งเสริมพัฒนาการแพทย์ทางไกล (Telehealth) ให้ครอบคลุมในพื้นที่ ๆ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย PD เพื่อให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยปลอดภัย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ถือเป็นการจัดเตรียมทรัพยากรตามความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องในยุควิถีใหม่ที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่กับการล้างไตไปตลอดชีวิตอย่างมีความสุข

ดังนั้น บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยยุควิถีใหม่ สามารถสรุปเป็นแผนภาพได้ดังนี้



สรุป

ผลจากการมีวิถีชีวิตใหม่ภายหลังการระบาดของ COVID-19 ที่ทำให้มนุษย์มีการใช้ชีวิตแบบมีระยะห่างทางสังคมและมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาผสมผสานในการดำเนินชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้อง ที่ส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติตามการล้างไตด้วยตนเองที่บ้าน ดังนั้น บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศในยุควิถีใหม่ จำเป็นต้องมีคุณลักษณะและ

สมรรถนะทางวิชาชีพที่เฉพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค ผสานกับทักษะการพัฒนา/ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี/นวัตกรรม การพัฒนาเทคนิคในการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเชื่อมโยงประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาตนเองในการติดตามทบทวนองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปลอดภัยจากโรคระบาด และสร้างสมดุลในการจัดการตนเองได้ จึงจะถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

กิตติยา เตชะไพโรจน์, สมไสว อินทะสุข, เนาวนิตย์ พลพินิจ และมณฑิรา อังกาสิ. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่มีการติดเชื้อ โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(3), 565-580.

จินตนา อาจสันเทียะ, แสงวรรณ ตั้งแสงสกุล, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2565). การเยี่ยมบ้านวิถีใหม่: บทบาทพยาบาลชุมชนไทยต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ โควโรนาไวรัส (โควิด 19). *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 8(1), 1-13.

ดารารวรรณ ร่องเมือง, อินทิรา สุขรุ่งเรือง, สราพร มัทยา, ภัทรพงศ์ อุดมพัฒน์, อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, สุทธนันท์ กัลละ, ..., และ อนันต์ กนกศิลป์;. (2564). *การพัฒนาระบบแพทย์ทางไกลเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง บทเรียนจากการระบาดของโควิด-19*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5846?locale-attribute=th>

ทัศนา นิลพัฒน์, ศิริพร สวณะสกุล, พนิดา เลิศปิยะธนากุล, และสดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่องโดยใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต11*, 34(4), 223-239.

เบญจมาศ บริษาคูณ, ฤชดา โมเหล็ก, ดารารัตน์ ชวงค์อินทร์, เพ็ญพัทธ์ กองเมือง และมาริษา สมบัติบุญ. (2563). การพยาบาลในยุคเทคโนโลยีแห่งข้อมูล Nursing in Data Technology Era. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์*, 3(1), 19-39.

- ศรินยา พลสิงห์ชาญ และคมวัฒน์ รุ่งเรือง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 78-91.
- ศิริอร สีนธ. (2565). *การบำบัดทดแทนไต*. สมากรพยาบาล. นนทบุรี: วูอิงการพิมพ์.
- สกุณา ช่างบู และศนิ บุญญกุล. (2565). เว็บแอปพลิเคชันสำหรับตรวจประเมินระยะของโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโดยใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์. ใน *การประชุมนำเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา ครั้งที่ 17 ปีการศึกษา 2565*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย.
- สมพร ชินโนรส และชุตินา ตีปัญญา. (2563). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลในผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไต: การศึกษาเปรียบเทียบ. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(2), 40-54.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2563). *ข้อมูลการบำบัดทดแทนไต (Thailand Renal Replacement Therapy: Year2020)*. กรุงเทพฯ :สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัล. (2563). *นวัตกรรม AI สู้ภัย COVID-19*. สืบค้นจาก <https://www.depa.or.th/th/article-view/ai-against-covid>
- อารี ชิวเกษมสุข. (2564). เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย: สิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(1), 1-13.
- Bergjan, M., & Schaepe, C. (2016). Educational strategies and challenges in peritoneal dialysis: A qualitative study of renal nurses' experiences. *Journal of clinical nursing*, 25(11-12), 1729-1739.
- Bieber, S. D., Burkart, J., Golper, T. A., Teitelbaum, I., & Mehrotra, R. (2014). Comparative outcomes between continuous ambulatory and automated peritoneal dialysis: a narrative review. *American Journal of Kidney Diseases*, 63(6), 1027-1037.
- Chamroensakchai, T., Leedumrongwattanakul, K., Takkavatakarn, K., Manuprasert, W., & Kanjanabuch, T. (2019). Peritoneal dialysis (PD) catheter-related peritonitis from *Aureobasidium pullulans* caused by poor caregiver's hand hygiene. *Medical mycology case reports*, 25, 35-38.
- Chen, C. H., & Teitelbaum, I. (2022). Peritoneal dialysis adequacy: a paradigm shift. *Kidney Research and Clinical Practice*, 41(2), 150.
- Fox, D. E., Quinn, R. R., James, M. T., Venturato, L., & King-Shier, K. M. (2020). *Social support in the peritoneal dialysis experience: a qualitative descriptive study*. Retrieved from <https://www.journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2054358120946572>

- Krishna, V. N., Managadi, K., Smith, M., & Wallace, E. (2017). Telehealth in the delivery of home dialysis care: catching up with technology. *Advances in chronic kidney disease*, 24(1), 12-16.
- Lew, S. Q. (2018). Telehealth in Peritoneal Dialysis: Review of Patient Management. In *Advances in Peritoneal dialysis. Conference on Peritoneal Dialysis*, 34(2018), 32-37.
- National Kidney Foundation. (2023). *Peritoneal dialysis*. Retrieved from <https://www.kidney.org/treatment-support>
- Ronco, C., Manani, S. M., Giuliani, A., Tantiello, I., Reis, T., & Brown, E. A. (2020). Remote patient management of peritoneal dialysis during COVID-19 pandemic. *Peritoneal Dialysis International*, 40(4), 363-367.
- Yang, Z., & Dong, J. (2020). Operational considerations for peritoneal dialysis management during the COVID-19 pandemic. *Clinical kidney journal*, 13(3), 322-327.



การศึกษาการจัดอัตราากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ
หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
**A Study of Nurse Staffing according to Nursing Activities of
Professional Nurses, the Surgical Respiratory Infirmary,
Pranangklae Hospital**

จินดา คุ่มกัลด, พย.ม., Jinda Kumklud, M.N.S.^{1*}

กัญญดา ประจุกิลป์, Ph.D., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

สุวรรณี ละออบักษิณ, กศ.ด., Suwannee Laorpuksin, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: jantarathpong@gmail.com

Received: October 29, 2022

Revised: March 31, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทผู้ป่วย และเพื่อศึกษาการจัดอัตรากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระยะเวลา 30 วัน จำนวน 36 คน และพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วย 2) คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล และ 3) แบบบันทึกเวลาที่สร้างขึ้นให้สอดคล้องกับคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยและพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยถือเกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิยอมรับ ร้อยละ 80 และตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต เท่ากับ 0.94 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1-30 ตุลาคม 2565 สถิติที่ใช้ในการวิจัย คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สูตรคำนวณอัตราากำลังของ สำนักรพยาบาล กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข (2551) ผลการวิจัย พบว่า ปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ทั้งหมดเฉลี่ยต่อราย จำแนกตามประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย ผู้ป่วยหนัก 14.59 ชั่วโมง ผู้ป่วยหนักมาก 13.69 ชั่วโมง และผู้ป่วยวิกฤต 13.20 ชั่วโมง และอัตราการกำลังที่ควรจะเป็นของพยาบาลวิชาชีพ หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ ด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เท่ากับ 56 คน

คำสำคัญ: กิจกรรมการพยาบาล อัตราากำลังพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม

Abstract

The purposes of this descriptive research were to determine nursing needs demanded by patient in each classification, and to determine the appropriate nurse staffing in the surgical respiratory infirmary, Pranangkla hospital. Research samples were 36 patients who admitted within 30 days, and 36 professional nurses. Research instruments were 1) patient classification dictionary, 2) nursing staff in the surgical respiratory infirmary activities dictionary, and 3) nursing activity time record sheet. All instruments were tested for content validity by group of experts. The item criteria considered by the experts admitted 80 percent, and the inter-observe reliability score was 0.94. The period of collection data was 1-30 October 2022. Data were analyzed using percentage, mean, and standard deviation. Nurse staffing was calculated by nursing division, Ministry of Public Health formula (2008). The results indicated mean score of nursing time per patient direct care and indirect care: 1) Intermediate- care patient was 14.59 hours, 2) Modified intensive-care patient was 13.69 hours and 3) Intensive- care patient was 13.20 hours. The numbers of nursing personnel need in the surgical respiratory infirmary, Pranangkla hospital were 56 nursing staff.

Keywords: Nursing activities, Nurse staffing, Surgical respiratory infirmary

บทนำ

ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2559-2579 มีเป้าหมาย ให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน แต่ปัจจุบัน ในการรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มขึ้น ปัญหาที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพ คือ การขาดแคลน หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม พยาบาล ซึ่งเป็นกำลังคนหลักของสถานบริการ (วิจิตร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า มีเตียงรับผู้ป่วยจำนวน 19 เตียง ศรีสุพรรณ และกฤษฎา แสงวดี, 2555) ทำให้แต่ละ ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางศัลยกรรมทุกสาขา ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือต้องใช้เครื่องมือพิเศษ ใน

การเฝ้าระวังอาการสำคัญต่าง ๆ อย่างใกล้ชิด ต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง โดยรับผู้ป่วย 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก (Intermediate-care) ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก (Modified intensive-care) และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต (Intensive-care) สำหรับหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรมไม่มีผู้ป่วยประเภทที่ 1 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองหรือมีความเจ็บป่วยในระยะรอจำหน่าย (Self-care) และผู้ป่วยประเภทที่ 2 ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระดับต่ำ (Minimal-care) (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรมมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 36 คน การจัดอัตรากำลังประกอบด้วย พยาบาลปฏิบัติงานในเวรเช้า 9 คน เวรบ่าย 9 คน และเวรคืน 9 คน แต่จากอัตรากำลังที่มีอยู่ต่อจำนวนผู้ป่วยที่มีอัตราการครองเตียงเต็มทุกเวร ยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานหมุนเวียนในแต่ละเวร ซึ่งการมีอัตรากำลังไม่เพียงพออาจส่งผลกระทบ หรืออาจก่อให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากความเหนื่อยล้า และอัตรากำลังที่ไม่เหมาะสมกับการะงาน (กฤษดา แสงวดี, 2545)

จากความเป็นมา และความสำคัญของปัญหาดังกล่าว การศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามประเภทผู้ป่วย และศึกษาการจัดอัตรากำลังพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นการวิเคราะห์อัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลโดยใช้กิจกรรมการพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยเป็นพื้นฐานตามเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยตามประเภทของผู้ป่วยที่รับไว้ใน การปฏิบัติงานจริง เพื่อกำหนดอัตรากำลังที่สอดคล้องกับการะงาน โดยใช้สูตรคำนวณอัตรากำลังของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

(2551) เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เสนอผู้บริหารทางการพยาบาล ในการวางแผนกำหนดกรอบอัตรากำลัง เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพปลอดภัย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อันก่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อผู้รับบริการ และองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามประเภทผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อศึกษาการจัดอัตรากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาระบบงานของพยาบาลวิชาชีพจำแนกตามประเภทผู้ป่วย และการจัดอัตรากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้วยวิธีศึกษากิจกรรมการพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงกับผู้ป่วยแต่ละประเภท เป็นการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตามหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและตามมาตรฐาน กิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหนักของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) บูรณาการร่วมกับแนวคิดของวอร์สเลอร์ (Warstler, 1992) และจอห์นสัน (Johnson, 1984) ซึ่งในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รับผู้ป่วย 3 ประเภท ดังนี้ ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต และจำแนกกิจกรรมการพยาบาลตามแนวคิดของ Urden & Roode (1997) ประกอบด้วย กิจกรรมการพยาบาล

โดยตรง กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน กิจกรรมส่วนบุคคล และกิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสาร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 (ระยะเวลา 30 วัน) จำนวน 534 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 (ระยะเวลา 30 วัน) ได้แก่ ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต รวมจำนวน 36 คน

โดยผู้วิจัยได้ทำการสังเกตและจดบันทึกเวลา กิจกรรมการพยาบาล ตามแบบบันทึกเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภทที่สร้างขึ้น จับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้าน ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จำนวน 5 คน โดยใช้ตารางสำเร็จรูปและวิธีใช้สูตรคำนวณในการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณหาจำนวนรอบการทำงานโดยใช้ตารางที่ระดับความเชื่อถือได้ของข้อมูล 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน $\pm 15\%$ (วันชัย วิริวานิช, 2545) คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน คือ 4 คน/เวร/ประเภทผู้ป่วย

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่ 1 คู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยสร้างขึ้นตามหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงและตามมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยหนักของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) และ Warstler (1972) และ Johnson (1984)

ชุดที่ 2 คู่มือพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาล

หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้วิจัยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Urden and Roode (1997)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยและ กิจกรรมการพยาบาล แบบบันทึกปริมาณเวลาที่บุคลากรใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามการจำแนกประเภทผู้ป่วยและกิจกรรมการพยาบาล สร้างขึ้นเพื่อเก็บบันทึกข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยเพื่อเก็บข้อมูลประเภทผู้ป่วยที่ใช้ในการวิจัย และแบบบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภท เพื่อบันทึกเวลาการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับพจนานุกรมกิจกรรมการพยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุดที่สร้างขึ้น โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 3 คน หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาถือเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80

การหาความเที่ยง (Reliability) คำนวณหาความเที่ยงตามวิธีของพอลลิทและฮังเกอร์ (Polit and Hungler, 1999) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตและบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล หาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-observer reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจาก

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขรับรอง E. 020/2565 เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2565 และได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขรับรอง EC 37/2565 เมื่อวันที่ 3 ตุลาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลที่หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และรายละเอียดในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม ที่มีประสบการณ์ทำงาน 3 ปี ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการบันทึกเวลาตลอดการวิจัยและไม่อยู่ในรายชื่อเป็นผู้ที่ถูกสังเกต โดยผู้ช่วยวิจัย 1 คน ทำการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 1 ประเภท ตลอดการวิจัย และเก็บข้อมูลนอกเวลาที่ปฏิบัติงานประจำ

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างในผู้ป่วยแต่ละประเภทในแต่ละเวร โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วยประเภทที่ 3, 4 และ 5 โดยแบ่งผู้ป่วยในแต่ละประเภทเป็นจำนวนเท่า ๆ กัน ประเภทละ 12 เวร ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเวลา เวรเช้า 4 เวร เวรบ่าย 4 เวร เวรดึก 4 เวร (ประเภทละ 4 คน/เวร) กำหนดระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวม 36 เวร

4. ผู้วิจัยนำข้อมูลปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งหมดในแต่ละเวร มาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเวลาดังกล่าวไปใช้ในการคำนวณอัตรากำลังของพยาบาลวิชาชีพตามสูตรการคำนวณอัตรากำลังของสำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สูตรการคำนวณอัตรากำลังของสำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.12 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 38.88 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 57.89 ปี และผู้ป่วยส่วนมากอยู่ในกลุ่มโรคระบบประสาทและสมองคิดเป็นร้อยละ 30.56 รองลงมาเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 22.23 และผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรมทั่วไปร้อยละ 13.89

2. กิจกรรมการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาทั้งหมดที่พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดให้กับผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก ใน 1 วัน เท่ากับ 875.47 นาที/คน ประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก เท่ากับ 821.25 นาที/คน และประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 792.25 นาที/คน

2.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง พบว่า ใน 1 วัน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนักมากที่สุด เวลาเฉลี่ย 394.97 นาที/คน รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก เวลาเฉลี่ย 376.50 นาที/คน และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เวลาเฉลี่ย 321 นาที/คน ตามลำดับ

2.2 กิจกรรมพยาบาลโดยอ้อม พบว่า ใน 1 วัน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต มากที่สุด เวลาเฉลี่ย 190.25 นาที/คน รองลงมาคือผู้ป่วยประเภท

ที่ 3 ผู้ป่วยหนัก เวลาเฉลี่ย 175.50 นาที/คน และผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก เวลาเฉลี่ย 173.75 นาที/คน ตามลำดับ

2.3 กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานพบว่า
ใน 1 วัน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก มากที่สุด เวลาเฉลี่ย 50 นาที/คน รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก เวลาเฉลี่ย 43 นาที/คน และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เวลาเฉลี่ย 25.5 นาที/คน ตามลำดับ

2.4 กิจกรรมส่วนบุคคล พบว่า ใน 1 วัน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก, ผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก และผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เวลาเฉลี่ย 180 นาที/คน เท่ากัน

2.5 กิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสาร พบว่า
ใน 1 วัน พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลกับผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต มากที่สุด

เวลาเฉลี่ย 75.50 นาที/คน รองลงมาคือผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก เวลาเฉลี่ย 75 นาที/คน และผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก เวลาเฉลี่ย 48 นาที/คน ตามลำดับ

สรุป จำนวนชั่วโมงโดยเฉลี่ยในการพยาบาลผู้ป่วย 1 คนใน 1 วัน ตามประเภทผู้ป่วย และชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันนอนผู้ป่วย พบว่า ปริมาณเวลา ชั่วโมงเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วย ในแต่ละประเภทต่าง ๆ ผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนักใช้ปริมาณในการดูแลมากที่สุด รองลงมาผู้ป่วยประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนักมาก และน้อยที่สุดในผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 14.59 ชั่วโมง, 13.69 ชั่วโมงและ 13.20 ชั่วโมง ตามลำดับ และชั่วโมงการพยาบาลเฉลี่ยต่อวันผู้ป่วยนอนเท่ากับ 13.36 ชั่วโมง จากสูตรสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลา (นาที) ที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ประเภทผู้ป่วย	ช่วงเวลาปฏิบัติงาน	ปริมาณเวลา (นาที)												ปริมาณเวลาในแต่ละเวร		
		กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง			กิจกรรมพยาบาลโดยอ้อม			กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน			กิจกรรมส่วนบุคคล				กิจกรรมการบันทึกงานเอกสาร	
		$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD		$\bar{x}$	SD				
ประเภทผู้ป่วยที่ 3	ดึก	135.25	9.89139		57.5	16.1735		14	2.16506		60	0		24	1.48324	290.75
	เช้า	132.00	9.21563		61.5	15.4029		19	2.12342		60	0		26	2.28035	298.5
	บ่าย	127.72	9.25052		56.5	14.092		17	2.04997		60	0		25	1	286.22
	รวม 1 วัน	394.97	28.3575		175.5	45.6684		50	6.33846		180	0		75	4.76359	875.47 (14.59 ชั่วโมง)
ประเภทผู้ป่วยที่ 4	ดึก	131	9.2355		59	12.2202		14.25	1.73463		60	0		12	0.89443	276.25
	เช้า	128.5	9.63227		56.5	11.43		15.5	2.01261		60	0		21	1.78885	281.5
	บ่าย	117	7.9659		58.25	11.0463		13.25	1.80195		60	0		15	1.41421	263.5
	รวม 1 วัน	376.50	26.8337		173.75	34.6965		43	5.54919		180	0		48	4.0975	821.25 (13.69 ชั่วโมง)
ประเภทผู้ป่วยที่ 5	ดึก	109.75	9.12144		64.5	12.6466		6.5	1.74233		60	0		23.75	1.58114	264.5
	เช้า	107.75	9.40408		64	13.4915		8	1.6448		60	0		24	1.24248	263.75
	บ่าย	103.5	7.56105		61.75	12.8314		11	1.68767		60	0		27.75	2.06458	264
	รวม 1 วัน	321	26.0866		190.25	38.9696		25.5	5.07479		180	0		75.5	4.8882	792.25 (13.20 ชั่วโมง)

ปริมาณเวลาแต่ละเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ไปในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุด คือ เวรเช้าร้อยละ 33.90

เวลาเฉลี่ย 843.75 นาที รองลงมาคือ เวรตึกร้อยละ 33.41 เวลาเฉลี่ย 831.5 นาที และน้อยที่สุดคือ เวรบ่ายร้อยละ 32.69 เวลาเฉลี่ย 813.72 นาที (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปริมาณเวลาแต่ละเวลาที่พยาบาลวิชาชีพใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล

ช่วงเวลาปฏิบัติ งาน	กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง		กิจกรรมการโดยอ้อม		กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ หน่วยงาน		กิจกรรมส่วนบุคคล		กิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสาร		รวมปริมาณเวลา (นาที)		สัดส่วนของ ปริมาณเวลา (ร้อยละ)
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
เวรตึก	376	28.25	181	41.04	34.75	5.64	180	0	59.75	3.96	831.5	78.89	33.41
เวรเช้า	368.25	28.25	182	40.32	42.50	5.78	180	0	71	5.31	843.75	79.66	33.90
เวรบ่าย	348.22	24.78	176.50	37.97	41.25	5.54	180	0	67.75	4.48	813.72	72.77	32.69

3. อัตรากำลังพยาบาลตามสูตรการคำนวณ อัตรากำลังของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) พบว่า อัตรากำลังพยาบาลที่ต้องการของหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้าน ศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่ควรจะเป็น เท่ากับ 56 คน นอกจากนี้การคำนวณการกระจายอัตรากำลังในแต่ละวันที่ควรจะเป็น เท่ากับ 45 คน และคำนวณสัดส่วนความต้องการในแต่ละเวร จำนวนอัตรากำลัง เวรตึก : เวรเช้า : เวรบ่าย เท่ากับ 33 : 34 : 33 ดังนั้น ความต้องการจำนวนพยาบาลในเวรตึก : เวรเช้า : เวรบ่าย เท่ากับ 12 : 12 : 12

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามประเภทผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณเวลาทั้งหมดที่พยาบาลวิชาชีพใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดใน 1 วัน

ให้กับผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก มากที่สุด เท่ากับ 875.47 นาที/คน รองลงมาเป็นประเภทที่ 4 ผู้ป่วยหนัก มาก เท่ากับ 821.25 นาที/คน และประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เท่ากับ 792.25 นาที/คน

ผลการวิจัย พบว่า กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนานที่สุด โดยในผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก เวลาเฉลี่ย 394.97 นาที อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่รู้สึกตัวการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ต้องได้รับคำสั่งและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ซึ่งในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง อาจมีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรม และอาจไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วย จึงทำให้ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ที่อยู่ในกลุ่มโรคระบบประสาทและสมองอาจมีความสับสน ความคงทนต่อความเจ็บป่วยได้น้อย ทำให้ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ปิยะนุช ผลานิล (2551) ที่ศึกษาเรื่อง การจัดอัตรา

กำลังบุคลากรทางการแพทย์ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พบว่า เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพิ่มขึ้นตามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากที่สุดในผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เวลาเฉลี่ย 190.25 นาที อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 5 เป็นผู้ป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยในทุกช่วงเวลาปฏิบัติงาน ทำความเข้าใจกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำไปรายงานและปรึกษาแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ได้มาซึ่งแผนการรักษาที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลมากที่สุดในผู้ป่วยประเภทที่ 3 ผู้ป่วยหนัก เวลาเฉลี่ย 50 นาที อธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานเป็นกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมส่วนบุคคล เป็นการเป็นปฏิบัติธุระส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรืองานของหน่วยงาน ในช่วงระยะเวลาพัก ซึ่งมีระยะเวลาเท่ากันคือ 60 นาที

กิจกรรมการบันทึกรายงานเอกสาร ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมมากที่สุดในผู้ป่วยประเภทที่ 5 ผู้ป่วยวิกฤต เวลาเฉลี่ย 75.5 นาที อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยประเภทที่ 5 เป็นผู้ป่วยที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว จึงต้องมีการบันทึกทางการพยาบาลในทุกช่วงเวลาอย่างต่อเนื่อง จากมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ระบุว่า การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ครอบคลุมปัญหาและความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตวิญญาณ แผนการพยาบาลต้อง

สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา จึงต้องมีการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ในการบันทึก และต้องมีการบันทึกทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น การบันทึกเรื่องการพยาบาลสามารถเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลและใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้

ช่วงเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มากที่สุดคือ ช่วงเวรเช้า ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเฉลี่ย 843.75 นาที อธิบายได้ว่า ในช่วงเวรเช้า เป็นช่วงเวลาที่แพทย์เข้าทำการตรวจเยี่ยมอาการของผู้ป่วย และมีการปรับแผนการรักษา หรืออาจมีการส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุ และวางแผนการรักษาให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ในช่วงเวรเช้าจะมีกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาล เช่น การประชุมวิชาการ การฝึกอบรม การนิเทศสอนงาน ในช่วงเวรบ่ายและเวรดึก เป็นช่วงนอกเวลาราชการ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะไม่ปฏิบัติในช่วงนอกเวลาราชการ

จะเห็นได้ว่าปริมาณงานการพยาบาล ไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ยังขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและความต้องการการพยาบาลเป็นสำคัญ (Gillies, 1994) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พรพรรณ อาริราชกูร์ (2558) ที่พบว่า ความสามารถ ประสิทธิภาพ ในการปฏิบัติตนของพยาบาลวิชาชีพมีผลต่อระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ จึงเห็นควรที่จะต้องมีการจัดอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ หรือมีการจัดพยาบาลพี่เลี้ยงคอยสอน สร้างเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับ กฤติญาดา เกื้อวงศ์ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาตนเองของพยาบาลใหม่

ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบว่า ควรมีการจัดอบรมพัฒนาพยาบาลจบใหม่อย่างเป็นระบบทั้งด้านความรู้ ทักษะการสื่อสาร ทักษะทางสังคม และการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ เพื่อให้พยาบาลจบใหม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากการศึกษาการจัดอัตรากำลังตามกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า อัตรากำลังที่ต้องการคือ 56 คน แต่อัตรากำลังที่มีอยู่จริง มีเพียง 40 คน น้อยกว่าอัตรากำลังที่ควรจะเป็น 16 คน ความต้องการจำนวนพยาบาลในเวรตึก : เวรเช้า : เวรบ่าย เท่ากับ 12 : 12 : 12 คน แต่ในทางปฏิบัติจริง ใช้อัตรากำลัง 9 : 9 : 9 คน ซึ่งพบว่ายังไม่เพียงพอกับชั่วโมงความต้องการการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และเกณฑ์การจัดอัตรากำลังของสำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ในเรื่องสัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วยหนัก กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ดูแลผู้ป่วยหนัก 1 คน

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า การจัดอัตรากำลังพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต้องมีการศึกษาปริมาณภาระงานที่แท้จริงแล้วนำมาคำนวณหาอัตรากำลังที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง ถูกต้องตามมาตรฐานทางการพยาบาล หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้ทันเวลาอย่างถูกต้อง จะส่งผลต่อชีวิตหรือเกิดความพิการได้ อัตรากำลังที่เพียงพอและเหมาะสมจึงมีผลต่อ

ความปลอดภัยของผู้ป่วย และคุณภาพทางการพยาบาล จึงควรมีการพิจารณาการจัดอัตรากำลังให้ได้สัดส่วนเหมาะสมกับปริมาณภาระงาน เพื่อตอบสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยและป้องกันความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 นำผลการวิจัย มาใช้ในการจัดอัตรากำลังในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าให้เหมาะสมกับภาระงาน

1.2 นำระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยและปริมาณเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการทำกิจกรรมพยาบาลมาใช้ในการมอบหมายงานในหออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

1.3 กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการพยาบาลให้เหมาะสมในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยในแต่ละประเภท

1.4 จัดอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทุกประเภท

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปริมาณภาระงานของบุคลากรทางการพยาบาล กับผลลัพธ์ทางการพยาบาล หออภิบาลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจด้านศัลยกรรม

เอกสารอ้างอิง

- กฤติญาดา เกื้อวงศ์. (2563). การพัฒนาตนเองของพยาบาลใหม่ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- กฤษดา แสงวดี. (2545). แนวทางการจัดอัตรากำลังทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พรพรรณ อารีราษฎร์. (2558). การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ปิยะนุช ผลานิผล. (2551). การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาล สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และกฤษดา แสงวดี. (2555). ข้อเสนอเชิงนโยบายในการแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสุขภาพการพยาบาล*, 27(1), 5-12.
- วันชัย ริจิรวนิช. (2545). การศึกษาการทำงาน: หลักการและกรณีศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach*. (3rd ed.). W. B. Saunders.
- Johnson, K. A. T. H. E. R. I. N. E. (1984). A practical approach to patient classification. *Nursing Management*, 15(6), 39-46.
- Urden, L. D., & Roode, J. L. (1997). Work sampling: a decision-making tool for determining resources and work redesign. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 27(9), 34-41.
- Warstler, M. E. (1972). Some management techniques for nursing service administrators. *Journal of Nursing Administration*, 2(2), 25-34.



Health literacy of Schizophrenic patients' caregivers in Bangkok Metropolitan

ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกรุงเทพมหานคร

Sombat Riyaphun, M.N.S., สมบัติ รียาพันธ์, พย.ม.^{1*}

Yada Prakongyos, B.N.S., ยาดา ประคองยศ, พย.บ.²

Sutheekarn Chaiyalap, Ph.D., สุธีกาญจน์ ไชยลาภ, ประ.ด.³

¹Assistant Professor, Psychiatric Department, Kuakarun Faculty of Nursing,
Navamindradhiraj University

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการกุศล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

²Professional Nurse, Public Health Service Center 3 Bang Sue,
Bangkok Metropolitan Administration

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ กรุงเทพมหานคร

³Assistant Professor, Ph.D. Psychiatric Department, Kuakarun Faculty of Nursing,
Navamindradhiraj University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์เพื่อการกุศล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

*Corresponding Author Email: sombat@nmu.ac.th

Received: December 19, 2022

Revised: March 31, 2023

Accepted: December 11, 2023

Abstract

The objectives of this quantity research were to develop the Health Literary Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers in Bangkok Metropolitan, and to study the health literacy levels of the caregivers who were looking after the Schizophrenic patients. Nutbeam's Theory of Health Literacy (2008) was used as theoretical construct to develop the scale. Content validity was primarily validated by five experts and nurses in Mental Health and Psychiatry. One hundred caregivers from each of the six Public Health Service Centers, Department of Health, under the Office of Bangkok Metropolitan Administration were systematically selected as the sample from the list of psychiatric patients in the community, with the total of 600 cases. Two parts of the scale consisted of

Demography, and Health literacy scale with multiple choice and Likert's Rating Scale formats. Confirmatory Factor Analysis (CFA) was employed by Linear Structural Relationship (LISREL) program, version 8.80, to analyze its validities. Cronbach's Alpha Coefficient and KR- 20 were used to obtain the reliabilities. Frequencies and Percentage were employed to analyze the health literacy levels of the caregivers. It was found that the total reliability of the Health Literacy Scale was .87. Confirmatory Factor Analysis indicated that the Scale was acceptably consistent with the empirical data ($X^2 = 6.86$, $df = 5$, $CFI = 1$, $GFI = 1$, $AGFI = .98$, $RMSEA = .03$, $SRMR = .01$). The factor of Communicative/interactive level of the caregivers was found to be satisfactory, whereas the factors of Basic/functional and Critical levels were a little bit lower. Health literacy of the Schizophrenic patients' caregivers were found to be at fair level. (31.50 %). Its validity and reliability were acceptable.

Keywords: Health Literacy, Schizophrenic patients 'caregivers

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบวัดความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดำเนินการสร้างแบบวัดโดยใช้ทฤษฎีความรู้ทางสุขภาพของนัทิม (2008) เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการสร้างแบบวัดดังกล่าว แล้วนำแบบวัดไปวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ จำนวน 5 ท่าน กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจากศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 6 แห่งในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นระบบตามบัญชีรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน แต่ละ 100 คน รวมทั้งสิ้น 600 คน แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบวัดความรู้ทางสุขภาพที่เป็นแบบเลือกตอบ และเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท วิเคราะห์ความตรงของแบบวัดด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันด้วยโปรแกรม ลิสเรล ชุดที่ 8.80 และวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบวัดด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาคและตามสูตร คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน 20 วิเคราะห์ระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยความถี่และร้อยละ ผลการวิจัยแสดงว่าแบบวัดความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ .87 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแสดงว่าแบบวัดมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ($X^2 = 6.86$, $df = 5$, $CFI = 1$, $GFI = 1$, $AGFI = .98$, $RMSEA = .03$, $SRMR = .01$) องค์ประกอบความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลด้านการสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ อยู่ในระดับน่าพึงพอใจ ส่วนองค์ประกอบด้านความรู้พื้นฐานและองค์ประกอบด้านการวิเคราะห์อยู่ในระดับต่ำเล็กน้อย สรุปได้ว่า ความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับพอใช้ (31.50 %) แบบวัดความรู้ทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าความตรงและความเที่ยงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้

คำสำคัญ : ความรู้ทางสุขภาพ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Introduction

Health literacy has been defined as the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to access, understand and use information in ways which promote and maintain good health (WHO,1998). It implies the achievement of knowledge, personal skills and confidence to take actions to improve personal and community health. It also involves people's knowledge and competences to access, understand, appraise, and apply health information to make judgments and take decisions in everyday life, as well as disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (Nutbeam, 2000). In improving people's access to health information and their capacity to use it effectively, it is dependent on more general levels of literacy. Poor literacy can directly affect people's health by limiting their personal, social and cultural development, as well as interfering the development of their health literacy.

Health literacy has been classified into three levels. They are (1). Basic/functional literacy which means sufficient basic skills in reading and writing to be able to function effectively in daily situations. (2). Communicative/interactive literacy which means to be able to actively participate in everyday activities, to extract information and derive meaning from different forms of communication, and to apply new information to changing circumstances. (3).

Critical literacy which means more advanced cognitive skills which, together with social skills, can be applied to critically analyses information, and to use this information to exert greater control over life events and situations. (Nutbeam, 2000).

There are some relationships between health literacy and general health status (Nutbeam, 2008). They are decreasing in health expenses, increasing in health literacy, shorter time of hospitalization and decreasing in health service frequencies. Low health literacy usually effects competencies in self healthcare, affected to lack of ability to take care of their own health. The numbers of chronic patients and expenses in health care will increase. General knowledge, such as critical thinking, access in computer, culture, social medias, personal rights, knowledge in diseases and personal health care were considered as factors related to personal health literacy. Lim and Ohm cited in Sriprompas, Nintajan, & Saengon (2015) also agreed that Health literacy of the caregivers directly affected to their task perceptions. Caregivers with low health literacy usually cope their stresses in negative ways, especially when they have to take care of some specific patients as Schizophrenia.

1. Schizophrenia.

Schizophrenia has been firstly introduced by Eugene Bleuler (1857-1939), a Swiss physician. (Corsini, 2002). Schizophrenia is one of the brain disorders that affects a person's thinking, language, emotions, social behavior,

and ability to perceive reality accurately. It was characterized by significant disorganization of thinking manifested by problems with communication and cognition. False perceptions of reality as seen by hallucinations and delusions, as well as bizarre behavior and inappropriate moods. Symptoms are usually first seen in adolescent or young adulthood and are often chronic and persistent. (Patricia, O'Brien, Winifred, Z., Kennedy, & Karen, A. Ballard, 2013).

Nowadays, Schizophrenia has been usually found as a mental disorder mostly occurred. The new prevalence has increased about twenty-six million cases all over the world, 90% found in the developing countries (WHO., 2018). In Thailand, there are more than 400,000 cases of schizophrenia, but only 60% of the patients have access to appropriate treatments, which can be considered as one of the significant problems of the country. (Information Center Planning Division, Department of Mental Health, 2016). Its lifetime prevalence was found at 70%, or approximately 1% worldwide with no differences related to race, social status, or culture. It is more common in males (1.4:1), and among persons growing up in Urban areas (Varcarolis, & Halter, 2010). The symptoms usually begin during the late teens and early twenties, although the onset before the age of ten has been reported. (Varcarolis, & Halter, 2010). Besides, early onset between 18-25 years occurs more often in males. The highest ages have been found in the range between ages

15-25 years. However, males and females would probably have the same chances to get sick, but males will usually show symptoms faster than females (Lortrakul, & Sukanich, 2012).

Moreover, Schizophrenia is also characterized by continuous or relapsing of psychosis. Other symptoms include social withdrawal, decreased emotional expression and apathy. Symptoms typically come on gradually, begin in young adulthood, and in many cases, never resolved. Many Schizophrenic patients have other mental disorders especially substance use disorders, depressive disorders, anxiety disorders and obsessive-compulsive disorders. Negative attitudes towards patients can interfere with the recovery and damage their qualities of life. (Varcarolis, & Halter, 2010).

2. Caregivers

The caregivers refer to the persons involved in the process of identifying, preventing, or treating an illness or disability. They include family physicians, pediatricians, nurses, social workers and indigenous nonprofessionals (Corsini, 2002). There are two kinds of caregivers; professional and nonprofessional. Professional caregivers include doctors or physicians, pediatricians, nurses, and social workers, whereas nonprofessional or lay caregivers are mostly the family members.

Lay caregivers are not only responsible for taking care of the patients, but also, must perform their own role duties as the family members, which obviously lead to their behaviors

and role conflicts in the family. They must spend plenty of time and energy in closely looking after the patients. They are expected to be able to take better care of the patients according to their own competencies as much as possible, and to prevent reoccurrence of the disease, as well as to decrease relapsing rates. Moreover, the caregivers themselves must confront with the characteristics and unwanted behaviors of the patients which affect their daily routines (Reinhard, 1994). Occasionally, the patients would have shown some bizarre perception. Eventually, the caregivers themselves will become extremely stressed, burn out, and exhausted. They will probably suffer with sleep problems such as insomnia and high level of stress which leads to improperly care for patients (Rodrigo, Fernando, Rajapakse, De Silva, & Hanwella, 2013). It was also found that one out of five of the family relatives feel extremely stressed, consequently lead to emotional outburst to each other. Family lifestyle also changes, social activities and relaxation decrease, social separation occurs, and accompanied by depression later. Besides, long-term caregiving will cause patients' negligence, or ineffective treatment (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010). Occasionally, some patients may have been physically assaulted or attacked unintentionally, which eventually lead to complexity of more problems and symptom relapses. Therefore, it is significant that the caregivers should possess appropriate health literacy in

taking care of their patients.

Research objectives

1. To develop the Health Literacy Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers
2. To study the level of Health Literacy of the caregivers who looked after the Schizophrenic patients in Bangkok Metropolitan.

Research Methodology

This quantitative research was designed as follows. Firstly, the Health Literacy Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers, developed by the researchers, was constructed. The Confirmatory Factor Analysis was employed to analyze its validity by the Linear Structural Relationship (LISREL) model, version 8.80: Students' edition. (Unsuchoti, Vijitwanna, & Pinyopanuwat, 2014). The Cronbach's Alpha Coefficient and KR -20 methods were utilized to obtain the reliability. Secondly, this scale was employed to collect data of Health Literacy levels as perceived by the caregivers, who had taken care of the Schizophrenic patients at that time. Raw scores obtained from the scale were transformed into percentage to indicate the Health Literacy levels.

1. Population and sample

The samples were randomly selected from the groups of Schizophrenic patients' caregivers in Bangkok Metropolitan, by using Hair, Black, Babin and Anderson's criteria (Hair et al., 2010). One hundred caregivers

six Health Centers in Bangkok Metropolitan, Thailand, were systematically selected from the list of psychiatric patients in the community. Six hundred sample were finally chosen as the total sample.

2. Research Instruments

The Instrument used in this research study was the Health Literacy Scale for Schizophrenic Patients' Caregivers in Bangkok Metropolitan. The scale consisted of two parts. Part one was Demography. Part two was Health Literacy Scale, modified from Thailand Health Literacy Scales Developed by the Department of Health Education, Ministry of Public Health. (Intarakamhang & Khumthong, 2017). This Scale consisted of 26 items altogether. They were (1) Health Knowledge and Understanding (items 1-5); (2) Accessing in Health Information and Services (items 6-10); (3) Health Communication (items 11-15); (4) Self-management (item 16-20); (5) Awareness in Medias and Information Technology (items 21-22), and (6) Decision Making in Proper Practices (items 23-26). The specific criteria assigned for the answering to this format were transformed in terms of percentage. They were as follows: 60% and lower = Incorrect; 60-69% = Partly correct; 70-79% = Correct; and 80% and higher = Mostly correct.

Moreover, Likert's Rating Scale format was assigned with items 6-22. (16 items) to identify the frequencies of the practices as perceived by the respondents. They were: All the

time = 5, Often = 4, Sometime = 3, Rarely = 2 and Never = 1. Then the data were transformed in terms of percentage ranks to identify the Health Literacy levels as perceived by the respondents. They were as follows: 60% and lower = Unsatisfactory; 60-69% = Fair; 70-79% = Satisfactory; and 80% and higher = Excellent.

3. Ethical Considerations

Before conducting the research, the sample's rights in this study were protected by presenting research proposal along with the instrument and research design for approval and granted by the Institutional Review Board, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University, No.KFN-IRB 2017-12. Then the research was eventually conducted according to Human Research Ethical Principles.

4. Data Analysis

The Data Analysis were divided into 2 categories. :-

4.1 Confirmatory Factor Analysis (CFA) was utilized by the LISREL model, version 8.80: student's edition, to analyze the validity of the Health Literacy Scale for Schizophrenic Patient's Caregivers in Bangkok Metropolitan. (Ungsuchoti et al., 2014).

4.2 Frequencies and percentage were utilized for analyzing demography as well as health literacy levels of the sample. Percentage scores of the levels, the factors and the total were presented in terms of the Tables.

Results

The research findings would be presented into 3 parts. They were as follows:

Part I : Demography of the samples

According to the Demography of the samples, it can be summarized that, among 600 caregivers, 428 of them were females (71.33%), and 172 of them were males (28.67%). Most of them (59%) were at the age between 41-60 years. Spouses were found at 38.33%. Twenty-four percent gained the upper secondary educational level. And most of them (19.17%) were unemployed.

Part II: The Confirmatory Factor Analysis of the Health Literacy Scale of the Schizophrenic Patients' Caregivers in Bangkok Metropolitan.,

Considering the Construct Reliability (CR) based on the criteria that the reliability value must be $\geq .60$, it was found that the reliability values of Basic / functional literacy level = .49. Communicative/ interactive literacy level = .84 and Critical literacy level = .45. The values of Average Variance Extracted (AVE) were found between .35-.72. They were Basic / functional literacy level = .39; Communicative/ interactive literacy level = .72; and Critical literacy level = .35. Based on Hair et al.'s criteria that the accepted values should be at $\geq .50$, (Hair et al., 2010) therefore, it could be concluded that the Construct Reliability of Basic / functional literacy level and Critical literacy level were a little bit lower, whereas Communicative/ interactive literacy level was acceptable. (Shown in Table 1)

Table 1: Reliability, Average means of Variables Extracted (AVE) and the Construct Reliability (CR) of the HL Scale.

HL factors	Reliability	AVE	CR
Health Knowledge and Understanding	.61	.39	.49
Accessing in Health Information and Services	.91		
Health Communication	.88	.72	.84
Self - management	.91		
Awareness in Medias and Information Technology	.93	.35	.45
Decision Making in Choosing Proper Practices	.70		

$r = .87$

It can be seen from Table 2 that health literacy of the Schizophrenic Patients' Caregivers which consisted of six factors, in four levels, were found as follows: (1) In the Basic / functional literacy level, the highest value was found in the factor of Accessing in Health Information and Services, with standard factor loading = .86, and the Coefficient of Variation (CV) associated with Basic/functional literacy level at 74%. (2) In the Communicative/interactive literacy level,

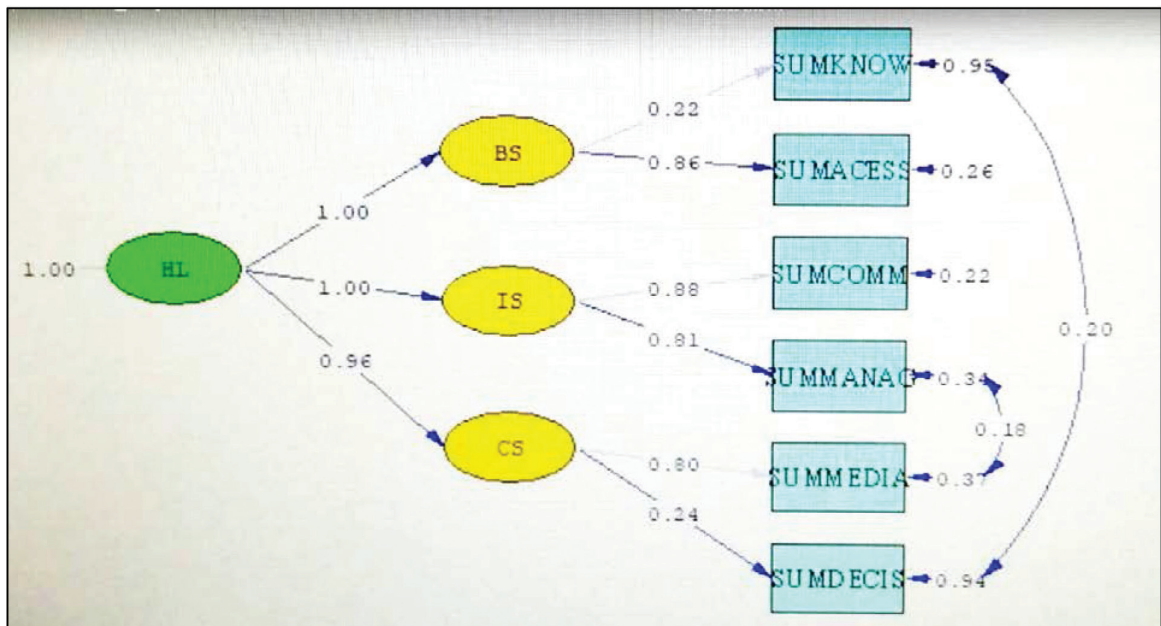
the highest value was found in the factor of Health Communication, with standard factor loading = .88, and the Coefficient of Variation (CV) associated with Communicative/ interactive literacy level at 78%, whereas the factor of Self-management was .81, and the CV = 66%; and (3) In the Critical literacy level, the standard factor loading of Awareness in Medias and IT = .80 and CV associated with Critical level at 63 %. (Shown in Table2)

Table 2: Standard values of the factor loadings, Validity of Observable Variables, and Coefficient of Confirmatory Factor Analysis of the HL Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers.

Levels/ Factors	Factor loadings			
	B	SE	T	CV (R ²)
Basic / functional literacy level	1.0			
Health Knowledge and Understanding	.22	.47	4.69	.05
Accessing in Health Information and Services	.86	.47	4.69	.74
Communicative/interactive literacy level	1.0			
Health Communication	.88	.07	21.34	.78
Self-management	.81	.07	21.34	.66
Critical literacy level	.96			
Awareness in Medias and Information Technology	.80	.05	4.86	.63
Decision Making in Choosing Proper Practices	.24	.05	4.86	.06

The second-order Confirmatory Factor Analysis showed that the model of six factors which measured together with the latent variables

of HL Scale were consistent with the empirical data. ($X^2=6.86$, $df=5$, $CFI=1$, $GFI=1$, $AGFI=.98$, $RMSEA=.03$, $SRMR=.01$) (shown in Picture 1)



$X^2 = 6.86$, $df = 5$, $CFI = 1$, $GFI = 1$, $AGFI = .98$, $RMSEA = .03$, $SRMR = .0$

Figure 1: Structural model of HL Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers.

Part III : Health Literacy of Schizophrenic Patients' Caregivers.

It can be summarized that the following factors were found at excellent level. They were (1) Accessing in Health Information and Services (25.67%); (2) Health Communication (25.33%); (3) Health Knowledge and Understanding (20.83%); (4) Awareness in Medias and Information Technology (18.17%); (5) Health Self- management (16.67%) and (6) Decision Making in Proper Practices (12.50%). Whereas the unsatisfactory levels were found

in the factors of (1) Awareness in Medias and Information Technology (26.00%); (2) Decision Making in Proper Practices (24.67%); (3) Health Knowledge and Understanding (20.83%); (4) Health Self- management (20.17%); (5) Health Communication (17.33%) and (6) Accessing in Health Information and Services (16.83%). When considering for the total, 25.00% of them showed their health literacy at unsatisfactory level, 31.50% at fair level, 28.17% at satisfactory level, and 15.33% at excellent level. (Shown in Table 3)

Table 3: Numbers and Percentage scores of Schizophrenic Patients' Caregivers (n= 600) who showed their perceived HL in six factors.

Health Literacy: Factors	Percentage scores of HL			
	Unsatisfactory	Fair	Satisfactory	Excellent
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Health Knowledge and Understanding	125 (20.83)	168 (28.00)	182 (30.33)	125 (20.83)
Accessing in Health Information and Services	101 (16.83)	153 (25.50)	192 (32.00)	154 (25.67)
Health Communication	104 (17.33)	174 (29.00)	170 (28.33)	152 (25.33)
Health Self- management	121 (20.17)	198 (33.00)	181(30.17)	100 (16.67)
Awareness of Medias and IT	156 (26.00)	184 (30.67)	151 (25.17)	109 (18.17)
Decision making in Proper Practice	148 (24.67)	156 (26.00)	197 (32.83)	99 (16.50)
Total	150 (25.00)	189 (31.50)	169 (28.17)	92 (15.33)

Discussion

It was found that health literacy of the schizophrenic patients' caregivers consisted of three levels with six factors altogether. They were as follows: (1) Basic/functional level which consisted of two factors as Health Knowledge and Understanding (5 items) and Accessing in Health Information and Services (5 items), the latter one was found to be the most significant with factor loading at .86 and CV = 74%.

Considering in the Construct Reliability (CR) based on the criteria that the reliability value must be $\geq .60$, it was found that the reliability values of Basic / functional literacy level = .49; Communicative/ interactive literacy level = .84 and Critical literacy level= .45. The values of Average Variance Extracted (AVE) were found between .35-.72. They were Basic/ functional literacy level = .39. Communicative/

interactive literacy level= .72; and Critical literacy level = .35. Based on Hair et al.'s criteria that the accepted values should be at $\geq .50$, therefore, it can be concluded that the Construct Reliability of Basic / functional literacy level and Critical literacy level were a little bit lower, whereas the Communicative/interactive literacy level was acceptable. It was supported that Health Literacy Scale of Schizophrenic Patients' Caregivers in Bangkok Metropolitan was consistent with the theory in both contents and structures. Its validity was supported by CFA, and the total reliability was .87.

When considering Construct Reliability (CR) based on the criteria that the value must be $\geq .60$, it was found that the Basic/functional level = .49, Communicative/interactive level = .84 and Critical level = .45, combined with Average

Variance Extracted (AVE) = .35-.72, It can be seen that among the three levels, Average Variance Extracted (AVE) were .39, .72 and .35 respectively. These findings can be explained in terms of Hare et al.'s criteria that the value must be $\geq .50$. It means that the AVE of the factors of Basic/functional and Critical levels were a little bit lower. It could be concluded that the factors of Accessing in Health Information and Services, Health Communication, Self-management, and Awareness in Medias and Information Technology were essential factors in Health Literacy.

The Department of Health, Ministry of Public Health (2019) also studied Health Literacy of the Thai people, from the ages at ≥ 15 years, in order to develop and verify Health Literacy Scale for the Thai people. This Scale consisted of five dimensions as information accessing; understanding; discussing and questioning; making decision; and changing behavior. The dimension of information accessing was 75% lower than the others. These findings could be concluded that health literacy of the Schizophrenic patients' caregivers should be essentially promoted to the caregivers so that they could be highly competent in taking better care of their patients.

According to the total health literacy levels, only Satisfactory level (28.17%) was found, which could be supported that it might be because of the discrepancies between personal competency level and the complexity of health

and information systems. (Department of Health. Ministry of Public Health, 2019).

Moreover, when considering the general information of the schizophrenic patients' caregivers, 71.33% were females who had to perform various roles as mothers, wives, or daughters. They have also taken some other roles assigned by the communities and society, accompanied with more duties and responsibilities. Fifty nine percent were middle aged adults, (41-60 years), and 19.17% were housewives. Twenty four percent gained only higher educational certificate level. This information could be explained that they probably had less sufficient time to seek for more knowledge and to better understand the complexities of health information and services. Lack of health communication, awareness in medias and IT would likely lead them to inappropriate decision making and self - management.

These findings might be explained that the schizophrenic patients' caregivers had to take care of the schizophrenic patients who had been sick and had to take medication for their whole lives without recovering. Besides, the symptoms of severe delusions and hallucination of the Schizophrenic patients sometimes were badly harmful to themselves and to others.

Research Suggestions

1. Suggestions / Recommendations in Findings Application

These research findings can be suggested

that :- 1. The research results should be presented to the Committees of Curriculum Administration of Kuakarun Faculty of Nursing, Navamin-dradhiraj University in order to reconsidered on planning /redesigning for the instructional curriculum by modifying the content of this topic into the curriculum. 2. The research results should be presented to the administrators of the Health Department, the Office of Bangkok Metropolitan Administration, as well as to the professional nurses who presently work at the Health Centers, in order to use these findings in planning and arranging of more effective projects and activities to enhance the health literacy of the caregivers, so that they will be more capable and qualified caregivers. 3. The findings should be essentially beneficial to the development of the instructional activities for nursing students to gain better knowledge and understanding in health literacy

of Schizophrenic patients' caregivers, and to assist them to be highly competent with more knowledgeable, skillful and appropriate practices.

2. Recommendations for the next research studies

It was recommended that :- 1. This Health Literacy Scale should be redeveloped and improved. For example, more items in each level should be added in order to make sure that they will be more highly valid and reliable. 2. It should be highly beneficial if more empirical studies in this topic be replicated in the provinces of Thailand, where significant differences in social contexts between Bangkok Metropolitan and the provincial areas are apparent. 3. Health Literacy Scales should be developed and modified to study the health literacy of other caregivers in more various diseases, as well as in professional nurses, nursing instructors and students.

References

- Corsini, R. J. (2002). *The dictionary of psychology*. New York: Bruner-Routledge.
- Department of Health. Ministry of Public Health. (2019). How important is health literacy for Thai people?. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17212>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective* (7th ed.). NJ: Pearson Education.
- Information Center Planning Division, Department of Mental Health. (2016). *Service statistics of departments under the department Mental Health Annual 2015, 2016*. Nonthaburi: Ministry public health.
- Intarakamhang, U., & Khumthong, T. (2017). Measurement Development of Health Literacy and Unwanted Pregnancy Prevention Behavior for Thai Female Adolescents. *Journal of Public Health Nursing*, 31(3), 19-37

- Lortrakul, M., & Sukanich, P. (2012). *Ramathibodi essential psychiatry*. (4th ed). Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* (1982), 67(12), 2072-2078.
- O'Brien, Patricia G., Kennedy, Winifred Z. & Ballard., Karen A. (2013). *Psychiatric mental Health nursing. An introduction to theory and practice*. (2nd ed). MA: Jones & Bartlett
- Patricia, O'Brien, Winifred, Z., Kennedy, & Karen, A. Ballard
- Reinhard, S. C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing & Health*, 17(2), 79-88.
- Rodrigo, C., Fernando, T., Rajapakse, S., De Silva, V., & Hanwella, R. (2013). Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 1-5.
- Sripompas, K., Nintajan, P., & Saengon, S. (2015). Relationships between resilience, stigma, knowledge, social support and personal factors, and caregivers' burdens. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(1), 103-122.
- Unsuchoti, S., Vijitwanna, S., & Pinyopanuwat, R. (2014). *Statistics for social and behavioral science research: Technics in using LISREL program*. (4th ed). Bangkok: Charoen Dee Mankong Printings.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of psychiatric mental health nursing. A clinical approach*. (6th ed). Missouri: Saunders Elsevier.
- World Health Organization. (2018). Schizophrenia. Retrieved From <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>



ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร
สภาพแวดล้อมในการทำงาน กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
**Relationships Between Organizational Citizenships Behaviour,
Work Environment, and Organizational Commitment of
Profesional Nurses, Tertiary Hospitals, Health Region 4,
Ministry of Public Health**

กิตติยา เด็ดแก้ว, พย.บ., Kittiya Dadkaew, B.N.S.^{1*}

กัญญดา ประจุศิลป์, Ph.D., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

สุวรรณี ละออบปักสิน, กศ.ด., Suwannee Laorpuksin, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: kittiya.pnk@gmail.com

Received: October 31, 2022

Revised: April 2, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความยึดมั่นผูกพันองค์กร และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 320 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1)ข้อมูลทั่วไป 2)แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร 3)แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน และ4) แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า CVT เท่ากับ .94, .94 และ .91 ตามลำดับและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

Cronbachเท่ากับ .95, .96 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า: 1) ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$) 2) พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .372$) สภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .409$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

Abstract

This study is a descriptive study. The objectives were to 1) study the level of organizational commitment and 2) study the relationships between organizational citizenship behavior, work environment, and organizational commitment of professional nurses in Tertiary hospitals, Health Region 4, the Ministry of Public Health. Subjects were 320 professional nurses, selected by simple random sampling. The tool used was a questionnaire consisting of 4 parts: 1) general information; 2) organizational citizenships behavior questionnaire; 3) work environment questionnaire; and 4) organizational commitment questionnaire. Parts 2-4 were examined for validity by experts with CVT values = .94, .94, and .91, respectively, and Cronbach's alpha coefficients = .95, .96, and .96, respectively. The data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product-moment correlation coefficient. The major findings were as follows: 1) organizational commitment of professional nurses in tertiary hospitals, Health Region 4, the Ministry of Public Health, were at the moderate level overall ($r = 3.47$); 2) organizational citizenships behavior had a positive relationship at the moderate level with the organizational commitment of professional nurses in tertiary hospitals, Health Region 4, at the statistical significance level of .05 ($r = .372$). The work environment had a positive relationship at the moderate level with the organizational commitment of professional nurses in tertiary hospitals, Health Region 4, at the statistical significance level of .05 ($r = .409$).

Keywords: Organizational Citizenships Behaviour, Work Environmrnt, Organizational Commitment

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วย บุคลากร เป็นเลิศ (People Excellence) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีการวางแผนอัตราากำลังคน การผลิตและพัฒนาากำลังคน การพัฒนาระบบบริหารจัดการและการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ (สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) กองการพยาบาล จึงกำหนดยุทธศาสตร์ การบริการพยาบาล ระดับประเทศ พ.ศ. 2560-2564 ดำเนินการตามแผนงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ (สำนักงานนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โรงพยาบาลของรัฐมีการพัฒนาและขยายบริการเฉพาะทาง จัดบริการเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนบุคคลมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะจำนวนพยาบาล พบว่ามีการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ หน่วยบริการสุขภาพในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความต้องการพยาบาลวิชาชีพ 184,840 อัตรา เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบ ควรมีอัตราากำลังพยาบาลวิชาชีพอย่างเพียงพอ จึงควรมีตำแหน่งข้าราชการเพื่อบรรจุประมาณ 166,350 อัตรา หรือร้อยละ 90.00 ของความต้องการ แต่ปัจจุบัน กำลังคนพยาบาลวิชาชีพมีเพียง 132,789 อัตราคิดเป็นร้อยละ 71.84 ซึ่งในจำนวนนี้มีพยาบาลที่ได้รับการจ้างเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราวเพียงร้อยละ 11.34 หรือประมาณ 11,000 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการลาออกในระยะ 3 ปี ข้างหน้า ดังนั้น แนวทางแก้ปัญหาในระยะเร่งด่วน เพื่อขอกำหนดอัตราข้าราชการเพิ่มใหม่ อย่างน้อยปีละ 3,600 อัตรา เป็นเวลา 3 ปี เพื่อป้องกันการลาออก และเป็นมาตรการเชิงนโยบายที่มีความสำคัญต่อการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน

การปรับปรุงนโยบายการจ้างงานให้สามารถดึงดูดและจูงใจรักษาพยาบาลที่ดีและเก่ง ส่งเสริมให้พยาบาลทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการทำงาน และการสร้างความผูกพันในองค์กร (กฤษดา แสงวดี, 2560) จากการศึกษาของสเดียร์ (สุพรรณ มางลาด, ศรีเรือน แก้วกังวาน, สุเมธ สมภักดี, และนราเชต ยิ้มสุข, 2563) อนวัช ลิ้มวารการ, (2562) พบว่า ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับความตั้งใจที่จะคงอยู่และการลาออกของพนักงาน หากบุคคลมีความรู้สึกต่องานและองค์กรในทางลบ เช่น เบื่องาน รู้สึกไม่ผูกพันต่อองค์กร ขาดความจงรักภักดี รู้สึกว่าไม่ได้รับความยุติธรรม จะทำให้บุคคลนั้นขาดความตั้งใจและความทุ่มเทในการทำงาน ขาดงานบ่อย ส่งผลเสียต่องานและประสิทธิภาพของงาน

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่มีต่อองค์กร เป็นความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีความเชื่อมั่น ยอมรับเป้าหมายขององค์กร ต้องการมีส่วนร่วม มีความรักความผูกพันต่อองค์กร (Buchanan, 1974) โดยหากบุคคลมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรจะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับ (พิมพ์ชนก ทับมณฑิยา, 2561; ศุภนารี พิรส, 2562; ปวิชา สีมาวงษ์ และวิรัตน์ ถาวรวัฒนยงค์, 2565) พบว่า พยาบาลที่มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร มีความสัมพันธ์กับความกระตือรือร้น เต็มใจ เอาใจใส่ในการทำงาน ต้องการคงอยู่ในองค์กร ยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร และทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีความเต็มใจในการให้ความร่วมมือความช่วยเหลือผู้ร่วมงานหรือองค์กร พฤติกรรมการปฏิบัติงานที่นอกเหนือบทบาท (Extra role behavior) ที่ไม่ได้กำหนดไว้ โดยมิได้หวังรางวัลใด เป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญในองค์กร เพราะ

พฤติกรรมการดังกล่าว ทำให้เพื่อนร่วมงานเกิดความรู้สึกดี และรู้สึกถึงความเป็นกลุ่มเดียวกัน ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่ดีมีคุณภาพ (ภัทธรารณ อัญชลีอำนาจพร, 2561) สอดคล้องกับออร์แกน (Organ, 1991) กล่าวว่า บุคลากรเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตัวเอง มีความตั้งใจ ไม่ได้ขึ้นกับการได้รับคำสั่งหรือรางวัล เป็นบุคลากรที่มีพฤติกรรมความเป็นสมาชิกขององค์กร ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ในขณะที่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นสิ่งที่อยู่รอบตัวบุคคลทั้งทางกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ซึ่งมีส่วนสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการทำงานของบุคคลกร และยังส่งผลต่องาน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา (กัญญาดา ประจุศิลป์, 2565) โดยจากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมในการทำงานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ทำให้สถานพยาบาลมีความปลอดภัย บุคลากรเกิดความมั่นใจ ดังเช่น สมพันธ์ สุทธนันท์ และกัญญาดา ประจุศิลป์ (2558) พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจนเนอเรชันวายอยู่ในระดับดีและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1,851 คน โรงพยาบาลตติยภูมิถูกกำหนดให้พัฒนาระบบบริการใน ระดับ Excellence Center เป็นศูนย์กลางการรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ ศูนย์ปลูกถ่าย

อวัยวะ มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจความผูกพันต่อองค์กรของงานประกันคุณภาพทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ประจำปี 2562-2563 พบว่า อัตราความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ โดย พยาบาลวิชาชีพพร้อมจะเปลี่ยนงานทันทีที่มีโอกาส ซึ่งสัมพันธ์กับจำนวนการลาออกของพยาบาลวิชาชีพในปี 2562-2564 ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้พยาบาลที่ยังปฏิบัติงานอยู่มีภาระงานมากขึ้นจนเกิดความอ่อนล้า และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการพยาบาลในระยะยาวได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาตัวแปรที่สัมพันธ์กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ สำหรับใช้ในการธำรงรักษาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรนานขึ้น ซึ่งจะทำให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานพยาบาลได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพอันจะส่งผลดีต่อพยาบาลและผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

สมมติฐานการวิจัย

1. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข

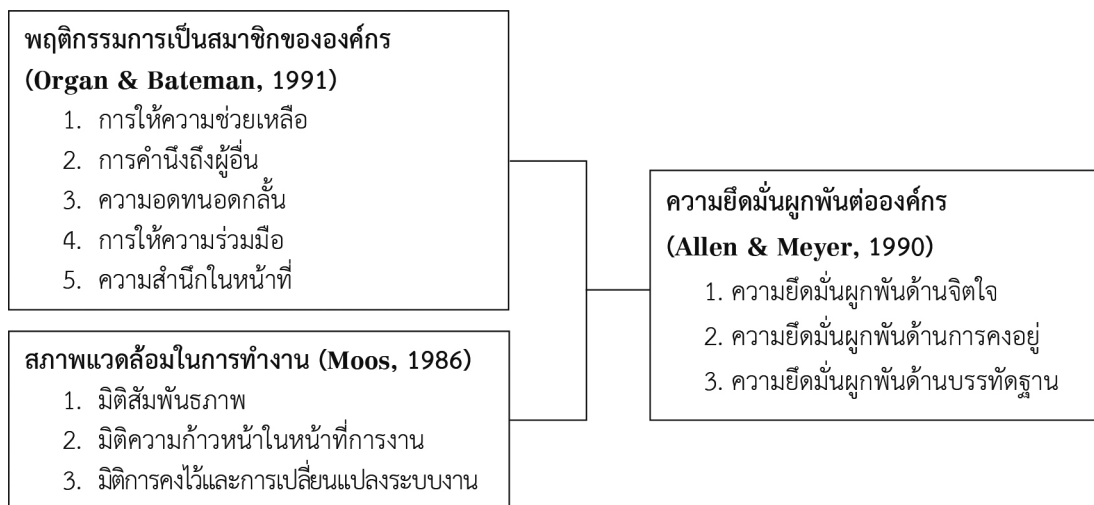
นิยามศัพท์

1. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร (Organizational commitment) หมายถึง การรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อโรงพยาบาล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับองค์กร เป็นสิ่งยึดเหนี่ยวให้พยาบาลวิชาชีพยังคงปฏิบัติงานอยู่กับองค์กร ใช้แนวคิดของอัลเลนและไมเออร์ (Allen & Meyer, 1990) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ และความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน

2. พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร (Organizational citizenship behavior) หมายถึง การรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับพฤติกรรมที่นอกเหนือหน้าที่ที่โรงพยาบาลกำหนด แต่เป็นความเต็มใจให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือผู้ร่วมงานหรือโรงพยาบาลโดยไม่ต้องร้องขอ ใช้แนวความคิดของออร์แกนและเบตแมน (Organ & Bateman, 1991) ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือ การคำนึงถึงผู้อื่น ความอดทนอดกลั้น การให้ความร่วมมือ และความสำนึกในหน้าที่

3. สภาพแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) หมายถึง การรายงานตนเองของพยาบาลวิชาชีพต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ใช้แนวคิดของมูส (Moos, 1986) ประกอบด้วย 3 มิติ คือ มิติสัมพันธภาพ มิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมิติการคงไว้และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน (ดังภาพที่ 1)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาล ยกเว้น หัวหน้าตึกและพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ระหว่างการขอย้าย

หรือลาออก โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1,825 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power (สโรชา ภู่อาร และธาดาธิเบศร์ ภูทอง, 2561) ค่า Effect size = .05 อำนาจในการทดสอบ .80 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 320 คน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 โรงพยาบาลและจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนพยาบาลวิชาชีพ	กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้
โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า	650	114
โรงพยาบาลสระบุรี	725	127
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	450	79
รวม	1,825	320

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ และโรงพยาบาลที่เป็นตัวอย่างทั้ง 3 แห่ง คือโรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยผู้วิจัยชี้แจงบอกวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ ทุกเมื่อ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืนจากแผนกต่างๆของโรงพยาบาลทุกแห่งด้วยตนเอง และแบบสอบถามถูกทำลายทิ้งหลังการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส สภาพการทำงาน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน รายได้ และแผนกที่ปฏิบัติงานลักษณะเป็นแบบเติมคำและแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบสอบถามของ พุทธชาติ เอี่ยมสะอาด (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Organ et al. (1991) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือ การคำนึงถึงผู้อื่น ความอดทนอดกลั้น การให้ความร่วมมือ และความสำนึกในหน้าที่ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale)

5 ระดับ ตั้งแต่ 5 - 1 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ สมพันธ์ สุทธาธิ์ (2556) สร้างขึ้นตามแนวคิด Moos (1986) จำนวน 37 ข้อ ประกอบด้วย มิติสัมพันธภาพ มิติความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน และมิติการคงไว้ และการเปลี่ยนแปลงระบบงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 5-1 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามงานวิจัยของ พุทธิชาติ เอี่ยมสะอาด (2552) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของอัลเลนและเมเยอร์ (Allen & Meyer, 1990) จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย ความยืดหยุ่นผูกพันด้านจิตใจ ความยืดหยุ่นผูกพันด้านการคงอยู่ และความยืดหยุ่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 5-1 ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงปานกลาง เป็นจริงน้อย เป็นจริงน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Hunger, 1999) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรเท่ากับ .94 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานเท่ากับ .94 แบบสอบถามความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรเท่ากับ .91

4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

จำนวน 30 คน ความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรเท่ากับ .95 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการทำงานเท่ากับ .96 และแบบสอบถามความยืดหยุ่นผูกพันต่อองค์กรเท่ากับ .96

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ประสานงานกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลแต่ละโรงพยาบาลทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงขั้นตอนการเก็บข้อมูลและส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และขอความกรุณาให้ผู้ประสานงานของกลุ่มการพยาบาลเป็นผู้ชี้แจงและเก็บรวบรวมแบบสอบถามและความสมบูรณ์ของข้อมูล ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม ถึง 4 กันยายน 2565 ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 320 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 รวมระยะเวลา 46 วัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.88 สถานภาพสมรส โสด คิดเป็นร้อยละ 62.81 มีสถานภาพการจ้างงานเป็นข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 82.19 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.75 รายได้รวมต่อเดือน 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.31 แผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่า แผนกศัลยกรรม

คิดเป็นร้อยละ 18.75 แผนกกระดูกและข้อ ร้อยละ 18.13 แผนกอายุรกรรม ร้อยละ 15.31 แผนกกุมารเวชกรรม ร้อยละ 13.13 แผนกสูติกรรมร้อยละ 8.12 แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 7.81 แผนกผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 7.50 แผนกนรีเวชกรรม ร้อยละ 6.25 แผนกตา หู คอ จมูก ร้อยละ 5.00

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = .73$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจและความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.54$ $SD = .76$, $\bar{X} = 3.53$, $SD = .73$ ตามลำดับ) ส่วนความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$, $SD = 0.85$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับของความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน (n = 320)

ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจ	3.54	.76	สูง
ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐาน	3.53	.73	สูง
ความยึดมั่นผูกพันด้าน การคงอยู่	3.33	.85	ปานกลาง
รวม	3.47	.73	ปานกลาง

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรของ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านความสำนึก ในหน้าที่ ด้านการให้ความช่วยเหลือ ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น ด้านความอดกลั้นอดทน ด้านการให้ความร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.89$, $\bar{X} = 4.21$, $\bar{X} = 4.19$, $\bar{X} = 3.85$, $\bar{X} = 3.81$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมและรายด้าน (n = 320)

พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านความสำนึกในหน้าที่	4.89	.57	สูง
ด้านการให้ความช่วยเหลือ	4.21	.46	สูง
ด้านการคำนึงถึงผู้อื่น	4.19	.47	สูง
ด้านความอดกลั้นอดทน	3.85	.56	สูง
ด้านการให้ความร่วมมือ	3.81	.58	สูง
รวม	4.03	0.42	สูง

สภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.91$) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าด้านสัมพันธภาพ ด้านการคงไว้และการเปลี่ยนแปลง ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.02$, $\bar{X} = 3.88$, $\bar{X} = 3.84$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกโดยรวมและรายด้าน (n = 320)

สภาพแวดล้อมในการทำงาน	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ด้านสัมพันธภาพ	4.02	.53	สูง
ด้านการคงไว้และการเปลี่ยนแปลง	3.88	.55	สูง
ด้านความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน	3.84	.51	สูง
รวม	3.91	.48	สูง

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .372$) กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .409$) กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ (n = 320)

ตัวแปร	ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร
พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร	.372*
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	.409*

*P< .05,

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขโดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.47$, $SD = .73$) โดยความยึดมั่นผูกพันฯ ด้านจิตใจและด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.54$, 3.53 ตามลำดับ) ส่วนความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่นั้นอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.33$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข มีความภาคภูมิใจและรู้สึกที่ตัวเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล จึงทำให้รู้สึกว่าการตนเองมีคุณค่า/มีความสำคัญ จึงยอมรับเป้าหมายและตอบสนองด้วยการเป็นสมาชิกที่ดีและทุ่มเททำงานอย่างเต็มที่ จนทำให้รับรู้ได้ว่า การทำงานในโรงพยาบาลจะช่วยพัฒนาศักยภาพและความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านการการอบรม การศึกษาดูงาน การพัฒนาในด้านของเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Allen and Meyer (1990) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีความยึดมั่นผูกพันด้านจิตใจจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร รู้สึกเป็นเจ้าขององค์กร ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และมีความสุขในการเป็นสมาชิกขององค์กร และงานของ พิมพ์ชนก ทัตมนเทียน (2561) ที่พบว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านบรรทัดฐานอยู่ในระดับสูง การยอมรับเป้าหมายและค่านิยมขององค์กร ความปรารถนาที่จะเป็นสมาชิกขององค์กร ความจงรักภักดี รู้สึกเป็นพันธะหน้าที่พร้อมที่จะทุ่มเทการทำงานให้กับองค์กรอย่างเต็มความสามารถเพื่อตอบสนององค์กร ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพก็รู้สึกว่าการตอบสนอง สวัสดิการที่ได้รับ และความมั่นคงในหน้าที่การทำงาน เป็นส่วนสำคัญในการปฏิบัติงานพยาบาล เนื่องจากบุคลากรบางส่วนมีสถานภาพการจ้างงานเป็นพนักงานของรัฐ และถูกจ้างชั่วคราว ซึ่งตามระเบียบราชการบุคคลกลุ่มนี้จะได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการ

ที่น้อยกว่าข้าราชการ จึงทำให้มีผลต่อความรู้สึกยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิไลลักษณ์ กุศล (2559) ที่พบว่า ความยึดมั่นผูกพันด้านการคงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการความเป็นอิสระของวิชาชีพ แรงจูงใจในการทำงาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร สภาพแวดล้อมในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตติยภูมิ เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r = .372$ และ $r = .409$) ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กร และสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ทั้งความสำนึกในหน้าที่ของวิชาชีพพยาบาลที่ต้องช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและการคำนึงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญโดยต้องให้ความร่วมมือต่อองค์กร โดยอดทนอดกลั้นต่อสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินงานขององค์กร ส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน ซึ่งจะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร จะแสดงพฤติกรรมทางบวกส่งผลต่อประสิทธิผลขององค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยของ ภัทธรารณ อัญชลีอานวยพร (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนความก้าวหน้า พิจารณาค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เป็นธรรม การประเมินผลงานด้วยความยุติธรรมและโปร่งใสมีอิทธิพลต่อความผูกพันองค์กร ในขณะที่สภาพแวดล้อม บรรยากาศและสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและองค์กร จะทำให้พยาบาลรู้สึกผูกพันและอยากมาทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐพงศ์ พิสิษฐพงศ์ (2561) พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานด้านโอกาสก้าวหน้าในการทำงาน การสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์ต่อการสร้างความผูกพัน

มีความสัมพันธ์ในระดับสูงสุด ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีความปลอดภัย มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอ บริหารภาระงานให้เหมาะสม ทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจและเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปปรับใช้ โดยการบริหารค่าตอบแทนที่มีประสิทธิภาพ มีระบบการจ่ายค่าจ้าง และมีเงินเดือนอย่างเหมาะสม รวมทั้งดูแลสวัสดิการอื่น ๆ เช่น ประโยชน์

ทดแทน การลา การเกษียณอายุ การรักษาพยาบาล เป็นต้น เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความยึดมั่นผูกพันกับองค์กรและยังคงทำงานอยู่ในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร สร้างขวัญและกำลังใจ เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพ มีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรและคงอยู่ให้นานที่สุด

2.2 ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

กฤษดา แสงดี. (2560). วิถีชีวิตคนแดนพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(2), 456-468.

กัญญาตา ประจุศิลป์. (2565). *การจัดการทางการแพทย์และภาวะผู้นำ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ณัฏฐพงศ์ พิสิษฐพงศ์. (2561). สภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างความผูกพันองค์กรของข้าราชการและบุคลากร สำนักงานเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 1(1), 64-78.

ปวิชา สีมวงษ์ และวิวัฒน์ ถาวรพัฒน์. (2565). ความเหนื่อยหน่ายในการทำงานและความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิชาการวิทยาลัยบริหารศาสตร์*, 5(4), 1-18.

พุทธรชาติ เอี่ยมสะอาด. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจในหัวหน้าหอผู้ป่วย พฤติกรรมการเป็นสมาชิกขององค์กรกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มพนักงานมหาวิทยาลัย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พิมพ์ชนก ทับถมเทียน. (2561). ความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(2), 57-67.

ภัทธรภรณ์ อัญชลีอานวยพร. (2561). *แนวทางการสร้างความผูกพันและพฤติกรรมความเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรบุคลากร โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.

- วิไลลักษณ์ กุศล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย ศรีสเคียน, นครปฐม.
- สมนันท์ สุทธารัตน์. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพศูนย์ฉุกเฉินวายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ในกำกับของรัฐ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- สมนันท์ สุทธารัตน์ และกัญญา ประจุศิลป์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพศูนย์ฉุกเฉินวายุ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 238-252.
- สุพรรณ มางลาด, ศรีเรือน แก้วกังวาน, สุเมธ สมภักดี, และนราเขต ยัมสุข. (2563). ความฉลาดทางอารมณ์และความผูกพันต่อองค์กรโดยมีความพึงพอใจในงานเป็นตัวแปรสื่อของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสังคมสงเคราะห์ศาสตร์*, 28(2), 113-135.
- สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *การสาธารณสุขไทย 2554-2558*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สโรชา ภู่อาร และธาดาธิเบศร์ ภูทอง. (2561). อิทธิพลของการตลาดแบบปากต่อปากออนไลน์ต่อความตั้งใจในการแบ่งปันของผู้ใช้เว็บไซต์สื่อสังคมออนไลน์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- ศุภณารี พิรส. (2562). พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีขององค์กร ความยุติธรรมด้านกระบวนการขององค์กร ความผูกพันขององค์กร และผลการปฏิบัติงาน: หลักฐานเชิงประจักษ์ของโรงพยาบาลรัฐในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาการจัดการสมัยใหม่*, 12(2), 136-147.
- อนวัช ลิ้มวารกร. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลรัฐบาล 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of occupational psychology*, 63(1), 1-18.
- Buchanan, B. (1974). Building Organizational Commitment: The Socialization of Managers in Work Organizations: *Administrative Science Quarterly*. *American Journal of Sociology*, 19(4), 533-546.



ผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการ ทางปัญญาที่มีต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลาย

Effect of Learning Experience Provision Program Through Cognitive Process Development on Well-being of Late adolescents

คณินธร ล้อคำ, กศ.ม., Kaninthorn Lohkum, M.Ed.^{1*}

ประทีป จินน์, ศน.ด., Prateep Jinng, Ph.D.²

กาญจนา ภัทราวิวัฒน์, วท.ด., Kanchana Patrawiwat, Ph.D.²

สิทธิพร ครามานนท์, ประ.ด., Sittiporn Kramanon, Ph.D.³

¹นิสิต, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

¹Ph.D. Candidate, Behavioral Science Research Institute, SWU. Srinakharinwirot University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

²Assistant Professor Ph.D., Behavioral Science Research Institute, SWU. Srinakharinwirot University

³อาจารย์ ดร., สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³Lecturer, Ph.D., Behavioral Science Research Institute, SWU. Srinakharinwirot University

*Corresponding Author Email: kaninthorn@gmail.com

Received: February 2, 2023

Revised: April 10, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลาย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ Pretest - Posttest control group design กลุ่มเป้าหมาย คือ นักศึกษาของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพฯ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมจนจบการทดลอง 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน โดยใช้การสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ 1) แบบวัดสุขภาวะที่ดี 55 ข้อ ทุกข้อมีค่าความตรงมากกว่า .66 มีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง .927 ถึง .948 และ 2) โปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยมที่บูรณาการร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ ได้แก่ การเหนี่ยวนำพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ของบุคคลตามแนวคิดนิเวศวิทยาพัฒนาการมนุษย์ และการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบตามทฤษฎีปัญญาสังคม เพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ และทักษะวัยรุ่นเชิงบวก ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้น

โดยโปรแกรมที่จัดทำขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ร่วมกับการทำ Tryout เมื่อนำไปใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะที่ดีหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.16$) เพิ่มขึ้นจากคะแนนก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อวิเคราะห์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม คือ คะแนนสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลอง พบว่า ระดับสุขภาวะที่ดีของกลุ่มทดลอง ($Adj. M = 4.26$) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($Adj. M = 3.96$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.49$) จึงสรุปว่าโปรแกรมที่จัดทำขึ้น สามารถนำไปใช้ได้จริง เพื่อช่วยเหลือให้นักศึกษากลุ่มที่มีปัญหาเล็กน้อย และกำลังรอรับการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาผู้มีความสามารถเฉพาะทาง ให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นเร็วขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมปัญญานิยม ความเข้มแข็งทางใจ ทักษะวัยรุ่นรุ่นเชิงบวก สุขภาวะที่ดี

Abstract

This study aimed to investigate the effects of a learning experience provision program, through cognitive process development, on the well-being of late adolescents. The research design was a quasi-experimental pretest-posttest control group design. The sample consisted of students from private universities in Bangkok who were qualification according to criteria and voluntarily took part until the end of the study. The 51 participants were randomly assigned to either the experimental group (24 subjects) or the control group (27 subjects). The instruments used included well-being measurements consisting of 55 items, which were both validity (more than .66) and reliability (between .927 to .948). The learning experience provision program through cognitive process development was based on the cognitive-behavioral approach and integrated with other techniques, namely prime-to-behavior, the interaction between humans in the theory of the ecology of human development, and observational learning in terms of social cognitive theory. The program aimed to increase well-being by developing Resilience and PYD. There were both qualification program by experts and tryout. After applied to the sample, the results found that the posttest well-being level of the experimental group ($\bar{X} = 4.16$) was statistically significantly higher than the pretest ($\bar{X} = 3.48$) at a level of .001. The posttest well-being of the experimental group ($Adj. Mean = 4.26$) was also found to be significantly different from the control group ($Adj. Mean = 3.96$) at a level of .05 ($F = 5.49$) when analyzed by ANCOVA, which was controlled by the covariate by the pretest score of well-being. Consequently, it can be inferred that the developed program has practical applications to aid students with minor issues who are awaiting preliminary assistance from specialized psychologists. This leads to a more efficient provision of help.

Keywords: Cognitive Behavior Approach, Resilience, Positive Youth Development, Well-being

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีความเสี่ยงที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต พฤติกรรมก้าวร้าว การใช้สารเสพติด การตั้งครมไม่พึงประสงค์ ปัญหาการเรียน การหลีกหนีสังคม และการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคได้ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้สุขภาวะทางจิตใจของวัยรุ่นลดลง (Steinberg, 2014) ผลการสำรวจพบว่า วัยรุ่นไทยประมาณร้อยละ 2-5 ตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการไม่สามารถปรับตัว หรือแก้ไขปัญหาคที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง (ฐิณิรัตน์ ถาวร และคณะ, 2561; ปิยนุช ชมภูภาค, 2560) จนนำไปสู่การทำร้ายตัวเองและฆ่าตัวตายของวัยรุ่นที่เพิ่มขึ้นจากเดิม 3.75 เท่า (อัจฉรา ตราชู, ฐิตวิ แก้วพรสวรรค์, และ สิริรัตดา ปัญญาภาส, 2556) อีกทั้งข้อมูลจากฝ่ายแนะแนวของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งยังพบว่า มีนักศึกษาเข้ามาใช้บริการจากฝ่ายแนะแนวเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการปรับตัวกับการเรียน การเข้ากับกลุ่มเพื่อน และการมีความเห็นขัดแย้งกับครอบครัว เพราะอยู่ในช่วงเวลาที่ต้องเลือกทางเดินชีวิตหรือทำตามความคาดหวังจากผู้ปกครอง ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ แสดงให้เห็นว่าสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นโดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นตอนปลายกำลังลดลง ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่สุขภาวะด้านจิตใจเท่านั้น แต่หากมองในมุมของพุทธศาสนา การมีความสุขที่ยั่งยืนควรมีความสุขแบบองค์รวม คือ มีความสุขทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ ป.อ.ปยุตโต, 2562)

เมื่อความสุขลดลง จนเกิดภาวะซึมเศร้า การทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ จึงเป็นวิธีการแก้ไขปัญหาคที่มีประสิทธิภาพสูงในลำดับต้น ๆ และได้รับความนิยมในปัจจุบัน แต่การทำจิตบำบัดจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนน้อย และต้องรอคิวนาน ดังนั้น

การใช้กระบวนการทั่วไปที่นักจิตวิทยา ครูแนะแนว หรือครูประจำชั้น สามารถทำได้จึงเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือที่รวดเร็วกับวัยรุ่นที่กำลังประสบปัญหาคเพียงเล็กน้อยหรืออยู่ในระยะเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า โปรแกรมที่สร้างขึ้นนี้จึงเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือที่รวดเร็ว และทันกับความต้องการของผู้กำลังเผชิญปัญหาค โดยเริ่มจากวิธีการพื้นฐาน คือ การทำให้เกิดความต้องการจากภายในตนเองที่จะกลับมามีความสุข เพราะตามแนวคิดของพุทธศาสนา ความสุขที่ยั่งยืนนั้นเกิดจากภายในตนเอง (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ ป.อ.ปยุตโต, 2562) จากนั้นจึง สร้างจิตใจให้อดทนต่อปัญหาคที่กำลังเผชิญ และเมื่อวิกฤติการณ์ได้ผ่านพ้นไปแล้ว ก็จะสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น ซึ่งตัวแปรนี้คือ “ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience)” จากนั้นจึงทำการป้องกัน เพื่อให้มีโอกาสน้อยลงที่จะกลับไปพบกับปัญหาคอีก โดยการพัฒนาให้เกิดพฤติกรรมในทางบวกมากที่สุดตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งตัวแปรนี้คือ “ทักษะวัยรุ่นเชิงบวก (Positive Youth Development: PYD)” (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma 2007; Lerner, 2005) และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องในรูปแบบของโมเดลสมการโครงสร้างสุขภาวะที่ดี แสดงให้เห็นว่าความเข้มแข็งทางใจ และทักษะวัยรุ่นเชิงบวกเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี (Sanders, Munford, & Liebenberg, 2017)

ทั้งนี้วิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ไม่ใช่เพียงการเปลี่ยนที่พฤติกรรมเท่านั้น แต่ควรเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดด้วย เพื่อให้โอกาสที่จะกลับไปอยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือเป็นทุกข์มีน้อยลง โปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลายที่สร้างขึ้น จึงอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมปัญหาคานิยม ที่สามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ค่อนข้างถาวร และ

ยังนำมาบูรณาการร่วมกับเทคนิคการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพอีก 3 แนวคิด คือ แนวคิดการเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรม ทฤษฎีนิเวศวิทยาพัฒนาการมนุษย์ และการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ ตามทฤษฎีปัญญาสังคม โดยมุ่งหวังว่ากิจกรรมทั้งหมดนี้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของระดับสุขภาวะในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลาย

นิยามศัพท์

สุขภาวะที่ดี (Well-being) หมายถึง การมีความสุของค์รวม ซึ่งตามแนวทางของพุทธศาสนา แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย คือ การมีความสัมพันธ์ในทางที่ดี และมีคุณค่าระหว่างร่างกายกับสิ่งแวดล้อม โดยไม่ก่อให้เกิดโทษ หรือส่งผลเสียต่อสุขภาพ 2) ด้านจิตใจ คือ การมีจิตใจที่ร่าเริง มีอิสระ ไม่จมอยู่ในความทุกข์ มีสมาธิ มีความเข้มแข็ง สุภาพอ่อนโยน และมีคุณธรรม 3) ด้านปัญญา คือ การมีและการหาความรู้ให้เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต การเข้าใจความจริงตามเหตุปัจจัย และการได้ใช้ความคิดในการแก้ไขปัญหา และ 4) ด้านสังคม คือ การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีมิตรต่อกัน ไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่สังคม รักษากฎกติกาในการอยู่ร่วมกัน และดูแลคนรอบข้างให้มีความสุข (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ ป.อ.ปยุตโต, 2562)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) หมายถึง การจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง ให้ฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติในขณะที่ประสบเหตุการณ์ หรือผ่านเหตุการณ์เลวร้ายไปแล้วได้อย่างรวดเร็ว ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ฉันเป็น (I am) 2) ฉันมี (I have) และ 3) ฉันสามารถ (I can) (Grotberg, 1995)

ทักษะวัยรุ่นเชิงบวก (Positive Youth Development: PYD) มีคุณลักษณะ 5 ประการ แต่ต้องประกอบที่มีความสำคัญลำดับต้น ๆ คือ ด้านสัมพันธภาพ และด้านความเชื่อมั่น (Dvorsky et al., 2019; Freire, Lima, Teixeira, Araújo, & Machado, 2018)

- 1) ด้านสัมพันธภาพ หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และได้รับการตอบสนองกลับในทางบวก และ
- 2) ความเชื่อมั่น คือ การรับรู้และการแสดงออกอย่างมั่นใจบนพื้นฐานของความเป็นจริง เช่น มีความมั่นใจในตนเอง และมีทัศนคติที่ดีกับตนเอง (Forrest-Bank, Nicotera, Anthony, & Jenson, 2015)

ทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยม (Cognitive Behavior Approach) คือ การเรียนรู้ โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กระบวนการทางปัญญา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับต่อมา (Dobson, 1988)

โมเดลการเหนี่ยวนำพฤติกรรม (Priming to Behavior model) คือ การทำให้เกิดพฤติกรรมตามที่ต้องการ โดยให้ตัวเหนี่ยวนำเข้าไปกระตุ้นความคิด ทำให้เกิดแปลความหมายจากสิ่งที่รับรู้และเปรียบเทียบกับเป้าหมายของตนเอง หากพบว่าเหมือนกัน บุคคลนั้นก็จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ (Wheeler, DeMarree, & Petty, 2014)

ทฤษฎีนิเวศวิทยาพัฒนาการมนุษย์ (Theories of Ecology of Human Development) คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลบริบทแวดล้อม โดยการปฏิสัมพันธ์ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการซึมซับข้อมูลระหว่างกัน (Bronfenbrenner & Morris, 1998)

การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) คือ การเรียนรู้โดยใช้พฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งผู้สังเกตจะเกิดกระบวนการ เมื่อสังเกตเห็นตัวแบบ ได้แก่ การใส่ใจ การเก็บจำ การกระทำ และการจูงใจให้เกิดการกระทำซ้ำ (Bandura, 1989)

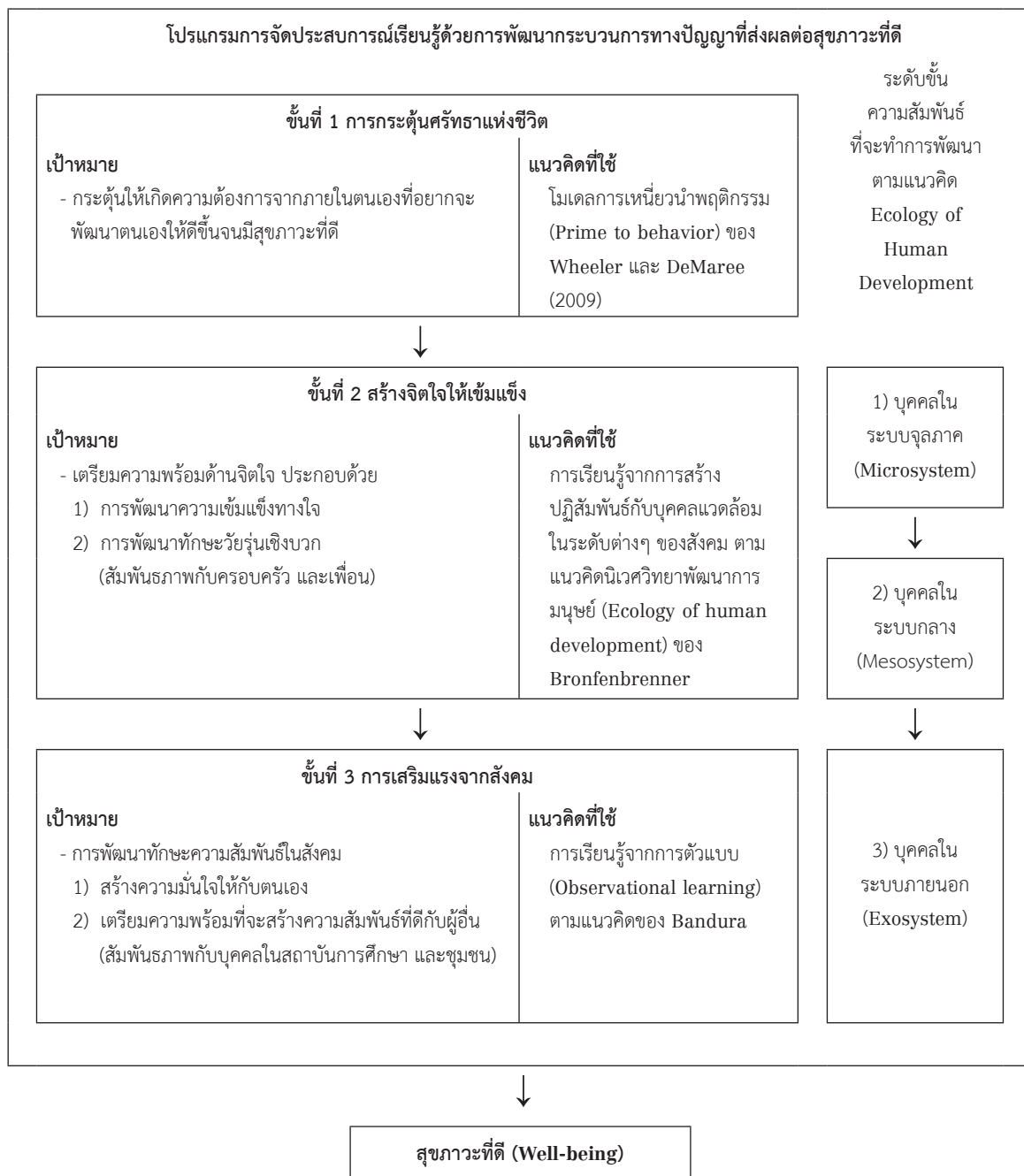
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันมีการศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่นจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นการมุ่งการดูแลสุขภาพทางจิตใจ และการส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นด้านหนึ่งของสุขภาวะที่ดี เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การทำกิจกรรมบำบัด การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น การพัฒนาความฉลาดทางสังคม การใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ และปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อตนเอง และการทำจิตบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ (ปิยสุข ชมภูภาค, 2560; อัจฉรา ตรีสุทธิวิ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังมีแนวทางการพัฒนาบุคคลให้มีความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) ซึ่งส่วนใหญ่ใช้การสร้างความรู้ถึงสิ่งที่ตนเองมี สิ่งของตนเองเป็น และความสามารถที่ตนเองมี ผ่านทางกิจกรรมต่าง ๆ จากนั้นจึงพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านทางประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ถูกจัดเตรียมไว้ หรือจำลองขึ้นตามบริบทของสังคม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้สามารถฟื้นคืนกลับสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วที่สุด หากต้องเผชิญกับปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างรุนแรง (อุษา พิงธรรม, 2556)

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี

เป็นการจัดประสบการณ์เรียนรู้เพื่อพัฒนาตัวแปรความเข้มแข็งทางใจและตัวแปรทักษะวัยรุ่นเชิงบวก ซึ่งจะส่งอิทธิพลต่อระดับสุขภาวะที่ดี โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเป็นการบูรณาการแนวคิดต่าง ๆ ร่วมกัน โดยทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยม แบ่งขั้นตอนการจัดกิจกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกระตุ้นความศรัทธาแห่งชีวิต เป็นการทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะเริ่มต้นพัฒนาตนเองให้กลับมามีสุขภาวะที่ดี โดยใช้การเรียนรู้ตามโมเดลการเหนี่ยวนำพฤติกรรมของ Wheeler และ DeMaree 2) สร้างจิตให้เข้มแข็ง เป็นการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้อดทนและเข้มแข็งเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ซึ่งใช้การพัฒนาความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg ร่วมกับทักษะวัยรุ่นเชิงบวกตามแนวคิดของ Lerner โดยใช้การเรียนรู้จากการเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางความคิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามทฤษฎีนิเวศวิทยาพัฒนาการมนุษย์ของ Bronfenbrenner 3) การเสริมแรงจากสังคม เป็นกิจกรรมพัฒนาทักษะความสัมพันธ์ในสังคม โดยใช้การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบของ Bandura ซึ่งเนื้อหาของสื่อที่เป็นตัวแบบจะเป็นการเตรียมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ พร้อมออกไปสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลแวดล้อม ทั้งในสถาบันการศึกษา และในชุมชน (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจัดการประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา มีระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มมากขึ้น เมื่อทำการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ซึ่งเป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา โดยใช้แผนการทดลองแบบ Pretest – posttest control group design ประกอบด้วย การวัดก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลอง (Experimental group) จะได้รับโปรแกรมฯ ในขณะที่กลุ่มควบคุม (Control group) จะเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่มหาวิทยาลัยจัดขึ้นตามปกติ จากนั้นนำผลของทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกัน โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ วัยรุ่นตอนปลายที่มีอายุระหว่างอายุ 18-21 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ของมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเป็นผู้ที่ขอรับบริการจากฝ่ายแนะแนวของมหาวิทยาลัย ตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้มีปัญหาการปรับตัวด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนหรือครอบครัว หรือมีความท้อแท้ในการดำเนินชีวิต 2) ผู้สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนี้

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ที่กำลังประสบปัญหาในการเรียนเกินระยะเวลาที่มหาวิทยาลัยกำหนด และ 2) ผู้ที่ต้องพบแพทย์ หรือทานยา เพื่อรักษาอาการทางจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาที่อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมฯ จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน จากการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (Random assignment) โดยใช้การจับสลาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้หลังจากที่ได้ดำเนินการทดลองไปเกินระยะเวลา 50% ของทั้งหมดแล้ว ได้ทยอยขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 9 คน ด้วยเหตุผลเรื่องการจัดแบ่งเวลาในการเรียน การร่วมกิจกรรมของสาขา และการทำงานพิเศษ จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 51 คน

2. เครื่องมือวิจัยและการหาคุณภาพ

2.1 แบบวัดสุขภาวะที่ดี เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ ป.อ.ปยุตโต (2562) จำนวน 55 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรประเมินค่าแบบ Likert scale 5 ระดับ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตวิทยา และการวัดผล มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) อยู่ระหว่าง 0.66–1.00 และนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับนักศึกษา จำนวน 50 คน พบว่ามีค่าอำนาจจำแนกโดยใช้ค่า CITC และค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้ค่า Alpha ของข้อคำถามแต่ละด้าน ดังนี้ 1) ด้านจิตใจ มีค่า CITC ระหว่าง .394-.859 ค่า Alpha = .948 2) ด้านปัญญา มีค่า CITC ระหว่าง .619-.833 ค่า Alpha = .902 และ 3) ด้านสังคม มีค่า CITC ระหว่าง .336-.781 ค่า Alpha = .927 ทุกด้านมีค่า CITC มากกว่า .30 มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Aiken, 2003) และมีค่า Alpha อยู่ในระดับดี-ดีมาก (George & Mallery, 2003)

2.2 โปรแกรมการจัดการประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดี เป็นโปรแกรมฯ ที่จัดทำขึ้นบนพื้นฐานทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยมที่บูรณาการร่วมกับแนวคิดอื่น ๆ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ

ทางด้านจิตวิทยา การปรับพฤติกรรม และผู้มีประสบการณ์การแนะแนวในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งมีข้อเสนอให้ปรับปรุงตัวแบบให้เข้ากับช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น จากนั้นจึงนำไป Tryout และปรับปรุงให้มีความน่าสนใจเหมาะสมกับช่วงวัยตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จนได้โปรแกรมฯ ที่นำไปใช้จริงแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 9 ครั้ง ๆ ละ 30-40 นาที โดยในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทดลองจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5-6 คน เพื่อให้แต่ละคนได้มีส่วนร่วมในกลุ่มและใช้เวลาไม่นานจนเกินไป ซึ่งกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนมี ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นความศรัทธาแห่งชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 2 ครั้ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม มีความตั้งใจอย่างจริงจังที่จะเริ่มต้นพัฒนาตนเองให้กลับมามีความสุขที่ดี โดยใช้การเรียนรู้ตามแนวคิดการเหนี่ยวนำพฤติกรรมของ Wheeler และ DeMaree ซึ่งตัวเหนี่ยวนำที่ใช้ในกิจกรรมประกอบด้วย บทเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้กำลังใจ การไม่ยอมแพ้ต่ออุปสรรค และตัวเหนี่ยวนำอีกประการหนึ่ง คือ เรื่องเล่าเกี่ยวกับเส้นทางชีวิตของแต่ละคนที่คาดหวังว่าจะมีอนาคตที่สวยงาม

ขั้นตอนที่ 2 สร้างจิตให้เข้มแข็ง ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจให้อดทนและเข้มแข็งเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา โดยการพัฒนาความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Grotberg ร่วมกับทักษะวัยรุ่นเชิงบวก ตามแนวคิดของ Lerner ซึ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งเป็นการพัฒนาความสัมพันธ์กับพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง และเพื่อนผ่านทางคำถามที่กำหนดให้ ซึ่งจะทำให้เกิดการเปิดใจพูดคุยกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางความคิดระหว่างกัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามทฤษฎีนิเวศวิทยาพัฒนาการมนุษย์ของ Bronfenbrenner ทั้งยังส่งผล

ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้จักตนเองในมุมมองของบุคคลรอบข้างมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดี มีความเข้าใจกันมากขึ้น และมีเป้าหมายในการปรับปรุงตนเอง โดยหลังจากได้กลับไปพูดคุยในแต่ละครั้ง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะกลับมาเล่าประสบการณ์ความประทับใจกับสมาชิกในกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงจากสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และพัฒนาทักษะความสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม ต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 โดยใช้วิธีการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบของ Bandura ซึ่งเนื้อหาของคลิปวิดีโอที่ใช้เป็นตัวอย่าง เป็นการเตรียมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเห็นถึงแนวทางในการสร้างความมั่นใจให้กับตนเองด้วยวิธีการง่าย ๆ และการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลแวดล้อมในสถาบันการศึกษา และในชุมชน โดยในแต่ละครั้งหลังจากดูตัวแบบแล้ว ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีการทดลองทำตามตัวแบบในเหตุการณ์ที่สมมติขึ้น

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับ และความรู้สึกจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประกอบการอภิปรายผล โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ เห็นว่าข้อคำถามที่นำมาใช้มีคุณภาพสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มจากการคัดกรองอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินระดับสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลอง (pretest) และแบ่งกลุ่ม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยนำโปรแกรมฯ ที่ได้จัดเตรียมไว้ไปทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในช่วงนอกเวลาเรียน เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองไปแล้ว 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทำการประเมินตนเองโดยใช้แบบวัดสุขภาวะที่ดีหลังการทดลอง (posttest) เพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย จากนั้นจึงสัมภาษณ์กลุ่มทดลองที่มีระดับของสุขภาวะที่ดีสูงสุดและต่ำที่สุด จำนวน 6 คน

เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประกอบการอภิปรายผล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) ความถี่ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาวะที่ดี 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาวิจัยตามสมมติฐานโดยใช้การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะที่ดี จากการทดสอบค่า t (paired sample t -test) ระหว่างคะแนนก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง และการวิเคราะห์ความแปรปรวน-แปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) คะแนนสุขภาวะที่ดีหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการขจัดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนจากการนำคะแนนสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม (Covariate) แม้ว่าจะมีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแล้ว แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และอาจมีปัจจัยแทรกซ้อนของการประเมินสุขภาวะที่ดีเกิดขึ้น

5. การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณในการวิจัย โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-299/2564 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2564

ผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อ

สุขภาวะที่ดี ทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน แต่ระหว่างการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรมจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 51 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.35 เพศชายร้อยละ 15.69 และเพศทางเลืกร้อยละ 1.96 และมีอายุ 18 ปี ร้อยละ 17.65 อายุ 19 ปี ร้อยละ 19.61 อายุ 20 ปี ร้อยละ 27.45 และอายุ 21 ปี ร้อยละ 35.29 หลังจากที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครบทั้ง 9 ครั้งแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มมากขึ้น ตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลองกับหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่า t (paired sample t -test) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.48$, $SD = .517$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.16$, $SD = .492$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -5.37$, $p = .000$) และ กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 3.99$, $SD = .227$) และหลังการทดลอง ($\bar{X} = 4.05$, $SD = .265$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.70$, $p = .100$) แสดงให้เห็นว่า หลังจากที่ได้กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีแล้ว กลุ่มทดลองมีระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับสุขภาวะที่ดีในารวัดทั้ง 2 ครั้งใกล้เคียงกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะที่ดี ก่อน-หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	การทดสอบ	$\bar{X}$	SD	Mean Different (d)	SE	t	p
กลุ่มทดลอง	ก่อน	3.48	.517	-.682	.127	-5.37	.000
	หลัง	4.16	.492				
กลุ่มควบคุม	ก่อน	3.99	.227	-.056	.033	-1.70	.100
	หลัง	4.05	.265				

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ ANCOVA โดยมีคะแนนของสุขภาวะที่ดีก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเป็นตัวแปรร่วม

ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ ANCOVA พบว่า คะแนนสุขภาวะที่ดี ก่อนการทดลองที่เป็นตัวแปรร่วม และคะแนนสุขภาวะที่ดีหลังการทดลองที่เป็นตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F = 10.94, p = .002$) แสดงว่า สามารถใช้คะแนนสุข

ภาวะที่ดีก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมในการวิเคราะห์ ANCOVA ได้ และเมื่อทดสอบค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของกลุ่มประชากรมีค่าเท่ากันทุกกลุ่ม โดยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรร่วม พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.84, p = .056$) แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาวะที่ดีหลังการทดลอง และคะแนนสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน เมื่อทำการแบ่งกลุ่ม เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ANCOVA

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแปรที่จะใช้ ANCOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
คะแนนก่อนการทดลอง	1.39	1	1.39	10.94	.002
กลุ่ม x คะแนนก่อนการทดลอง	.491	1	.491	3.84	.056
Error	6.00	47	.128		

ผลการวิเคราะห์ ANCOVA ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะที่ดีหลังการทดลอง โดยมีคะแนนสุขภาวะที่ดีก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีแล้ว กลุ่ม

ทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 5.49, p = .023$) แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมในโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นทำให้ผู้เข้าร่วมมีระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ ANCOVA ของคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะที่ดีหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	Adj. M	SE	F	p
สุขภาวะที่ดี	กลุ่มทดลอง	4.26	.084	5.49	.023
	กลุ่มควบคุม	3.96	.078		

$$R^2 = .142$$

อภิปรายผลการวิจัย

โปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นส่งผลให้ระดับสุขภาวะที่ดีของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้น เพราะผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับการเปลี่ยนแปลงทางความคิดให้มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิดและรับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือจากพวกเขาด้วย รวมทั้งมีความกล้าที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลแวดล้อมอื่น ๆ มากขึ้น โดยสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ส่งผลให้เกิดความสุขของครุฑรวมตามมา เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่สอดคล้องตามหลักการพื้นฐานของทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยม ที่กระบวนการทางปัญญาจะส่งผลให้พฤติกรรมเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยผลจากโปรแกรมที่จัดทำขึ้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ริญญรัตน์ วรจินตนาลักษณ์ และคณะ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะที่ดี (Well-being) และพบว่าการพัฒนาสุขภาวะแบบ

องค์รวมควรจัดกระทำทั้งจากองค์ประกอบภาพในตัวบุคคล และองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้วยเหตุนี้เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความคิดต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป ก็จะทำให้รู้สึกว่าตนเองมีอิสระเป็นตัวของตัวเอง จัดการความรู้สึกของตนเองได้ เห็นคุณค่าของตนเอง รับรู้ความสามารถว่าตนเองจัดการกับปัญหาได้อย่างไรบ้าง มีเป้าหมายกับชีวิต และปรับตัวกับสิ่งที่เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปได้ สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์คือ เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้คิดทบทวนถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความทุกข์ในชีวิต ได้คิดหาแนวทางการแก้ปัญหาอย่างรอบคอบ และปล่อยวางปัญหาที่ยังไม่สามารถจัดการได้ในปัจจุบัน ผู้เข้าร่วมกิจกรรมก็สามารถจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น มีความพร้อมที่จะออกจากตนเองไปสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น โดยเริ่มจากการทบทวนความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

ทำให้ได้เปิดใจพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นกันมากขึ้น และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่า การเปิดใจพูดคุยกันอย่างจริงจังทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้จักและเข้าใจบุคลิกภาพของตน ทั้งจากมุมมองของตนเอง เพื่อน และผู้ใหญ่ ทำให้รู้ว่าควรพัฒนาตนเองต่อไปในเรื่องใด และจัดการอารมณ์ของตนเองเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา นอกจากนี้การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ยังเป็นการปรับความเข้าใจทำให้ตนเองและคนรอบข้างยอมรับในความหลากหลายของกันและกันได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทัชชา สุริโย (2559) ที่พบว่า การเสริมสร้างทักษะทางสังคมให้กับวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้อาการของภาวะซึมเศร้าลดลง ที่สุดแล้วการแก้ไขปัญหายังยั่งยืน คือ การเปลี่ยนแปลงจากภายในตนเอง เป็นจุดที่ทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยม ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการจัดโปรแกรมฯ เข้าไปจัดกระทำในส่วนของกระบวนการทางความคิด เพื่อให้ส่งผลไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ดังนั้น เมื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีมุมมองต่อตนเอง และมุมมองต่อคนรอบข้างที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวกก็จะส่งผลให้พฤติกรรมอื่น ๆ ทั้งต่อตนเองและต่อคนรอบข้างเปลี่ยนแปลงไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาวิจัยของ ปิยนุช ชมภูากาศ (2560) ที่ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมปัญญานิยมในการจัดกิจกรรมและพบว่า การเปลี่ยนกระบวนการทางความคิดที่มีต่อเหตุการณ์ ส่งผลให้พฤติกรรมการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางคนยังคงไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลบางกลุ่มได้ เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับคนเหล่านั้น การเชื่อใจหรือไว้วางใจใครมากเกินไปอาจส่งผลร้ายต่อตนเอง จึงมีความระมัดระวังตัวในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญา กลุ่มทดลองมีระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางความคิดในกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากโปรแกรมการจัดประสบการณ์เรียนรู้ด้วยการพัฒนากระบวนการทางปัญญาที่ส่งผลต่อสุขภาวะที่ดีของวัยรุ่นตอนปลายที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการมีสุขภาวะที่ดีในผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1.1 ครู-อาจารย์ หรือผู้สนใจสามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสุขภาวะที่ดี ความเข้มแข็งทางใจ หรือทักษะวัยรุ่นเชิงบวกได้ โดยควรคำนึงถึงสัมพันธภาพกับพ่อแม่ เนื่องจากบางคนประสบปัญหาการใช้ความรุนแรงและได้แยกออกมาอยู่ในที่ปลอดภัยแล้วการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นที่ให้ความเคารพนับถือหรือไว้วางใจจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า

1.2 การนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือนักศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาเล็กน้อย และกำลังรอรับการช่วยเหลือจากนักจิตวิทยาผู้มีความสามารถเฉพาะทาง ให้ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นเร็วขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การติดตามผลความคงทนของโปรแกรมฯ ที่ทำให้ระดับของสุขภาวะที่ดีเพิ่มขึ้นในระยะยาว โดยอาจทำการวัดผลในทุก ๆ 3 เดือนตลอดระยะเวลา 1 ปี

2.2 การศึกษาขยายผลในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น นักเรียนในระดับมัธยมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และวัยรุ่นตอนกลาง

เอกสารอ้างอิง

- ฐิณีรัตน์ ถาวร, สาธกา พิมพ์รุณ, และวาริรัตน์ ถาน้อย. (2561). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 36(3), 59-70.
- ทัชชา สุริโย. (2559). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มที่มีต่อการเสริมสร้างความฉลาดทางสังคมในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า. (ปริญญา นิพนธ์ ศศ.ม.). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ประณต คำนิม, (2549). เอกสารประกอบการเรียนการสอน วิชา จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปิยนุช ชมภูากาศ. (2560). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวปัญญาพฤติกรรมนิยมร่วมกับการพัฒนาสติต่อความกรุณาต่อตนเองในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า. (ปริญญา นิพนธ์ ศศ.ม.). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.
- ริญญารัตน์ วรจินตนาลักษณ์, พระครูภัทรธรรมคุณ, และ พีรวัฒน์ ชัยสุข. (2563). การศึกษาสุขภาวะยุคไทยแลนด์ 4.0 ตามหลักภาวา 4 ของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*, 10(4), 39-53.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ ป.อ.ปยุตโต. (2562). *สุขภาวะองค์รวมแนวพุทธ* (พิมพ์ครั้งที่ 35). นครปฐม: วัดญาณเวศกวัน.
- อัจฉรา ตราชู, ฐิติวิ แก้วพรสวรรค์ และ สิรินิตดา ปัญญาภาส. (2556). พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 323-332.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2007). Positive Youth Development: Theory, Research, and Applications. In *Handbook of Child Psychology : theoretical models of human development (Vol. 1)*: Wiley Online Library.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Dobson, K. S. (1988). *Handbook of Cognitive – Behavioral Therapy*. London: Hutchinson.
- Dvorsky, M. R., Kofler, M. J., Burns, G. L., Luebbecke, A. M., Garner, A. A., Jarrett, M. A., ... & Becker, S. P. (2019). Factor structure and criterion validity of the five Cs model of positive youth development in a multi-university sample of college students. *Journal of youth and adolescence*, 48(3), 537-553.
- Forrest-Bank, S. S., Nicotera, N., Anthony, E. K., & Jenson, J. M. (2015). Finding their Way: Perceptions of risk, resilience, and positive youth development among adolescents and young adults from public housing neighborhoods. *Children and Youth Services Review*, 55(1), 147-158.

- Freire, T., Lima, I., Teixeira, A., Araújo, M. R., & Machado, A. (2018). Challenge: To Be+. A group intervention program to promote the positive development of adolescents. *Children and Youth Services Review*, 87(1), 173-185.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit* (Vol. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation.
- Lerner, R. M. (2005). *Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases. Paper presented at the White paper prepared for the workshop on the science of adolescent health and development, national research council/institute of medicine*. Washington, DC: National Academies of Science.
- Sanders, J., Munford, R., & Liebenberg, L. (2017). Positive youth development practices and better outcomes for high risk youth. *Child Abuse Negl*, 69(1), 201-212.
- Steinberg, L. (2014). *Adolescent Development* (10th ed.). McGraw-Hill Education
- Wheeler, S. C., DeMarree, K. G., & Petty, R. E. (2014). Understanding Prime-to-Behavior Effects: Insights from the Active-Self Account. *Social Cognition*, 32(Supplement), 109-123.
-

ผลของการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงต่อความมั่นใจ ในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ The Effect of Using Mentorship Model on Professional Nurses' Confidence in Performing Head Nurse Roles

หนึ่งฤทัย เอกอภิญญา, พย.บ., Neungruthai Eakapinya, B.N.S.^{1*}

กัญญดา ประจุศิลป์, Ph.D., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.²

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ด., Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Student, Master of Nursing Science Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Assistant Professor, Ed.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

*Corresponding Author Email: pneung.ek@gmail.com

Received: October 18, 2022

Revised: April 26, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง แบบแผนการทดลองเป็นแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่เป็นพยาบาลพี่เลี้ยงจำนวน 20 คน และพยาบาลวิชาชีพของแต่ละหอผู้ป่วย จำนวน 20 คน ในโรงพยาบาลสมุทรปราการ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง แผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลพี่เลี้ยง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แบบวัดความรู้พยาบาลพี่เลี้ยง แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลพี่เลี้ยง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยและตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัย

พบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare the confidence in performing the role of the head nurse of professional nurses before and after using the mentoring nurse model to prepare professional nurses to become head nurses. The research model was one group pretest-posttest among 20 head nurses to more than 3 years of experience selected as mentors and 20 professional nurses in each ward at Samutprakarn Hospital. The experimental instrument includes the mentor's handbook, the mentors' training program, and the action plan. The instrument used to direct the experiments were the mentor's knowledge assessment form and the mentor's activity record form. The instrument used to collect data is a confidential assessment form. The data was compiled professional nurses' confidence in performing head nurse roles created by the researcher and validated by experts, and it has a reliability of .93 The data were analyzed by frequency, percent, median and Wilcoxon Signed Ranks Test. The results showed that after using mentorship model, professional nurses had shown higher level of their confidential in performing head nurse roles at the 0.05 level.

Keywords: Mentorship model, Confidence in performing head nurse roles

บทนำ

หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่งในการบริหารจัดการหอผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้บริหารระดับต้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้นำนโยบาย และแผนงานจากผู้บริหารระดับสูงลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม จึงต้องเป็นผู้ที่มีสมรรถนะ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารจัดการ ด้านการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้านนโยบายสิ่งแวดล้อมสุขภาพ และต้องมีความสามารถในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ในการพัฒนานคน และพัฒนางาน สามารถดำเนินการให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์ขององค์กร ตลอดจนการสร้างบรรยากาศที่ดี

ในการทำงาน เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรกฎ เจริญสุข, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และพัชรภรณ์ อารีย์, 2564) สภาการพยาบาล (2556) ได้กำหนดสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อนำไปพัฒนาตนเอง และต้องได้รับการเตรียมความพร้อม จึงสามารถบริหารจัดการหอผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการสรรหาหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการกำหนดขั้นตอน และเกณฑ์การคัดเลือกโดยจะเลื่อนตำแหน่งจากพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมานานตามประสบการณ์

ทางการบริหาร มีการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งที่ยังไม่ครบถ้วนขาดการเตรียมสมรรถนะด้านต่าง ๆ ส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงานเมื่อเข้าสู่ตำแหน่งใหม่ (ปราณีต ไชยฤกษ์ และกัญญดา ประจุศิลป์, 2558; ตราวดี อินทรีกษ์, 2563) สอดคล้องกับงานวิจัยของปัญญาภรณ์ ชุตังกร (2556) ที่พบว่า ผู้นำทางโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เข้าสู่ตำแหน่งบริหารโดยการแต่งตั้งมากที่สุด การที่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้รับการเตรียมเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพปรับตัวไม่ได้เกิดความคับข้องใจ ความทุกข์ใจ เกิดความวิตกกังวล และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน มีผลทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานลดลง (ตราวดี อินทรีกษ์, 2563) กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลสมุทรปราการ สรรหาคัดเลือกผู้ที่จะมีมาดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้สมัคร และขั้นตอนการสมัคร ส่วนการพัฒนาบุคลากรในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนและสมรรถนะที่กำหนดเป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้พยาบาลวิชาชีพ เกิดภาวะเครียด ไม่มั่นใจในสมรรถนะของตนเอง เกิดความท้อแท้ในการทำงาน จากสถิติปี พ.ศ. 2556 ถึง 2557 การลาออกและการขอลดตำแหน่งกลับมาเป็นพยาบาลปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 13.33 ทำให้องค์กรต้องสรรหาบุคคลเพื่อขึ้นมาดำรงตำแหน่งใหม่ทดแทนต้องเสียเวลาในการเตรียมบุคลากรส่งผลให้เกิดช่องว่างความสูญเสีย และเกิดความไม่ต่อเนื่องของการบริหารและบริการพยาบาลส่งผลต่อคุณภาพบริการพยาบาล

รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเป็นระบบการจัดการให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มาทำหน้าที่สอน ให้คำแนะนำปรึกษา เป็นแบบอย่าง และช่วยเหลือในการพัฒนาความก้าวหน้าของบุคลากรทางการพยาบาลที่เริ่มปฏิบัติงานใหม่ ดังการศึกษาของกัญญารัตน์ จุงพิริยะพงษ์ (2558) พบว่า การใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงช่วยให้พยาบาลวิชาชีพพัฒนาทักษะ และมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

เกิดความมั่นใจโดยรวมอยู่ระดับมาก ส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาความรู้ความสามารถพยาบาลวิชาชีพ ให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมเพื่อให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงตามแนวคิดของ Morton-Cooper and Palmer (2000) โดยใช้แบบวัดความมั่นใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยใช้สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยของ จงจิตร รัชมธรรพพงษ์ (2559) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยพบว่า หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีสมรรถนะที่สำคัญในการบริหารจัดการหอผู้ป่วย ได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารจัดการ และด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยพัฒนาคุณภาพการบริการที่ดี และมีประสิทธิภาพต่อไป

คำถามการวิจัย

ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสมุทรปราการอยู่ในระดับใด แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง

นิยามศัพท์

รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง หมายถึง การดำเนินการให้พยาบาลพี่เลี้ยงปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยการจัดให้ปฏิบัติงาน

พร้อมกัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ตามแนวคิดพยาบาลพี่เลี้ยงของ Morton-Cooper and Palmer (2000) โดยมีการกำหนดรูปแบบเป็นขั้นตอน ดังต่อไปนี้คือ 1) ระยะเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยง 2) ระยะการทดลองปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างพยาบาลพี่เลี้ยงและพยาบาลวิชาชีพโดยมีคู่มือของพยาบาลพี่เลี้ยง และ 3) ระยะการรวบรวมข้อมูลโดยการวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง การวัดระดับความมั่นใจ ในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย ประกอบด้วย

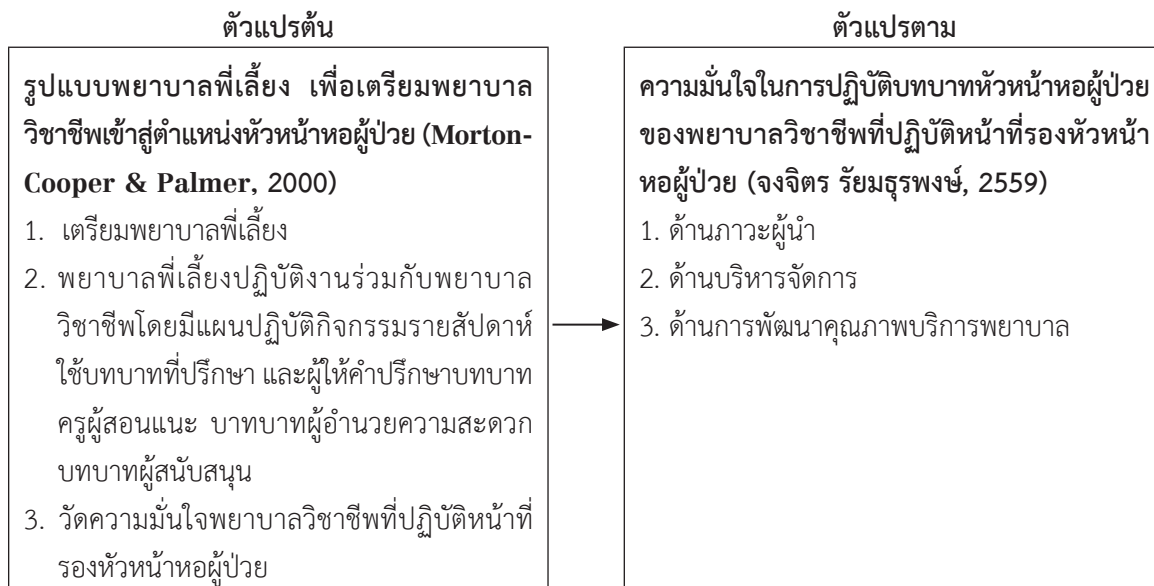
1. ด้านภาวะผู้นำ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถถ่ายทอดวิสัยทัศน์ขององค์กรให้ผู้ใต้บังคับบัญชาเข้าใจ กำหนดเป้าหมายการทำงาน สามารถตัดสินใจแก้ไข ปัญหาและจัดการความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินความต้องการของ

บุคลากร กระตุ้นและเสริมสร้างพลังอำนาจในงานแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

2. ด้านการบริหารจัดการ หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองของพยาบาลวิชาชีพถึงความสามารถบริหารทรัพยากรบุคคลโดยการจัดทำแผนปฏิบัติงาน แผนพัฒนาบุคลากร การบริหารอัตรากำลังและการประเมินผลการปฏิบัติงาน การบริหารจัดการวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือการแพทย์ ให้เหมาะสมกับลักษณะงานและเพียงพอกับการใช้งานอย่างทั่วถึงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล หมายถึง ความมั่นใจในความสามารถของตนเองของพยาบาลวิชาชีพว่าเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในการวิเคราะห์ตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล การนิเทศงานการพยาบาล การบริหารจัดการความเสี่ยง เพื่อนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย การควบคุมกำกับดูแลแลคกิ้งไว้ซึ่งคุณภาพบริการพยาบาล ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและการใช้นวัตกรรมเพื่อมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล (ดังภาพที่1)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เพื่อวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

1. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ

1.1 หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลสมุทรปราการทั้งหมด 20 คน ปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป

1.2 พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วย และปฏิบัติงานอยู่ในแผนกเดียวกันกับหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นที่เลี้ยงจำนวน 20 คน

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัยโรงพยาบาลสมุทรปราการ หมายเลขอนุมัติ Nq00865 อนุมัติวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2565 วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ หมายเลขอนุมัติ E.005/2565 อนุมัติวันที่ 8 มีนาคม 2565 เมื่อได้รับอนุญาตจึงดำเนินการชี้แจงผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้ทราบว่าการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมในการทดลองหรือไม่ เข้าร่วมในการทดลอง และสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอภาพรวม

และนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อตนเองหรือหน่วยงานแต่ประการใด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะคือ 1) ระยะเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยงโดยจัดโครงการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเวลา 1 วัน 2) ระยะการทดลองปฏิบัติงานโดยมีคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง แผนปฏิบัติการกิจกรรมพยาบาลพี่เลี้ยง และ 3) ระยะการรวบรวมข้อมูล

3.2 เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง คือ

3.2.1 แบบวัดความรู้ของพยาบาลพี่เลี้ยงก่อนและหลังการอบรมโครงการพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลสมุทรปราการ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ ข้อที่ตอบถูกได้ 1 คะแนน ส่วนข้อที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน

3.2.2 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลพี่เลี้ยง พยาบาลพี่เลี้ยงทำการบันทึกกิจกรรมที่พยาบาลพี่เลี้ยงได้ปฏิบัติโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำว่าปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ

3.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็น แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมุทรปราการ เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายปิด ตอบได้เพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย

2.50-3.49 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความมั่นใจในการปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยในระดับน้อยที่สุด

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงของเครื่องมือคู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง แผนปฏิบัติการกิจกรรมของพยาบาลพี่เลี้ยง แบบวัดความรู้พยาบาลพี่เลี้ยง แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลพี่เลี้ยง แบบวัดความมั่นใจ และมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .88, .83, .93, .89 และ .91 ตามลำดับ

4.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบวัดความรู้พยาบาลพี่เลี้ยงไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยหาค่าความเที่ยงด้วยวิธีของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และแบบวัดความมั่นใจโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ระยะเตรียมพยาบาลพี่เลี้ยง โดยจัดโครงการอบรมพยาบาลพี่เลี้ยงโดยวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเวลา 1 วัน มีการทำแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังอบรม

5.2 ระยะการทดลองปฏิบัติงาน พยาบาลพี่เลี้ยงจำนวน 20 คน กับพยาบาลวิชาชีพ 20 คน ปฏิบัติงานร่วมกันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ โดยมีการทำ

แบบประเมินความรู้ก่อนเข้ารับการอบรม จากนั้นอบรม โดยใช้คู่มือพยาบาลพี่เลี้ยง และปฏิบัติตามกิจกรรมตามตาราง กิจกรรมสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงในการดูแลพยาบาลวิชาชีพโดยสัปดาห์ที่ 1 เพิ่มทักษะด้านภาวะผู้นำ สัปดาห์ที่ 2 เพิ่มทักษะด้านการบริหารจัดการ สัปดาห์ที่ 3 เพิ่มทักษะด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและ สัปดาห์ที่ 4 ฝึกปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยมี พี่เลี้ยงให้คำปรึกษาในระหว่างวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ถึง วันที่ 8 กรกฎาคม 2565

5.3 ระยะเวลาการรวบรวมข้อมูลโดยการวัด ความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพ โดยให้ทำแบบประเมิน ความรู้หลังเข้ารับการอบรม

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

6.1 ข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องอายุ วุฒิการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ใช้ สถิติการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

6.2 ข้อมูลการวัดระดับความมั่นใจในการ ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพใช้ สถิติ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

6.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความมั่นใจ ในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาล วิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลสมุทรปราการ โดยใช้สถิติทดสอบ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลพี่เลี้ยงและ พยาบาลวิชาชีพ

พยาบาลพี่เลี้ยงจำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 80 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 60 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่ง หัวหน้าหอผู้ป่วย 5-10 ปี ร้อยละ 45

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับ ปริญญาตรีร้อยละ 95 ทุกคนมีประสบการณ์ในการ ทำงาน 10 ปี ขึ้นไป ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเป็น ระยะเวลา 5-10 ปี ร้อยละ 50

ตอนที่ 2 ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาท หัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลัง การทดลอง

พยาบาลวิชาชีพมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยก่อนการทดลอง ในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.11$, SD = .75) หลังการ ทดลองมีระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้า หอผู้ป่วยในภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 4.03$, SD = .57) โดยมีระดับความมั่นใจด้านภาวะผู้นำมากที่สุด ($\bar{x} = 4.10$, SD = .60) รองลงมาคือ ความมั่นใจด้าน การพัฒนาคุณภาพบริการ ($\bar{x} = 4.04$, SD = .64) และ ความมั่นใจด้านบริหารจัดการ ($\bar{x} = 3.95$, SD = .60) ตามลำดับ แสดงใน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ

ความมั่นใจ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ด้านภาวะผู้นำ	3.33	.78	ปานกลาง	4.10	.60	มาก
2. ด้านบริหารจัดการ	2.99	.80	ปานกลาง	3.95	.60	มาก
3. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล	3.02	.76	ปานกลาง	4.04	.64	มาก
รวม	3.11	.75	ปานกลาง	4.03	.57	มาก

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติ บทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและ หลังใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed rank test วิชาชีพนี้อาจมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมและรายด้านทุกด้านเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) แสดงใน (ดังตารางที่2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและ หลังทดลอง

ความมั่นใจ	Median		Wilcoxon Signed rank test	p
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
1. ด้านภาวะผู้นำ	3	4	-3.220	.001*
2. ด้านบริหารจัดการ	3	4	-3.448	.001*
3. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล	3	4	-3.704	.000*
รวม	3	4	-3.660	.000*

* มีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลสมุทรปราการ พบว่า หลังการทดลองพยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อภิปรายได้ว่ารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงที่พัฒนาขึ้น นำข้อมูลมาจากปัญหาและความต้องการที่สำคัญของการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสมุทรปราการ และจากแนวคิดพยาบาลพี่เลี้ยง เป็นระบบการจัดการให้พยาบาลที่มีประสบการณ์มาทำหน้าที่ ให้คำแนะนำ ประเมิน เป็นแบบอย่าง ช่วยเหลือในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ (Morton-Cooper & Palmer, 2000) และการใช้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ (Bandura, 2009)

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ในแต่ละด้านได้แก่ ด้านภาวะผู้นำ ด้านบริหารจัดการ และด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลพบว่า

1. ด้านภาวะผู้นำ ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง พบว่า มีระดับความมั่นใจด้านภาวะผู้นำมากที่สุด ($\bar{X} = 4.10, SD = .60$) อาจเป็นเพราะคู่มือและแผนปฏิบัติการมีวิสัยทัศน์ การตัดสินใจแก้ปัญหา การเสริมพลังอำนาจและการจัดการความขัดแย้ง ตามแนวทางขององค์การด้านการบริหารการพยาบาลสหรัฐอเมริกา [The American Organization of Nurse Executives: AONE (2005)] และสภาการพยาบาล (2556) ที่ได้กำหนดสมรรถนะด้านภาวะผู้นำไว้คือ การที่พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย มีวิสัยทัศน์สามารถคาดการณ์แนวโน้มของสถานการณ์ในโรงพยาบาล สามารถมอบหมายงาน

ผู้ได้บังคับบัญชาอย่างเหมาะสม สามารถให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ผู้ได้บังคับบัญชาได้ และเป็นแบบอย่างที่ดี

นอกจากนี้ในการอบรมที่ให้พยาบาลวิชาชีพได้เรียนรู้อย่างใกล้ชิดกับพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเห็นแบบอย่างและวิธีการปฏิบัติงานที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณชนก จันทชุม และคณะ (2563) ที่พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร ส่งผลให้พยาบาลมีคะแนนการปฏิบัติงานสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ โดยพยาบาลมีผลการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น มีความมั่นใจ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ และนำไปสู่ความพึงพอใจในงาน โดยจากผลการทดลองพบว่าความมั่นใจในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า ภาระงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบการบริหารภายในหอผู้ป่วย และต้องรับผิดชอบเป็นคณะกรรมการบริหารงานของกลุ่มการพยาบาลและโรงพยาบาล จึงต้องมอบหมายงานให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานแทนซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วย 5-10 ปี ได้ผ่านการมอบหมายงานและการทำงานให้สำเร็จตามเป้าหมายของหน่วยงานมาแล้ว จึงทำให้มั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่วนผลที่พบว่า การสื่อสารและถ่ายทอดวิสัยทัศน์มีความมั่นใจน้อยที่สุด อธิบายได้ว่าในช่วงการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาระงานมากขึ้น ประกอบกับการมีฐานวิถีชีวิตใหม่ จึงไม่ได้มีการจัดประชุมหรือสื่อสารวิสัยทัศน์ให้กับผู้ได้บังคับบัญชา

2. ด้านบริหารจัดการ จากผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง มีระดับความมั่นใจด้านบริหารจัดการ ($\bar{x} = 3.95$, $SD = .60$) อาจเป็นเพราะคู่มือและแผนปฏิบัติการกิจกรรมสัปดาห์ที่ 2 เกี่ยวกับ แผนปฏิบัติงาน แผนพัฒนาบุคลากร การวิเคราะห์อัตราค่าจ้าง การประเมินผลการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการงานพัสดุและอุปกรณ์ การแพทย์ การบริหารจัดการมุ่งผลสัมฤทธิ์โดยใช้การจัดการเชิงกลยุทธ์การบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง การแก้ไขปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของกรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์ (2555) พบว่า การบริหารจัดการเป็นสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยที่ใช้การจัดการเชิงกลยุทธ์ในการบริหารจัดการ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมุทรปราการได้รับการคัดเลือกให้ดำรงตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยกำหนดคุณสมบัติ ด้านการศึกษา ด้านการมีประสบการณ์การปฏิบัติงานทางการพยาบาล และคุณสมบัติด้านการบริหารจัดการเป็นหลัก ดังนั้น หัวหน้าหอผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลวิชาชีพจึงมีทักษะ และความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการด้านการพยาบาลเป็นอย่างดี ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ สหสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร (2561) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น มีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม โดยเฉพาะด้านความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตน ด้านความมั่นใจและมีความมุ่งมั่นในการบริหาร มีความคาดหวังในผลลัพธ์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ส่วนความมั่นใจในการจัดอัตราค่าจ้างให้สอดคล้องกับปริมาณงานมีความมั่นใจมากที่สุด อธิบายได้ว่าส่วนใหญ่การกำหนดหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ

ที่ปฏิบัติหน้าที่รองหัวหน้าหอผู้ป่วย ได้รับมอบหมายให้จัดอัตราค่าจ้างในแต่ละเดือน จึงทำให้มั่นใจในการจัดอัตราค่าจ้างซึ่งมีหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้คำปรึกษา ส่วนความมั่นใจในการบริหารจัดการงานพัสดุและอุปกรณ์ การแพทย์มีความมั่นใจน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า การมอบหมายงานในหัวข้อนี้มีผู้รับผิดชอบคือ พนักงานประจำหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติงานในส่วนนี้ จึงไม่มีความมั่นใจในการบริหารจัดการ

3. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จากผลการศึกษา พบว่า ผลการเปรียบเทียบความมั่นใจในการปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพหลังการใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยง มีระดับความมั่นใจด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ($\bar{x} = 4.04$, $SD = .64$) อาจเป็นเพราะคู่มือและแผนปฏิบัติการกิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 เป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดเก็บและวิเคราะห์ตัวชี้วัด แผนการนิเทศ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลเป็นสมรรถนะหนึ่งที่อธิบายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการบริหารจัดการหน่วยงาน การบริหารคุณภาพ การจัดการความรู้วัฒนธรรม การบริหารผลลัพธ์ทางการพยาบาล การนิเทศงานพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2556) สอดคล้องกับ ยุภา เทิดอุดมธรรม และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2560) ศึกษาสมรรถนะของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ ประกอบด้วย การนำแนวคิดและความรู้ใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพในหอผู้ป่วย การสนับสนุนการสร้างนวัตกรรม การบริหารความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและติดตามตัวชี้วัดของหน่วยงาน และการนิเทศการพยาบาลแก่ผู้ได้บังคับบัญชา สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลสมุทรปราการ ที่มุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่องและยกระดับบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ คุ่มค่า ปลอดภัย รวดเร็ว (lean hospital) ซึ่งกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมุทรปราการ กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพบริการ เป็นหน้าที่

ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่ประกอบด้วย เป็นผู้ดำเนินการกำหนด พันธกิจ เป้าหมายการบริการ พยาบาล การจัดมาตรฐาน/แนวทางในการปฏิบัติงาน ของหน่วยงานให้เหมาะสม สอดคล้องกับเข็มมุ่งและ เป้าหมายของกลุ่มการพยาบาล รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา เกี่ยวกับการให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการวิจัยครั้งนี้ เมื่อพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมุทรปราการได้รับการฝึก โดยใช้รูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงในการส่งเสริมการปฏิบัติ กิจกรรมทางการพยาบาล และได้รับการสอน การแนะนำ จากพยาบาลพี่เลี้ยง ทำให้ความมั่นใจในการพัฒนา คุณภาพบริการเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญรัตน์ จุงพิริยะพงษ์ (2558) ที่พบว่า ความมั่นใจ ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ หลังการใช้ระบบ พยาบาลพี่เลี้ยงสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง ส่วนความ มั่นใจในการวิเคราะห์ความเสี่ยงมีระดับมากที่สุด อธิบาย ได้ว่า โรงพยาบาลสมุทรปราการมีคณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยงระดับโรงพยาบาล ทีมดูแลผู้ป่วย และระดับ หน่วยงานซึ่งกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ รองหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นคณะกรรมการบริหารความ

เสี่ยงระดับหน่วยงานส่งผลให้มีความมั่นใจด้านนี้มาก ที่สุด ส่วนความมั่นใจในการจัดทำแผนการนิเทศพบว่า มั่นใจน้อยที่สุด อธิบายได้ว่า กลุ่มการพยาบาลมีแผนการ นิเทศด้านบริหารและด้านคลินิก ซึ่งด้านคลินิกยังไม่มี รูปแบบที่ชัดเจน ทำให้แต่ละหอผู้ป่วยปฏิบัติไม่เป็น แนวทางเดียวกันส่งผลให้มีความมั่นใจด้านนี้น้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ผู้บริหารทางการพยาบาลนำรูปแบบพยาบาล พี่เลี้ยงไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาล วิชาชีพเพื่อเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยกำหนด เป็นนโยบายของโรงพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยนี้เป็นการวัดความมั่นใจในการ ปฏิบัติบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ โดย ใช้สมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วย ในการประเมินความมั่นใจ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทุกด้าน ในการศึกษาครั้งต่อไปควร ประเมินให้ครอบคลุมทุกด้าน เช่น การศึกษาองค์ประกอบ การใช้สารสนเทศในการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลของรัฐ

เอกสารอ้างอิง

กรกฎ เจริญสุข, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และพัชราภรณ์ อารีย์. (2564). ประสพการณ์การกำหนด คุณลักษณะงานสำหรับการบริหารบุคลากร ของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในองค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสาร โรงพยาบาลชลบุรี*, 46(3), 263-270.

กรองจิตต์ เล็กสมบูรณ์สุข. (2555). *องค์ประกอบของ สมรรถนะของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสุพรรณบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการศึกษาด้าน การศึกษา). มหาวิทยาลัย คริสเตียน, นครปฐม.

- กัญญารัตน์ จุงพิริยะพงษ์. (2558). การพัฒนารูปแบบพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อเตรียมพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- จงจิตร รัชมธรรพ์. (2559). การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสมุทรปราการ. สืบค้นจาก <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b2156492>
- ตราดิ อินทรีกษ์. (2563). การวางแผนสืบทอดตำแหน่งหัวหน้าพยาบาลของหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเขตบริการสุขภาพที่ 11 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ปราณีต ไชยฤกษ์ และกัญญาดา ประจุศิลป์. (2558). การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 223-236.
- ปัญญาภรณ์ ชูตั้งกร. (2556). การสำรวจสถานการณ์ผู้นำทางการพยาบาลแห่งชาติ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 05-18.
- ยุภา เทิดอุดมธรรม และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560) การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 168-177.
- วรรณชนก จันทชุม, สมปารัตนา ดาผา, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, เจริญทอง วงศ์สุดตา, สุรวดี คัทสิงห์, ศุภลักษณ์ กระแสร์, และดรฤณี ศรีสมบูรณ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของ พยาบาลพี่เลี้ยงโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1): 157-166.
- สภาการพยาบาล. (2556). *สมรรถนะผู้บริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุดทอง.
- สหัสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2562). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(2), 152-163.
- American Organization of Nurse Executives: AONE. (2005). AONE nurse executive competencies. *Nurse Leader*, 3(1), 15-21.
- Morton-Cooper and Palmer. (2000). *Mentoring, preceptor ship and clinical Supervision: A guide to professional roles in clinical practice* (2nded.). London: Blackwell Science.



ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน Knowledge And Prevention Behavior COVID-19 Among Parent Preschool Children

เดือนเพ็ญ บุญมาชู, พย.ม., Dueanphen Bunmachu, M.N.S.^{1*}

สุพัตรา เกียรติเจริญศิริ, พย.ม., Supatra Kiatcharoensiri, M.N.S.²

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²Lecturer, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

*Corresponding Author Email: Nsmukku@hotmail.co.th

Received: March 4, 2023

Revised: May 15, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 152 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แบบทดสอบและแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่า IOC ระหว่าง .67-1.00 ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยกับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น .713 และ .803 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 2) ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .075, p < .05$) ผลการวิจัยสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนได้

คำสำคัญ: ความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคโควิด-19 ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

Abstract

This study aimed to study knowledge and behavior prevention of COVID-19 among parent's preschool children and identify the relationship between knowledge and behavior prevention of COVID-19 among parent preschool children. Participants were 152 parents of preschoolers who were simply recruited from people living in Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani province. The instrument used in this study was a questionnaire on COVID-19 knowledge and prevention behaviors with content validity (IOC) of .67-1.00. The reliability of the questionnaire was tested with 30 parents of preschoolers The reliabilities of the knowledge and prevention behaviors were .713 and .803 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlation. Results showed that: 1) The average knowledge scores and the average prevention behavior scores were at a high level. 2) Correlation analysis revealed that there was a positive correlation between knowledge and prevention behavior at a low level ($r = .075$, $p < .05$) The findings can be used as a basis for assessing the behavior prevention of COVID-19 among parent's preschool children.

Keywords: Knowledge, Prevention behaviors, COVID-19, Parent preschool children

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสำคัญระดับโลก แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและก่อโรครุนแรงในคน ซึ่งมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก การแพร่กระจายเชื้อได้ขยายเป็นวงกว้างจนมีผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นจนระบาดทั่วโลก และเกิดความรุนแรงจนทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสะสมทั่วโลกจำนวน 678,954,049 คน และพบยอดผู้เสียชีวิตสะสมเพิ่มสูงขึ้นถึง 6,792,696 คน (Worldometers, 2023) สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย จากข้อมูลวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 พบว่ามีผู้ติดเชื้อสะสม 4,463,557 คน และเสียชีวิต 30,143 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) มีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออย่างรุนแรงและขยายวงการแพร่กระจายเชื้อไปอย่างมาก จาก

รายงานเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2564 พบว่า เด็กกว่า 5.7 ล้านคนมีผลตรวจโควิด-19 เป็นบวก นับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดใหญ่ จำนวนผู้ป่วย COVID เด็กรายใหม่ยังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีการเพิ่มผู้ป่วยเกือบ 207,000 ราย ติดต่อกัน โดยมีผู้ป่วยเด็กมากกว่า 200,000 ราย รายงานมีอยู่ในเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุขใน 49 รัฐ นิวยอร์กซิตี เขตโคลัมเบีย ปอร์โตริโก และกวม รายงานผู้ป่วย COVID-19 ในเด็กทั้งหมด 5,725,680 ราย และเด็กคิดเป็นร้อยละ 16 ของจำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมด (American Academy of Pediatrics, 2021)

ในประเทศไทยพบการระบาดของโรคโควิด-19 ในเด็กปฐมวัยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 23 ก.พ. 2565 แนวโน้มการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปีกำลังสูงขึ้น มีการติดเชื้อถึง 6 พันกว่าราย และข้อมูลระหว่างเดือน

เม.ย. 2564-17 ก.พ. 2565 มีการติดเชื้อสะสม 107,059 ราย คิดเป็น 5% จากการติดเชื้อทั้งหมดทุกกลุ่มกว่า 2 ล้านราย พบเด็กเสียชีวิต 29 ราย จากการมีโรคประจำตัว ส่วนช่วงอายุ 0-1 ปี 2 ปี 3 ปี 4 ปี และ 5 ปี มีการติดเชื้อประมาณ 2 หมื่นราย ไม่ได้แตกต่างกันมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) การติดเชื้อโควิด-19 ในเด็กจะมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนมากกว่าในผู้ใหญ่ จำนวนของไวรัสที่พบในเด็กนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับอาการ ในเด็กที่มีอาการน้อยหรือไม่มีอาการ อาจจะมีไวรัสในจมูกและปากมากพอ ๆ กับเด็กที่มีอาการรุนแรง ดังนั้นเด็กจะไม่มีอาการของการติดเชื้อโควิด-19 แต่เด็กเหล่านี้พร้อมที่จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ (Harvard Health Publishing, 2021) แม้ว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ แต่ถ้าเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกิดโรคโควิด-19 ที่รุนแรงถึงชีวิตได้เช่นกัน เด็กวัยก่อนเรียนมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันได้บ่อย ทั้งนี้เพราะเด็กวัยนี้เป็นผู้ที่มีความไวต่อการติดเชื้อสูง ระดับภูมิคุ้มกันและการทำงานของระบบทางเดินหายใจยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์เมื่อเทียบกับเด็กโตอีกทั้งเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถปฏิบัติสุขอนามัยได้ด้วยตนเอง การอยู่รวมกันหลายคนจึงมีโอกาสดูแลกันใกล้ชิดกัน ไอล้อมใกล้กัน และใช้ของร่วมกัน เมื่อเด็กคนใดป่วยทำให้สามารถแพร่เชื้อสู่เด็กอื่นได้ง่าย

สำหรับข้อมูลของจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566 พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ผู้ติดเชื้อสะสม 65,586 คน และเสียชีวิตสะสม 490 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) แม้ว่าผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ แต่ถ้าเป็นเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคปอดหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ก็เป็นปัจจัยเสี่ยง

ที่อาจจะเกิดโรคโควิดที่รุนแรงถึงชีวิตได้เช่นกัน จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองนั้นมีบริบทที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ไม่สามารถนำมาอ้างอิง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศไทยได้ และจังหวัดอุบลราชธานียังไม่มีการศึกษาในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ดังนั้นผู้ปกครองอาจมีความรู้และพฤติกรรมที่แตกต่างจากโรคอื่น ๆ ได้ ดังนั้น การศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในด้านความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองที่มีบุตรเด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี ที่มารับบริการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองที่มีบุตร

เด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี กำหนดขนาดตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.7 เลือกใช้ Statistical test เป็น Correlation: Bivariate normal model กำหนด effect size เป็น .3 (medium) ค่าความคลาดเคลื่อน (α) = .05 และค่าเพาเวอร์ ($1-\beta$) เท่ากับ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 138 คน (นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรินทร์ สาตร์เพ็ชร และญาดา นภาพารักษ์, 2562) เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนการเก็บข้อมูลมากกว่าที่คำนวณได้อีกร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 152 คน ซึ่งเกณฑ์คัดเลือกเข้า คือ ผู้ปกครองที่มีบุตรวัยก่อนเรียนอายุระหว่าง 3-5 ปี สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและสามารถอ่านออกเขียนได้ และเป็นผู้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้รวมของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก = 1 คะแนน สำหรับ ผิด และไม่ทราบ = 0 คะแนน การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนน 12-15 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนน 9-11 คะแนน ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนน 0-8 คะแนน โดยมีข้อความทางลบ 4 ข้อ และข้อความทางบวก 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ ตามลำดับ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดอันตรายภาคขึ้นโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, & Kahn, 1995) คือ คะแนน 1.00-2.33 คะแนน มีพฤติกรรมระดับต่ำ คะแนน 2.34-3.66 คะแนน มีพฤติกรรมระดับปานกลาง คะแนน 3.67-5.00 คะแนน มีพฤติกรรมระดับสูง

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็ก และวัยรุ่น 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการติดเชื้อ 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำแบบทดสอบไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 30 คน แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson: KR-20) ผลค่าความเชื่อมั่น .713 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .803

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยขออนุญาตหรือความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กับกลุ่ม

ตัวอย่าง ผู้วิจัยทำเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ใช้เวลาคนละประมาณ 15-30 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย normal probability plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, et al., 2010)

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-129/2564 ลงวันที่ 21 ตุลาคม 2564

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.61 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี อายุเฉลี่ย 36.54 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 86.18 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 21.71 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 32.24 รายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,000-15,000 บาท โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ มารดาของเด็ก ร้อยละ 71.71

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (Mean = 12.54, SD = 4.23) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ตอบถูกต้องมากที่สุด คือ ทราบว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัส น้ำมูก น้ำลาย และช่วงสถานการณ์ Covid-19 แพร่ระบาดหมู่ (ร้อยละ 100) เด็กควรทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ และส่งเสริมให้รับประทานอาหาร 5 หมู่ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ การพาเด็กในสถานที่แออัด เช่น ตลาด หรือห้างสรรพสินค้า เด็กมีโอกาสดำรับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ (ร้อยละ 98.03) โดยข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้องมากที่สุด คือ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ต้องใส่หน้ากากอนามัย หรือหรือหน้ากากป้องกันเชื้อ (Face shield) ทุกครั้งก่อนออกจากบ้านในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรค Covid-19 (ร้อยละ 73.68) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ข้อคำถาม	Mean	SD
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสชนิดเดียวกันกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรงหรือ SARS	.71	.46
2. ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ตั้งแต่สัมผัสเชื้อถึงระยะเริ่มแสดงอาการ) อยู่ 5-6 วันแต่ก็อาจนานถึง 14 วัน	.98	.16
3. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านการไอ จาม สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย	1.00	.00
4. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีสัตว์เป็นพาหะสามารถแพร่เชื้อจากยุงสู่คนได้	.77	.43
5. เด็กที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ และทำให้เด็กเสียชีวิตได้	.89	.31
6. ช่วงสถานการณ์ Covid-19 แพ้ระบาด เด็กควรทานอาหารที่สะอาด ปรุงสุกใหม่ และส่งเสริมให้รับประทานอาหาร 5 หมู่	1.00	.00
7. เด็กควรได้รับวัคซีนตามเกณฑ์มาตรฐาน ในช่วงสถานการณ์ Covid-19 แพ้ระบาด	.70	.46
8. เชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะติดต่อผ่านมือเด็กที่สัมผัสสิ่งของปนเปื้อน เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ของเล่น แก้วน้ำ	.92	.28
9. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีอาการคล้ายโรคปอดอักเสบ เด็กจะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มีอาการไอ เจ็บคอ ไม่มีน้ำมูก หายใจหอบเหนื่อยรุนแรง และทำให้เสียชีวิตได้	.96	.19
10. เด็กที่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยงหรือพื้นที่เสี่ยง สามารถไปโรงเรียน และทำกิจกรรมในชั้นเรียน ร่วมกับเพื่อนได้	.89	.32
11. การพาเด็กในสถานที่แออัด เช่น ตลาด หรือห้างสรรพสินค้า เด็กมีโอกาสได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้	.98	.14
12. หากเด็กมีอาการสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ไข้ (>37.5 C) ไอ หอบเหนื่อย ท่านจะกักตัวเด็กอยู่บ้านจนครบ 14 วัน จึงพาไปโรงพยาบาล	.70	.46
13. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค Covid-19 เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ต้องใส่หน้ากากอนามัย หรือหรือหน้ากากป้องกันเชื้อ (Face shield) ทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน	.26	.44
14. เมื่อเด็กไปเล่นกับเพื่อนนอกบ้าน แล้วกลับมาถึงบ้าน เด็กสามารถทานข้าวให้เรียบร้อยก่อนไปอาบน้ำและแปรงฟัน	.85	.36
15. ทำความสะอาดบ้าน สิ่งของของเด็กสัมผัสบ่อย ๆ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ของเล่น รีโมท เป็นต้น ด้วยน้ำยาทำความสะอาดที่มีใช้ทั่วไป เช่น Dettol โดยใช้อัตราส่วนน้ำยา 25 ซีซี ผสมน้ำ 1 ลิตร	.93	.25
โดยรวม	12.54	4.23

3. ระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ในรายข้อ พบว่า เกือบทุกข้ออยู่ในระดับสูง ยกเว้นข้อของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างวิธีกำรใช้ช้อนกลาง และแก้วน้้ำส่วนตัวเวลาที่บุตร/หลานส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่รับประทานอำหำร มีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19ในระดับสูง (Mean = 4.46, SD = .69) เมื่อพิจารณา ระดับปานกลาง (Mean = 3.64, SD = .88) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่ำเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนเรียน

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19	Mean ± SD	ระดับพฤติกรรม
กำรล้างมือ		
1. ท่ำนล้างมือให้บุตร/หลาน ด้วยสบู่ก่อนและหลังกำรใช้ห้องน้้ำห้องส้วม	4.51±.72	สูง
2. ท่ำนให้บุตร/หลานล้างมือด้วยสบู่ก่อนและหลังรับประทานอำหำร	4.55±.66	สูง
3. ท่ำนล้างมือให้บุตร/หลานหลังกำรสัมผัสเด็กที่มีอาการป่วยหรือบาดแผล	4.64±.56	สูง
4. ท่ำนล้างมือให้บุตร/หลานหลังกำรใช้มือปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอหรือจาม	4.27±.91	สูง
5. ท่ำนให้บุตร/หลานของท่ำนล้างมือด้วยน้้ำสบู่ หลังจากกลับจากโรงเรียน หรือไปทำธุระนอกบ้าน	4.69±.54	สูง
กำรดูแลสุขวิทยำส่วนบุคคล		
6. ท่ำนสอนวิธีกำรใช้ช้อนกลาง และแก้วน้้ำส่วนตัวเวลาที่บุตร/หลานรับประทานอำหำร	3.64±.8	ปานกลาง
7. ท่ำนพำบุตร/หลานออกกำล้งกายเพื่อให้สุขภาพร่ำนกายแข็งแรง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4.05±1.10	สูง
กำรจัดกำรด้ำนสุขภำพด้ำนสิ่งแวดล้อม		
8. ท่ำนทำควำมสะอาดบ้านทุกวัน เพื่อป้องกันกำรสะสมของเชื้อไวรัสโคโรนำ	4.49±.6	สูง
9. ท่ำนทำควำมสะอาดเครื่องนอนของบุตร/หลานอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4.49±.6	สูง
10. ท่ำนทำควำมสะอาดของเล่นหลังจกบุตร/หลานเล่นเสร็จด้วยน้้ำสบู่และน้้ำสะอาด และผึ่งให้แห้งทุกวัน	3.79±1.00	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	Mean $\pm$ SD	ระดับพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ		
11. ทานสวมหน้ากากอนามัยให้บุตร/หลานทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน	4.91 $\pm$.29	สูง
12. ทานให้บุตร/หลานรับประทานอาหารสะอาด ประสุกใหม่ ๆ	4.80 $\pm$.68	สูง
13. ทานให้บุตร/หลานใช้ผ้าปิดจมูกและปาก เมื่อป่วย	4.76 $\pm$.58	สูง
14. ทานแยกของใช้ส่วนตัวของบุตร/หลาน เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดหน้าเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	4.74 $\pm$.60	สูง
15. ทานหลีกเลี่ยงการพาบุตรไปสถานที่ที่มีผู้คนแออัด และเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร	4.61 $\pm$.52	สูง
โดยรวม	4.46$\pm$.69	สูง

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า ความรู้การป้องกันโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .075$, $p\text{-value} < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.54 อาจเนื่องมาจากปัจจุบันหลายหน่วยงานมีการนำเสนอข่าวสารและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และผู้ปกครองสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้หลากหลายช่องทาง เช่น โทรศัพท์หรือวิทยุ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งผู้ปกครองมีความตระหนักรู้ว่าเมื่อติดเชื้อแล้วจะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเด็ก รวมทั้งศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมีมาตรการ

การคัดกรองโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ศศิธร คำมี, มาลี เอื้ออำนวย, วรณวิการ์ ใจกล้า, และขจรวิญา, 2565) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนในเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID 19) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมตอบถูกจำนวนร้อยละที่สูง (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิภา ชัชรรัตน์, 2563) และการศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมของผู้ปกครองต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอินโดนีเซีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับ COVID-19 เป็นโรคติดเชื้อไวรัส (98.5%) (Juliansen, Octavius, Tan, Pardede, Thandy, Fisca, & Wijaya, 2021)

อย่างไรก็ตาม ยังมีบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบไม่ถูกต้องในความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 คือ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค Covid-19 เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ต้องใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากป้องกันเชื้อ (Face shield) ทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน อาจเนื่องจากผู้ปกครองบางราย ยังไม่ทราบว่า เด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี ไม่ควรสวมหน้ากากอนามัยเนื่องจากเด็กเล็กยังมีระบบหายใจไม่แข็งแรงพอ เสี่ยงกับภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเกิดอันตรายต่อระบบประสาทได้ (ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย, 2022)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน โดยรวมอยู่ในระดับสูงอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างวิจัยส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมีความใกล้ชิดผูกพันกับเด็กทำให้มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 แก่เด็กเป็นอย่างดี โดยพฤติกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติในการดูแลป้องกันโรคโควิด 19 แก่เด็กมากที่สุด คือ ดูแลสวมหน้ากากอนามัยให้บุตร/หลานทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน รองลงมา คือ ให้บุตร/หลานรับประทานอาหารสะอาด ปรุงสุกใหม่ ๆ แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 ที่สามารถแพร่ผ่านทางผอละอองจากการไอจาม น้ำมูก หรือน้ำลายของผู้ติดเชื้อ การสวมหน้ากากอนามัยเป็นแนวทางหลักในการช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ศศิธร คำมี และคณะ, 2565) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ยุชธร เล้าแม่, มยุรี ยิปาไล๊ะ, และเชมพัทธ์ ขจรกิตติยา,

2565) อีกทั้งหลายหน่วยงานมีการรณรงค์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยเหตุนี้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนสามารถนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง

อย่างไรก็ตาม มีเพียงข้อเดียวที่ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง คือ การใช้ช้อนกลาง และแก้วน้ำส่วนตัวเวลาที่บุตร/หลานรับประทานอาหาร อาจเนื่องจากการใช้ช้อนกลางยังเป็นพฤติกรรมเชิงสังคมที่บางคนรู้สึกว่าการใช้ช้อนกลางร่วมกันแสดงถึงพฤติกรรมแปลกแยก โดยเฉพาะการใช้ช้อนกลางระหว่างสมาชิกในครอบครัว บางครั้งอาจละเลยการใช้ช้อนกลาง โดยพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยไม่ใช้ช้อนกลาง โดยเหตุผลหลัก ๆ มักจะเกิดจากความเกรงใจ ไม่กล้าพูดว่าขอใช้ช้อนกลาง กลัวเสียมารยาท กลัวคิดว่าเรารังเกียจ (ศิริพร ทับมะเร็ง, 2560) การใช้ช้อนกลางถือเป็นพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง ไม่เพียงเป็นการใช้ตักแบ่งอาหาร ใส่จาน ยังสามารถป้องกันโรคที่ติดต่อทางน้ำลาย ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ คอตีบ คางทูม วัณโรค โปลิโอ ไวรัสตับอักเสบ ไม่ให้แพร่กระจายระหว่างบุคคลได้และป้องกันน้ำลายของผู้กินลงไปปนเปื้อนในอาหาร ทำให้อาหารบูดเสียได้ง่ายด้วย การกินอาหารร่วมกัน ก็ติดโรคได้ถ้าไม่ใช้ช้อนกลาง

3. ความรู้การป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปได้ว่าการมีความรู้ที่ดีก็มีผลทำให้มีพฤติกรรมดีไปด้วยแต่ในการปฏิบัติในด้านต่าง ๆ นั้น อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติด้วย ได้แก่ แรงจูงใจในการ สอดคล้องกับการศึกษาความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง (ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2563)

และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศศิธร คำมี และคณะ, 2565) ด้วยเช่นกัน และผลการศึกษาวิจัยระดับการศึกษา ความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของชาวอิรัก (Hussein, Naqid, Jacksi, & Abdi, 2020)

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 รายวัน อัปเดตวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2566*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/>

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2022/02/24541>

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิณา ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.

นิพัทธ์พนธ์ สนิทเหลือ, วัชรพร สาตร์เพชร และญาณดา นภาพารักษ์. (2562). การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 5(1), 498-507.

ยุชโร เล้าแม่, มยุรี ยี่ปาไล และเชมพัทธ์ ขจรกิตติยา. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(1), 12-25.

ข้อเสนอแนะการวิจัย

สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันโรคโควิด-19 ในเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อให้ได้ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างแท้จริงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป

ศิริพร ทับมะเรียง. (2560). *มาใช้ช้อนกลางกันเถอะ*. สืบค้นจาก http://foodsantiation.bangkok.go.th/assets/uploads/document/document/20210304_29819.pdf

ศศิธร คำมี, มาลี เอื้ออำนวย, วรณวิการ์ ใจกล้า, และ ขจรวิชญา ประภาเลิศ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(1), 14-23.

ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย. *ข้อควรระวัง การสวมหน้ากากให้กับเด็ก*. สืบค้นจาก <https://www.antifakenewscenter.com>

American Academy of Pediatrics. (2021). *Children and COVID-19: State-Level Data Report*. Retrieved from <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report/>

Best, J., & Kahn, V. (1995). *Research in Education*. (7th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.

- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. & Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis* (7th ed.). New Jersey: Pearson.
- Harvard Health Publishing. (2021). *Coronavirus outbreak and kids*. Retrieved from <https://www.health.harvard.edu/diseases-and-conditions/coronavirus-outbreak-and-kids>
- Hussein, N. R., Naqid, I. A., Jacksi, K., & Abdi, B. A. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 virus among university students in Kurdistan region, Iraq: Online cross-sectional study. *Journal of family medicine and primary care*, 9(9), 4809-4814.
- Juliansen, A., Octavius, G. S., Tan, A. O., Pardede, C. S. B., Thandy, C. C., Fisca, C. A. L., & Wijaya, J. H. (2021). Knowledge, attitude, and behavior of parents toward school reopening amidst coronavirus disease 2019 pandemic in Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(B), 1190-1197.
- Worldometers. (2023). *COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC*. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>



ผลของโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือด
ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

**The Effect of Program Integrated with Self-efficacy and
Empowerment on Self health Care Behaviors and Blood Sugar
Level in Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus**

มาลีวัล เลิศสาครศิริ, ค.ด., Maleewan Lertsakornsiri, Ph.D.^{1*}

พงษ์ลดา วัชรสินธุ, วท.บ., Ponglada Watcharasindhu, B.Sc.²

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

²หัวหน้าคลินิกฝากครรภ์ และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี

²Head of Antenatal Clinic and Head of Obstetrics & Gynecology Outpatient Nursing,
Rajavithi Hospital

*Corresponding Author Email: maleewan@slc.ac.th

Received: May 2, 2023

Revised: June 9, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองลักษณะ 2 กลุ่ม โดยทดสอบก่อนและหลังการทดลอง ในการศึกษาผลของโปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ และแบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเท่ากับ .80 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .79, .78 และ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากสถิติทดสอบที ทั้งนี้ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน ที่ใช้โปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเอง

และการเสริมพลังอำนาจ มีความรู้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และ .001 สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 3 กลุ่มทดลองทั้ง FBS และภายหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่นัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวันมีความรู้ ความเข้าใจ และเชื่อมั่นในความสามารถในการปฏิบัติตัวขณะที่เป็นเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ น้ำตาลในเลือด สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Abstract

This research was a quasi-experiment with pretest-posttest two groups design. The purpose of this research was to study the effect of program integrated with self-efficacy and empowerment on self health care behaviors and blood sugar level in pregnant women with gestational diabetes mellitus. The samples were selected by purposive sampling composed of the 60 pregnant women with gestational diabetes mellitus at antenatal clinic in the Rajvithi Hospital, that separated into two groups (experimental group and control group). The research tool was a test of knowledge in gestational diabetes mellitus, and questionnaire including personal data, self-efficacy, and self health care behaviors. The research tool was validated by 3 experts. The content validity index (CVI) was .80, the reliability were .79, .78, and .89, respectively. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and t-test. The results indicated that after experiment the pregnant women with gestational diabetes mellitus type A1 who used the program integrated with self-efficacy and empowerment have knowledge, self-efficacy, self-esteem, and self health care behaviors which were statistically higher than the control group at $p < .05$, .001. For the third time of the experiment group, both the FBS and 1 hour post-meal blood glucose levels were lower than the control group with statistical significance at the .05 level. This program can help pregnant women with gestational diabetes mellitus type A1 have knowledge, understanding, and confidence in their ability to act while having diabetes have good health care behaviors. It can control blood sugar effectively.

Keywords: Program integrated with self-efficacy and empowerment, self health care behaviors, blood sugar level, pregnant women with gestational Diabetes Mellitus

บทนำ

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากมีความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการใช้อินซูลินของร่างกาย ทำให้เป็นโรคเบาหวาน ในขณะที่ตั้งครรภ์มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเนื่องจากการทำลายอินซูลินโดยรกและฮอร์โมนจากรกซึ่งจะมีฤทธิ์ต้านอินซูลินทำให้เกิดการเผาผลาญภายในร่างกายผิดปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เคยเป็นเบาหวานอาจมีอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ก่อนแล้วจะมีอาการของโรครุนแรงขึ้น ทำให้เกิดอันตรายทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (มาลีวัล เลิศสาครศิริ, 2565) ที่พบได้มากขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ทั่วโลกร้อยละ 16.2 หรือ 20.9 ล้านคนมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 85.1 ของสตรีตั้งครรภ์วินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 1 ใน 7 ของทารกทั่วโลกคลอดจากแม่ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (American Diabetes Association, 2014) ทั้งนี้ยังพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) มากกว่าชนิดเอทู (GDM A2) นอกจากนี้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่าและพบว่าร้อยละ 50 จะเป็นเบาหวานภายใน 22-28 ปีภายหลังตั้งครรภ์และทารกเองยังเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตเพิ่มขึ้นด้วย (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013) สำหรับประเทศไทยพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 16.2 (ประภัทร วาณิชพงษ์พันธุ์, 2560) จากสถิติห้องฝากครรภ์โรงพยาบาลราชวิถี ในปี พ.ศ. 2563-2565 พบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) จำนวน 564, 365, และ 375 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.00, 10.80 และ 9.30 ตามลำดับ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด

เอทู (GDM A2) จำนวน 50, 32, และ 51 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.20, 1.00 และ 1.10 ตามลำดับเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมด และเบาหวานชนิดเอวันเปลี่ยนเป็นเบาหวานชนิดเอทู คิดเป็นร้อยละ 8.90, 8.80 และ 13.60 สำหรับข้อมูลสถิติในห้องคลอดปี พ.ศ. 2563-2565 พบผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) จำนวน 436, 291, และ 180 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.90, 7.10 และ 5.80 ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด, 2565) ผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอทู (GDM A2) จำนวน 94, 100, และ 148 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.10, 2.40 และ 4.70 ตามลำดับเมื่อเทียบกับผู้คลอดทั้งหมด จะเห็นได้ว่าเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน (GDM A1) มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในสตรีตั้งครรภ์และผู้คลอด

ผลกระทบจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีทั้งต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ผลกระทบต่อสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ คลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลต่ำมาก การคลอดยาก และการตกเลือดหลังคลอด ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ ทารกเสียชีวิตในครรภ์ ทารกมีความพิการแต่กำเนิด ทารกตัวโต กลุ่มอาการหายใจลำบาก ทารกแรกเกิดมีน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ ทารกมีภาวะตัวเหลือง และภาวะเม็ดเลือดแดงเข้ม (Qadir, Yasmin, & Fatima, 2012) อันตรายหรือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดจะลดลงเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสมในระยะตั้งครรภ์ และมีพฤติกรรมมารดาดูแลสุขภาพที่ดี ดังผลการศึกษาของ กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์ (2562) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะ

ตั้งครรภ์ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการภาวะเบาหวานด้วยตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในปัจจุบันวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอวัน ใช้วิธีการควบคุมอาหารเป็นหลัก นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียิ่งขึ้นเมื่อปฏิบัติควบคู่กับการควบคุมอาหาร (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013; American Diabetes Association, 2014) ดังนั้นในการศึกษานี้คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ก่อนและภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่

ได้รับการดูแลตามปกติ

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานภายหลังที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

นิยามศัพท์

โปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่คณะผู้วิจัยจัดขึ้น เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) และการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน ในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานชนิดเอวัน เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 6 ด้าน (Pender, 2011) ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียด และความสำเร็จในชีวิต

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยวินิจฉัยจากการคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลของความทนต่อน้ำตาล 50 กรัมมากกว่า 140 มิลลิกรัม/100 เดซิลิตร และจากการทำ OGCT

(Oral glucose challenge test) ผลของความทนต่อน้ำตาล 100 กรัม 4 ค่าที่ 2 ค่าขึ้นไปมีค่าเท่ากับหรือสูงกว่าค่าปกติ (ค่าปกติมีน้อยกว่า 95, 180, 155, 140 มิลลิกรัม/100 เดซิลิตร)

กรอบแนวคิดการวิจัย

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวถึงบุคคลจะกระทำการพฤติกรรมที่มุ่งหวังเพราะบุคคลมีแรงจูงใจที่เกิดจากความมั่นใจว่าพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามต้องการเป็นความคาดหวังในผลลัพธ์และมีความเชื่ออย่างสมเหตุสมผลว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำการพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเป็นความคาดหวังในสมรรถนะตนเอง และการเสริมพลังอำนาจตาม

แนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งเป็นการทำให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในตนเองว่ามีความสามารถในการให้บรรลุเป้าหมายประสบความสำเร็จได้ ช่วยพัฒนาความรู้สึกของบุคคลให้มีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของตนที่จะทำงานร่วมกันนำไปสู่เป้าหมายของงาน คณะผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมบูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ เพื่อให้สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ให้เพิ่มขึ้น ทั้งนี้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพใช้แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2011) ซึ่งมีด้าน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ความรับผิดชอบ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านความสำเร็จในชีวิต ความสัมพันธ์ (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ชนิดของการวิจัย เป็นการวิจัยลักษณะกึ่งทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Quasi-Experimental Pretest - Posttest Two Groups Design)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด เอ วัน

ที่มาใช้บริการตรวจครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี ระหว่างเดือนมีนาคม-ธันวาคม 2565 จำนวน 60 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย เพื่อป้องกันการ Contaminate ระหว่าง 2 กลุ่ม จะทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 30 ราย

แล้วจึงเก็บข้อมูลต่อในกลุ่มทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณโดยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buch, 2007) กำหนด Power ระดับ .80 ค่าความเชื่อมั่น 95% ขนาด Effect size ระดับปานกลาง ($d = .50$) ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 26 ราย แต่เนื่องจาก อาจเกิดการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดใช้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยพิจารณาคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำเท่านั้น คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิดเอวัน จะเป็นครรภ์แรกหรือ ครรภ์หลังก็ได้ อายุครรภ์ไม่เกิน 35 สัปดาห์ สามารถฟัง ภาษาไทยได้เข้าใจ ให้ความร่วมมือและยินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ชนิดเอวัน และมีภาวะแทรกซ้อนอื่น เช่น ความดันโลหิตสูง ตั้งครรภ์แฝด เป็นโรคหัวใจ ภูมุน้ำคร่ำแตก คลอดก่อน กำหนด และไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดจนเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจง รายละเอียดของวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจ เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองตามความสมัครใจ การตอบ หรือไม่ตอบแบบสอบถาม และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลไม่มีการระบุตัวตนเป็นรายบุคคล จะนำเสนอ ผลการศึกษาเป็นภาพรวม และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาสรุป ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว จะดำเนินการทำลายแบบสอบถาม ทั้งหมด ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเขียนรายงานและ ตีพิมพ์เผยแพร่ แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Consent form) ได้รับการบันทึกจากกลุ่มตัวอย่างที่ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และขณะร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง อาจจะไม่มีความสุขสบาย การเสียเวลา ความกังวล ขณะรอพบแพทย์ เป็นต้น ทั้งนี้มีแนวทางการแก้ไขโดย จัดแบ่งกิจกรรมในแต่ละครั้งที่ไม่ใช่เวลานานมากเกินไป จัดกิจกรรมและเอื้ออำนวยให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว และใช้เวลาในช่วงรอพบแพทย์ ไม่ให้รบกวนการตรวจครรภ์หรือทำให้ต้องเสียเวลา รวมถึงได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมโดยคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบัน เลขที่รับรอง E. 002/2564 วันที่ 12 เมษายน 2564 และคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 041/2565 วันที่ 4 มีนาคม 2565

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ

6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม ที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ประกอบด้วยกำหนัดกิจกรรม แผนการสอน สื่อ การสอน ได้แก่ วีดิทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ ภาพพลิก infographic power pointฯ และการจัดตั้งกลุ่มไลน์ ในการติดต่อสื่อสาร เพื่อเผยแพร่ข้อมูล ติดตาม และ ตอบคำถาม

6.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

6.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน ต่อสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด การดูแล ภาวะโภชนาการ และการออกกำลังกาย เป็นแบบทดสอบ ปรนัยที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

6.2.2 แบบสอบถาม มี 3 ส่วน ดังนี้
1) ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล 2) แบบประเมินการรับรู้

สมรรถนะตนเอง คณะผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของแบนดูรา และปรับปรุงจากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง ที่สร้างโดยเชอร์เรอร์และคณะ (Sherer et al., 1982) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำถาม เชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1-5) จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลโดยแบ่งระดับจากค่าเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) คือ ระดับน้อยที่สุดค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 ระดับมากค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 ส่วน ระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 และ 3) แบบประเมิน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ แนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2011) จำนวน 45 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นการปฏิบัติ 4 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติ บ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลโดยแบ่งระดับ จากค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ไม่ดี ค่าเฉลี่ย 1.00-1.99 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปานกลางค่าเฉลี่ย 2.00-2.99 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีค่าเฉลี่ย 3.00-4.00

7. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โปรแกรมฯ แบบทดสอบ และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจ ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนี ความตรง (Index of Item objective Congruence:

IOC) เท่ากับ .80 ภายหลังจากนำไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล สมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเที่ยง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ โดยวิธีคูเดอร์ (Kuder Richardson method) ใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 ใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะตนเอง และแบบ ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78 และ .89 ตามลำดับ

8. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวม ข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด เอวัน ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่เดือน มีนาคม-ธันวาคม 2565 ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามแล้ว คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามทุกฉบับ สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งหมด 60 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

9. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบทดสอบ และ แบบสอบถามโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test independent (ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) และ t-test dependent (ก่อนและหลังการทดลอง)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน (ดังภาพที่ 1)



ผลการวิจัย

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุมากกว่า 34 ปีคิดเป็นร้อยละ 33.30 การศึกษาสูงสุดในระดับอนุปริญญา/ปวส.คิดเป็นร้อยละ 30.00 การตั้งครรภ์ครั้งแรกคิดเป็นร้อยละ 40.00 ไม่เคยแท้งคิดเป็นร้อยละ 76.70 ไม่เคยมีบุตรคิดเป็น

ร้อยละ 50.00 ไม่เคยคลอดคิดเป็นร้อยละ 46.70 อายุครรภ์ 25-30 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 40.00 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 63.30 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 56.70 รายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 53.40

สำหรับกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุมากกว่า 34 ปีคิดเป็นร้อยละ 36.70 การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.คิดเป็นร้อยละ 26.70 การตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 36.70 ไม่เคยแท้งคิดเป็นร้อยละ 63.30 มีบุตร 1 คนคิดเป็นร้อยละ 36.70 ประวัติการคลอดเคยคลอดทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 56.70 อายุครรภ์ 25-30 สัปดาห์คิดเป็นร้อยละ 36.70 ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 76.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 40.00 รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 46.70

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะของตนเองและ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวานไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวานค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.23 (SD = 1.17) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.70 (SD = 1.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวานของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t
ก่อนการทดลอง	ควบคุม (n=30)	12.60	1.43	.577
	ทดลอง (n=30)	12.37	1.69	
หลังการทดลอง	ควบคุม (n=30)	12.70	1.34	-4.724***
	ทดลอง (n=30)	14.23	1.17	

*** $p < .001$

การรับรู้สมรรถนะตนเองก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับการ

รับรู้สมรรถนะตนเองค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 (SD = .57) 3.57 (SD = .42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติก่อนและหลังการทดลอง

การทดลอง	กลุ่ม	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	t
ก่อนการทดลอง	ควบคุม (n=30)	3.64	.34	.846
	ทดลอง (n=30)	3.60	.40	
หลังการทดลอง	ควบคุม (n=30)	3.57	.42	-2.489*
	ทดลอง (n= 30)	3.89	.57	

* $p < .05$

หลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ มี สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้นด้านความสัมพันธ์คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านและโดยรวม ระหว่างบุคคลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัย ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้านและโดยรวมของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
1. ด้านโภชนาการ	2.56	.29	2.78	.28	-3.014**
2. ด้านการออกกำลังกาย	2.30	.55	2.96	.42	-5.221***
3. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.31	.29	3.73	.25	-6.045***
4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	3.75	.42	3.81	.25	-.596
5. ด้านการจัดการกับความเครียด	2.48	.43	3.15	.30	-7.044***
6. ด้านความสำเร็จในชีวิต	3.61	.30	3.88	.16	-4.380***
โดยรวม	3.00	.24	3.38	.18	-.901***

** $p < .01$, *** $p < .001$

ระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดที่ตรวจแต่ละช่วงอายุครรภ์ โดยเจาะ FBS และภายหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกัน สำหรับครั้งที่ 3 พบว่า เจาะ FBS และภายหลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง ค่าเฉลี่ยของน้ำตาล

ในเลือดกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ เท่ากับ 79.03 (SD = 7.83) และ 109.57 (SD = 11.32) ตามลำดับ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติที่ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 84.90 (SD = 13.18) และ 122.37 (SD = 31.38) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดแต่ละช่วงอายุครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ (n=30)

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
1. FBS ครั้งที่ 1	86.10	8.15	83.20	6.26	1.545
1 hr. pp	129.00	36.74	116.73	13.82	1.711
2. FBS ครั้งที่ 2	84.77	8.60	88.03	35.24	-.493
1 hr. pp	119.57	26.65	119.47	22.24	.016
3. FBS ครั้งที่ 3	84.90	13.18	79.03	7.83	2.096*
1 hr. pp	122.37	31.38	109.57	11.32	2.101*

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมที่บูรณาการการรับรู้สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 และค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในการตรวจครั้งที่ 3 ทั้ง FBS และ 1 hr. pp ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมฯ ได้ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของ

Bandura และการเสริมพลังอำนาจของ Gibson ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นการประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะเป็นเบาหวาน ก่อนดำเนินการวิจัย 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีการพัฒนาความรู้สึกลีขลิ้งอำนาจในการควบคุมตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยคณะผู้วิจัยได้จัด

โปรแกรมและให้ความรู้ แผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายขณะที่เป็น เบาหวาน ชมคลิปวิดีโอ สาธิตการออกกำลังกาย และ สาธิตกลับ รวมถึงการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อเผยแพร่ความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายจาก power point คลิปวิดีโอ infographic รวมถึงการ สอบถามข้อมูลหรือคำถามกับคณะผู้วิจัย ทั้งนี้ผลการ วิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณี สุวรรณรัตน์ และ คณะ (2562) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการ ภาวะเบาหวานด้วยตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.257, p < .001$) และเกษร แก้วผุดม่อง (2561) ที่ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็นเบา หวานขณะตั้งครรภ์ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริม การดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของวลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี (2561) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การรับประทานอาหารในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ($M = 51.24, SD = 2.63$) และพฤติกรรมออกกำลังกาย ($M = 46.08, SD = 4.74$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 36.04, SD = 3.82$ และ $M = 27.80, SD = 7.48$ ตามลำดับ) อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองมีคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรม การออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 33.60, SD = 3.24$ และ $M = 29.92, SD = 4.45$ ตามลำดับ) อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมถึงการศึกษาของ นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล (2556) ที่พบว่า คะแนนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวาน อาหาร ความเสี่ยง การ ออกกำลังกาย และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรภ์ในกลุ่ม ทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการรับรู้ความ สามารถตนเอง การกำกับพฤติกรรม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลองมี คะแนนมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอดิณา ศรีสมบูรณ์, สุเพียร โภคทิพย์, และจรรยาศรี มีหนองหว้า (2564) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรมควบคุมอาหารหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) อย่างไร ก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชลี จิตราภิรมย์, และจันทรัตน์ เจริญสันติ (2558) ที่เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับ น้ำตาลในเลือด และคะแนนความเครียดของสตรีที่เป็น เบาหวานขณะตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการ ให้ความรู้ และการฝึกผ่อนคลาย โดยวัดพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง และความเครียดในสัปดาห์ที่ 5 และระดับ น้ำตาลในเลือดสัปดาห์ที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่เป็นเบา หวานขณะตั้งครรภ์ระดับเอวัน ที่มารับบริการฝากครรภ์ แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่ม ควบคุม 20 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่ แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระยะเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ในการจัดโปรแกรมบูรณาการการรับรู้

สมรรถนะตนเองและการเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของสตรี ตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งต้องกำหนด สถานที่ (ห้อง) และช่วงเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้สตรี ตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้รับฟังการให้คำแนะนำ ชม การสาธิต สาธิตกลับและได้มีส่วนร่วมในการควบคุม อาหาร และออกกำลังกายได้เต็มที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาติดตามสตรีตั้งครรภ์

ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพื่อความต่อเนื่องและ ยั่งยืน ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ทางด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และระดับน้ำตาล ในเลือด ในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะคลอด เกี่ยวกับ วิธีการคลอด ภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และน้ำหนัก ทารกแรกเกิด

2.2 ออกแบบการวิจัยที่มีลักษณะแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณี สุวรรณรัตน์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, และสุพิศ ศิริอรุณรัตน์. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการ ภาวะเบาหวานด้วยตนเอง และระดับน้ำตาลใน เลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(2), 1-13.
- เกษร แก้วผุดผ่อง. (2561). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริม การดูแลสุขภาพตนเองต่อพฤติกรรมการดูแล ตนเองของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(1), 907-917.
- ข้อมูลสถิติคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอด ปีพ.ศ. 2563- 2565. (2565). *ข้อมูลสถิติตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชวิถี.
- นวลพรรณ เอี่ยมตระกูล. (2556). ผลของโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ที่มีต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ การกำกับ พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเลิดสิน. *วารสารพฤติกรรม ศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 5(1), 129-138.
- บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัย ทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประภัทร วานิชพงษ์พันธุ์. (2560). *ตำราสถิติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลีวัล เลิศสาครศิริ. (2565). *แนวคิดและการพยาบาล สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ปรับปรุงใหม่*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท จามจุรีโปรดักส์ จำกัด.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี. (2561). *ผลของโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการ รับประทานอาหารและการออกกำลังกายของ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การ ผดุงครรภ์)). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- อัญชลี จิตราภิรมย์, และจันทรัตน์ เจริญสันติ. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกสอนคลายต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือด และความเครียดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *พยาบาลสาร*, 42 (4), 133-145.
- อดิณา ศรีสมบุรณ์, สุเพียร โภคทิพย์, และจรรยาศรี มีหนองหว่า. (2564). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์*, 5(1), 34-43.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Committee on practice bulletin no. 137: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and Gynecology*, 122(1), 406-416.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of medical care in diabetes—2014. *Diabetes care*, 37(1), S14-S80.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 16(3), 354-361.
- Pender, N. J. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6th ed). New Jersey: Pearson.
- Qadir, S. Y., Yasmin, T., & Fatima, I. (2012). Maternal and foetal outcome in gestational diabetes. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 24(3), 17-20.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
-

ประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

Psychologists' Experiences of Helping Women Overcoming Suicidality

ธีรารินทร์ บุญญาพิภรณ์, วท.ม., Thirawarin Bunyapipat, M.Sc.^{1*}

ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล, Ph.D., Chomphunut Srichannil, Ph.D.²

ดลดาว วงศ์ธีระธรณ์, ศศ.ด., Doldao Wongtheerathorn, Ph.D.³

¹นิสิต, สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Ph.D. Candidate, Department of Research and Applied Psychology, Faculty of Education,
Burapha University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Psychology, Chulalongkorn University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³Assistant Professor, Ph.D., Department of Research and Applied Psychology,
Faculty of Education, Burapha University

*Corresponding Author Email: Thirawarin@slc.ac.th

Received: May 5, 2023

Revised: July 19, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย ข้อมูลวิจัยได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างกับนักจิตวิทยาที่มีประสบการณ์ให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 6 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (IPA) บทความวิจัยนี้นำเสนอผลการวิจัยจากหนึ่งใจความสำคัญหลัก คือ การช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย 4 ใจความสำคัญรอง ได้แก่ 1) การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ 2) การตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง 3) การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีความหวัง และ 4) การทำให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่ งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงในการก้าวผ่านการฆ่าตัวตายตามมุมมองของนักจิตวิทยาที่ให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การสร้างสัมพันธ์ภาพ และการส่งเสริมความหวัง การช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ทางลบ และตระหนักถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทรัพยากรที่สามารถเป็นที่พึ่งทางจิตใจ

คำสำคัญ: การก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยา การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยา
แบบตีความ

Abstract

This qualitative research aimed to understand the experiences of psychologists in assisting women to overcome suicidal attempts. The research data was obtained from semi-structured in-depth interviews with six psychologists who have experience in providing psychological counseling to women who have attempted suicide. The data were analyzed following the steps of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). This research article presents the findings from one primary theme: assisting women to overcome suicidal tendencies, which comprises four sub-themes: 1) interdisciplinary team care; 2) self-awareness and emotional management; 3) building relationships and fostering hope; and 4) recognizing available resources. This study highlights approaches to assisting women in overcoming suicidal tendencies from the perspective of psychologists who emphasize collaboration with an interdisciplinary team, relationship-building and promoting hope, helping clients become aware and manage negative emotions, and recognizing social support and resources that can be mentally relied upon.

Keywords: *Overcoming Suicidality, Psychologists, Qualitative Research, Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).*

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของประชาคมโลกและประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ นับตั้งแต่ปี 2016 และยิ่งเพิ่มสูงขึ้นจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 (Suanrueang, Suen, & Peltzer., 2022) จากการวิเคราะห์แนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยระหว่างปี 2013-2019 ของ Arunpongpaisal, Assanagkornchai, Chongsuvivatwong, and Jampathong (2022) และระหว่างปี 1994-2020 ของ Suanrueang et al. (2022) มีการรายงานคล้ายคลึงกันว่าเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเพศหญิง พบว่าการฆ่าตัวตาย

สำเร็จของเพศชายเกี่ยวข้องกับการใช้วิธีการที่รุนแรง รวมถึงการไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตใจ ในขณะที่เพศหญิงมีอัตราพยายามฆ่าตัวตายและรอดชีวิตสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายพบว่าเพศหญิงที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีอัตราการเข้ารับการบำบัดทางจิตสูงกว่า

ในกระบวนการบำบัดและการช่วยเหลือบุคคลที่มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย นักจิตวิทยาเป็นหนึ่งในนักวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในกระบวนการดังกล่าว (Levy, Koehler, & Hunt, 2019) ในการให้บริการด้านสุขภาพจิต บุคลากรในสายงานนี้รวมถึงนักจิตวิทยามีแนวโน้มจะต้องเผชิญกับผู้รับบริการที่

มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย (Schmitz et al., 2012) องค์ความรู้จากการวิจัยที่ช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการช่วยเหลือเยียวยาบุคคลให้ก้าวผ่านความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายมักมุ่งไปที่การศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย แต่มีงานวิจัยไม่มากนักที่ให้ความสำคัญในการศึกษาปัจจัยในเชิงเยียวยาบุคคลให้ก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

งานวิจัยที่ศึกษาการช่วยเหลือบุคคลที่มีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายจากแง่มุมของนักจิตวิทยายังคงมีจำกัด งานวิจัยที่มีอยู่มักมุ่งไปที่การศึกษาและรายงานอารมณ์ความรู้สึกที่เป็นผลกระทบจากการทำงานดังกล่าว อีกทั้ง ยังไม่พบงานวิจัยที่มุ่งศึกษาการทำงานของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งนับเป็นผู้รอดชีวิตกลุ่มหลักจากการพยายามฆ่าตัวตายและเป็นกลุ่มที่เมื่อเปรียบเทียบกับเพศชายมีอัตราการเข้ารับบริการด้านสุขภาพมากกว่า

วัตถุประสงค์การวิจัย

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของนักจิตวิทยาในการช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มุ่งตอบคำถามการวิจัยที่ว่า “มุมมองของนักจิตวิทยาที่มีต่อการก้าวผ่านการฆ่าตัวตายของผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นอย่างไร” นำไปสู่ข้อค้นพบใหม่ที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้ในการช่วยเหลือผู้หญิงให้สามารถก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ “การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ” (Interpretative Phenomenological Analysis : IPA) ตามแนวคิดของ Smith et al. (2009) ตั้งบน 3 ฐานคิดเชิงทฤษฎี คือ 1. ปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) มุ่งศึกษาประสบการณ์ตามที่ปรากฏขึ้นต่อบุคคล ตามสิ่งที่ถูกรับรู้ (noema) และการให้ความหมายต่อสิ่งที่รับรู้ (noesis) 2. อรรถปริวรรตศาสตร์ (hermeneutics) ทำความเข้าใจเชิงลึกด้วยการตีความสองชั้น (double hermeneutics) ชั้นแรกผู้ให้ข้อมูลตีความประสบการณ์ของตนเอง และชั้นที่สอง ผู้วิจัยตีความประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล และ 3. การศึกษาเฉพาะบุคคล (ideographic) ที่ศึกษาประสบการณ์เฉพาะในเชิงลึกถึง ความเหมือนและความต่างระหว่างประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลทีเฉพาะเจาะจง

1. ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักจิตวิทยา 6 คน มีประสบการณ์ทำงานการปรึกษาเชิงจิตวิทยาไม่น้อยกว่า 5 ปี สามารถนิยมนและถ่ายทอดประสบการณ์การให้บริการบำบัดเชิงจิตวิทยาร่วมกับผู้รับบริการที่เคยพยายามฆ่าตัวตายได้ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและยินดียินยอมถ่ายทอดประสบการณ์ ทั้งนี้ไม่มีผู้ถอนตัวจากการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลอายุเฉลี่ย 44 ปี มีประสบการณ์ให้บริการบำบัดเชิงจิตวิทยาเฉลี่ย 17 ปี ทำงานในสถานบริการทางสุขภาพจิตของไทย ทำงานกับผู้หญิงที่มีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ย 5 รายต่อเดือน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลประสบการณ์ของนักจิตวิทยาผู้ให้ข้อมูล

ชื่อสมมติ	เพศ	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ให้บริการ ปรึกษาทางจิตวิทยา (ปี)	จำนวนผู้รับบริการกรณีมีความคิด หรือพยายามฆ่าตัวตายต่อเดือน
1. ภพ	ชาย	42	16	2
2. อุ่ม	หญิง	43	18	8
3. ออย	หญิง	42	16	8
4. เอ	หญิง	47	17	2
5. ต่อ	ชาย	44	19	10
6. เมย์	หญิง	45	16	4

2. การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ G-HU 184/2563 ลงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2563 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์และกระบวนการเข้าร่วมโครงการวิจัย การมีอิสระในการเข้าร่วมและถอนตัวจากโครงการวิจัย การปกปิดอัตลักษณ์ของผู้ให้ข้อมูลในการดำเนินการและการนำเสนอผลการวิจัย ใช้นามสมมติมาประกอบเทปบันทึกเสียงและรหัสแทนชื่อบุคคล (Code-linked) ระยะเวลาและวิธีการในการเก็บข้อมูล และการทำลายข้อมูลวิจัยหลังสิ้นสุด

3. เครื่องมือการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) คำถามสัมภาษณ์ครอบคลุมประสบการณ์ กระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการให้บริการปรึกษาผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดและคำถามการวิจัย เป็นข้อคำถามปลายเปิดยืดหยุ่นไปตามการสนทนา มีอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้ตรวจสอบ และนำไปทดลองใช้ (Try out) ทำการปรับแก้ไขให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลการวิจัย

ตัวอย่างคำถาม เช่น อะไรที่เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีความคิดหรือมีความพยายามฆ่าตัวตาย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการเชิญชวนผู้ให้ข้อมูลผ่านเครือข่ายนักจิตวิทยาและการบอกต่อของผู้ให้ข้อมูล (snowball sampling) ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ผู้ให้ข้อมูลเป็นหญิง 4 คน และชาย 2 คน ผู้วิจัยนัดหมายเวลาเพื่อสัมภาษณ์ผ่านการประชุมทางวิดีโอออนไลน์จำนวน 5 คน และสัมภาษณ์แบบพบหน้า 1 คน ณ สถานที่เงียบสงบและเป็นส่วนตัว ใช้เวลาสัมภาษณ์ 90-240 นาที เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ สอบถามความเข้าใจนำสู่การชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ขออนุญาตบันทึกเสียง แจ้งระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ การเก็บรักษาความลับ การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล การลบเทปเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย สิทธิ์การถอนตัวจากการวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เอกสารต่าง ๆ ผู้วิจัยเก็บไว้ในที่ปลอดภัยและเข้าถึงข้อมูลเพียงผู้เดียว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากถอดไฟล์เสียงสัมภาษณ์เป็นคำพูดแบบคำต่อคำ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยตามขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลของ IPA (ชมพูนุทศรีจันทร์นิล, 2560) ดังนี้ 1. อ่านข้อมูลและฟังไฟล์เสียงสัมภาษณ์ซ้ำไปซ้ำมา กระทั่งเกิดความเข้าใจข้อมูลในเชิงลึก 2. บันทึกประเด็นสำคัญในขณะที่อ่านคำสัมภาษณ์ ด้วยวิธี 2.1 การบันทึกเชิงบรรยาย (Descriptive Comment) บันทึกคำ วลี และประโยคที่สำคัญที่สะท้อนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล 2.2 การบันทึกด้านภาษา (Linguistic Comments) บันทึกการใช้ภาษาของผู้ร่วมวิจัยที่ไม่ปรากฏโดยตรง 2.3 การบันทึกเชิงแนวคิด (Conceptual Comments) บันทึกเนื้อหาและความหมายที่ไม่ปรากฏชัดผ่านการตีความของผู้วิจัย เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงลึก 3. ระบุใจความสำคัญ หลังจากทำการบันทึกประเด็นสำคัญทั้งฉบับแล้ว ผู้วิจัยทำการแปลงบันทึกเป็นใจความสำคัญ (Theme) เป็นข้อความที่สั้น กระชับและสะท้อนถึงความหมายของข้อมูลวิจัย จากนั้นค้นหาความสัมพันธ์หรือความเชื่อมโยงระหว่างประเด็น โดยใจความสำคัญจะสะท้อนแง่มุมประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (the P) และสะท้อนถึงการตีความของผู้วิจัย (the I) 4. จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญ ประกอบด้วยใจความสำคัญหลัก (Super-ordinate Theme) และใจความสำคัญรอง (Sub-ordinate Theme) 5. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยฉบับต่อไป โดยไม่นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากฉบับก่อนมาเป็นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจุบัน เพื่อกำกับให้เกิดการสะท้อนประสบการณ์เฉพาะของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนอย่างแท้จริง วิเคราะห์ข้อมูลบทสัมภาษณ์ทุกฉบับจนแล้วเสร็จ 6. จัดหมวดหมู่ใจความสำคัญระหว่างข้อมูลวิจัย โดยนำใจความสำคัญของผู้ร่วมวิจัยมาเปรียบเทียบหาความสัมพันธ์ระหว่างใจความสำคัญทั้งหมด เลือกใจความสำคัญที่

แพร่หลายจากผู้ให้ข้อมูล 3 คนขึ้นไปและการตอบคำถามการวิจัย ซึ่งเป็นไปตามการกำกับและการประเมินคุณภาพงานวิจัยตามวิจัยเชิงคุณภาพแบบ IPA และตลอดกระบวนการวิจัยมีอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญตามกระบวนการวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความให้คำแนะนำ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประกอบไปด้วย 4 ใจความหลัก คือ 1. สาเหตุที่นำไปสู่ฆ่าตัวตาย 2. การช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย 3. สมรรถนะเชิงวิชาชีพที่จำเป็นในการให้ความช่วยเหลือ และ 4. ผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดจากการทำงานช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย ในบทความวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำเสนอหนึ่งใจความสำคัญหลัก “การช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย” โดยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบของใจความสำคัญหลักและใจความสำคัญรองตามลำดับร่วมกับคำพูดของผู้ให้ข้อมูล โดยใช้นามสมมติ ใช้สัญลักษณ์ (...) เพื่อแสดงส่วนที่มีการตัดข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับประเด็นที่นำเสนอออก นอกจากนี้ คำพูดของผู้ให้ข้อมูลเสนอเป็นภาษาพูด จึงคงไว้ซึ่งการสะกดตามน้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล

ใจความสำคัญหลัก การช่วยเหลือผู้หญิงก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าวิธีการที่สามารถช่วยให้ผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายก้าวผ่านการฆ่าตัวตายได้และได้รับประโยชน์จากการปรึกษาเชิงจิตวิทยาอย่างสูงสุด ประกอบด้วยใจความสำคัญรอง ได้แก่ 1. การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ 2. การตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ตนเอง 3. การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีความหวัง 4. การทำให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่ ดังรายละเอียดที่แสดงต่อไป

ใจความสำคัญรอง 1 การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน กล่าวถึงความพยายามในการช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายผ่านการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ เป็นการทำงานร่วมกันของวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อดูแลรักษาผู้รับบริการ

เอ และเมย์ กล่าวถึง การทำงานร่วมกันระหว่างจิตแพทย์กับตนเอง โดยจิตแพทย์เป็นเจ้าของไข้มีบทบาทในการรักษาด้วยยาและส่งต่อนักจิตวิทยาเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจ

“...จะเป็น case ที่หมอ take ยาแล้ว แล้วก็หมอส่งเรากลับเพิ่ม” (เอ)

“หมอก็จะรักษาก็คือหมอก็จะให้ยาถูกมะ ส่วนเราเนี่ยเราก็จะดูในเรื่องของการทำจิตบำบัดเนาะหรืออาจจะเห็นพฤติกรรมบำบัดกิจกรรมบำบัดหรืออะไรก็ได้แต่...” (เมย์)

จากข้อความข้างต้น เอและเมย์กล่าวถึงบทบาทในการช่วยเหลือของจิตแพทย์และการช่วยเหลือทางจิตใจกับผู้รับบริการของนักจิตวิทยา ในขณะที่ ภพ กล่าวถึงการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพที่มีพยาบาลร่วมในการดูแล

“...โดยทั่วไปแพทย์ จิตแพทย์ก็จะ consult มา step หนึ่ง แพทย์ก็จะ screen ให้เบื้องต้นว่าน่าจะปลอดภัยเพียงพอที่จะถูกส่งมา (...) หากมีอาการทีมแพทย์ ทีมพยาบาลเข้ามาช่วยดูแล เช่น การมัด ให้อา”

ข้อความของภพแสดงให้เห็นการทำงานร่วมกันโดยจิตแพทย์ประเมินผู้รับบริการว่าสามารถพูดคุย ไม่เป็นอันตรายจึงส่งต่อนักจิตวิทยารับการช่วยเหลือทางจิตใจ หากระหว่างบำบัดผู้รับบริการคุมคั่ง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ แพทย์ พยาบาลจะช่วยส่งพฤติกรรมของผู้รับบริการ

ในขณะที่ เอ เมย์ ภพ กล่าวถึงการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพซึ่งสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่และลำดับการทำงานแต่ อุ้ม แสดงถึงการร่วมดูแลผู้รับบริการด้วยการ

จงใจให้รับประทานยา

“ลองดูสักตั้งนึ่งว่ายาจะช่วยเค้าได้มั๊ย คือถ้ายังงี้ตอนนี้ก็เลือกกว่าจะตายอยู่แล้วเนี่ย...”

อุ้ม แสดงให้เห็นการเสนอการรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้รับบริการที่เผชิญภาวะวิกฤติ แม้ว่าการรักษาด้วยยาจะเป็นบทบาทของจิตแพทย์แต่นักจิตวิทยาก็มีส่วนจงใจให้ผู้รับบริการได้รับการรักษา

ใจความสำคัญรอง 2 การตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง

นักจิตวิทยาทุกคนเห็นสอดคล้องกันว่า การตระหนักรู้และจัดการอารมณ์ของตนเอง ช่วยหยุดยั้งอารมณ์ทางลบ ด้วยการสอนให้ควบคุม ผ่อนคลาย สงบอารมณ์ และการนึกถึงผลที่ตามมา

ในมุมมองของ ภพ และ เอ การช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ ความคิดช่วยให้ผู้รับบริการหยุดยั้งอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น

“...หากิจกรรมเพื่อกั้ง ๆ สอนให้ case ว่า ตอนนี้อารมณ์กำลังไม่ดีเกิดขึ้น เราจะ regulate ตัวเองยังงี้ได้บ้าง (...) เวลาที่เริ่มจะรู้สึกที่ว่า เอ๊ะ...ชักจะไม่ไหวแล้ว เราจะผ่อนคลายอารมณ์ได้ด้วยวิธีไหนบ้าง (...) สังเกตสัญญาณว่ามันมาอีกแล้ว อ่า...แล้วจับสังเกตอารมณ์ตัวเองให้ได้” (ภพ)

“...step แรกคือดูแลตัวเอง ณ ตอนที่ impulse ยังไม่เยอะ (...) เราจะเริ่มตั้งแต่เขาเริ่มอ่อนเมื่อไหร่จะอ่อนหมึเขาขึ้นปึบ 30 40 ปึบ เอ้ย..มันเริ่มมาละนะ... เราจะมาสอนคนไข้ใน session ว่าอะไรที่ทำให้เขาเกิดแบบนี้ ละเขาจะเบี่ยงเบนอารมณ์ของเขาตรงนี้ออกมาได้อย่างไร ให้มันเย็นลง” (เอ)

ข้อความข้างต้นสะท้อนถึงแนวทางของภพในการช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายให้ตระหนักถึงการมีอยู่และบริหารจัดการกับอารมณ์ทางลบ และ เอ เปรียบเทียบอารมณ์ที่เพิ่มขึ้นเหมือนอุณหภูมิที่เพิ่มขึ้นและฝึกให้ผู้รับบริการรับรู้และจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้น

ตั้งแต่เริ่มก่อตัว ด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อช่วยให้อารมณ์สงบลง ขณะที่ เมย์ สอนการควบคุมอารมณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยซึมเศร้า

“มันเกิดวงจรที่เป็นการโทษตัวเอง หรือว่าเป็นความรู้สึกอะไรก็ตามแต่ที่มันเป็นเป็น pattern ที่เขาใช้ความคิดหรือการบอกตัวเองซ้ำ ๆ (...) คือเรามองว่าไอ้การเมตตาที่มีให้กับตัวเองคือการเป็นการเล่นโยนที่มันไม่เป็นไร ผิดได้ พลัดได้”

จะเห็นได้ว่าเมย์กล่าวถึงลักษณะความคิดและความรู้สึกที่เดิมซ้ำ ๆ และกล่าวโทษตนเองของผู้ป่วยซึมเศร้า และสอนให้ผู้ป่วยจัดการกับอารมณ์ด้วยการมีเมตตาต่อตนเอง แตกต่างจาก ออย ช่วยให้เข้าใจตัวกระตุ้นที่เชื่อมโยงกับบาดแผลทางจิตใจและสงบอารมณ์ด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

“...เขาได้ทำความเข้าใจกับตัวกระตุ้นหรือจุดเปราะบางที่มันเกี่ยวโยงมาจากประสบการณ์ในอดีตของเขารึยัง (...) สำคัญก็คือเขาจะต้องมีวิธีที่จะสงบอารมณ์เพื่อให้เกิดความมั่นคง intervention ดีที่สุดที่จะใช้เลยก็คือ การหายใจคลายกล้ามเนื้อ และการให้ข้อมูลเรื่องของ trauma”

ออยเห็นว่าการพัฒนาความมั่นคงทางจิตใจ ทำได้ผ่านการทำความเข้าใจ “ตัวกระตุ้น” มีวิธีรับมือจัดการอารมณ์ความคิดที่เกิดขึ้น และออยเชื่อว่า การฝึกหายใจผ่อนคลายกล้ามเนื้อและให้ข้อมูลเรื่องบาดแผลทางจิตใจเป็นวิธีการสำคัญในการพัฒนาความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งแตกต่างจาก ต่อ ที่ให้ผู้รับบริการนึกถึงบุคคลที่มีความสำคัญ เพื่อทบทวนการตัดสินใจและนึกถึงผลที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย

“สมมติกำลังผูกเชือกอยู่ในห้อง...ลองกลับมาถามตัวเอง ถ้าไปยืนอยู่ แม่นั่งอยู่ตรงที่ห้องนั่งเล่น หรือนั่งอยู่กับลูก ให้ลองถามกับตัวเองว่าคุณกำลังคิดหรือรู้สึกอะไรกับตอนที่คุณอยู่ตรงนั้น...”

ต่อ เชื่อว่าการชวนให้ผู้รับบริการ “ลองกลับมาอยู่กับตัวเอง” ยึดโยงกับบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นวิธีชะลอความรู้สึกท่วมท้นและยับยั้งบุคคลให้สามารถก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย คล้ายกับ อุ่ม ที่ให้ความสำคัญกับการสงบอารมณ์ที่ท่วมท้นด้วยการชวนให้ผู้รับบริการ “อยู่กับตนเองก่อน”

“...case ที่เค้ามารับร้องไห้ฟูมฟาย ร้องไห้จะเป็นจะตายเราก็จะให้เค้าอยู่กับตัวเองก่อน” (อุ่ม)

ข้อความข้างต้นสะท้อนความเชื่อของอุ่มที่ว่า การช่วยให้ผู้รับบริการได้กลับมาอยู่กับตัวเองในปัจจุบันเป็นหนทางที่จะช่วยชะลออารมณ์ให้อ่อนกำลังลง

ใจความสำคัญรอง 3 การสร้างสัมพันธภาพและการมีความหวัง

ผู้ให้ข้อมูล 3 คนกล่าวถึงการสร้างความร่วมมือทางการบำบัดผ่านสัมพันธภาพและการมีความหวัง ดังที่เอ เชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างการสร้างความหวังและความร่วมมือในการบำบัด

“ถ้าคนไข้เห็นประโยชน์ของการบำบัด รู้ว่าเขาสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ และรู้สึกถึงปลายทางได้เขาจะร่วมมือละโอกาสสำเร็จมันจะมีสูงแรงจูงใจและความร่วมมือมันสำคัญมาก”

เอ ใช้ประโยคเงื่อนไข “ถ้าคนไข้... เขาจะ...” ในการชี้ชวนให้เห็นถึงความสำเร็จของการช่วยเหลือบุคคลให้ก้าวผ่านการฆ่าตัวตายผ่านการทำให้ผู้รับบริการเห็นประโยชน์ของการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจและความร่วมมือ แตกต่างจาก ต่อและอุ่ม ที่ระบุถึงความสำคัญของการทำให้ผู้รับบริการรู้สึกถึงการมีคนเคียงข้างอย่างใส่ใจ

“...รับฟังมากขึ้น ไม่ self-blaming การรับรู้เข้าใจ รับฟังโดยไม่ตัดสิน ไม่เสนอแนะ รับฟัง ฟังแล้วอยู่ข้างเขา... (ต่อ)

“...แบบฉันอยู่ตรงนี้มีอะไรอยากให้อยู่ช่วย... ทำให้เค้ารู้สึก...ยังมีความหวัง ยังมีคนที่เค้าแคร์แคร์นี้ หมายถึง หัวใจ ในขอบเขตของ *therapeutic relationship*” (อัม)

ต่อ กล่าวถึงการ “ฟัง รับรู้ อยู่ข้าง” ซึ่งคล้ายคลึงกับที่อัมระบุถึงการที่ “แบบฉันอยู่ตรงนี้มีอะไรอยากให้อยู่ช่วย” สะท้อนให้เห็นความพร้อมในการอยู่เคียงข้างผ่านการทำความเข้าใจผู้รับบริการช่วยให้บุคคลที่รู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวังได้กลับมามีความหวังอีกครั้ง

ใจความสำคัญรอง 4 การทำให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนเชื่อว่า บุคคลฆ่าตัวตายเนื่องจากมีความเจ็บปวดมากกว่าทรัพยากรที่มีอยู่ทรัพยากรเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้มีชีวิตอยู่ได้ ก้าวผ่านความคิดและความพยายามในการฆ่าตัวตาย

ภพ กล่าวถึง สิ่งทำให้ผู้รับบริการมีแรงจูงใจมีชีวิตอยู่ต่อแม้เผชิญความทุกข์ความเศร้า คือ การมีชีวิตอยู่เพื่อบุคคลอื่นเป็นที่รัก

“...บางคนก็อาจจะบอกนะว่าจริง ๆ แล้วเศร้ามากแ่่มาก แต่ถ้าไม่มีสิ่งนี้นั่นจะฆ่าตัวตายแล้วก็ไม่มาที่โรงพยาบาลด้วย บางคนบอกว่ายังมีลูกอยู่ ยังมีแม่อยู่ เศร้ายังไงก็ตายไม่ได้...”

คำกล่าวของภพ สะท้อนว่าบุคคลอื่นเป็นที่รักของผู้รับบริการนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญและแหล่งยึดเหนี่ยวที่สร้างพลังให้กับผู้รับบริการเช่นเดียวกับ ต่อ ที่ชวนผู้รับบริการสืบค้นและตระหนักถึงสิ่งยึดเหนี่ยวใจ

“...ถ้าต้องไปรับลูกตอนสี่โมง แล้วถ้าหากฉันทำตอนบ่าย เดียวใครจะไปรับลูก แล้ว...ถ้าเกิดทำอะไรเสร็จเนี่ยะ (...) ลูกของคุณจะคิดถึงใจคือผมให้เขายึดหาสิ่งยึดเหนี่ยวใจ”

จากข้อความของ ต่อ แสดงให้เห็นการทำให้ผู้รับบริการผูกติดถึงความสำคัญของตนเองที่มีกับบุคคลอื่นเป็นที่รัก และผลกระทบที่เกิดขึ้นหากฆ่าตัวตายสำเร็จ

เพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ มีทิศทางเดียวกับ อัม ที่เชื่อว่าการค้นหา “hook” หรือ “สิ่งยึดเหนี่ยว” สำคัญต่อการช่วยเหลือบุคคลให้ก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

“...ขั้นแรกมันต้องหา hook ก่อน...หาว่าอะไรจะเป็นที่จับยึดเหนี่ยวให้เค้ายังแบบ ๆ เค้ายังไม่อยากไป อะไรที่เค้ายังห่วงอยู่ อะไรที่เค้ากังวลอยู่ พยายามสำรวจ สำรวจว่าแล้วแม่ห่อห่อห่อ น้องห่อ หมาห่อ งานการ บางคนก็บอกหนูยังไม่ตายหนูรอสอบก่อน หนูรอสอบอีก 2 วิชา”

สำหรับอัม การช่วยให้ผู้รับบริการสำรวจและเกิดการตระหนักรู้ในตัวเองว่าอะไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับตนเองทำให้ผู้รับบริการมีพลังมีชีวิตอยู่ต่อไป สอดคล้องกับ เอ ระบุถึงการสำรวจ “positive resource” หรือทรัพยากรด้านบวกของผู้รับบริการ

“การค้นหาวะไรที่มันเป็นพลังเป็นกำลังใจ ดิฉันว่าเป็นตัวช่วยคนไข้เยอะนะ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ตาม การหา *positive resource* ...อาจจะเป็นสิ่งที่เขาทำได้...”

เอ เห็นว่าการชวนให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงทรัพยากรด้านบวกที่ตนเองมีจะช่วยให้ผู้รับบริการเห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

เมย์ ให้ความสำคัญกับการทำให้ผู้รับบริการ เห็นคุณค่าด้านบวกของตนเองแม้ในขณะที่มีความรู้สึกทางลบกับตัวเอง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงวิธีการช่วยเหลือผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตายจากมุมมองของนักจิตวิทยาผ่านการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ การตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีความหวัง รวมถึงการทำให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่

การดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ ในการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยวิชาชีพที่

หลากหลาย เช่น แพทย์ จิตแพทย์ พยาบาลและอื่น ๆ นักจิตวิทยาเป็นหนึ่งในทีมผู้ให้การรักษาทำหน้าที่ดูแลสภาวะจิตใจด้วยกระบวนการทางจิตวิทยาเพื่อร่วมกันวางแผนและให้การช่วยเหลือ (Sánchez-Teruel, García-León, & Muela-Martínez, 2014) อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่แสดงถึงการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพในการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายยังพบได้น้อย

การตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์และความคิดของตนเอง นักจิตวิทยาช่วยให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ขั้นแรกช่วยให้ผู้รับบริการสงบอารมณ์ลงจากนั้นสำรวจความรู้สึกความรู้สึกที่เกิดขึ้นด้วยเทคนิค ทฤษฎีที่นักจิตวิทยายึดเป็นหลัก สอดคล้องผลการวิจัยของ Paulson and Worth (2002) ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เข้มข้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งความสิ้นหวังและหดหู่ช่วยให้ก้าวผ่านการฆ่าตัวตายได้ แต่อย่างไรก็ตามงานวิจัย Turton, Berry, Danquah, and Pratt (2021) แสดงให้เห็นว่าการจัดการด้านอารมณ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

การสร้างสัมพันธภาพและการมีความหวัง เป็นสิ่งสนับสนุนให้การช่วยเหลือบุคคลก้าวผ่านการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ สอดคล้องกับ Jacobs et al. (2010) ความสัมพันธ์ทางการรักษาเชิงบวกด้วยการสร้างความไว้วางใจ ความเคารพซึ่งกันและกันช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ประเมินอาการ และทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงทางเลือกที่เป็นไปได้อื่น ๆ มากกว่าการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Dunster-Page, Haddock, Wainwright, and Berry (2017) ที่ระบุว่านักบำบัด ผู้ประสานงาน การดูแลและทีมสุขภาพจิตควรสร้างความร่วมมือกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สัมพันธ์ที่ดีช่วยสร้างความหวังซึ่งความหวังเป็นภาวะแรงจูงใจด้านบวกที่ผลักดันให้

บุคคลมีชีวิตอยู่ และจากงานวิจัยของ Huen, Ip, Ho, and Yip (2015) ที่ระบุว่าความหวังเป็นปัจจัยในการฟื้นคืนสภาพ ช่วยให้บุคคลสามารถอดทนต่อสถานการณ์ที่ยากลำบาก ซึ่งสามารถช่วยยับยั้งความคิดฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตาย

การทำให้เห็นทรัพยากรที่มีอยู่ การช่วยให้ผู้รับบริการเห็นทรัพยากรที่มีอยู่ช่วยให้มีสิ่งยึดเหนี่ยวอาจเป็นบุคคลสัตว์เลี้ยง ภารกิจ งาน เป้าหมายต่าง ๆ สอดคล้องกับวรรณกรรมที่พบว่า การค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวเป็นวิธีการช่วยบรรเทาความยากลำบากด้านสุขภาพจิตได้ (Huggett, Gooding, Haddock, Quigley, & Pratt, 2022) นอกจากนี้การทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง (self-esteem) (Holman & William, 2022) และความเมตตาต่อตนเอง (self-compassion) (Suh & Jeong, 2021) ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายอีกด้วย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาชีพ

1.1 การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายควรทำด้วยทีมสหวิชาชีพให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างครอบคลุมรอบด้าน

1.2 ควรช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดการตระหนักรู้และจัดการกับอารมณ์ของตนเองช่วยลดยังอารมณ์ทางลบก่อนอารมณ์ท่วมท้นจนทนไม่ได้

1.3 การสร้างสัมพันธภาพและการมีความหวังเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในกระบวนการช่วยเหลือผู้หญิงให้สามารถก้าวผ่านการฆ่าตัวตาย

1.4 การทำให้ผู้รับบริการเห็นทรัพยากรที่มีอยู่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้สามารถก้าวผ่านความคิดและความพยายามในการฆ่าตัวตาย

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มี

ฐานความรู้ด้านจิตวิทยาคลินิก มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ให้บริการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแก่ผู้หญิงที่พยายามฆ่าตัวตาย 16-19 ปี การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในวิชาชีพเฉพาะ เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา นักศิลปะบำบัดหรือนักวิชาชีพอื่นที่มีประสบการณ์ทำงานช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย อาจช่วยขยายข้อค้นพบเกี่ยวกับกระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีความคิด

หรือพยายามฆ่าตัวตายที่ครอบคลุมยิ่งขึ้นได้

2.2 จากผลการวิจัยที่พบว่า การจัดการอารมณ์ทางลบเป็นสิ่งที่ช่วยลดยั้งการฆ่าตัวตาย งานวิจัยครั้งต่อไปอาจใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตรวจสอบอิทธิพลของการจัดการอารมณ์ทางลบที่มีต่อการหยุดยั้งการฆ่าตัวตาย

เอกสารอ้างอิง

- ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล. (2560). การวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ: ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพสำหรับการวิจัยทางด้านจิตวิทยา. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 28(3), 1-13.
- Arunpongpaial, S., Assanagkornchai, S., Chongsuvivatwong, V., & Jampathong, N. (2022). Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-11.
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviors and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223(1), 165-174.
- Holman, M. S., & Williams, M. N. (2022). Suicide risk and protective factors: a network approach. *Archives of suicide research*, 26(1), 137-154.
- Huggett, C., Gooding, P., Haddock, G., Quigley, J., & Pratt, D. (2022). The relationship between the therapeutic alliance in psychotherapy and suicidal experiences: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1203-1235.
- Huen, J. M., Ip, B. Y., Ho, S. M., & Yip, P. S. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PloS one*, 10(6), 1-18.
- Jacobs, D. G., Baldessarini, R. J., Conwell, Y., Fawcett, J. A., Horton, L., Meltzer, H. & Simon, R. I. (2010). Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Retrieved from <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/suicide.pdf>
- Levy, R. L., Koehler, A. N., & Hunt, Q. A. (2019). A phenomenological investigation of therapists' experiences when working with suicide. *Journal of feminist family therapy*, 31(4), 147-164.

- Paulson, B. L., & Worth, M. (2002). Counseling for suicide: Client perspectives. *Journal of Counseling & Development, 80*(1), 86-93.
- Sánchez-Teruel, D., García-León, A., & Muela-Martínez, J. A. (2014). Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior. [Prevención, evaluación y tratamiento de la conducta suicida]. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 30*(3), 952-963.
- Schmitz Jr, W. M., Allen, M. H., Feldman, B. N., Gutin, N. J., Jahn, D. R., Kleespies, P. M., ... & Simpson, S. (2012). Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(3), 292-304.
- Suanrueang, P., Suen, M. W., & Peltzer, K. (2022). Gender Differences in Committing Suicide in Thailand. *Journal of Men's Health, 18*(6), 131.
- Suh, H., & Jeong, J. (2021). Association of self-compassion with suicidal thoughts and behaviors and non-suicidal self-injury: A meta-analysis. *Frontiers in psychology, 12*, 633482.
- Turton, H., Berry, K., Danquah, A., & Pratt, D. (2021). The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behavior: A systematic review. *Journal of affective disorders reports, 5*(1), 1-13.



ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน Depression and Fall Risk in Older Persons with Diabetes Mellitus

ปิยะฉัตร นามพิทักษ์, พย.บ., Piyachat, Namphithak, B.N.S.¹

ปรียาพร ชูชื่น, พย.บ., Preeyaporn Choochuen, B.N.S.¹

ปานัด จำปารัตน์, พย.บ., Panat Jamparat, B.N.S.²

นิตยา บุญปก, พย.บ., Nittaya Boonpok, B.N.S.³

เปมิกา ประทุมวงษ์, พย.บ., Pemika Pratumwong, B.N.S.⁴

นิติวัดน์ ดวงกรมนา, พย.บ., Nitiwat Duangkromna, B.N.S.⁵

นุชรารณณ์ มะสุไใส, พย.บ., Nutcharaporn Masusai, B.N.S.⁶

ปรายวภา สุดใจ, พย.บ., Paiwapha Sutchai, B.N.S.¹

นริศศรา ทวยทน, พย.บ., Narissara Tuaiton, B.N.S.³

บดินทร์ คณะพันธ์, พย.บ., Bodin Kanapan, B.N.S.⁷

สุภารัตน์ พิสัยพันธ์, Ph.D., Suparat Phisaiphanth, Ph.D.^{8*}

¹พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

¹Registered nurse, Sanpasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani province

²พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี

²Registered nurse, Trakan Phuet Phon Hospital, Ubon Ratchathani province

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเลิงนกทา จังหวัดยโสธร

³Registered nurse, Loengnoktha Crown Prince Hospital, Yasothon province

⁴พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

⁴Registered nurse, Warin Chamrap Hospital, Ubon Ratchathani province

⁵พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

⁵Registered nurse, Kalasin Hospital, Kalasin province

⁶พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา จังหวัดชลบุรี

⁶Registered nurse, Bangkok Hospital Pattaya, Chonburi province

⁷พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

⁷Registered nurse, Khemarath Hospital, Ubon Ratchathani province

⁸อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

⁸Lecturer, Ph.D., Boromrajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: sp8hd@bcnu.ac.th

Received: June 15, 2023

Revised: October 6, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการ ณ คลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห้ว อ.เมือง จ.อุบลราชธานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 101 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และ 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (62.38%) มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำ (57.43%) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28, p < .01$) ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อันเป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการวางแผนหรือจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบจากปัญหาภาวะซึมเศร้าและป้องกันความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตัวเองได้และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คำสำคัญ: ซึมเศร้า พลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุ เบาหวาน

Abstract

This correlational research aimed to study depression, fall risk, and the relationship between depression and fall risk in older persons with Diabetes (DM). A simple random sampling was used to select 101 older persons with DM who received treatment and care at the Patumvittayakorn primary care clinic and the Donghonghae Health promoting hospital in Ubon Ratchathani province. Research instruments were 1) the Personal Data Questionnaire, 2) the Thai Geriatric Depression Scale, and 3) the Thai Falls Risk Assessment Test. Data were collected from February to March 2020. They were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients. Results showed that most samples had mild depressive symptoms (62.38%) and had a low level of risk for falling (57.43%). The results also revealed that depression is slightly positively related to fall risk ($r_s = .28, p < .01$). The findings of this study emphasize the importance of depression as one of psychosocial problems in older persons with DM. This information will be beneficial not only to initiate an intervention for alleviating depression but also to prevent fall risk and to create independency and increase the quality of life in older persons with DM.

Keywords: Depression, Fall, Older persons, Diabetes mellitus

บทนำ

ในประเทศไทย การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 พบว่าการพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บอันดับสูงสุดที่ทำให้ผู้สูงอายุไทยต้องเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลงจากการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายอาจเกิดภาวะทุพพลภาพและมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (นิพา ศรีช้าง และลลิตรา ก้าวี, 2562) และมีความจำเป็นในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้แก่ ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและปัจจัยภายในร่างกายของผู้สูงอายุเนื่องจากความชรา ได้แก่ ความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ร่วมกับมีโรคเรื้อรังหลายโรคที่ควบคุมอาการของโรคได้ไม่ดี เช่น โรคเบาหวาน (กรรณิกา เจริญฤทธิ์, สุดาทิพ ศิริชนะ, และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ, 2562; เพ็ญรุ่ง วรรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง และ อุมกร ไฉยยังยืน, 2563)

เบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ตับอ่อนผลิตปริมาณฮอร์โมนอินซูลินที่ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อีกทั้งฮอร์โมนอินซูลินที่ผลิตได้ยังออกฤทธิ์ได้น้อยลงหรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Mordarska, & Godziejewska-Zawada, 2017) ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มได้บ่อยกว่าผู้สูงอายุสุขภาพดีทั่วไป (Yang, Hu, Zhang, & Zou, 2016) ทั้งนี้เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น การทำงานของระบบประสาทส่วนปลายลดลงทำให้ระบบประสาทรับความรู้สึกลดลง ระบบประสาทสั่งการบกพร่องส่งผลให้การทรงตัวและความสามารถในการเดินของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำได้ลดลง เกิดความกลัวการหกล้มและเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม (กรรณิกา

เจริญฤทธิ์ และคณะ, 2562) หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จอบประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานทำให้เกิดอาการตามัวและสูญเสียการมองเห็นส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น (Gupta et al., 2017) นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จะทำให้เกิดภาวะหมดสติและเกิดการหกล้มตามมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับยารักษาโรคเบาหวานเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น (ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี, และจิตติยา สมบัติบุรณ์, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานคือ การเกิดภาวะซึมเศร้า (มณีนันท์ เอี่ยมอนันต์, 2562) และจากการศึกษา ของ Andrade และคณะพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 24.2% และยังพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานได้ถึง 2.5 เท่า (Andrade, Rocha, & Ribeiro, 2022) อาจเกิดเนื่องจากเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษายาวนานหรืออาจตลอดชีวิต ถ้าการรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปในทางลบจะทำให้ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและไม่สามารถเรียนรู้ปรับตัวกับโรคที่บางครั้งอาจมีภาวะของโรคที่รุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อน อาจส่งผลต่อสุขภาพที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายลดลง (นงนุช วรโสสง และคณะ, 2560)

ปัจจุบันพบว่าการศึกษเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย

ยังมีจำกัด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลต่อความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับปัจจัยด้านร่างกาย ด้านพฤติกรรม และด้านสิ่งแวดล้อม อันเป็นการช่วยให้สามารถประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เกิดจากหลายปัจจัย (Multifactorial falls risk assessment) ได้อย่างเป็นแบบองค์รวม และเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพจากการพลัดตกหกล้ม และเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

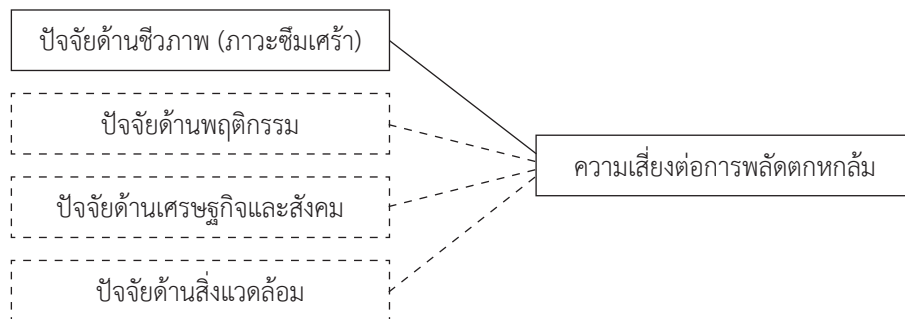
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ (Risk factor model for

falls in older age) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2007) โดยแนวคิดนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยหลักที่เป็นความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น อายุ เพศ อาการเจ็บป่วย การรู้คิด อารมณ์ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การใช้ยา การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย การสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสม 3) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ การศึกษา ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดแหล่งสนับสนุนในชุมชน และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นและบันไดลื่น แสงสว่างไม่เพียงพอ ทางเดินขรุขระ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยด้านชีวภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยนำประเด็นด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า มาอธิบายความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทางด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น (พูนศรีรังษิณี และพงศธร พหลภาคย์, 2561) ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัย (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษา ณ คลินิกหมอครอบครัวปทุมวิทยากรและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองหล่อ อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2563 เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน 3) ประเมินแบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test) มีคะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน แสดงถึง ไม่พบภาวะสมองเสื่อม ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายเนื่องจากภาวะข้อติด อาการเจ็บปวดตามข้อ 2) ตาบอดทั้งสองข้าง 3) มีอาการวิงเวียนศีรษะหน้ามืดตาลาย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) สำหรับการวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง 0.30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจทดสอบที่ระดับ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ราย เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 101 ราย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c) วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา

3.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15) พัฒนาโดยเยชาเวจและคณะ ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Wongpakaran and Wongpakaran (2012) มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นข้อความเชิงบวก 5 ข้อ และเป็นข้อความเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่/ไม่ใช่” มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าดังนี้ 0-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 6-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า และ 11-15 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า

3.3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Thai falls risk assessment test: Thai-FRAT) พัฒนาโดย ลัดดา เกียรติวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, และ จักษณา ปัญญาชีวิน (2547) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการหกล้ม คือ เพศ การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยา ประวัติการหกล้ม และสภาพบ้านที่อยู่อาศัย มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน แปลผลค่าคะแนนที่ได้ดังนี้ 0-3 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย, 4-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

แบบคัดกรอง TGDS-15 และแบบประเมิน Thai-FRAT เป็นเครื่องมือมาตรฐาน โดยแบบประเมิน Thai-FRAT มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 0.92 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 0.83 (Thiamwong, Thamarpirat, Maneesriwongul, & Jitapunkul, 2008) และแบบคัดกรอง TGDS-15 ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบคัดกรอง TGDS-15 เท่ากับ 0.64

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ 21/2563

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาล สรรพสิทธิประสงค์ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการทำวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย ชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ โดยอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุเลือกตอบ ทดสอบการมองเห็นโดยปิดตาทีละข้างอ่านตัวเลข ห่างจากแผ่นวัดสายตา 6 เมตร และทดสอบการทรงตัว โดยยืนต่อเท้าเป็นเส้นตรงนาน 10 วินาที ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 30-60 นาที

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด วิธีการรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา และวิเคราะห์ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ

สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients) เนื่องจากผลทดสอบการกระจายของข้อมูลภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มไม่เป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-Smirnov of normality) มีค่านัยสำคัญทางสถิติ .000 ทั้งสองตัวแปร)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 101 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.30) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 63.37) อายุเฉลี่ย 68.21 ปี ($M = 68.21, SD = 4.82$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.24) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.30) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 30.69) มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 91.09) รายได้เฉลี่ย 4,646.53 บาท ($M = 4,646.53, SD = 7,487.50$) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานอยู่ระหว่าง 5-10 ปี (ร้อยละ 43.56) และมีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 9.53 ปี ($M = 9.53, SD = 5.48$) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อยู่ระหว่าง 6.5-7.9 mg% (ร้อยละ 42.57) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด (ร้อยละ 87.13) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ร้อยละ 66.34) และไม่มีการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 72.28)

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนรวมภาวะซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 2-11 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 6.42 คะแนน ($M = 6.42, SD = 1.77$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.38) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเริ่มมีภาวะซึมเศร้า (6-10 คะแนน) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ($n = 101$)

คะแนนภาวะซึมเศร้า	ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
0-5 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	37	36.63
6-10 คะแนน	เริ่มมีภาวะซึมเศร้า	63	62.38
11-15 คะแนน	มีภาวะซึมเศร้า	1	0.99

($Min = 2$ คะแนน, $Max = 11$ คะแนน, $M = 6.42$ คะแนน, $SD = 1.77$)

ส่วนที่ 3 ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนรวมความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ระหว่าง 0-11 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 3.99 คะแนน ($M = 3.99$, $SD = 2.57$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.43) มีคะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย (0-3 คะแนน) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำแนกตามระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ($n = 101$)

คะแนนความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	ระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
0-3 คะแนน	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย	58	57.43
4-11 คะแนน	เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	43	42.57

($Min = 0$ คะแนน, $Max = 11$ คะแนน, $M = 3.99$ คะแนน, $SD = 2.57$)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานในระดับต่ำ ($r_s = 0.28$, $p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 62.38) ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมานาน กล่าวคือโดยเฉลี่ย 9.53 ปี ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยนานกว่า จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในระยะแรก เนื่องจากระยะเวลาเจ็บป่วยที่นานขึ้น มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ท้อแท้สิ้นหวัง ทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2562) และการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า อาจอธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่าที่ควร มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ระหว่าง 6.5-7.9 mg% (ร้อยละ 42.57) และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเริ่มพบภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เช่น ประสาทส่วนปลายเสื่อม จอประสาทตาเสื่อมและภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน (ร้อยละ 33.66) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า (Ravona-Springer et al., 2017) เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักประสบกับการดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ (กัตติกา ธนะขว้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์, และรวมพร คงกำเนต, 2558) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานมักพบภาวะซึมเศร้าได้บ่อย เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับความสูญเสียของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้

ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมไปเป็นผู้ป่วย ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (มณีรัตน์ เอี่ยมอนันต์, 2562)

2. ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย (ร้อยละ 57.43) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 63.37) ทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่ากลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนกลางหรือกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนปลาย จึงส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีโอกาสที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มได้น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยอื่น ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม 1.75 เท่าและผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม 3.41 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช, และปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์, 2563) นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มน้อย อาจอธิบายได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีเท่าที่ควร มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ระหว่าง 6.5-7.9 mg% (ร้อยละ 42.57) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.00) ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่อาจเป็นสาเหตุทำให้การพลัดตกหกล้ม ภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อมที่ทำให้การรับรู้ความรู้สึกที่อวัยวะส่วนปลายและความสามารถในการทรงตัวลดลง (กรรณิกา เจริญฤทธิ์ และคณะ, 2562) จึงลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้มลง ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่เคย

พลัดตกหกล้มมาก่อนใน 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 72.00) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องกังวลหรือกลัวที่จะพลัดตกหกล้ม จึงมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างอิสระและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและมีความวิตกกังวลว่าจะพลัดตกหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการพลัดตกหกล้ม (สุทธิดา พงษ์พันธุ์งาม และอัมมิษา นาไวย์, 2563) และผู้สูงอายุที่มีความกลัวการพลัดตกหกล้มหรือมีประวัติพลัดตกหกล้มมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น (วะนิดา น้อยมนตรี, 2561)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.28, p < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก ที่กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม (WHO, 2007) โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่พบในการศึกษาครั้งนี้ อาจเกิดเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ระหว่าง 6.5-7.9 mg% (ร้อยละ 42.57) ซึ่งการที่ค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ง่ายและต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเนื่องจากโรคเบาหวาน โดยการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร การทำกิจกรรม วิธีการรักษา โดยการรับประทานยาและ/หรือการฉีดยาลดระดับน้ำตาลในเลือดทุกวัน ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่ซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น อาจก่อให้เกิดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุตามมาได้ สอดคล้องกับ

ผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 5.37 เท่าของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี (จิตรา อารัมชัยชนะ, วงศา เล้าหศิริวงศ์, และวิไลพร ถิ่นคำรพ, 2561) และนอกจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เพิ่มสูงจะทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นแล้วระดับน้ำตาลสะสมในเลือดที่เพิ่มสูงยังจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้เนื่องจากระดับน้ำตาลที่เพิ่มสูงจะทำให้เกิดความเสื่อมของจอประสาทตาทำให้การมองเห็นลดลง (Gupta et al., 2017) และเกิดภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อม ส่งผลให้การรับรู้ความรู้สึกที่อวัยวะส่วนปลายลดลง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะรู้สึกไม่มั่นคงในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการทรงตัวลดลง เพิ่มความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม (กรรณิกา เจริญฤทธิ์ และคณะ, 2562)

ทั้งนี้การที่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในการศึกษาครั้งนี้ ยังอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.29) ซึ่งมักมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศหญิงมักมีภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศหญิงมักมีความกลัวต่อการพลัดตกหกล้มและสัมพันธ์กับการมีร่างกายที่อ่อนแอเปราะบางกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศชาย (Moreira et al., 2016) ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีลักษณะการเดินที่ไม่สม่ำเสมอ มีความกว้างของก้าว (Step width) ระยะความยาวระหว่างเท้าซ้ายและเท้าขวา (Step length) ความยาวของรอบการเดิน (Stride length) เวลาที่ใช้ในการก้าวเดิน (Step time) ระยะเวลาที่เหยียบพื้น (Stance time) ความเร็วของรอบการเดิน (Stride velocity) และช่วงเวลาที่มีการลงน้ำหนักที่ขาข้างเดียว (Single support time) ขณะทำกิจกรรมหลายอย่างไปพร้อม ๆ กัน

ในเวลาเดียวกันมากกว่าเพศชาย จึงทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายกว่าเพศชาย (Johansson, Nordström, & Nordström, 2016) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความเป็นเพศหญิงอาจเกี่ยวข้องทำให้ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการศึกษาค้างนี้ นอกจากนี้การที่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการศึกษาค้างนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานยาต้านเศร้า ซึ่งผลจากการรับประทานยาต้านเศร้าจะส่งผลทำให้เกิดประสาทส่วนกลางทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้เช่นกัน ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงที่จะปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีพฤติกรรมแยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เคลื่อนไหวร่างกายลดลง ไม่ออกกำลังกายกล้ามเนื้อและสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Gale, Westbury, Cooper, & Dennison, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Moreira พบว่าภาวะซึมเศร้าทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง (Moreira et al., 2016) ซึ่งความสามารถในการทรงตัวที่ลดลง จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน (เบญญาภา ศรีปัญญา, บุญทริก อูบล, ศิริลักษณ์ จันดาแสง, สุภารัตน์ ธรรมรังสี, และฉัตรชัย พิระวัณกุล, 2563)

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในผลการศึกษาค้างนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นและส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรสคู่ วัยผู้สูงอายุตอนต้นทำให้กลุ่มตัวอย่างยังมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี และการมีคู่สมรสทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางด้านจิตใจ มีคนคอยให้คำปรึกษา จึงทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในผลการศึกษาค้างนี้พบในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานทุกคนควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยพยาบาลที่อยู่ประจำคลินิกโรคเบาหวานสามารถทำการประเมินและคัดกรองเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ด้านการศึกษา ควรนำข้อมูลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการเรียนการสอนให้นักศึกษาพยาบาลได้ทราบถึงการประเมินภาวะซึมเศร้า การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงทางด้านร่างกายและปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแล้ว ควรมีการประเมินภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อให้เกิดการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระยะเวลาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และความกลัวต่อการพลัดตกหกล้ม ที่อาจสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย

และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกท่านที่กรุณาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กัตติกา ชนะข้าง, วันทนา ถิ่นกาญจน์, และรวมพร คงกำเนิด. (2558). *การวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานในประเทศไทย* [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กรรณิกา เจริญฤทธิ์, สุดาทิพ ศิริชนะ, และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลายบริเวณเท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการทรงตัวและความเสี่ยงในการหกล้ม. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์เขตร้อน*, 2(3), 45-55.

จิตรา อารังชัยชนะ, วงศา เล้าหศิริวงศ์, และ วิไลพร ถิ่นคำพร. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตจังหวัดขอนแก่น. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(3), 613-631.

ดาราวรรณ รongเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์, จีราพร ทองดี และ จิตติยา สมบัติบุรณ์. (2559). อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 123-138.

เบญญาภา ศรีปัญญา, บุญทริก อุบล, ศิริลักษณ์ จันดาแสง, สุภารัตน์ ธรรมรังสี และ ฉัตรชัย พิระวัฒน์กุล. (2563). ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมและไม่มีภาวะปลายประสาทเสื่อม. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 27(3), 15-26.

นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลดา จินขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลาภลั่น, จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, เพ็ญจมาศ คำชนะ, ..., ธาณี กล่อมใจ. (2560). ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 2492-2506.

นิพา ศรีช้าง และลลิตรา กำวี. (2562). *รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/violence/การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ%20ปี%202560-2564.pdf>

พูนศรี รังษิณี และพงศธร พหลภาคย์. (2561). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. ใน ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์(บ.ก.), *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

เพ็ญพักตร์ หนูผุด, ดุสิต พรหมอ่อน, สมเกียรติยศ วรเดช, และบุญญพัฒน์ ไชยมะลิ. (2563). ความชุกของภาวะเสี่ยงล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเสี่ยงล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ*, 21(1), 125-137.

เพ็ญรุ่ง วรณดี, จิรพรรณ โพธิ์ทอง, และอุมาร ใจยังยืน. (2563). การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 126-41.

- มนิรัตน์ เอี่ยมอนันต์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาล*, 68(1), 58-65.
- ลัดดา เถียมวงศ์, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และจักษณา ปัญญาชีวิน. (2547). การทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงของการเกิดหกล้ม(Thai FRAT)ของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพญามาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 5(2), 14-24.
- วนิดา น้อยมนตรี. (2561). ความกลัวการหกล้ม: กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและบทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(3), 92-101.
- สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และอัมมิษา นาไวย์. (2563). การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(1), 22-38.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8317>
- Andrade, D. M. B., Rocha, R. M., & Ribeiro, Í. J. S. (2022). Depressive symptoms among older adults with diabetes mellitus: a cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 141(4), <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0771.R5.09082022>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149-1160.
- Gale, C. R., Westbury, L. D., Cooper, C., & Dennison, E. M. (2018). Risk factors for incident falls in older men and women: the English longitudinal study of ageing. *BMC geriatrics*, 18(1), 1-9.
- Gupta, P., Aravindhan, A., Gand, A. T. L., Man, R. E. K., Fenwick, E. K., Mitchell, P., ... , Lamoureux, E. L. (2017). Association between the Severity of Diabetic Retinopathy and Falls in an Asian Population with Diabetes: The Singapore Epidemiology of Eye Diseases Study. *JAMA Ophthalmol*, 135(12), 1410-6.
- Johansson, J., Nordström, A., & Nordström, P. (2016). Greater fall risk in elderly women than in men is associated with increased gait variability during multi-tasking. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 535-540.
- Mordarska, K., & Godziejewska-Zawada, M. (2017). Diabetes in the elderly. *Menopause Review/Przegląd Menopauzalny*, 16(2), 38-43.
- Moreira, B. D. S., Dos Anjos, D. M. D. C., Pereira, D. S., Sampaio, R. F., Pereira, L. S. M., Dias, R. C., & Kirkwood, R. N. (2016). The geriatric depression scale and the timed up and go test predict fear of falling in community-dwelling elderly women with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 16(1), 1-10.

- Thiamwong, L., Thamarpirat, J., 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.
- Ravona-Springer, R., Heymann, A., Schmeidler, J., Moshier, E., Guerrero-Berroa E., Soleimani L., ... , Beerli, M. S. (2017). Hemoglobin A1c Variability Predicts Symptoms of Depression in Elderly Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 40(9), 1187-1193.
- Wongpakaran, N. & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization. (2007). *WHO Global report on falls Prevention in older Age*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/en/>.
- Yang, Y., Hu, X., Zhang, Q., & Zou, R. (2016). Diabetes mellitus and risk of falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 45(6), 761-767.



การพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ณ.ไม่เฒ่า Diamond พื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
**The Innovative development of Platform Application for Caring
and Promoting Aging Health as “Diamond” in Phetchaburi and
Prachuap Khiri Khan Province**

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, ส.ด., Vanida Durongrittichai, Dr.P.H.^{1*}

กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, ประ.ด., Kitisak Rujiganjanarat, Ph.D.²

ณัฐกร นิลเนตร, ประ.ด., Natakorn Nilnate, Ph.D.³

รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน, วท.ม., Ratchadawan Jitpornkulwasin, M.Sc.⁴

สัณฐิตาพร กลิ่นทอง, วท.ม., Santhitaporn Klinthong, M.Sc.⁵

เบญจวรรณ ดุนขุนทด, ประ.ด., Benjawan Dunkuntod, Ph.D.²

พรรณี คอนจอหอ, ประ.ด., Pannee Konjohor, Ph.D.⁶

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

¹Assistant Professor, Ph.D., Community Health Nursing, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

²อาจารย์ ดร., สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

²Lecturer, Ph.D., Thai Traditional Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

³อาจารย์ ดร., สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³Lecturer, Ph.D., Public Health Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

⁴อาจารย์, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁴Lecturer, Public Health Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

⁵อาจารย์, สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁵Lecturer, Thai Traditional Department, Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

⁶ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

⁶Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Information Technology, Phetchaburi Rajabhat University

*Corresponding Author Email: vanida.dur@mail.pbru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลสนับสนุนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ ตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 384 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแนวคำถามสนทนาเชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม เครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมซอฟต์แวร์และแบบสอบถาม ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลปริมาณวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบวิลคอกซ์

ผลพบว่าแพลตฟอร์มดิจิทัลมีระบบการใช้งาน 11 ระบบ คือ 1) ระบบลงทะเบียน 2) ระบบการเข้าสู่ระบบเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน 3) ระบบจัดการผู้ใช้งาน 4) ระบบลงทะเบียนประชากร 5) ระบบกิจกรรมเฉพาะของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 6) ระบบเก็บรวบรวมข้อมูล 7) ระบบส่งออกการรายงานข้อมูล 8) ระบบหน้ากระดานที่ใช้สรุปข้อมูล 9) ระบบรายงานทางสถิติ 10) ระบบรายงานผลการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ 11) การเข้าสู่เว็บไซต์หลังทดลองใช้งานพบว่าค่าเฉลี่ยความคิดเห็นสูงขึ้นในด้านความสามารถทำงานตามหน้าที่ ($\bar{X} = 4.39$, SD .47) ความง่ายต่อการใช้งาน ($\bar{X} = 4.72$, SD .45) ประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 4.54$, SD .41) และการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ($\bar{X} = 4.28$, SD .43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เสนอแนะให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลระหว่าง อสม. บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารระบบ บรรจุการใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นเงื่อนไขการปฏิบัติงานของ อสม. ศึกษาระยะยาวติดตามผลการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัล วิจัยและพัฒนาสมรรถนะ อสม. ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับจังหวัดและจังหวัดเครือข่าย

คำสำคัญ: แพลตฟอร์มดิจิทัล ผู้สูงอายุ นวัตกรรม การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This research and development aim to create an innovative digital platform for elderly care in Phetchaburi and Prachuap Khiri Khan provinces. The sample is 384 health volunteers. The research tools were in-depth or focus group questions, computers, software programs, and questionnaires. Quality data is analyzed by content analysis. Quantitative data is performed by mean, standard deviation, and Wilcoxon Signed-Rank Test.

The research results show that operational system of digital platforms consist of consists of 11 systems: 1) Registration system 2) Website or application login system 3) User management system 4) Population registration system 5) Specific activity system of 6) Data Collection System 7) Data Reporting Output System 8) Data Summarization System 9) Statistical Reporting System 10) Personal Data Recording Reporting System and 11) Access to the website. After using the digital platform, it was found that the average satisfaction was higher than before use in terms of workability ($\bar{X} = 4.39$, SD .47), ease of use ($\bar{X} = 4.72$, SD .45) efficiency ($\bar{X} = 4.54$, SD .41) and data security ($\bar{X} = 4.28$, SD .43) with statistical significance.

The research recommendation is the experience sharing how to use digital platforms among health volunteers, health personnel, and system administrators should be performed. The use of digital platforms as the conditions for the work of health volunteers and elderly caregivers should be managed. Long-term follow-up study on the use of digital platforms should be done. Research and development of the capacity of health volunteers and develop a provincial and network-provincial elderly database should be employed.

Keywords: digital platform, elderly, innovation, health care and promotion

บทนำ

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุแห่งชาติ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) มีวัตถุประสงค์ส่งเสริมการดำเนินการกิจด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ไม่ว่าจะเป็นการแพทย์ทางไกลที่ตอบโต้กันได้แบบทันทีสถานการณ์หรือระบบการแจ้งเตือนจากบ้านไปโรงพยาบาล ซึ่งบุคลากรสุขภาพสามารถประเมินความเจ็บป่วยในแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนและเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลสุขภาพได้ทันทีสอดคล้องกับระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นการจัดบริการสาธารณสุขและสังคมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้การสนับสนุนของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ทั้งนี้การออกแบบระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นต้องมีข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันและใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างหน่วยงานเพื่อให้บริการสุขภาพแต่ละระดับมีความต่อเนื่องและถูกต้อง (ยุทธพล เดชรัตน์ชาติ และ ยิ่งศักดิ์ คชโคตร, 2565)

สังคมสูงอายุในยุคหลังโควิดระบอบเป็นการดำเนินชีวิตแบบปกติดีไปทั้งด้านการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพ การทำงานและขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมส่งผลให้ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น ช่วงเวลาของวัยสูงอายุกลายเป็นความยืนยาวในเชิงคุณภาพที่ต้องเท่าทันการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ

การสูญเสียบทบาทหรือสถานภาพทางสังคมและการโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนปลายโดยมีอัตราอุบัติการณ์และความชุกสูงขึ้น อีกทั้งยังพบปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการพึ่งพาตนเองเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงสูงขึ้น สถานการณ์เช่นนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องพัฒนาทักษะชีวิตที่จำเป็นให้พร้อมรับกับอนาคตที่เน้นประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เกิดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี (ปริญญารณ ณะบุญปวง, 2565)

ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยนำแพลตฟอร์มดิจิทัลมาใช้เพื่อสร้างความตระหนักต่อสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น อาทิ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและธนาคารกรุงไทยพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมสูงวัยผ่านร่างนโยบายสุขภาพและนวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสุขภาพ สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ (องค์การมหาชน) สนับสนุนการพัฒนาแพลตฟอร์มด้านดิจิทัลเฮลท์ผ่านระบบฮอสต์เอกซ์พี (Host XP) กรมการแพทย์ร่วมมือกับกรมกิจการผู้สูงอายุและสำนักงานส่งเสริมเศรษฐกิจดิจิทัลสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลกลางด้านสุขภาพและการแพทย์ (วิรุฬห์ ศรีบริรักษ์, 2566) แต่การวิจัยประเด็นนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีไม่มาก เช่น การพัฒนาสารสนเทศด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

พบว่าสารสนเทศจำเป็นที่เหมาะสมประกอบด้วยประเภทบริการสุขภาพ ข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลและการเข้าถึงข้อมูลของระบบบริการสุขภาพ

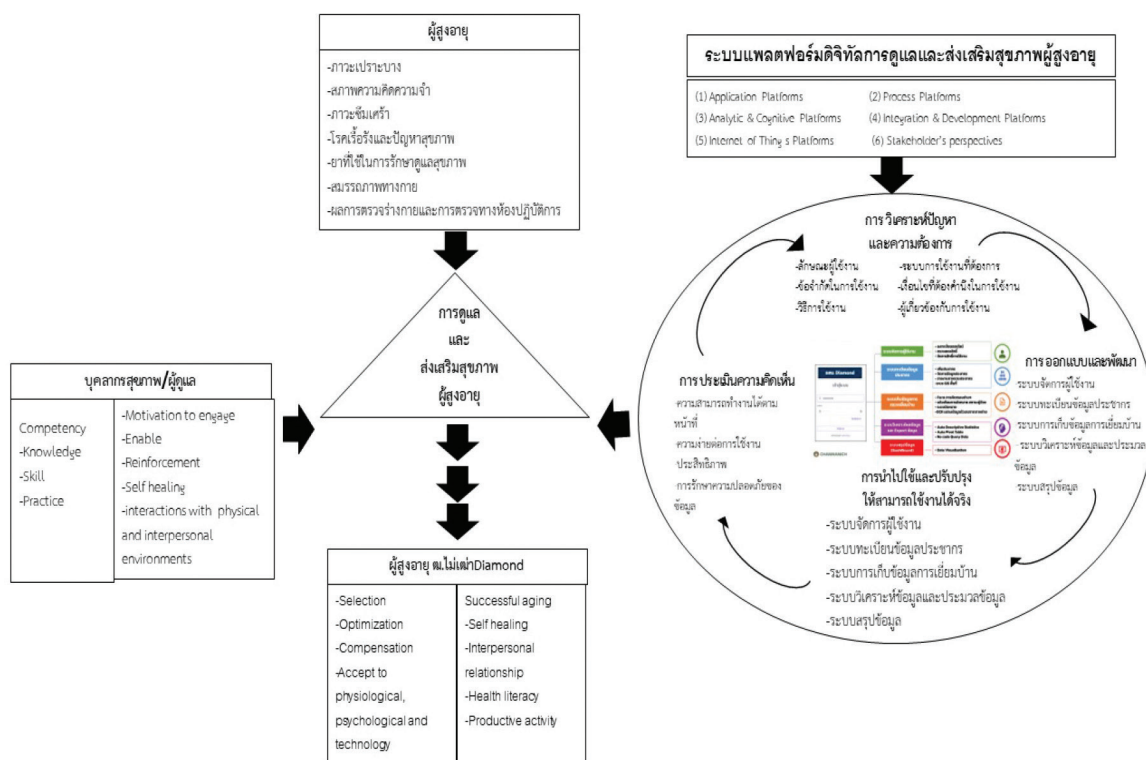
ข้อมูลผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบุรีพบว่าในปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ 93,374 คน (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2563) จังหวัดประจวบคีรีขันธ์มีผู้สูงอายุพึงพิงในปี 2564 ร้อยละ 85.7 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 42.7 (ข้อมูลโปรแกรม Long Term Care ปี 2564) ผู้สูงอายุกลุ่มพึงพิงร้อยละ 3.0 (ข้อมูล HDC ณ 1 มิ.ย. 2564) (บทสรุปสำหรับผู้บริหารปีงบประมาณ 2564 รอบ 2 เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์, 2564) งานวิจัยพบว่าปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงวัย ได้แก่ การรับรู้ ความรู้ ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ (พญา สือยรรยงศิริ, 2562) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 2 จังหวัดเห็นความสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่าหรือเรียกว่าเป็น **ฒ.ไม่เฒ่า Diamond** อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยและพัฒนาในประเด็นนี้จึงเป็นการเท่าทันโลกอินเทอร์เน็ตที่ถือเป็นนวัตกรรมสนับสนุนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับโดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นบุคคลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ การออกแบบ การพัฒนา การทดลองใช้และการประเมินผล (Almelhi, 2021) สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลที่ประสงค์ให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลไปใช้ป้องกันควบคุมปัจจัยเสี่ยงของตนเองจากบริการสุขภาพดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง เท่าเทียมและทั่วถึงและมีการบูรณาการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างไร้รอยต่อในเชิงระบบนิเวศทางสุขภาพ (Health Eco-System) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
2. เพื่อสร้างแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ **ฒ.ไม่เฒ่า Diamond**
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ **ฒ.ไม่เฒ่า Diamond**

กรอบแนวคิดวิจัย

แพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพัฒนามาบนแนวคิดโมเดล ADDIE (Almelhi, 2021) ที่สร้างการเชื่อมต่อของสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อช่วยสื่อสารข้อมูลและออกแบบที่ยึดมนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Human-Centered Design) โดยนำความรู้ภาควิชาการไปสู่การย่อส่วนเพื่อให้ปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ (อัฐภูมิ จ่างวิทยา, 2561) ตั้งแต่ 1) การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่สำคัญของผู้สูงอายุร่วมกับบทบาทของ อสม. ที่ต้องอาศัยความรู้ทักษะและการปฏิบัติงานทำให้ผู้สูงอายุบรรลุเป้าหมายการเป็น “**ฒ.ไม่เฒ่า Diamond**” ที่สามารถเลือก สมดุล ชดเชยและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจและเทคโนโลยี 2) การออกแบบและพัฒนาระบบจัดการผู้ใช้งาน ระบบทะเบียนข้อมูลประชากร ระบบเก็บข้อมูลเยี่ยมบ้าน ระบบวิเคราะห์ ประมวลและสรุปข้อมูล 3) การนำไปใช้และปรับปรุงให้สามารถใช้งานได้จริงและ 4) การประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพของแพลตฟอร์มดิจิทัล (ดังภาพที่ 1)



วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ผู้สูงอายุใน 6 ตำบล เกณฑ์คัดเลือก คือ อาศัยต่อเนื่องในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน กำหนดขนาดตัวอย่าง (Yamane, 1973) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า โดยให้สัดส่วนองค์ประกอบกลุ่มผู้สูงอายุในแต่ละตำบลใกล้เคียงกัน (คณะกรรมการจัดการความรู้โครงการปรัชญาดุสิตบัณฑิตทางสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย, 2562) จังหวัดละ 300 คนและ 2) อสม. ที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างของทั้ง 2 จังหวัด เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปีและมีพื้นฐานเทคโนโลยีสารสนเทศเบื้องต้น เช่น สามารถคำนวณค่าดัชนีมวลกายผ่านแอปพลิเคชัน สามารถใช้คำเพื่อสืบค้นความรู้สุขภาพจากแหล่งให้ความรู้สุขภาพทางการ เป็นต้น

3. ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อกออกแบบระบบและสถาปัตยกรรมของระบบโดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ ประกอบด้วยการทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน การค้นหาความต้องการที่ชัดเจน การกำหนดกรอบการพัฒนาต้นแบบ การสร้างต้นแบบและการทดสอบต้นแบบ

ระยะที่ 2 ออกแบบสถาปัตยกรรมระบบ (System Architecture) พร้อมทั้งจัดทำมาตรฐานความปลอดภัยและปฏิบัติตาม พรบ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act: PDPA) จัดเตรียมระบบคลาวด์ประกอบด้วยระบบเครือข่าย ฐานข้อมูล เครื่องแม่ข่ายและระบบความปลอดภัย

ระยะที่ 3 พัฒนาเวปแอปพลิเคชันประกอบด้วย 1) โมดูลการจัดการผู้ใช้งานที่มีระบบจัดการสิทธิ

ผู้ใช้งานและลงทะเบียนผ่านออนไลน์ 2) โมดูลทะเบียนข้อมูลประชากรที่บันทึกบนเทคนิคระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ 3) โมดูลเก็บข้อมูลการติดตามดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพที่ต้องประเมิน ยาที่ได้รับ ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้คำแนะนำ 4) โมดูลระบบวิเคราะห์ แสดงผลและดึงข้อมูลออกมาจากฐานข้อมูล

ระยะที่ 4อบรมการใช้งาน สนับสนุนช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาการใช้งานและปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่พบจากการใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัล

ระยะที่ 5 ประเมินความคิดเห็นต่อแพลตฟอร์มดิจิทัลเกี่ยวกับความสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ ความง่ายต่อการใช้งาน ประสิทธิภาพและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล

4. เครื่องมือวิจัย เครื่องมือศึกษาความต้องการและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแพลตฟอร์มดิจิทัลจากผู้เกี่ยวข้องเป็นแนวสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มจำนวน 10 ข้อ เครื่องมือประเมินความคิดเห็นต่อแพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นแบบสอบถามแบบประเมินค่า (1-5 คะแนน) จำนวน 27 ข้อ ในมิติความสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ ความง่ายต่อการใช้งาน ประสิทธิภาพและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาของแนวสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่ม 1.000 ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบสอบถามเท่ากับ .988

5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี โครงการวิจัยเลขที่ ECPB_R9/2566 เลขที่ใบรับรอง 23/2566

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัด ผู้วิจัยนัดวันเวลากับ อสม. เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกหรือสนทนากลุ่มในการประชุมเชิงปฏิบัติ

การโดยส่งแนวคำถามให้ล่วงหน้าพร้อมขออนุญาตบันทึกภาพและเสียงทุกครั้ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลระยะเวลาห่างกัน 6 เดือน

7. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหาเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพเพื่อนำมากำหนดจุดประสงค์และขอบเขตของแพลตฟอร์มดิจิทัลร่วมกันระหว่างผู้พัฒนาและผู้ใช้งาน ข้อมูลปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบความคิดเห็นของ อสม. ในหัวข้อความสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ ความง่ายต่อการใช้งาน ประสิทธิภาพและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลก่อนหลังต่อประสิทธิภาพของแพลตฟอร์มดิจิทัล

ผลการวิจัย

1. ความต้องการและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลปรากฏ ดังนี้

1.1 แพลตฟอร์มดิจิทัลที่ต้องการของ อสม. และบุคลากรสุขภาพต้องลดปัญหาการดูแลผู้สูงอายุเดิมจากการใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (SMART อสม.) ซึ่ง อสม. ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ในครั้งเดียวและไม่มั่นใจการคงอยู่ของข้อมูลหากบันทึกในครั้งเดียวไม่แล้วเสร็จ การนำข้อมูลที่เขียนบันทึกด้วยลายมือมานำเข้าในแอปพลิเคชันผิดพลาดบ่อยครั้ง ข้อมูลที่บันทึกในกระดาษสูญหายและเสียหายได้ง่าย การนำเข้าข้อมูลจากกระดาษจนประมวลผลใช้เวลานานทำให้เบื่อหน่าย เป็นภาระและไม่สามารถส่งผลบันทึกให้บุคลากรสุขภาพตรวจสอบตามเวลาที่กำหนด การบันทึกด้วยกระดาษพบปัญหาความปลอดภัยของข้อมูล ขาดการนำข้อมูลที่บันทึกหรือคำแนะนำในแอปพลิเคชันไป

ใช้จริง บุคลากรสุขภาพยังไม่สามารถกำกับความถูกต้องและครบถ้วนการบันทึกข้อมูลของ อสม. ได้ส่งผลต่อการนำข้อมูลมาดำเนินโครงการ/กิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2 แพลตฟอร์มดิจิทัลที่ต้องการต้องเป็นระบบที่ใช้งานง่ายบนเครื่องมือสื่อสารที่ อสม. ใช้งานอยู่จริงในปัจจุบัน การลงระบบต้องไม่ซับซ้อน ข้อมูลที่บันทึกจำนวนไม่มากและไม่ทับซ้อนกับแอปพลิเคชันที่ใช้งานอยู่เดิม ข้อมูลที่บันทึกไม่ควรเพิ่มงานการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุในกระดาษ สามารถประมวลภาวะหรือคะแนนสุขภาพของผู้สูงอายุและมีคำแนะนำเฉพาะที่สำคัญตามผลประมวลเพื่อสะดวกในการปฏิบัติงาน สามารถเชื่อมโยงไปแหล่งข้อมูลสุขภาพออนไลน์อื่นที่น่าเชื่อถือ แสดงตำแหน่งบ้านและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำไปคำนวณอัตราทางระบาดวิทยาได้อย่างถูกต้องและเป็นฐานข้อมูลสำหรับนำไปวางแผนดำเนินโครงการอื่นหรือต่อยอดโครงการเดิมอย่างเป็นระบบ

2 แพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ.ไม่เฒ่า Diamond นำความต้องการจากข้อ 1 มาวิเคราะห์และออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ให้ครอบคลุมระบบบริหารจัดการผู้ใช้งาน ระบบบริหารจัดการข้อมูลประชากร ระบบเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ ระบบดึงข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ ระบบรายงานข้อมูล ระบบแสดงผลและระบบพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุโดยสถาบันหรือหน่วยงานจัดการศึกษาเป็นผู้ใช้งานระบบและประมวลผลข้อมูล บุคลากรสุขภาพเป็น ผู้ดูแลข้อมูลในพื้นที่และ อสม. เป็นผู้บันทึกข้อมูลและใช้ข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดกระบวนการทำงานตามระดับการใช้งานให้เกิดความสะดวกต่อการใช้งานและสอดคล้องกับเครื่องมือสื่อสารของ อสม. เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลและง่ายต่อการประมวลผลเพื่อตอบรับกับการวางแผนให้คำแนะนำทางสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว ฐานข้อมูลมีความปลอดภัยและรองรับการเก็บข้อมูลได้

ไม่ต่ำกว่า 10,000 Transactions ต่อเดือน กระบวนการพัฒนาดังนี้

2.1 กำหนดระบบย่อยของแพลตฟอร์มดิจิทัลจำนวน 8 ระบบ คือ 1) ระบบการจัดการผู้ใช้งานรองรับการทำงานในการเพิ่มลดผู้ใช้งานและกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งาน 2) ระบบบริหารจัดการข้อมูลประชากร รองรับการทำงานในการเพิ่มลดผู้สูงอายุแยกตามพื้นที่ 3) ระบบ Elderly Data Collection: รองรับการทำงานในการสร้างโครงการและเก็บข้อมูล 4) ระบบดึงข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ รองรับการทำงานในการดึงข้อมูลรายงานในรูปแบบตารางแสดงผล 5) ระบบหน้ากระดานที่ใช้สรุปข้อมูล รองรับการทำงานในการดึงข้อมูลรายงานแสดงผลในรูปแบบแผนภูมิ 6) ระบบข้อมูลสุขภาพและระบาดวิทยา รองรับการทำงานในการคำนวณค่าสถิติทดสอบ 7) ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพ รองรับการทำงานในการแสดงผลข้อมูลการคัดกรองส่วนบุคคลและ 8) ระบบข้อมูลเว็บไซต์ รองรับการทำงานในส่วนข้อมูลทั่วไป

2.2 กำหนดผู้ใช้งาน (User) แบ่งเป็น 5 กลุ่มหลัก คือ 1) Admin เป็นผู้ใช้งานระดับสูงที่เข้าถึงข้อมูลได้ทั้งหมด 2) เจ้าหน้าที่ รพสต. เป็นผู้ใช้งานระดับสูงเช่นกัน แต่สามารถเข้าถึงข้อมูลเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบ 3) เจ้าหน้าที่ อสม. เป็นผู้ใช้งานระดับปฏิบัติการสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จำกัด 4) ผู้สูงอายุเป็นผู้ใช้งานระดับต่ำเข้าถึงเฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองและ 5) ผู้เยี่ยมชมทั่วไป เข้าถึงได้เพียงระบบข้อมูลเว็บไซต์ (Web Information)

2.3 กำหนดโมดูลของเว็บแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย 1) โมดูลการจัดการผู้ใช้งานที่มีระบบการจัดการสิทธิ์ผู้ใช้งานและลงทะเบียนผ่านระบบออนไลน์ 2) โมดูลทะเบียนข้อมูลประชากรที่บันทึกข้อมูลบนเทคนิคระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ 3) โมดูลการเก็บข้อมูลการติดตามการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ตำแหน่งบ้าน

ภาวะเปราะบาง สภาพความคิดความจำ ภาวะซึมเศร้า โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพ ยาที่ได้รับ สมรรถภาพทางกาย ผลการตรวจร่างกาย ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและการให้คำแนะนำการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ โดยบันทึกและเก็บข้อมูลทั้งในรูปแบบข้อมูลที่มีโครงสร้างและข้อมูลที่ไม่มีโครงสร้าง

2.4 พัฒนาสถาปัตยกรรมของระบบเพื่อรองรับการทำงานโดยแบ่งระบบย่อยออกเป็น 8 ระบบย่อย แต่ละระบบมีการออกแบบ การไหลของข้อมูล โดยมีรูปแบบสถาปัตยกรรมการไหลของข้อมูลที่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังออกแบบสถาปัตยกรรมโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการทำงานของระบบที่ต้องทำงานบนเครือข่าย Cloud

2.5 ทดสอบการใช้งานของแพลตฟอร์มดิจิทัล ทั้งการทดสอบในเชิงเทคนิคและการทดสอบการใช้งานจริงสำหรับผู้ใช้งาน โดยกระบวนการทดสอบการยอมรับของผู้ใช้งานหรือ UAT นั้นทดสอบทั้งในส่วนของผู้ใช้งานในระดับ Admin และผู้ปฏิบัติการหรือ อสม. โดยความพึงพอใจดังกล่าวต้องผ่านเกณฑ์คะแนนเฉลี่ยที่ร้อยละ 70 ขึ้นไป ดังนี้

2.5.1 ทดสอบระบบทางเทคนิคหลังการออกแบบ User Interface โดยใช้ Computer Framework จำนวน 3 Framework ได้แก่ 1) React Framework ซึ่งทำงานภายใต้ภาษาคอมพิวเตอร์ JavaScript เพื่อประมวลผลกราฟฟิกและการทำระบบหน้าบ้าน (Font End) 2) C# .NET Farmwork ซึ่งทำงานภายใต้ภาษาคอมพิวเตอร์ C# เพื่อประมวลผลข้อมูล Database และ Algorithm เป็นการทำงานของระบบหลังบ้าน (Back End) และ 3) Fast API Framework ซึ่งทำงานภายใต้ภาษาคอมพิวเตอร์ Python เพื่อประมวลผล Algorithm ในเชิงวิทยาศาสตร์ ข้อมูลและพัฒนาเป็นส่วนต่อขยายของระบบ (API service) โดยการทำงานของ Computer Framework

ทั้งหมดสามารถทำงานผ่านเครือข่าย Internet ได้

2.5.2 ทดสอบระบบบน UAT environment โดยหลังจากที่ได้ทดสอบระบบพร้อมกับแก้ไขข้อผิดพลาดในวงพัฒนาแล้ว มีการ Set up Environment สำหรับวง UAT ขึ้นมา โดยมีลักษณะการทำงานที่คล้ายกับวงพัฒนา แต่เพิ่มศักยภาพของ Computer Server ขึ้นเพื่อรองรับการใช้งานของผู้ใช้งานที่จะทดสอบและใช้สำหรับการอบรมการใช้งานต่อไป โดยเมื่อปรับระบบเข้าไปอยู่ในวง UAT ทำให้ระบบมีความเสถียรมากยิ่งขึ้น และสามารถใช้งานได้ URL ใหม่

2.5.3 ทดสอบกับผู้ใช้งานจริงและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เช่น 1) ระบบไม่ควรซับซ้อนง่ายต่อการใช้งานจริง 2) สามารถปรับขนาดตัวอักษรและมีสีที่สบายตา 3) ปลอดภัยและสอดคล้องกับกฎหมายข้อมูล PDPA และ 4) สามารถวิเคราะห์ข้อมูลโดยไม่แสดงตัวตนของผู้สูงอายุ

2.6 แก้ไขความผิดพลาดของระบบ (Help Desk Support) โดยให้คำปรึกษาผู้ใช้งานระบบผ่านช่องทาง 2 ช่องทาง ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์สายด่วนและช่องทาง Line OA โดยให้คำปรึกษาตั้งแต่ระดับ Admin บุคลากรสุขภาพ อสม. จนถึงระดับผู้สูงอายุที่ต้องการเข้าไปดูผลการคัดกรองสุขภาพส่วนบุคคล

แพลตฟอร์มดิจิทัลมีผลการพัฒนาระบบการใช้งาน 11 ระบบประกอบด้วย 1) ระบบลงทะเบียน (Registration) 2) ระบบการเข้าสู่ระบบเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชัน (Login) 3) ระบบการจัดการผู้ใช้งาน 4) ระบบการลงทะเบียนประชากร (Population Registration) 5) ระบบกิจกรรมเฉพาะของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Created Event) 6) ระบบการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection) 7) ระบบหน้ากระดานที่ใช้สรุปข้อมูล (Dashboard หรือ Responsive area) 8) ระบบหน้ากระดานที่ใช้สรุปข้อมูล (Dashboard หรือ Responsive area) 9) ระบบการรายงานทางสถิติ

(Statistic Report) 10) ระบบการรายงานผลการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Record Report) และ 11) การเข้าสู่เว็บไซต์ (Visits Website)

3. ความคิดเห็นต่อแพลตฟอร์มดิจิทัลนวัตกรรม การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ.ไม่เผ่า Diamond พบว่า อสม. ตอบแบบสอบถามจำนวน 240 คน (คิด

เป็นร้อยละ 62.5 ของกลุ่มตัวอย่าง) โดยมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นต่อแพลตฟอร์มดิจิทัลหลังการใช้งานสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้งานในด้านความสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ ความง่ายต่อการใช้งาน ประสิทธิภาพและการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล นวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ.ไม่เผ่า Diamond ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 240 คน)

ความคิดเห็น	ก่อน		หลัง		Sig.
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	
ความสามารถทำงานได้ตามหน้าที่ (Function)	2.32	.55	4.39	.47	.000
ความง่ายต่อการใช้งาน (Usability)	2.15	.65	4.72	.45	.000
ประสิทธิภาพ (Performance)	2.20	.77	4.54	.41	.000
การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (Security)	2.35	.66	4.28	.43	.000

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิจัยและพัฒนาแพลตฟอร์มดิจิทัล นวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผ.ไม่เผ่า Diamond พื้นที่จังหวัดเพชรบุรีและประจวบคีรีขันธ์ เป็นการออกแบบนวัตกรรมเทคโนโลยีสุขภาพอย่างเป็นขั้นตอนที่ผู้สูงอายุในระดับบุคคลสามารถตรวจสอบสุขภาพได้ด้วยตนเอง ระดับกลุ่มที่ อสม.หรือดูแลผู้สูงอายุใช้บันทึก ประมวล ให้คำแนะนำและเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้สูงอายุแบบเวลาจริง (Real time) และระดับชุมชนที่บุคลากรสุขภาพสามารถนำอุบัติการณ์หรือความชุกของปัญหาสุขภาพที่พบมาจัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรม กำหนดนโยบายหรือเสนอข้อมูลไปยังหน่วยงานสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนานโยบายในระดับต่าง ๆ ตลอดจนสามารถติดตามการปฏิบัติงานของ อสม.หรือ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งยังไม่ปรากฏงานวิจัยลักษณะนี้มาก่อนในบริบทสังคมไทย มีเพียงการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้ดูแลผู้พิการ (วรรณรัตน์ ลาวัณ, อรุณรัฐ สุขสวัสดิ์ชน, จักริน สุขสวัสดิ์ชน, และอนิชา ทศนาธนชัย, 2562) ขณะที่การวิจัยในต่างประเทศโดยมากเป็นการศึกษาการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศของผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ หรือพัฒนาระบบการสร้างเทคโนโลยีสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Beattie, et al., 2020)

2. แพลตฟอร์มดิจิทัลพัฒนานาบบการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาออกแบบระบบที่สมบูรณ์ตั้งแต่การลงทะเบียนประชากรจนกระทั่งการรายงานทางสถิติถือเป็นจุดเด่นของการนำนวัตกรรมทางเทคโนโลยีสารสนเทศมาสร้างความแตกต่างไปจากการปฏิบัติงานเดิมอย่างชัดเจนโดยเชื่อมโยงระหว่างความรู้ทางวิชาการ

ที่สำคัญและจำเป็นของการประเมินและดูแลผู้สูงอายุผู้
การทำงานที่สะดวกรวดเร็วไม่ซับซ้อนของผู้ปฏิบัติงาน
ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและข้อมูลเหล่านี้ถูกนำกลับมา
วิเคราะห์ทางระบาดวิทยาเพื่อวางแผนจัดทำแผนงาน
หรือโครงการในนโยบายระดับต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องที่
ทำให้ผู้ปฏิบัติงานระดับต่าง ๆ คัดกรอง ให้คำแนะนำ
ผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ประสานครอบครัวเพื่อให้การ
ดูแลผู้สูงอายุอย่างทันการ ผู้เกี่ยวข้องนำผลการวิเคราะห์
ข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจได้ทันทีในการจัดทำ
แผนงาน โครงการหรือกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม
ต่าง ๆ ในระดับหน่วยงานหรือเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน
ได้อย่างครอบคลุม โดยดำเนินการผ่านโปรแกรม
คอมพิวเตอร์หรือเครื่องมือสื่อสาร ทำให้สามารถส่ง
ข้อมูลและความรู้สุขภาพไปยังผู้สูงอายุได้สะดวก รวดเร็ว
และถูกต้อง ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็น
ประโยชน์ต่อการวินิจฉัย รักษาและป้องกันโรคโดยไม่มี
ข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ ลดความเหลื่อมล้ำใน
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้สูงอายุสอดคล้อง
กับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาดิจิทัลเพื่อระบบบริการ
สุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชนที่พัฒนาและ
บูรณาการแพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อให้ประชาชนสามารถใช้
บริการดิจิทัลอย่างเต็มรูปแบบ ยุทธศาสตร์การบริหารงาน
ภายในและภาคีเครือข่ายและส่งเสริมให้เกิดการทำงาน
ร่วมกันบนแพลตฟอร์มดิจิทัลกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
(กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานเลขาธิการกรม
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

3. แพลตฟอร์มดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบที่
สร้างขึ้นครบวงจรตั้งแต่การลงบันทึกจนถึงการนำข้อมูล
ไปใช้เพื่อตัดสินใจระดับนโยบาย เป็นระบบที่ใช้งาน
ได้จริงและเชื่อมโยงไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ได้ทุกระดับ ดังจะเห็นได้จากผลการประเมินที่มีนัยสำคัญ
ทุกด้านเรียงลำดับจากง่ายต่อการใช้งาน (ค่าเฉลี่ย
4.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .45) ประสิทธิภาพ (ค่าเฉลี่ย

4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .41) และความสามารถทำงาน
ได้ตามหน้าที่ (ค่าเฉลี่ย 4.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .47)
จึงเป็นแพลตฟอร์มที่ครอบคลุมมุมมองของผู้สูงอายุ
ผู้ให้บริการ ผู้จัดการสุขภาพ สถาปนิกสุขภาพ เทคนิค
และระดับองค์กรสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายในจังหวัด
ระหว่างจังหวัดและภูมิภาค (วรพจน์ องค์กรวิมลการ
และสุขสวัสดิ์ ญัณฐวุฒิสวัสดิ์, 2566) ซึ่งปิดช่องว่างการ
จัดเก็บข้อมูลในเอกสารแบบบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
รูปแบบเดิม เพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสุขภาพ
และผู้สูงอายุบนพื้นที่ออนไลน์ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและ
แหล่งบริการสุขภาพที่เชื่อถือได้ด้วยปลายนิ้ว บุคลากร
สุขภาพสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์
และนำไปสู่การจัดการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
เป็นการเพิ่มศักยภาพด้านการบริหารข้อมูลเพื่อการ
ตัดสินใจ ทำให้แพลตฟอร์มนี้สามารถสร้างมูลค่าทาง
เศรษฐศาสตร์สุขภาพจากการเก็บและประมวลผลข้อมูล
ของผู้สูงอายุได้ตามวัตถุประสงค์ (พิรงรอง รามสูต,
2565)

4. ในส่วนความพึงพอใจที่ได้คะแนนลำดับ
สุดท้าย คือ การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (ค่าเฉลี่ย
4.28 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .43) อาจเนื่องจาก
แพลตฟอร์มดิจิทัลมีการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ
ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งถือเป็นขั้นตอนปฏิบัติปกติ
ตามแนวทางเดิมของรูปแบบเอกสาร แต่ได้ปรับมา
เป็นการบันทึกผ่านระบบสารสนเทศ ซึ่งระบบนี้กำหนด
ให้มีมาตรการรักษาความปลอดภัยด้วยการพิสูจน์และ
ยืนยันตัวตนทางดิจิทัล รวมทั้งกำหนดสิทธิ์ผู้ใช้งานเฉพาะ
บุคลากรสุขภาพหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุอนุญาตให้เข้าถึง
ข้อมูลเท่านั้น อีกทั้งกำหนดระดับการเข้าถึงข้อมูลของ
ผู้ใช้งานแตกต่างกัน กล่าวคือ 1) Admin เป็นผู้ใช้งานระดับ
สูงที่เข้าถึงข้อมูลได้ทั้งหมด 2) เจ้าหน้าที่ รพสต. สามารถ
เข้าถึงข้อมูลเฉพาะในพื้นที่รับผิดชอบ 3) เจ้าหน้าที่
อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลได้จำกัด 4) ผู้สูงอายุเข้าถึง

เฉพาะข้อมูลส่วนบุคคลของตนเองและ 5) ผู้เข้าเยี่ยมชมทั่วไปเข้าถึงได้เพียงระบบข้อมูลเว็บไซต์เท่านั้น ซึ่งระดับของระบบการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลมีความซับซ้อนที่บุคลากรสุขภาพและ อสม. ซึ่งยังไม่คุ้นเคยกับแพลตฟอร์มดิจิทัลอาจยังไม่มี ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอในประเด็นนี้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติ

1.1 ฝึกปฏิบัติพร้อมการทำงานจริง (On the job training) แก่ อสม. และบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความชำนาญและขยายผลถ่ายทอดไปยัง อสม. อื่น ๆ ได้มากยิ่งขึ้น

1.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลระหว่าง อสม. บุคลากรสุขภาพและผู้บริหารระบบมาเสนอเพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานแบบวงจรคุณภาพบนแพลตฟอร์มดิจิทัลซึ่งช่วยให้เกิดการใช้ประโยชน์ต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มากที่สุด

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 บรรจุการใช้งานแพลตฟอร์มดิจิทัลเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการปฏิบัติงานของ อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดบันทึกข้อมูลในแพลตฟอร์มดิจิทัลนี้ให้สมบูรณ์เป็นลำดับแรก ส่วนเอกสารการบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุหรือแพลตฟอร์มดิจิทัลอื่นกำหนดให้บันทึกใน

ส่วนที่ไม่มีความซ้ำซ้อนกัน

2.2 กำหนดให้มีดัชนีสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากการวิเคราะห์ข้อมูลของแพลตฟอร์มดิจิทัลในแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อสร้างการใช้ประโยชน์ของข้อมูลที่ครบวงจรและเกิดผลเชิงนโยบายสุขภาพจากระดับพื้นที่สู่ระดับนโยบายที่สูงขึ้นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 การศึกษาระยะยาวติดตามผลการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลโดยเฉพาะในส่วนของการแปลผลภาวะสุขภาพ การให้คำแนะนำและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3.2 การศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแพลตฟอร์มดิจิทัลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น สมรรถภาพทางกาย ภาวะเปราะบาง ภาวะซึมเศร้า หรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ

3.3 การวิจัยและพัฒนาสมรรถนะ อสม. ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพเพื่อยกระดับความรู้ ทักษะ และความตระหนักในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3.4 การวิจัยและพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับจังหวัดและเครือข่ายจังหวัดบนคู่มือความร่วมมือทางวิชาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพ หน่วยงานวิชาการ และหน่วยงานภาคเอกชน

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>

กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพดิจิทัลของประเทศไทยระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570). สืบค้นจาก https://ict.moph.go.th/upload_file/files/185a8b3c164b5f4cd428_a2e78bd46a5d.pdf

- กลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานเลขาธิการกรม
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). แผน
ยุทธศาสตร์การพัฒนาดิจิทัล เพื่อระบบบริการ
สุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน ระยะ
5 ปี ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.
2564-2568. กรุงเทพฯ: สมาย แคช.
- คณะกรรมการจัดการความรู้โครงการปรัชญาคุณ
บัณฑิตทางสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.
(2562). คู่มือการจัดการความรู้ด้านการผลิต
บัณฑิตและด้านการวิจัย โครงการปรัชญาคุณ
บัณฑิตทางสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย ประจำปี
การศึกษา 2562. สืบค้นจาก <http://www.phd.ru.ac.th/images/document/KM2561.pdf>
- ปริญญาภรณ์ ธนะบุญปวง. (2565). การดูแลสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในยุคปกติถัดไป.
วารสารวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพ
ชีวิต, 2(1), 74-84.
- พญา สร้อยเรียงศิริ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
นำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับความคาดหวัง
ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมชมรมวัยสดใส
ตำบลหัวหินอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.
สืบค้นเมื่อจาก http://www.ba-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-2-1_1584416043.pdf
- พิรงรอง รามสูต. (2565). แพลตฟอร์มดิจิทัล. วารสาร
กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์, 1(2),
1-36.
- ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565).
รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรคน, 22(3),
63-80.
- วรพจน์ องค์กรวิมลการ และสุขสวัสดิ์ ญัณฐวุฒิสัทธี.
(2566). การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ
องค์กรด้วยดิจิทัลแพลตฟอร์มกรณีศึกษาธุรกิจ
ฟาร์มเกษตรอัจฉริยะ. วารสารวิชาการชาชนไทย
มรรคา, 2(2), 1-6
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, อรุณัฐ สุขสวัสดิ์ชน, จักริน สุขสวัสดิ์ชน,
และอนิชา ทิศนาชนนชัย. (2562). การพัฒนา
แอปพลิเคชัน ‘สมาร์ตการดูแล’ เพื่อสนับสนุน
ผู้ดูแลคนพิการทางการเคลื่อนไหว (รายงานการ
วิจัย). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิรุฬห์ ศรีบริรักษ์. (2566). ฝันให้ไกล แล้วไปให้ถึง
‘กิน-อยู่-ดี แพลตฟอร์ม’ ต้นแบบแบรนด์ธุรกิจ
นวัตกรรมไทย คิดค้นโดยคนไทย 100%. สืบค้น
จาก <https://www.salika.co/2022/08/29/kinyoodee-platform-thailand-health-innovation-business-model/>
- อัฐวุฒิ จ่างวิทยา. (2561). วิวัฒนาการของการคิดเชิง
ออกแบบ: จากกลยุทธ์การแก้ปัญหาของภาค
ธุรกิจ สู่องค์ความรู้ในภาควิชาการและไปสู่การ
ย่อส่วนเพื่อนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่. วารสาร
สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ,
11(3), 1944-1957.

- Almelhi, A. M. (2021). Effectiveness of the ADDIE Model within an E-Learning Environment in Developing Creative Writing in EFL Students. *English Language Teaching*, 14(2), 20-36.
- Beattie, Z., Miller, L. M., Almirola, C., Au-Yeung, W. T. M., Bernard, H., Cosgrove, K. E., ... & Kaye, J. (2020). The collaborative aging research using technology initiative: An open, sharable, technology-agnostic platform for the research community. *Digital Biomarkers*, 4(1), 100-118.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.



ผลของการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อความเครียด ของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต

The Effects of Social Support Combined with Foot Reflexology on Stress of Postpartum Mothers with Newborns Hospitalized in Neonatal Intensive Care Unit

ปริยานาถ พีรยาวิชิต, พย.บ., Piriyanath Peerayawichit, B.N.S.¹

กชพร สิงห์หล้า, ประ.ด., Kochaporn Singhala, Ph.D.^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Student in Master of Nursing Science Program in Midwifery, Mahasarakham University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*Corresponding Author Email: kochaporn.s@msu.ac.th

Received: September 9, 2023

Revised: October 19, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า 2) เพื่อเปรียบเทียบความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลองหลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตและพักฟื้นในระยะหลังคลอด ณ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย จำนวน 36 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่กรกฎาคม 2566 ถึง สิงหาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แผนการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลังการทดลองมีค่าต่ำลง 2) เปรียบเทียบความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองทั้งความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

ไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง 5 นาที ทั้งความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ทั้งความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรทางสุขภาพสามารถประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นแนวทางในการลดความเครียดให้แก่มารดาหลังคลอดได้

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม การนวดกดจุดสะท้อนเท้า ความเครียด มารดาหลังคลอด

Abstracts

This quasi experimental two group pre-test and post-test design aimed to 1) compare the mean stress scores and physiological changes of postpartum mothers in the experimental group before and after social support combined with foot reflexology; and 2) to compare the mean stress scores and physiological changes of mothers after birth in the experimental group and the control group. The sample group consisted of 36 postpartum mothers whose children were admitted to the neonatal intensive care unit and recuperated during the postpartum period at Srisangworn Sukhothai Hospital, Sukhothai Province, divided into 18 experimental groups and 18 control groups. The study period is from July , 2023, to August, 2023. The instruments research includes social support plans with foot reflexology. The data were analyzed using descriptive statistics and the Mann-Whitney U test. The results found that 1) stress and physiological changes after the experiment was lower. 2) compare the mean stress scores and physiological changes of mothers after birth in the experimental group and the control group found that before the experiment, both stress and physiological changes were not different. After the 5-minute experiment, both stress and physiological changes in the group the experimental group was significantly lower than the control group. 24 hours after the experiment, both stress and physiological changes in the experimental group were significantly lower than those in the control group. Health personnel can apply social support in conjunction with foot reflexology. It is a guideline to reduce stress for mothers after giving birth.

Keywords: Social support, Foot reflexology, Stress, Postpartum Mothers

บทนำ

ลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลต่อสถานการณ์การตั้งครุฑและการคลอดที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนถึงการคลอดทารกที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหลังคลอดในทันทีจากสาเหตุต่าง ๆ (Clapp, James, Bates, & Kaimal, 2019) ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกเอง (Talisman, et al., 2023) ยังส่งผลกระทบต่อมารดา บิดา หรือครอบครัวของทารกในด้านภาระการดูแล ภาระค่าใช้จ่าย (เมธารี ปัญญานรกุล, 2560) จึงทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอดโดยที่มารดาไม่ได้เตรียมใจหรือคาดคิดมาก่อน มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นสิ่งกระตุ้นสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดในระดับสูงได้ (พรพรรณ ศรีโสภา และธนวรรณ อาษารัฐ, 2560) ซึ่งความเครียดของมารดาและภาวะสุขภาพของทารกจะส่งผลกระทบต่อกระบวนการปรับบทบาทการเป็นมารดาในช่วงระยะหลังคลอดอย่างมาก (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006) นอกจากนี้ความเครียดและความเหนื่อยล้าจากการคลอดยังเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการเป็นมารดา (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุภาพักตร์ หาญกล้า, 2564) และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอด (กรณิศร์ หนูนทรพิย์, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์, 2562)

วิธีการในการจัดการความเครียดมีหลากหลายวิธีจากการศึกษาพบว่าการใช้ศาสตร์การแพทย์โดยการนวดกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology) ส่งผลต่อการลดความเครียด ปวดศีรษะ หรือไมเกรน (กนกวรรณ ศรีสุภกรกุล และคณะ, 2560) การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับการลดความเครียดในมารดาหลังคลอดเพราะมารดาไม่ต้องฝึกฝน และใช้เวลาไม่นาน ในทางปฏิบัติ

การนวดกดจุดสะท้อนเท้าจะส่งผลในทันทีไปจนถึง 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของไฮโปทาลามัสและระบบลิมบิก ทำให้มารดารับรู้ได้ถึงความสงบ ผ่อนคลาย ลดความเครียด และวิตกกังวล (สรารุณี สีถาน, 2560; Fritz & Luke, 2020; Nehal, 2019) ทั้งนี้การนวดกดจุดสะท้อนเท้าเน้นการกดจุดที่สัมพันธ์กับการสะท้อนกลับบริเวณอวัยวะเป้าหมายส่งผลทำให้อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตที่สูงลดลงได้ (Satapathy et al., 2021; Vittner et al., 2018) และส่งผลต่อการลดการกระตุ้นอารมณ์ทางลบ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ เซฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) เป็นการสนับสนุนอย่างเฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล และด้านกายภาพ พยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีความสำคัญในการเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากได้ดูแลมารดาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด (ดารุณี จันฤไชย, กรียากร ธีระโต, และจันทร์เพ็ญ แพงดวงแก้ว, 2556)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในการจัดการความเครียดแก่มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ซึ่งอาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมได้ต่อไปในอนาคต

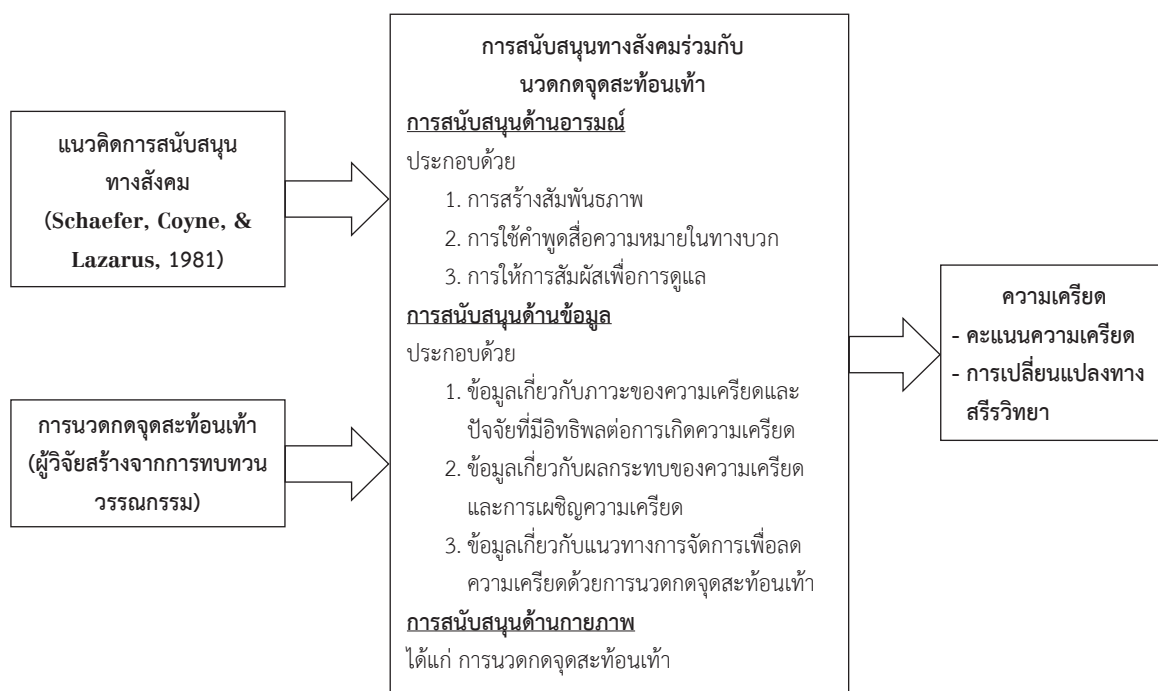
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนเท้าจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเครียดในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลการทดสอบก่อนและหลัง ของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนัดกอดจุดสะท้อนเท้า กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่เข้ารับ การพักฟื้นในระยะหลังคลอด ณ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตในระหว่าง 12-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ณ โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 18 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

2.2.1 คุณสมบัติของมารดา ได้แก่

1) ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 2) คลอดบุตรทางช่องคลอด 3) ปราศจากข้อห้ามในการนวดกดจุดสะท้อนเท้า 4) ความเครียดก่อนทดลองอยู่ในระดับปานกลาง โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 5) ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต 6) ไม่เคยมีบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตมาก่อน 7) ไม่อยู่ในภาวะที่ไม่ต้องการบุตร 8) มีระดับความรู้สึกรักตัวดีและยินดีให้ความร่วมมือ

2.2.2 คุณสมบัติของทารก คือ 1) ไม่มีความพิการแต่กำเนิด และ 2) ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม

3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณจากค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power อ้างอิงจากงานวิจัยของ ละอองดาว ชุ่มธิ (2554) ได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.74 กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.90 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 16 คน คำนวณเผื่อการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 36 คน

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรม โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม เมื่อวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2566 (เลขที่การรับรอง 239-253/2566) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยในช่วงระหว่าง 12-24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดแก่มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลอง เป็นรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 60 นาที

6. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

6.1 การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จากนั้นคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยมีค่า CVI เท่ากับ 1.00

6.2 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

6.2.1 มาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (Stress visual analogue scale) เป็นแบบวัดความเครียดที่วัดผลออกมาเป็นตัวเลข เป็นเครื่องมือมาตรฐานและมีการนำไปใช้ทั้งในประเทศ และต่างประเทศ อย่างแพร่หลายจึงไม่ได้หาความเที่ยงของเครื่องมืออีก

6.2.2 เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดดิจิทัล ยี่ห้อ Citizen รุ่น CH-452 ได้ผ่านมาตรฐาน EHS: Environmental, Health & Safety และนาฬิกาที่มีเข็มวินาที ได้ผ่านการตรวจสอบมาตรฐานในเรื่องความตรงของเวลาจากคณะกรรมการตรวจสอบเครื่องมือโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและขอความร่วมมือ

ในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มละ 18 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่มดังนี้

7.1 กลุ่มควบคุม

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติเพียงอย่างเดียว โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

7.1.1 ประเมินระดับความเครียดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติโดยประเมินจากมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (stress visual analogue scale) และตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา

7.1.2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคลในการดูแลมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตตามแนวทางของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

7.1.3 ประเมินระดับความเครียดโดยประเมินจากมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (stress visual analogue scale) และวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิต) เมื่อครบ 5 นาที และเมื่อครบ 24 ชั่วโมง หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

7.2 กลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า โดยมีการดำเนินการวิจัยดังนี้

7.2.1 ประเมินระดับความเครียดก่อนทดลองโดยประเมินจากมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (stress visual analogue scale) และตรวจวัด

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิต)

7.2.2 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า เป็นรายบุคคล 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 60 นาที โดยใช้เวลาในขั้นตอนการสนับสนุนด้านอารมณ์ 10 นาที ขั้นตอนการสนับสนุนด้านข้อมูล 20 นาที และขั้นตอนการสนับสนุนด้านกายภาพ 30 นาที โดยผู้วิจัยจะทำการนวดกดจุดสะท้อนเท้าตามแนวคิดของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อลดความเครียดซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการนวดเท้าทั่วไป และ 2) ขั้นตอนกดจุดสะท้อนเท้า (Aksu & Karaca, 2021; Mirzaie et al., 2018; Mohammadpour, Valiani, Sadeghnia, & Talakoub, 2018) ในตำแหน่งจุดสะท้อนที่เท้าที่ตำแหน่งสะท้อน 6 ตำแหน่ง ได้แก่ (1) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 1 สมองใหญ่ คือ พื้นที่ด้านบนด้านในของนิ้วโป้งที่ติดกับนิ้วชี้ (2) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 3 สมองเล็ก คือ พื้นที่ด้านล่างด้านในของนิ้วโป้งที่ติดกับนิ้วชี้ (3) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 2 หน้าผาก คือ พื้นที่ปลายนิ้วโป้ง นิ้วชี้ นิ้วกลาง นี้วนาง และนิ้วก้อย (4) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 5 ขมับ คือ พื้นที่ด้านข้างด้านในของนิ้วโป้งที่ติดกับนิ้วชี้ (5) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 7 คอ คือ พื้นที่บริเวณข้ออกหรือข้อพับนิ้วโป้ง (6) ตำแหน่งจุดสะท้อนที่ 4 ต่อมไธสมอง คือ พื้นที่ด้านนอกนิ้วโป้ง

7.2.3 ประเมินระดับความเครียดโดยประเมินจากมาตรวัดความเครียดด้วยสายตา (stress visual analogue scale) และวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เมื่อครบ 5 นาที และ 24 ชั่วโมง หลังได้รับการทดลอง (ดังภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 ตำแหน่งจุดสะท้อนเท้าที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและการแบ่งพื้นที่ก่อนการหาจุดสะท้อน
(ธนัท คลอัมพรพิศุทธิ์, ม.ป.ป.)

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

8.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการทดสอบที การทดสอบไคสแควร์และการทดสอบของฟิชเชอร์ (The Fisher exact probability test)

8.2 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ด้วยสถิติ Friedman test

8.3 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และหลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสามารถนำเสนอข้อมูลได้เป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต และทารกแรกเกิด

ข้อมูลของมารดาหลังคลอด

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 18-39 ปี อายุเฉลี่ย 29.50 ปี (SD = 6.06) กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 17-38 ปี อายุเฉลี่ย 29.22 ปี (SD = 6.12) โดยทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลที่เหมือนกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา การนับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสคู่สิทธิในการรักษาพยาบาล จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีการแท้งบุตร มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-40 สัปดาห์ มีการรับรู้ว่าการรับรู้ของโรครุนแรงมาก แต่มีความแตกต่าง

ของข้อมูลโดยกลุ่มทดลองประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้านกับค้าขายและเกษตรกรรวม (ร้อยละ 38.90) กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน (ร้อยละ 50.00) ส่วนของรายได้กลุ่มทดลองมีรายได้ของครอบครัวมากกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 55.60) ในขณะที่ของกลุ่มควบคุมมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 61.10) จำนวนครั้งของการคลอดบุตรในกลุ่มทดลองคือ ต่ำกว่า 2 ครั้ง และตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 50.00) ส่วนกลุ่มควบคุมต่ำกว่า 2 ครั้ง (ร้อยละ 55.60) จำนวนบุตรที่มีชีวิตไม่นับครั้งนี้ของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือไม่มีและมี 1-2 คน มีจำนวนกลุ่มละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50.00) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิต (ร้อยละ 55.60) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ไม่แตกต่างกัน ($p>.05$)

ข้อมูลของทารกแรกเกิด กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.10) กลุ่มควบคุมมีทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50.00) น้ำหนักทารกแรกเกิดกลุ่มทดลองต่ำกว่า 2,500 กรัม และกลุ่ม 2,501 กรัม ขึ้นไป มีจำนวนเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 50.00) ส่วนน้ำหนักทารกแรกเกิดของกลุ่มควบคุมคือ 2,501 กรัมขึ้นไป (ร้อยละ 72.20) คะแนนเอปการ์ของกลุ่มทดลองนาที่ที่ 1 นาที่ที่ 5 และนาที่ที่ 10 ส่วนใหญ่ได้ 10 คะแนน (ร้อยละ 61.10, 61.10 และ 88.90 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มควบคุมคะแนนเอปการ์ นาที่ที่ 1 นาที่ที่ 5 ส่วนใหญ่ได้ 9 คะแนน (ร้อยละ 61.10 และ 77.80) นาที่ที่ 10 ส่วนใหญ่ได้ 10 คะแนน ร้อยละ 83.30)

สาเหตุที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิด น้ำหนักตัวน้อยและทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (ร้อยละ 61.10) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่คือภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง (ร้อยละ 66.70) และการรักษาที่ทารกได้รับในห้องคลอดของทั้งสองกลุ่มคือ เจาะเลือด (ร้อยละ 67.90 และ 64.30)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดของกลุ่มทดลองหลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และ หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มทดลอง ได้แก่ คะแนนความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พบว่า มีการลดลงของค่ามัธยฐาน ตลอด 3 ช่วงเวลา และมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐานของตัวแปรที่ศึกษาในกลุ่มควบคุม ได้แก่ คะแนนความเครียด การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด อัตราการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต systolic มีการลดลงตลอด 3 ช่วงเวลา และมีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความดันโลหิต diastolic มีการลดต่ำลงของค่ามัธยฐานอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที และ หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ด้วยสถิติ Friedman test

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง 5 นาที		หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง		χ^2	p
	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	Mean		
	Rank		Rank		Rank			
คะแนนความเครียด								
กลุ่มทดลอง	3.00	4.56	1.89	1.39	1.11	.61	34.353***	.000
กลุ่มควบคุม	2.22	4.72	2.11	4.61	1.67	4.33	6.588*	.037
อัตราการหายใจ								
กลุ่มทดลอง	3.00	24.44	1.72	20.78	1.28	19.78	33.419***	.000
กลุ่มควบคุม	2.50	25.56	2.06	24.89	1.44	23.78	13.236**	.001
ชีพจร								
กลุ่มทดลอง	3.00	86.39	1.97	78.05	1.03	74.05	35.521***	.000
กลุ่มควบคุม	2.33	87.50	2.31	87.05	1.36	85.22	11.507**	.003
ความดันโลหิต systolic								
กลุ่มทดลอง	3.00	133.61	1.94	115.06	1.06	111.11	34.111***	.000
กลุ่มควบคุม	2.50	134.89	2.33	134.72	1.17	132.56	21.375***	.000
ความดันโลหิต diastolic								
กลุ่มทดลอง	3.00	83.83	1.94	74.94	1.06	71.72	29.775***	.000
กลุ่มควบคุม	2.39	83.56	1.83	80.44	1.78	79.89	4.111	.128

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของกลุ่มทดลอง โดยใช้ Bonferroni adjusted significant level = .0167 พบว่า คู่ที่มีค่ามัธยฐานต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ คะแนนความเครียดหลังการทดลอง 5 นาทีและก่อนการทดลอง คะแนนความเครียด

หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและก่อนการทดลอง คะแนนความเครียดหลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและหลังการทดลอง 5 นาที อัตราการหายใจหลังการทดลอง 5 นาที และก่อนการทดลอง อัตราการหายใจหลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและก่อนการทดลอง อัตราการหายใจหลัง

การทดลอง 24 ชั่วโมงและหลังการทดลอง 5 นาที ซีพจร หลังการทดลอง 5 นาทีและก่อนการทดลอง ซีพจร หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและก่อนการทดลอง ซีพจร หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและหลังการทดลอง 5 นาที ความดันโลหิต systolic หลังการทดลอง 5 นาทีและก่อนการทดลอง ความดันโลหิต systolic หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและก่อนการทดลอง ความดันโลหิต systolic หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและหลังการทดลอง 5 นาที ความดันโลหิต diastolic หลังการทดลอง 5 นาทีและก่อนการทดลอง ความดันโลหิต diastolic หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและก่อนการทดลอง ความดันโลหิต diastolic หลังการทดลอง 24 ชั่วโมงและหลังการทดลอง 5 นาที

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของกลุ่มทดลอง หลังการได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวด

กจุดสะท้อนเข้ากับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา พบว่า ค่ามัธยฐาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา หลังการทดลอง 5 นาที ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่ามัธยฐาน ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่ามัธยฐาน ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง 5 นาที หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ปัจจัย	ระยะเวลา		
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 5 นาที	หลังการทดลอง 24 ชั่วโมง
	Z	Z	Z
คะแนนความเครียด	-1.026 ^{ns}	-5.329***	-5.298***
อัตราการหายใจ	-1.795 ^{ns}	-4.895***	-4.406***
ซีพจร	-.635 ^{ns}	-4.693***	-4.973***
ความดันโลหิต systolic	-.875 ^{ns}	-5.055***	-5.134***
ความดันโลหิต diastolic	-.016 ^{ns}	-2.315*	-3.552***

*= $p < .05$, ** $p < .01$, ***= $p < .001$, ns = not significant

อภิปรายผลการวิจัย

1. คะแนนความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตหลังได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระดับต่ำกว่าในระยะก่อนทดลอง ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ การสนับสนุนทางสังคมเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดความเครียดได้ทำให้บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การได้นำการนวดกดจุดสะท้อนเท้าขึ้นถือเป็นการกระตุ้นระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทั้งระบบการไหลเวียนเลือด พลังงาน กระแสประสาท สารสื่อประสาท และฮอร์โมน ส่งผลให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลาย ระดับสีก ลดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดอารมณ์เชิงบวก การนวดกดจุดสะท้อนเท้าส่งผลในทันทีไปจนถึง 24 ชั่วโมง จึงทำให้มีการผ่อนคลายระดับสีกทำให้กล้ามเนื้อทั่วร่างกาย คลายความตึงตัว อัตราการหายใจ ชีพจร และความดันโลหิตจึงลดลง (Well-Federman et al, 1995; Dougans, 1996) โดยผลการวิจัยที่ได้นี้ยังบ่งชี้ว่าหลังทดลอง 5 นาที และ 24 ชั่วโมง จากกลุ่มทดลองมีความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการนำการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการรักษามารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตส่งผลให้ความเครียดลดลง ดังเช่นการศึกษาของกมลวรรณ สีนะธรรม และธนิดา จุลย์วนิชพงษ์ (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษพบว่า มารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมในระยะหลังการทดลองและ

ระยะติดตามผล มีความเครียดน้อยกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ โปร่งเกษมและคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าต่อความเจ็บปวดในการคลอดและความพึงพอใจของผู้คลอดวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่า การนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าสามารถช่วยให้ผู้คลอดวัยรุ่นมีความเจ็บปวดในการคลอดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตหลังทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามีระดับต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลตามแนวทางแต่ละวิธีทำให้ความเครียดของทั้ง 2 กลุ่มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นการผสมผสานการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาใช้ในการรักษาก็จะทำให้มารดาคลายกังวลลงได้มาก ดังเช่นงานวิจัยของผกาวัลย์ หนูมากและคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าและปริมาณน้ำนมในมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด ผลการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดกลุ่มทดลองมีระยะเวลาน้ำนมเต็มเต้าเร็วกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารดาหลังคลอดที่กลุ่มทดลองมีปริมาณน้ำนมในวันที่ 1 และ วันที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นทางเลือกให้พยาบาลผดุงครรภ์นำแผนการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้า ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต ดังนั้นในเบื้องต้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรได้รับการอบรมทักษะการนวดกดจุดสะท้อนเท้า

1.2 ด้านนโยบาย เป็นทางเลือกสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการเปิดโอกาสให้พยาบาลผดุงครรภ์นำแผนการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้ามาใช้ในการดูแลผู้รับบริการร่วมกับการพยาบาลตามปกติ

1.3 ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นทางเลือกให้อาจารย์ผู้สอนนำผลของการวิจัยที่ไปถ่ายทอดแก่นักศึกษาพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนเท้าในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

2.2 ควรมีการศึกษาถึงผลในการลดระดับความเครียดและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์หรือสตรีหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

2.3 ควรมีการศึกษาถึงผลของการลดความเครียดในกลุ่มที่มีภาวะความผิดปกติทางด้านจิตใจอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

กนกวรรณ ศรีสุภกรกุล, จีรวรินทร์ทิพย์ ปัญญาพฤกษ์, ทรศณีย์ อินปรางค์, เกวลี นาคดี, อรุมา บุญยารมย์, และสมภียา สมถวิล. (2560). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าบริเวณที่เชื่อมโยงกับสมองต่อเวลาปฏิกิริยาอย่างง่ายในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี. *เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 61(3), 400-411.

กรณิศศิริ หนูนทรัพย์, ฉวี เบาทรวง, และนันทพร แสนศิริพันธ์. (2562). ความเครียด ความอ่อนล้าและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในระยะหลังคลอดของมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. *พยาบาลสาร*, 46(1), 31-41.

ดารุณี จันฤไชย, กรียากร ชิวะโต, และจันทร์เพ็ญ พวงดวงแก้ว. (2556). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนระดับประคองในระยะคลอดต่อความเครียดและการรับรู้ประสบการณ์การคลอดของมารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลพระอาจารย์พิน อาจาโร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(1), 100-110.

ธนัท ดลอมพรพิศุทธิ์. (ม.ป.ป.). *พบศาสตร์มหัศจรรย์ปรับสมดุลร่างกายนวดกระตุ้น ดับ ไข้ หิวใจ ม้ามปอด และช่วยในการ ลด ละเลิกบุหรี่*. สืบค้นจาก https://hr.rmutr.ac.th/wp-content/uploads/2018/09/rmutr_hr_w4_0_61_21_foot.pdf

- พรพรรณ ศรีโสภา และชนวรรณ อาษาธิรัฐ. (2560). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. *บูรพาเวชสาร*, 4(2), 79-92.
- เมธารี ปัญญานรกุล. (2560). การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทารกแรกเกิดในหอทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(3), 108-116.
- ละอองดาว ชุ่มธิ. (2554). ผลของการนวดกดจุดสะท้อนเท้าต่อการลดระดับความเครียดในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และสุภาภักดิ์ หาญกล้า. (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สรวิศ สีสาน. (2560). ผลของโปรแกรมการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าร่วมกับการกำหนดลมหายใจต่อระดับความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 9(1), 37-46.
- Aksu, S., & Palas Karaca, P. (2021). The effect of reflexology on lactation in women who had cesarean section: A randomized controlled pilot study. *Complementary Medicine Research*, 28(4), 336-343.
- Clapp, M. A., James, K. E., Bates, S. V., & Kaimal, A. J. (2019). Unexpected term NICU admissions: a marker of obstetrical care quality?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(4), 395-407.
- Fritz, S., & Luke, F. (2020). *Mosby's fundamentals of therapeutic massage* (7th ed). Michigan: Mosby.
- Mercer, R. T., & Walker, L. O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232.
- Mirzaie, P., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Goljarian, S., Mirghafourvand, M., & Hoseinie, M. B. (2018). The effect of foot reflexology massage on breast milk volume of mothers with premature infants: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17(1), 72-78.
- Mohammadpour, A., Valiani, M., Sadeghnia, A., & Talakoub, S. (2018). Investigating the effect of reflexology on the breast milk volume of preterm infants' mothers. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5), 371-375.
- Satapathy, S. K., Pareek, A., & Pahwa, S. (2021). Productivity and sustainability at workplace: a study on happiness-generating hormones. *International Journal of Research in Business Studies*, 5(1), 125-138.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.

- Talisman, S., Guedalia, J., Farkash, R., Avitan, T., Srebnik, N., Kasirer, Y., ... & Granovsky, S. G. (2023). Neonatal intensive care admission for term neonates and subsequent childhood mortality: a retrospective linkage study. *BMC medicine*, 21(1), 44-53
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., ... & Cong, X. (2018). Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent–infant relationship. *Biological research for nursing*, 20(1), 54-62.



ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ภาวะซึมเศร้า: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลก Effects of Elderly School Attendance on Health Literacy and Depression: A Case Study of Elderly School in Phitsanulok Province

ดาวรุ่ง คำวงศ์, วท.ด., Daoroong Komwong, Ph.D.^{1*}

บุศรา โลห์เรืองทรัพย์, พย.ม., Busara Lorungsap, M.Sc.²

ฐิติพร แสงรัตน์, ส.บ., Titiphon Sangrat, B.P.H.³

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

¹Instructor, Ph.D., Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public
Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์สุขภาพชุมชนวังทอง โรงพยาบาลวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

²Registered Nurse, Professional Level, Wang Thong Community Health Center, Wang Thong
Hospital, Phitsanulok

³อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

³Instructor, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and
Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: daoroong.k@scphpl.ac.th

Received: March 28, 2023

Revised: October 15, 2022

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเปรียบเทียบ
ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ
ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มละ 40 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง และแบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับ 15 ข้อ ระหว่างเดือนธันวาคม 2564-มีนาคม 2565
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติไคสแควร์ในการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและภาวะ
ซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน การรู้

แจ้งแถมณ ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม เมื่อพิจารณาระดับความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) สำหรับผลการศึกษารเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า และพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น หน่วยงานในพื้นที่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการการสนับสนุนกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: โรงเรียนผู้สูงอายุ ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า

Abstract

This descriptive study aimed to compare the level of health literacy (HL) and depression between the elderly who participated in an elderly school (Elderly school group) and those in the community who did not (Community group). Each group included 40 elderly individuals with non-communicable diseases. Data were collected between December, 2021 and March, 2022 using an HL questionnaire for diabetes and hypertension and the Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale (TGDS-15) to assess HL and depression, respectively. Descriptive statistics were used to characterize the data. Chi-square tests was conducted to compare the difference in HL and depression levels. The study found that, there were no significant differences in overall HL level between Elderly school group and Community group. However, the HL enlightenment level among the Elderly School Group were statistically significant higher ($p\text{-value}=0.007$) when accessing or seeking health information compared to the Community Group. There were no significant differences in depression between the two groups. This study highlights the potential of elderly school participation, particularly for enhancing health literacy regarding access or seek to health information among the elderly. These results can serve as a valuable guide for local organizations, particularly those focused on enhancing the capabilities of the elderly, in supporting relevant activities in future contexts.

Keywords: Elderly School, Health Literacy, Depression

บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และคาดการณ์ว่าจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 30 กลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 (มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจึงเป็นความท้าทายที่จะเข้าสู่สังคมของการพึ่งพิง ทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีมาตรการเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในเชิงระบบและระดับบุคคล เพื่อส่งเสริม สนับสนุนช่วยเหลือให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งเป็นไปตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลกที่เน้นความสำคัญของ 3 องค์ประกอบหลักของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (Active Ageing) ได้แก่ มีสุขภาพที่ดี มีความมั่นคงหรือมีหลักประกันในชีวิต และมีส่วนร่วม (World Health Organization, 2002)

การส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมจะนำไปสู่การลดภาวะพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลายแนวคิดทางการศึกษาที่นำมาใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็น Active Ageing ได้แก่ แนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต แนวคิดพัฒนาวิทยาการศึกษา (Educational Gerontology) แนวคิดการพัฒนาเมืองแห่งการเรียนรู้ แนวคิดการพัฒนาเมืองสำหรับผู้สูงอายุ (ระวี สัจจโสภณ, 2556) สำหรับการเตรียมความพร้อมในระดับบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิด Active Ageing นั้น โดยมีการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างหลากหลาย หนึ่งในกิจกรรมดังกล่าวคือ เช่น การก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายและมีการทำกิจกรรมที่หลากหลายร่วมกัน โดยมีจุดมุ่งหมาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตนเอง อาศัยญา รัตนอุบล, 2562) ภายใต้แนวคิด “การศึกษาออกโรงเรียนเพื่อการเรียนรู้ตลอดชีวิต” ทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้อย่างสนุกสนาน เกิดทักษะด้านการดูแลตัวเองและพึ่งพาตัวเองได้ ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ขึ้นอยู่กับบริบทของชุมชนและความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก (มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดกรอบหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเป็นคู่มือสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ซึ่งเนื้อหาในหลักสูตรส่วนใหญ่มุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพที่ดีและการมีส่วนร่วมกับสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ Active ageing

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุเกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่า และ หลังจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุมีอาการของภาวะซึมเศร้าลดลง (มนัส จันทรพวง และคณะ, 2560; อุบล นวนวงศ์เสถียร และนิตยา แก้วคำสอน, 2561) นอกจากนี้ ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุมีภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ มีการตัดสินใจที่ถูกต้องในด้านเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. (อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.อารมณ์ ส. (ไม่) สูบบุหรี่ และ ส. (ไม่)ดื่ม) สุรา หรือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์)

สำหรับโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษา ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2559 โดยใช้หลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการดำเนินการสอน ทั้งนี้หลังจากมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง พบว่า ยังมี

การศึกษาเกี่ยวกับโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งนี้ค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะในด้านผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังขาดการศึกษาเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะมุ่งศึกษาผลของการเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยทำการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ระหว่างผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุทั่วไป ในชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นศึกษาในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับการรู้แจ้ง ความแตกฉาน และการรู้แจ้งแตกฉาน ของความรู้ด้านสุขภาพ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้า ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับการรู้แจ้ง ความแตกฉาน และการรู้แจ้งแตกฉาน สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม
2. ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยและขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา

(Descriptive study) โดยศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมุ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

1. ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก ที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง 2) การเข้ารับการตรวจติดตามที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่รับผิดชอบในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถสื่อสารโดยการถามและตอบได้ และ 4) ผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ต้องเข้าร่วมในกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีความพิการทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสาร เช่น หูหนวก ตาบอด เป็นต้น และ 2) ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ แต่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุแห่งอื่นหรือเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะที่คล้ายคลึงกับการจัดกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุในระหว่างที่ทำการศึกษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบสัดส่วน (Ngamjarus, & Chongsuvivatwong, 2559) จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ (มนัส จันทรพวง และคณะ, 2560) และในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วม

ในโรงเรียนผู้สูงอายุ พบภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.73 (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และ พลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต, 2558) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจจำแนกความแตกต่างร้อยละ 80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 28 คน แต่เนื่องจากแบบสอบถามมีข้อคำถามค่อนข้างมากและใช้เวลาในการตอบคำถาม เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 คน

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 3/2563-1

3. เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วยแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดภาวะซึมเศร้า โดยทั้งสองแบบวัดเป็นแบบวัดมาตรฐาน มีรายละเอียดดังนี้

3.1 การวัดระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, และ นริมาลย์ นิละไพจิตร, 2559) ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน ความรู้สึกที่เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ *มิติความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional health literacy)* ประเมินองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ (2 ข้อ) คำตอบเป็นตัวเลือกแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง (1 คะแนน)

บ่อยครั้ง (2 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (3 คะแนน) และไม่เคย (4 คะแนน) คะแนนเต็ม 8 คะแนน 2) ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (5 ข้อ) คำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่ (0 คะแนน) ใช่ (1 คะแนน) คะแนนเต็ม 5 คะแนน และ 3) ความรู้ ความเข้าใจ (แยกตามกลุ่มผู้ป่วย คือ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (36 ข้อ 36 คะแนน) โรคเบาหวาน (30 ข้อ 30 คะแนน) และโรคความดันโลหิตสูง (20 ข้อ 20 คะแนน) คำตอบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ตอบถูก (1 คะแนน) ตอบผิด (0 คะแนน) *มิติความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (Communicative/Interactive health literacy)* มีองค์ประกอบด้านการปฏิบัติสื่อสารในกรณีคำถามปัญหาต่าง ๆ (17 ข้อ) คำตอบมีตัวเลือก 5 ตัวเลือก คือ บอกญาติให้พูดแทน (1 คะแนน) ไม่ตอบ (2 คะแนน) พยายามตอบ (3 คะแนน) ตอบเองทันที (4 คะแนน) และตอบและถามเพิ่ม (5 คะแนน) คะแนนเต็ม 85 คะแนน และ *มิติความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)* มีองค์ประกอบในด้านการตัดสินใจ ที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต (11 ข้อ) คำตอบมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก คือ เป็นไปได้มาก (4 คะแนน) พอเป็นไปได้ (3 คะแนน) เป็นไปได้น้อย (2 คะแนน) และไม่ทำ (1 คะแนน) คะแนนเต็ม 44 คะแนน

เกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็น “รู้แจ้ง” หรือ “รู้จัก” หากคะแนนที่ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 ของคะแนนเต็มในแต่ละองค์ประกอบ ถือว่าอยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” หากคะแนนที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 75 ของคะแนนเต็มในแต่ละองค์ประกอบ ถือว่าอยู่ในระดับ “รู้จัก”

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตัว 30. 2ส. (8 ข้อ) ได้แก่ การออกกำลังกาย (1 ข้อ) อาหาร (5 ข้อ) อารมณ์ (1 ข้อ) การสูบบุหรี่ (1 ข้อ) การดื่มสุรา (1 ข้อ) ตัวเลือกแบบมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ทำเลย นาน ๆ ครั้ง 3 วันต่อสัปดาห์ และทุกวัน และแยกระดับ

การปฏิบัติเป็น ระดับ “แตกฉาน” คือ มีการปฏิบัติทุกพฤติกรรม 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป ระดับ “ไม่แตกฉาน” คือ มีการปฏิบัติทุกพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ หรือปฏิบัติ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไปเพียงบางพฤติกรรม

เกณฑ์การจำแนกระดับรู้แจ้งแตกฉาน หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้แจ้งแตกฉาน” หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้จัก” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้จัก แต่แตกฉาน” หากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้แจ้ง” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ไม่แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้แจ้งแต่ไม่แตกฉาน” และหากระดับความรอบรู้อยู่ในระดับ “รู้จัก” และระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ไม่แตกฉาน” จำแนกเป็น “รู้จัก แต่ไม่แตกฉาน”

1) การวัดภาวะซึมเศร้า ใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย ฉบับ 15 ข้อ (Thai version of the 15-item Geriatric Depression Scale: TGDS-15) ซึ่งใช้สำหรับการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนหรือในคลินิก ผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้สูงอายุและสังคมวัฒนธรรมไทย ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือไว้แล้วในบริบทของสังคมไทย (Wongpakaran & Wongpakaran, 2012) แบบวัดเป็นการประเมินความรู้สึก ในช่วง 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยให้ 1 คะแนน หากตอบว่า “ใช่” ในข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 และตอบว่า “ไม่ใช่” ในข้อ 1, 5, 7, 11, 13 จำแนกเป็นไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนน 0-4) เริ่มมีภาวะซึมเศร้าควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น (คะแนน 5-10) และเป็นโรคซึมเศร้าควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (คะแนน 11-15)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานเพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากโรงเรียนผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ชี้แจงรายละเอียดรวมทั้งเครื่องมือและระยะเวลาที่ใช้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบโดยทีมผู้วิจัยช่วยเหลือในการอธิบายกรณีในกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือรายบุคคล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และภาวะซึมเศร้า แสดงเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างของสัดส่วนของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม ตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน และรู้แจ้งแตกฉาน และภาวะซึมเศร้า ใช้สถิติ Chi-square ในกรณีที่ค่าความถี่คาดหวัง (Expected value) น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 ใช้ Fisher's Exact Test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ < 0.05

ผลการวิจัย

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 66.88 ปี ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุเฉลี่ย 66.33 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ว่างงาน และเป็นแม่บ้าน) และส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ โดยกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชนในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (ร้อยละ 80.0 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ (n=40 คน) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ (n=40 คน) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	5 (12.5)	11 (27.5)
หญิง	35 (87.5)	29 (72.5)
อายุเฉลี่ย (ปี±S.D.)	66.88 (4.64)	66.33 (5.73)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือน้อยกว่า	29 (72.5)	37 (92.5)
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (20.0)	2 (5.0)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2 (5.0)	0 (0.0)
ปวส./อนุปริญญา	1 (2.5)	1 (2.5)
อาชีพ		
ว่างงาน/แม่บ้าน	38 (95.0)	32 (80.0)
เกษตรกร/ทำสวน/เลี้ยงสัตว์	0 (0.0)	3 (7.5)
ค้าขาย	2 (5.0)	1 (2.5)
รับจ้างทั่วไป	0 (0.0)	4 (10.0)
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ/เหลือเก็บ	6 (15.0)	3 (7.5)
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	18 (45.0)	21 (52.5)
เพียงพอบางครั้ง	8 (20.0)	11 (27.5)
ไม่เพียงพอ	8 (20.0)	5 (12.5)
การมีบทบาทในชุมชน		
ไม่มี ไม่ระบุ	8 (20.0)	25 (62.5)
มี	32 (80.0)	15 (37.5)
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพของท่านเป็นอย่างไร		
ร่างกายแข็งแรง	10 (25.0)	10 (25.0)
ไม่แข็งแรงแต่ดูแลตนเองได้	29 (72.5)	26 (65.0)
ไม่แข็งแรง ดูแลตนเองไม่ได้	1 (2.5)	4 (10.0)
มือสั่น.คนชุมชน หรือญาติช่วยดูแล		
ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาอะไรบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
พูดคุยที่ รพ.สต.แบบตัวต่อตัว	8 (14.54)	19 (34.54)
พูดคุยที่ รพ.สต.แบบกลุ่ม	16 (29.09)	12 (21.81)
พูดคุยที่บ้าน	14 (25.45)	9 (16.36)
ร่วมกิจกรรมการรณรงค์ของรพ.สต.	17 (30.90)	15 (27.27)
อบต. หรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น		

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ ทั้งสองกลุ่มพบว่า การรู้แจ้ง-รู้จัก ความแตกฉาน-ไม่ ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรู้แจ้ง ความแตกฉาน การรู้แจ้ง แตกฉาน และการรู้แจ้ง-แตกฉาน ไม่มีความแตกต่าง แตกฉาน ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ระหว่างผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่ม (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทุกองค์ประกอบ ระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับที่ไม่ได้ เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ระดับ		กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
การรู้แจ้ง	รู้แจ้ง	32 (80.0)	27 (67.5)	1.614 (0.204)
	รู้จัก	8 (20.0)	13 (32.5)	
ความแตกฉาน	แตกฉาน	34 (85.0)	35 (87.5)	0.105 (0.745)
	ไม่แตกฉาน	6 (15.0)	5 (12.5)	
การรู้แจ้งแตกฉาน	รู้แจ้ง-แตกฉาน	27 (67.5)	24 (60.0)	1.899 (0.594) [†]
	รู้แจ้ง-ไม่แตกฉาน	5 (12.5)	3 (7.5)	
	รู้จัก-แตกฉาน	7 (17.5)	11 (27.5)	
	รู้จัก-ไม่แตกฉาน	1 (2.5)	2 (5.0)	

[†]Fisher's Exact Test

สำหรับผลการเปรียบเทียบระดับของความรอบรู้ (ร้อยละ 57.5 และร้อยละ 27.5 ตามลำดับ) สำหรับ ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มในแต่ละมิติและองค์ประกอบ ขึ้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ในด้านการปฏิบัติสื่อสาร พบว่า การรู้แจ้ง-รู้จัก ของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในองค์ประกอบด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือ ในกรณีถูกถามปัญหาต่าง ๆ และขึ้นวิจารณ์ญาณใน แสวงหาข้อมูลสุขภาพ มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่าง ด้านการตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคต หรือ มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.007) โดยกลุ่ม เจื่อนไขการใช้ชีวิต ทั้งสองกลุ่มที่อยู่ในระดับรู้จักทุกคน ที่เข้าร่วมฯ อยู่ระดับรู้แจ้งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมฯ คิดเป็นร้อยละ 100 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ละองค์ประกอบระหว่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
ขั้นพื้นฐาน: ความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ			
รู้แจ้ง	22 (55.0)	19 (47.5)	0.450
รู้จัก	18 (45.0)	21 (52.5)	(0.502)
ขั้นพื้นฐาน: ความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ			
รู้แจ้ง	23 (57.5)	11 (27.5)	7.366
รู้จัก	17 (42.5)	29 (72.5)	(0.007)
ขั้นพื้นฐาน: ความรู้ ความเข้าใจ			
รู้แจ้ง	20 (50.0)	17 (42.5)	0.453
รู้จัก	20 (50.0)	23 (57.5)	(0.501)

สำหรับภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือเริ่มมีภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกับไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ระดับของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*	กลุ่มที่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม กิจกรรม (n=40 คน)	χ^2 (p-value)
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-4 คะแนน): จำนวน (ร้อยละ)	32 (80.00)	36 (90.0)	1.569
เริ่มมีภาวะซึมเศร้า (5-10 คะแนน): จำนวน (ร้อยละ)	8 (20.0)	4 (10.0)	(0.210)

*ไม่มีผู้ที่ถูกประเมินว่าเป็นโรคซึมเศร้าควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา (11-15 คะแนน)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในมิติหรือองค์ประกอบอื่น เช่น ในขั้นพื้นฐาน

ด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ ที่พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และในขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันได้แก่ การปฏิบัติสื่อสารในกรณีถูกถามปัญหาต่างๆ และในขั้นวิจารณ์ญาณคือ การตัดสินใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติในอนาคตหรือเงื่อนไขการใช้ชีวิต

ผู้สูงอายุทุกคนทั้งสองกลุ่มมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ใน “ระดับรู้จัก” ทั้งหมด ซึ่งอาจส่งผลให้ในภาพรวมทุกองค์ประกอบไม่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1) ทั้งสองกลุ่มเคยเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาโดยเป็นการพูดคุยที่รพ.สต. แบบกลุ่ม พูดคุยที่บ้าน หรือเข้าร่วมกิจกรรมการรณรงค์หรือกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น มีความถี่ที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจส่งผลให้การสื่อสาร การโต้ตอบ ในกรณีต่าง ๆ สามารถทำได้ใกล้เคียงกัน รวมทั้งผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มยังมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งอาจทำให้การตัดสินใจในเหตุการณ์กรณีต่าง ๆ สามารถปฏิบัติได้ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nilnate, Hengpraprom, and Hanvoravongchai, (2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษามีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับขั้นพื้นฐานทุกคน ไม่มีผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน

เมื่อพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานด้านความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) โดยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ “ระดับรู้แจ้ง” สูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีการแสวงหาเพื่อเข้าถึงข้อมูลที่ตนเองสงสัยหรือต้องการศึกษาความรู้เพิ่มเติมหรือค้นหาข้อมูลกรณีที่ตนเองมีความผิดปกติเกิดขึ้น อาจถามจากวิทยากรหรือผู้สอนในโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นบุคลากรด้านสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. รวมทั้งอาจมีการสอบถามพูดคุยกับบอสม. หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกันที่เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน จึงอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง

หรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพได้สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nuntaya Sane, Worarat Sukkum, & Janpen Leartwanawattana, 2566; ปัญจพจน์ วิมลรัตนชัยศิริ, 2563) ซึ่งในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในการศึกษาดังกล่าว เป็นพฤติกรรมที่สนใจต่อสุขภาพ โดยเป็นการหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การค้นหาหรือสนใจความผิดปกติของร่างกายที่เกี่ยวข้องและเป็นการแสวงหาความรู้จากการอ่าน การสังเกต และการพูดคุยหรือบอกเล่าอาการกับบุคลากรด้านสุขภาพ นอกจากนี้รายวิชาในหลักสูตรของโรงเรียนผู้สูงอายุที่เป็นกรณีศึกษานั้น เป็นไปตามโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 กลุ่มวิชา ได้แก่ กลุ่มวิชาชีวิต วิชาชีพ และวิชาการ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ทั้งนี้การสอนได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มวิชาชีวิตประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนชั่วโมงทั้งหมด ซึ่งมากกว่าจำนวนชั่วโมงตามโครงสร้างของหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ โดยในกลุ่มวิชาชีวิตนี้ได้มีหมวดวิชาชีวิตและสุขภาพประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนชั่วโมงในกลุ่มวิชาชีวิต รวมทั้งยังมีหัวข้อโรคเรื้อรังที่พบมากในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นชุดความรู้ที่ผู้สูงอายุต้องรู้ (दारुंग ค่างค์ และสุวิชัย รุ่งสว่าง, 2563) ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ว่าการเข้าร่วมโรงเรียนผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงแนวทางหรือช่องทางของการแสวงหาข้อมูลสุขภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถนำไปปรับใช้เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากโรคที่ตนเองเป็นอยู่ จึงอาจเป็นเหตุที่ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุสนใจในสุขภาพของตนเองและสามารถแสวงหาข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับตนเองในระดับรู้แจ้งที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงและดูแลตนเองได้ และมากกว่าร้อยละ 80 มีความเพียงพอของรายได้ จึงอาจเป็นเหตุผลที่เป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเป็นผู้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง ไม่มีความกังวลในเรื่องความเพียงพอของรายได้ จึงอาจส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ระดับของภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า หลังจากเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีอาการของภาวะซึมเศร้ามลดลง (มนัสจันทร์พวง และคณะ, 2560; อุบล นววงศ์เสถียร และ นิตยา แก้วคำสอน, 2561)

การศึกษานี้อาจพบข้อจำกัดในบางประเด็นได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ อาจมีโอกาสดำเนินการหรือความรู้ด้านความรู้ด้านสุขภาพจากหน่วยบริการที่เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ที่มักจะให้ศึกษากับผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่

ติดต่อเรื้อรังอยู่แล้ว หรือจากกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีลักษณะกิจกรรมคล้ายในโรงเรียนผู้สูงอายุที่ศึกษา อาจมีผลต่อผลการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งภาวะซึมเศร้าที่ได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า การเข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้าร่วมในโรงเรียนผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญ ย่อมส่งผลต่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรส่งเสริมสนับสนุนให้มีการจัดตั้งการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

2. ในการทำการศึกษาวิจัยต่อไป อาจทำการศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงานในโรงเรียนผู้สูงอายุ ลักษณะกิจกรรมที่สามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นและป้องกันภาวะซึมเศร้าได้ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดกิจกรรมหรือโครงการในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2559). *คู่มือโรงเรียนผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1605680859-197_0.pdf
กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ 6 Sustainable 4 Change*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/5/155>

ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นิละไพจิตร. (2559). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

- ดาวรุ่ง คาวงศ์ และสุรวิทย์ รุ่งสว่าง. (2563). การวิเคราะห์เนื้อหาวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างหลักสูตรของกรมกิจการผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโรงเรียนผู้สูงอายุบ้านเขาสมอแครง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(2), 1-12.
- ปัญญาจณ์ วิมลรัตนชัยศิริ. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตำบลสามชุก อำเภอสว่าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 3(2), 52-75.
- มนัส จันทรพวง, วิยะณี ดังก้อง, ปาริฉัตร กุลเกลี้ยง, สุภาพร ธนะขว้าง, ญัฐกมล บัวบาน, และเอกภพ นิลพัฒน์. (2560). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์ มจร วิทยาเขตแพร่*, 3(1), 87-102.
- มูลนิธิวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. Retrieved from http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1552463947-147_0.pdf
- ระวี สัจจโสภณ. (2556). แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาภาวะพลัมพลิงในผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์*, 34(3), 471-490.
- สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชนเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 2(1), 21-33.
- อุบล นวนวงศ์เสถียร และนิตยา แก้วคำสอน. (2561). การพัฒนาหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 1(1), 70-81.
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2562). ข้อเสนอการพัฒนากำหนดงานส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 11(1), 26-46.
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2559). n4Studies: Sample size calculation for an epide-miological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal*, 68, 160-170.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315-321.
- Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. *Psychogeriatrics*, 12(1), 11-17.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Retrieved from <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=101080/1357628031000116808&magic=crossref||D404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>

การทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

Balance and Activities of Daily Living in Older Adults with Knee Pain

สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, Ph.D. Suparat Phisaiphanth, Ph.D.¹

ณัฐยานี ชาบัวคำ, พย.ม., Natthaya Chabuakam, M.N.S.^{2*}

ญาณิ แสงสาย, พย.ม., Yanee Sangsai, M.N.S.²

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Lecturer, Ph.D., Boromrajonani College of Nursing Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

²Lecturer, Boromrajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: natthaya@bcnsp.ac.th

Received: June 28, 2022

Revised: October 20, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 136 ราย ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการทรงตัว และแบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการทรงตัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.18) มีระยะเวลาในการทรงตัวเฉลี่ย 12.93 นาที ($M = 12.93$, $SD = 4.01$) กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ($M = 19.58$, $SD = 0.77$) การทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r_s = -.35$, $p < .01$) ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

คำสำคัญ: การทรงตัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ ปวดข้อเข่า ข้อเข่าเสื่อม

Abstract

This correlational research aimed to study balance, activities of daily living, and a relationship between balance and activities of daily living in older adults with knee pain. A simple random sampling was used to select 136 older adults with knee pain who received treatment and care at chronic disease clinics, Pathum Health Promoting Hospital and Donghonghae Health, Muang district, Ubon Ratchathani province. Research instruments were the Demographic Questionnaire, the Time-Up-and Go-Test (TUGT) Record form, and the Barthel Index of Activities of Daily Living (ADL) Questionnaire. Data were collected from October to November 2019. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficients. Results showed that most participants (66.18%) were categorized as "good" balance. The average time to complete the TUGT was 12.93 seconds ($M = 12.93, SD = 4.01$). All participants reported independence in activities of daily living ($M = 19.58, SD = 0.77$). Moreover, balance is slightly negatively related to activities of daily living ($r_s = -.35, p < .01$). The findings of this study can provide preliminarily important data for planning nursing interventions to improve balance and ADL in older adults with knee pain.

Keywords: Balance, Activities of daily living, Older adults, Knee pain, Arthritis

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุในหลายประเทศทั่วโลก ประเทศไทยมีการศึกษาภาวะสุขภาพและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มารับบริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุชายมารับการรักษาด้วยโรคข้อเสื่อมมากเป็นอันดับแปด รองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งตับ โรคมะเร็งหลอดลมและปอด และโรคสมองเสื่อม ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุหญิงมารับการรักษาด้วยโรคข้อเสื่อมมากเป็นอันดับห้ารองจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรค

สมองเสื่อม และโรคหัวใจขาดเลือด และเมื่อจำแนกกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษาพบว่า ปัญหาข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากเป็นอันดับสอง ร้อยละ 63.59 รองจากปัญหาช่องปาก ที่พบร้อยละ 68.76 (สกานต์ บุนนาค, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรียมณีรัตน์, และนิสสรุา แผ่นศิลา, 2563) โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดจากการเสื่อมหรือการทำลายของกระดูกอ่อนที่ผิวข้อ ทำให้เกิดอาการปวดบวมข้อเข่าเวลาเคลื่อนไหวข้อ อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้นถ้าเกิดการเสียดสีที่ข้อต่ออย่างต่อเนื่อง นำไปสู่อาการข้อเสื่อมข้ออักเสบอย่างรุนแรง อาการปวดข้อเข่า

จึงเป็นอาการเตือนที่แสดงถึงภาวะข้อเสื่อมที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Arthritis foundation, 2019) และเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุตัดสินใจมารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข (สแกนต์ บุนนาค และคณะ, 2563)

อาการปวดข้อเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุหลายประการเนื่องจากข้อเข่าเป็นอวัยวะสำคัญทำหน้าที่ในการรับน้ำหนักและการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อมีอาการปวดข้อเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อม อาจทำให้ผู้สูงอายุทรงตัวไม่ดี (ลลิตา ปักเขมาภัย, 2564) มีโอกาสพลัดตกหกล้มได้ง่าย (Doré et al., 2015) ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติลดลง (Clynes, Jameson, Edwards, Cooper, & Dennison, 2019) ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (ปวิศ สังข์จันทร์, 2560) ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เกิดปัญหาภาวะซึมเศร้า (Iijima et al., 2018) และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด (Vitaloni et al., 2019)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่สำคัญที่สะท้อนถึงของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเป็นกิจกรรมที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไปที่แสดงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอาบน้ำ การแต่งกาย การเคลื่อนย้าย/การเดิน และการควบคุมการถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ โดยในแต่ละกิจกรรมของการดำเนินกิจวัตรประจำวันล้วนต้องอาศัยการทรงตัวเป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการทำกิจกรรม ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนับเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่แสดงถึงภาวะสุขภาพ (Zhang et al., 2021) ระดับการพึ่งพิงผู้อื่น และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Kim, 2018; Medhi et al., 2019) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น (Fong, 2019) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม อาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมจะทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายได้ลดลง (Clynes et al., 2019) และความสามารถในการดูแลตนเองและการทำกิจกรรมต่างๆตามปกติทำได้ลดลง

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมส่งผลโดยตรงต่อการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Clynes et al., 2019; Fukutani et al., 2016) ของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อเข่าในประเทศไทยพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นศึกษาการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เช่น การบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัดข้อเข่า (รัตนติยา สันติสภาพร, วาสนา ธรรมธีระศิษฐ์, ปรางฉาย พากะจ่าง, และอภิชาติ สุนทร, 2563) การบรรเทาอาการปวดข้อเข่าด้วยการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน (วลัยลักษณ์ กุลไทย และฉกาจ ผ่องอักษร, 2560) หรือการบรรเทาอาการปวดข้อเข่าโดยการแพทย์ทางเลือก (ธีระ ผิวเงิน และชนิษฐา ทูมมา, 2563) และการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย การบริหารข้อเข่า ร่วมกับการลดน้ำหนัก (ชุดิกานัญญ์ อมรสุภัก, 2561; จันทราภรณ์ คำกอง, นพวรรณ เปียชื่อ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2560) ในขณะที่การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า นั้นยังจำกัด ซึ่งการนำผลลัพธ์ของความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถนำมาใช้เป็นตัวประเมินหรือช่วยทำนายภาวะพึ่งพิงในการดูแล ความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมต่อไปได้ (Angin, Can, Iyigün, Kirmizigil, Malkoc, & Deger, 2016)

การศึกษานี้จึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิด The International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2001) โดยแนวคิด ICF อธิบายความสามารถหรือสมรรถนะของบุคคลว่าเกี่ยวข้องกับ 5 ปัจจัยหลักที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน ได้แก่ 1) การทำงานของร่างกาย (Body functions) และโครงสร้างของร่างกาย (Body structures) 2) กิจกรรม (Activity) 3) การมีส่วนร่วมในสังคม (Participation) 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factors) และ 5) ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีอาการปวดข้อเข่า นับเป็นปัญหาของโครงสร้างร่างกาย (Body structure) บริเวณรยางค์ส่วนล่างและโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผิดปกติในการทำงานของร่างกาย (Body functions) โดยมีอาการปวดข้อเข่า เคลื่อนไหวข้อลำบากและกำลังของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งในการศึกษานี้ ปัจจัยด้านโครงสร้างของร่างกายและการทำงานของร่างกาย สามารถประเมินได้

จากความบกพร่องในการทรงตัว (Balance) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำกิจกรรม (Activity) อันได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research design)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดข้อเข่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตงห้องแห่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) สำหรับการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ กำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบสองทาง (Two-tailed test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.33 จากค่าขนาดอิทธิพลคำนวณจากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในการศึกษาที่ผ่านมา (Zasadzka, Borowicz, Roszak, & Pawlaczyk, 2015) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ .05 ($\alpha = .05$) และอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 113 ราย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 136 ราย

2. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้ (1) ผู้สูงอายุ 60 ปี

ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง (2) ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (3) มีประวัติปวดเข่าหรือกดเจ็บที่ข้อเข่า และ/หรือมีอาการข้อเข่าผิดตึงภายหลังตื่นนอนตอนเช้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที มีอาการเสียงดังในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว หรือคลำได้ความรู้สึกเสียดสีของกระดูกในข้อเข่า (4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT) มีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 8 คะแนน (5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทย และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย

3. เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ดังนี้คือ (1) มีความบกพร่องทางด้านการได้ยินหรือด้านการมองเห็น (2) มีความพิการของเท้าหรือขาหรือใส่ขาเทียม (3) มีโรคทางระบบประสาทหรือโรคทางระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกที่ทำให้ไม่สามารถทรงตัวได้หรือมีความเสี่ยงที่จะล้ม เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หรือได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อของระยะกลางและ (4) มีอาการทางด้านหัวใจและหลอดเลือด หรือมีความดันโลหิตมากกว่า 140/90 หรือน้อยกว่า 90/60

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์รหัสโครงการ EC.12/2562 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายลักษณะ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลเสียหรือผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จาก

การวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

5. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

5.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ประวัติการผ่าตัดเข่า และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

5.2 แบบบันทึกการทรงตัว ผู้วิจัยใช้การประเมินความสามารถในการทรงตัวและการเดิน (Timed Up and Go Test: TUGT) (Podsiadlo & Richardson, 1991) เป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวในขณะเคลื่อนไหวร่างกายเปลี่ยนท่าทางจากการนั่งไปยืนและเดิน โดยเริ่มจับเวลา TUGT ตั้งแต่กลุ่มตัวอย่างลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้และเดินไปข้างหน้าระยะทาง 3 เมตรด้วยความเร็วที่สุดและปลอดภัย แล้วหมุนตัวเดินกลับไปยังที่เดิม ผู้วิจัยสาธิตวิธีการทดสอบ TUGT แล้วให้กลุ่มตัวอย่างทดลองเดิน 1 รอบ จากนั้นทำการทดสอบคนละ 2 รอบ แล้วหาเวลาเฉลี่ย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์การประเมิน TUGT ดังนี้ แบ่งเวลาเป็น 2 ระดับ ได้แก่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13.5 วินาที คือมีความสามารถในการทรงตัวดี 2) มากกว่า 13.5 วินาที คือ มีความสามารถในการทรงตัวไม่ดี (Zasadzka, Borowicz, Roszak, & Pawlaczyk, 2015)

5.3 แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน Modified Barthel Activities of Daily Living Index) ดัดแปลงมาจาก Barthel ADL Index ที่สร้างขึ้นโดยมาโฮนีและบาร์เทล (Mahoney & Barthel, 1965) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) โดยประเมิน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ การควบคุม

การขยับย้ายข้อสวาะ การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นลงจากเตียง การเคลื่อนไหว และการขึ้นลงบันได ลักษณะคำตอบให้เลือก คือ 0 ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง, 1 ต้องการคนช่วย, และ 2 สามารถปฏิบัติได้เอง โดยคะแนนรวมเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ 0-4 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์, 5-8 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาบางส่วน, 9-11 คะแนน หมายถึง ภาวะพึ่งพาปานกลาง และ 12-20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นการพึ่งพา

6. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ TUGT เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตําบลดงหนองห่อ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.79 ส่วน TUGT มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 87 และความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 87 (Shumway-Cook, Brauer, & Woollacott, 2000) มีความเที่ยงในการวัดซ้ำในผู้วัดคนเดียว (Intra-rater reliability) ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 0.91

7. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

7.1 คณะผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตําบลปทุมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตําบลดงหนองห่อ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

7.2 คณะผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และดำเนินการพินิจสิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย การรักษาข้อมูล

เป็นความลับ และการเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม

7.3 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจประเมินความดันโลหิตสูง ถ้ามีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมีความดันโลหิตต่ำ น้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับการประเมินความสามารถในการทรงตัวด้วยการทดสอบ TUGT เพื่อป้องกันการเกิดความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยการอ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบและดำเนินการทดสอบการทรงตัว โดยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งบนเก้าอี้ แล้วลุกจากเก้าอี้ เดินเป็นระยะทาง 3 เมตร และเดินอ้อมกลับมา นั่งบนเก้าอี้ อีกครั้ง บันทึกระยะเวลาในการเดินเป็นวินาที

7.4 การตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น การทดสอบการกระจายของข้อมูลการทรงตัว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยใช้สถิติการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าข้อมูลทุกค่ามีการกระจายตัวไม่เป็นแบบโค้ง (Non-normal distribution) ($p < 0.001$)

8.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficients) และแปลค่าระดับความสัมพันธ์ดังนี้ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.00 แสดงว่าไม่มี

ความสัมพันธ์กัน ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.10-0.39 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.40-0.69 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.70-0.89 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง และค่าสหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.90-1.00 แสดงว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก (Schober, Boer, & Schwarte, 2018)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า จำนวน 136 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.32) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 77.94) มีอายุเฉลี่ย 66.87 ปี ($SD = 4.37$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.71) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.26) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 49.26) รายได้ของครอบครัว

เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 85.29) ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค (ร้อยละ 61.77) ไม่เคยได้รับการผ่าตัดเข่า (ร้อยละ 97.37) ไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 64.71) มีอาการปวดข้อเข่าเล็กน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 97.06) และไม่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 73.53)

ส่วนที่ 2 การทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

การทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 12.93$, $SD = 4.01$) เมื่อพิจารณาระดับของความสามารถในการทรงตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.18) มีความสามารถในการทรงตัวระดับดี และร้อยละ 33.82 ของกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับไม่ดี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนความสามารถในการทรงตัวของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 136$)

ความสามารถในการทรงตัว	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	M	SD	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการทรงตัวโดยรวม	0.00 - ∞	8.00 - 36.00	12.93	4.01	136	100.00
- ระดับดี	0.00 - 13.49	8.00 - 13.49			90	66.18
- ระดับไม่ดี	13.50 - ∞	13.50 - 36.00			46	33.82

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าโดยรวมสามารถปฏิบัติได้เอง ($M = 19.58$,

$SD = .77$) เมื่อพิจารณาระดับของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 136$)

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่เป็นจริง	<i>M</i>	<i>SD</i>	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม	0-20	15-20	19.58	0.77	136	100.00
- ปฏิบัติไม่ได้	0-4	-	-	-	-	-
- ปฏิบัติได้เล็กน้อย	5-8	-	-	-	-	-
- ปฏิบัติได้บางส่วน	9-11	-	-	-	-	-
- ปฏิบัติได้เอง	12-20	15-20	19.58	0.77	136	100.00

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

การทรงตัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.35, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. การทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการทรงตัวเฉลี่ย 12.93 นาที ($M = 12.93, SD = 4.01$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการทรงตัวอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.18) ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (ร้อยละ 77.94) โดยมีอายุเฉลี่ย 66.87 ปี ($M = 66.87, SD = 4.37$) สภาพร่างกายยังไม่เสื่อมตามวัยมากเมื่อเทียบกับวัยผู้สูงอายุตอนกลางหรือวัยผู้สูงอายุตอนปลาย ที่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้การทำงานประสานกันของระบบควบคุมสมดุลการทรงตัวของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลง มีความเสื่อมของการรับรู้สัมผัสข้อต่อ (Proprioception) ความสามารถในการมองเห็นและการควบคุมจากระบบ

ประสาทส่วนกลางทำงานลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการทรงตัวบกพร่อง (พรัลลักษณะ แพเพอร์ เสือโต, ศิริรัตน์ เกียรติภูณานุสรณ์, และนงนุช ล่วงพิน, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ เพ็ชรมานะกิจ, พชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาริกา และวิไล คุปต์นิรติศัยกุล (2560) ที่ศึกษาพบว่าอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชน โดยอายุที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลทำให้ความสามารถในการทรงตัวลดลง 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค (ร้อยละ 61.77) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรคทำให้รับประทุษณยาหลายชนิดร่วมกัน จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการเกิดปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างยาได้ โดยยาบางชนิดอาจทำให้เกิดอาการง่วงซึมส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้สัญญาณความรู้สึกผิดปกติไปและสูญเสียการทรงตัวได้ในที่สุด (จิตาภาดา สามสีทอง, นันทิกานต์ แฉขุนทด, วัลลภา แก้วทนต์, ธีราพร สุภาพันธ์, และศักดิ์สิทธิ์ ศรีภาการ, 2563) 3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 73.53) แสดงถึงร่างกายที่ยังแข็งแรง ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการทรงตัวที่ดีของตนเอง ไม่กลัวที่จะหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา

ของ Gupta and Sharma (2018) ที่พบว่า จำนวนครั้งของการหกล้มในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาของผู้ที่มีปัญหาข้อเสื่อมมีความสัมพันธ์กับความกลัวต่อการหกล้ม และความกลัวต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวที่ลดลง

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ($M = 19.58$, $SD = 0.77$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (ร้อยละ 64.71) และไม่มีประวัติการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 73.53) ซึ่งแสดงถึงสมรรถนะของร่างกายยังมีความคล่องแคล่วแข็งแรง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับดี เนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่เคยหกล้มมาก่อนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดูแลตนเองได้โดยไม่กลัวที่จะหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่มีประสบการณ์การหกล้มมาก่อนจะทำให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ลดลงเนื่องจากความกลัวต่อการหกล้ม (ลลิตา ปักเขมาลัย, 2564)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการทรงตัวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.35$, $p < .01$) โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการทดสอบความสามารถในการทรงตัว (TUGT) เพิ่มขึ้นจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด ICF ที่อธิบายว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมักพบปัญหาด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Body structures and body function) ซึ่งสัมพันธ์กับความสามารถของร่างกายใน

การทำกิจกรรม (Activities) ที่ลดลง (WHO, 2001) ทั้งนี้เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่ลดลงเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเสื่อมลงของกระดูกอ่อนข้อเข่าและเนื้อเยื่อบริเวณข้อเข่า ทำให้พิสัยการเคลื่อนไหวข้อเข่าลดลง ส่งผลกระทบต่อการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทำได้ลำบาก (สุวรรณิ สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เพื่องทอง, และผุสดี สระทอง, 2562) นอกจากนี้การที่พบว่าความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันในการศึกษาค้นคว้านี้ อาจเกี่ยวข้องกับการที่กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีอาการปวดข้อเข่าที่ไม่รุนแรงโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดเท่ากับ 1.80 คะแนน ($M = 1.80$, $SD = 0.83$) ซึ่งอาการปวดข้อเข่าเล็กน้อยทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถทรงตัวได้ดี สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าอาการปวดข้อเข่ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชน (วิญญ์ทัณญ บัญทัน, นพณัฐ จำปาเทศ, รัชนิ นามจินตรา, นิภาพร เหล่าชา, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2559) ผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่ารุนแรงจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมที่ต้องมีการเดินขึ้นลงบันไดหรือการนั่งเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการปวดข้อเข่า (Sugiura, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาของซานโดสและคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุหญิงที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมและมีอาการปวดข้อเข่าเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ระยะเวลาในการทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วย TUGT เพิ่มขึ้นและทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง (Santos, Damiani, Marcon, Haupenthal, & Avelar, 2020)

นอกจากนี้การที่ความสามารถในการทรงตัว

มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน นอกจากจะเกิดจากปัจจัยทางด้านร่างกาย เช่น เกิดจากความเสื่อมของข้อเข่าและระดับความรุนแรงของอาการปวดข้อเข่าแล้ว เหตุผลที่อาจเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่าอาจเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยทางด้านจิตใจด้วยเช่นกัน โดยในการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 73.53) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุไม่กลัวที่จะเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาก่อนจะกลัวการหกล้ม ซึ่งความกลัวต่อการหกล้มจะสัมพันธ์กับความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง (ลลิตา ปักเขมาลัย, 2564)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาค้นคว้ามาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลควรส่งเสริมหรือฟื้นฟูความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ เช่น การ

ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงช่วยในการทรงตัว สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาตัวแปรที่อาจส่งผลทั้งต่อความสามารถในการทรงตัวและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า เช่น ความสามารถในการด้านสติปัญญาการรู้คิด (Cognition) ยาที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ และความกลัวต่อการหกล้ม เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการทรงตัวและโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการปวดข้อเข่า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่กรุณาอนุมัติทุนสนับสนุนการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาเป็นอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

จันทร์ภรณ์ คำทอง, นพวรรณ เปียชื่อ, และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยใช้การสนับสนุนของกลุ่ม และชุมชนต่อภาวะโภชนาการและการปวดเข่าของผู้สูงอายุน้ำหนักเกินที่มีอาการปวดเข่า. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 8-18.

ชุดิกัญจน์ อมรสุภัก. (2561). การออกกำลังกายด้วยตนเอง เพื่อรักษาอาการปวดเข่าได้กระดุกสะบ้า. *เวชบัณฑิตศิริราช*, 11(3), 200-207.

จิตาดาสามสีทอง, นันทิกานต์ แฉขุนทด, วัลลภา แก้วทนต์, ธีราพร สุภาพันธุ์, และศักดิ์สิทธิ์ ศรีภาการ. (2563). ประเมินความเหมาะสมของการได้รับยาาร่วมกันหลายขนานในผู้ป่วยสูงอายุโดยใช้เกณฑ์STOPP/START 2014 ณโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 15(3), 75-83.

ธีระ ผิวเงิน, และชนิษฐา ทุมมา. (2563). การเปรียบเทียบผลของการใช้ลูกประคบไพลและลูกประคบเถาวัลย์เปรียงต่ออาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 18(2), 298-306.

ปวีศ สัจจันท์. (2560). เปรียบเทียบต้นทุนโดยตรงระหว่างการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในคราวเดียวกันครั้งละสองข้าง กับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมครั้งละหนึ่งข้างรวมสองครั้งในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารเวชศาสตร์และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 61(3), 183-190.

พรลักษณ์ แพเพชร เสือโต, ศิริรัตน์ เกียรติกุลานุกรณ์, และนงนุช ล่วงพันธ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาความรู้สึกร่วมกับความสามารถในการทรงตัวในผู้สูงอายุ. *บูรพาเวชสาร*, 6(2), 78-87.

รัตนติยา สันติสถาพร, วาสนา ธรรมธีระศิษฐ์, ปรางฉาย พากะจ่าง, และอภิชาติ สุนทร. (2563). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเลย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(3), 157-166.

ลลิตา ปักเขมาภัย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(1), 166-181.

วลัยลักษณ์ กุลไทย, และฉกาจ ผ่องอักษร. (2560). การศึกษาเปรียบเทียบผลของคลื่นกระแทกชนิดเรเดียลกับคลื่นเสียงความถี่สูงในการลดอาการปวดในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *เวชศาสตร์ฟื้นฟู*, 27(1), 18-24.

วิญญ์ทัณญ บัญทัน, นพณัฐ จำปาเทศ, รัชนิ นามจันทร์, นิภาพร เหล่าชา, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวด ข้อฝืดความสามารถในการใช้งานข้อกับการทรงตัวของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนเทศบาลตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 19(38), 1-12.

สแกนต์ บุญนา, วิชัย เอกพลากร, กฤษณา ตรีมณีนรัตน์, และนิสสร่า แผ่นศิลา. (2563). รายงานการวิจัยการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรคและความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย. สืบค้นจาก <https://thaitgri.org/?p=39577>

- สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, พัชรินทร์ พุทธิรักษา, สุพิน สาริกา, และวิไล คุปต์นิริติศัยกุล. (2560). ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. *วารสารกายภาพบำบัด*, 39(2), 52-62.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน, ภัณฑิรา เพื่องทอง, และผุสดี สระทอง. (2562). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(2), 197-210.
- Angin, E., Can, F., Iyigun, G., Kirmizigil, B., Malkoc, M., & Deger, U. (2016). Does balance influence daily living activities and quality of life in community-dwelling older adult. *Physiotherapy*, 102(Supplement 1), E227-E228.
- Arthritis foundation. (2019). *Arthritis By the Numbers*. Retrieved from <https://www.arthritis.org/getmedia/e1256607-fa87-4593-aa8a-8db4f291072a/2019-abtn-final-march-2019.pdf>
- Clynes, M. A., Jameson, K. A., Edwards, M. H., Cooper, C., & Dennison, E. M. (2019). Impact of osteoarthritis on activities of daily living: does joint site matter? *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(8), 1049-1056.
- Doré, A. L., Golightly, Y. M., Mercer, V. S., Shi, X. A., Renner, J. B., Jordan, J. M., & Nelson, A. E. (2015). Lower-extremity osteoarthritis and the risk of falls in a community-based longitudinal study of adults with and without osteoarthritis. *Arthritis care & research*, 67(5), 633-639.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Fong, J. H. (2019). Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatrics* 19(1), 323.
- Fukutani, N., Iijima, H., Aoyama, T., Yamamoto, Y., Hiraoka, M., Miyanobu, K., ... Matsuda, S. (2016). Knee pain during activities of daily living and its relationship with physical activity in patients with early and severe knee osteoarthritis. *Clinical Rheumatology*, 35(9), 2307-2316.
- Gupta, G., & Sharma, A. (2018). Impact of osteoarthritis on balance, perceived fear of fall and quality of life. *Orthopedics and Rheumatology Open Access Journal (OROAJ)*, 11(5), 1-7.
- Iijima, H., Aoyama, T., Fukutani, N., Isho, T., Yamamoto, Y., Hiraoka, M., ... Matsuda, S. (2018). Psychological health is associated with knee pain and physical function in patients with knee osteoarthritis: an exploratory cross-sectional study. *BMC psychology*, 6(1), 19-28
- Kim, G. M., Hong, M. S., & Noh, W. (2018). Factors affecting the health-related quality of life in community-dwelling elderly people, *PHN Public Health Nursing*, 35(6), 482-489.

- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Medhi, G. K., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya, H., Bora, P. J., Visi, V. (2019). Association between health related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5), 1760-1764.
- 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.
- Santos, M. A., Damiani, P., Marcon, A. C. Z., Haupenthal, A., & Avelar, N. P. C. (2020). Influence of knee osteoarthritis on functional performance, quality of life and pain in older women. *Fisioter Mov*, 33, 1-9.
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*, 126(5), 1763-1768.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical Therapy*, 80(9), 896-903.
- Sugiura, H., & Demura, S. (2013). Effects of mild and severe knee joint pain on various activities of daily living in the female elderly. *Pain Research and Treatment*, 2013, 989508.
- Vitaloni, M., Botto-van Bemden, A., Sciortino Contreras, R. M., Scotton, D., Bibas, M., Quintero, M., ... Verges, J. (2019). Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: A systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 493.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health*. Geneva, Switzerland: ICF. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf;jsessionid=BCC49B6EE7A9C389C64E30BE3613496A?sequence=1> pages 1-311.
- Zasadzka, E., Borowicz, A. M., Roszak, M., & Pawlaczyk, M. (2015). Assessment of the risk of falling with the use of timed up and go test in the elderly with lower extremity osteoarthritis. *Clin Interv Aging*, 10, 1289-1298.
- Zhang, Y., Xiong, Y., Yu, Q., Shen, S., Chen, L., & Lei, X. (2021). The activity of daily living (ADL) subgroups and health impairment among Chinese elderly: a latent profile analysis. *BMC Geriatrics* 21(1), 30-43.



ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย
ต่อการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะของนักศึกษาพยาบาล
**Effect of Entrustable Professional Activity Promoting Program on
Self-Efficacy and Suction of Secretion Procedure of
Nursing Students**

จิราวรรณ กล่อมเมฆ, ปร.ด., Jirawan Klommek, Ph.D.^{1*}

วรวัลย์ บรรลือทรัพย์, พย.ม., Worawalun Bunluesup, M.N.S.²

ปัทมา ฟ้าขาว, พย.บ., Pathama Fahkao, B.N.S.³

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

¹Associate Professor, Ph.D., Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

²Lectural, Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

³Registered nurse professional specialist, Queen Sirikit National Institute of Child Health

*Corresponding Author Email: jirawan@apiu.edu

Received: August 2, 2023

Revised: November 20, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยต่อการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบทางเดินหายใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น ชั้นปีที่ 3 จำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากเกรดที่เท่า ๆ กัน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คน กลุ่มทดลอง ปฏิบัติ 3 ขั้นตอน คือ 1) นักศึกษาเป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ไม่ให้ปฏิบัติกิจกรรม 2) นักศึกษาปฏิบัติกิจกรรมภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศอย่างใกล้ชิด และ 3) นักศึกษาปฏิบัติกิจกรรมภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศอย่างห่าง ๆ นักศึกษากลุ่มเปรียบเทียบ ปฏิบัติกิจกรรมภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังปฏิบัติกิจกรรมเสร็จด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็ก และแบบประเมินการปฏิบัติการดูดเสมหะ

ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง .67-1.00 และค่าความเที่ยง เท่ากับ .95 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะหลังเข้าโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติ การดูดเสมหะ
นักศึกษาพยาบาล

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of the entrust-able professional activity (EPA) strengthening program on self-efficacy and to provide practice with the secretion suctioning procedure through nasal and cavity in young children for nursing students. Data collection was performed at the Pediatric Respiratory Ward of the Queen Sirikit National Institute of Child Health. The participants were purposively recruited from 60 nursing students studying in their third year at the Mission Faculty of Nursing, and they were separated into two groups of 30 students each by equalized averaged grades. The intervention assigned to the experimental group consisted of three steps applied in the following sequence: 1) students observed, no practice assigned, 2) students practiced under close supervision of the instructors, and 3) students practiced under distance supervision of the instructors. The students in the control group only practiced under the supervision of the instructors. Data were collected at the end of the practicum using the self-efficacy of secretion suctioning procedure in young children questionnaire, and practicing of suctioning procedure in young children evaluation, IOC = .67 - 1 and reliability index = .95. Statistics used for analysis of data were descriptive statistics and t-test. The results were: the average scores of self-efficacy and practice of secretion suctioning procedure for students in the experimental group were higher after attending the intervention than they were before, and were significantly higher than the scores for students in the control group ($p < .05$).

Keywords: *entrustable professional activity promoting program, perceived Self-Efficacy in suction of secretion and suction of secretion procedure, student nurse*

บทนำ

เด็กที่มีปัญหาทางเดินหายใจ ต้องได้รับการดูแล มีจำนวนมาก ทักษะการดูแลด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กจึงจำเป็นต้องมีการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติที่ถูกต้อง หากการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติไม่ถูกต้อง จะทำให้เด็กมีเสมหะคั่งค้างและอุดกั้นในทางเดินหายใจ ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะพร่องออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือด เกิดภาวะหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้ (กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์, 2562) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง พบมากในผู้ป่วยเด็กเล็กอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี เนื่องจากท่อทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก ภูมิคุ้มกันของร่างกายน้อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กเล็กเสียชีวิต (วิมลพรรณ สังข์สกุลการ, 2565) เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จะกระตุ้นให้ร่างกายผลิตเสมหะมากขึ้น เสมหะเหนียวและกลไกการไอไม่มีประสิทธิภาพ (กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์, 2562) จากสถิติปี พ.ศ. 2563 ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบทางเดินหายใจ พบผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมากที่สุด จำนวน 685 คน จากจำนวนทั้งหมด 1,015 คน คิดเป็นร้อยละ 67.48 ซึ่งการพยาบาลเพื่อการระบายเสมหะที่คั่งค้างและการอุดกั้นทางเดินหายใจที่สำคัญ คือ การดูดเสมหะทางจมูกและปากอย่างมีประสิทธิภาพ (กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์, 2562) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (Entrustable Professional Activity: EPAs) ในการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก จึงเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่สำคัญสำหรับนักศึกษาพยาบาล

สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (Entrustable Professional Activity: EPAs) หมายถึง กิจกรรมหรือส่วนของงานทางวิชาชีพที่ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในผู้รับการฝึกอบรม เป็นสมรรถนะที่มุ่งหวังให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีการกำกับดูแล (AI-Moteri, 2020; สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรีัญญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบัตร, 2563) ปัจจุบัน สภาการพยาบาล สร้างหลักสูตรต้นแบบ พ.ศ. 2564 สำหรับหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต แบ่งระดับกิจกรรมที่นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติได้อย่างน่าเชื่อถือตามสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตจบใหม่ 5 ระดับ ประกอบด้วย ระดับที่ 1 หมายถึง มีความรู้แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ ระดับที่ 2 หมายถึง ลงมือปฏิบัติได้และต้องมีอาจารย์สอนหรือกำกับใกล้ชิด ระดับที่ 3 หมายถึง ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลือ ระดับที่ 4 หมายถึง ลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเอง และระดับที่ 5 หมายถึง สอนหรือกำกับผู้เรียนรุ่นน้องในขณะปฏิบัติงาน (สภาการพยาบาล, 2564) ซึ่งจากการศึกษา สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของพยาบาลจบใหม่ที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้จริงตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลและพยาบาลคลินิก พบว่าพยาบาลจบใหม่ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีผู้สังเกตอยู่ห่างๆ เช่น ทำเตียง ดูแลความสะอาดปากและฟัน อาบน้ำผู้ให้บริการ เป็นต้น รองลงมา คือ สามารถปฏิบัติได้และต้องมีผู้สังเกตพร้อมช่วยเหลือได้ทันที เช่น จัดท่าเตรียมตรวจต่าง ๆ สวมล้างช่องคลอด เป็นต้น (สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรีัญญา ต.เทียนประเสริฐ, และบุศรา กาญจนบัตร, 2563) และการศึกษากิจกรรมด้านทักษะพิสัยของพยาบาลและผดุงครรภ์จบใหม่ พบว่าการดูดเสมหะทางจมูกและปาก เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจบใหม่ปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้สังเกตอยู่ห่าง ๆ

(สตรีรัตน์ ธาดากานต์ และสุมลชาติ ดวงบุบผา, 2563) รวมทั้งสภาการพยาบาลกำหนดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ในวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สำหรับนักศึกษาปีที่ 3 เกี่ยวกับการเคาะปอดและการดูดเสมหะทางปากและจมูก อยู่ในระดับ 3 คือลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ (สภาการพยาบาล, 2564) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงควรให้สอดคล้องกับสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด

การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก โดยให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับหุ่นในห้องปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยบริการจริง เมื่อนักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติ อาจารย์จะดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กกับผู้ป่วยบริการให้นักศึกษาดูเป็นตัวอย่าง และให้นักศึกษาลงมือปฏิบัติตามมาตรฐานแบบประเมิน Rubric score ของคณะพยาบาลศาสตร์มิชซัน (คณะพยาบาลศาสตร์มิชซัน, 2563) กับผู้ป่วยบริการ โดยอาจารย์ให้ความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทุกครั้ง ส่งผลให้นักศึกษาเกิดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยระดับ 2 คือ ลงมือปฏิบัติได้และต้องมีอาจารย์กำกับใกล้ชิดตลอดเวลา และจากการสัมภาษณ์อาจารย์ที่คณะพยาบาลศาสตร์อื่น ๆ พบว่า อาจารย์นิเทศต้องดูแลนักศึกษาดูดเสมหะอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เนื่องจากกังวลว่านักศึกษาทำไม่ถูก ดูดเสมหะไม่หมด และทำให้ผู้ป่วยเด็กเลือดออก จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบผลการศึกษาการนำแนวคิดสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยมาใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลได้ด้วยตนเอง ดังนั้นคณะผู้วิจัย กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จึงคัดเลือกกิจกรรมการดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กด้วยเครื่องดูดเสมหะ ให้เป็นกิจกรรมที่มุ่งหวัง

ให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และมั่นใจภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศอย่างห่าง ๆ ด้วยการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยต่อการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 โดยใช้กรอบแนวคิด สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของสภาการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติสำหรับอาจารย์นิเทศ และให้ผู้เรียนมีสมรรถนะปฏิบัติกิจกรรมนี้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมั่นใจด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย

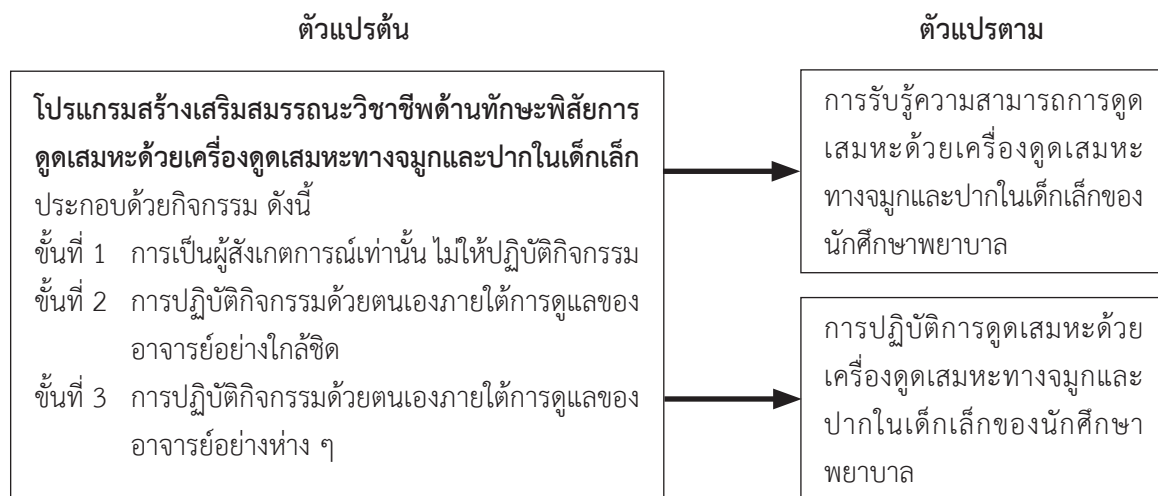
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิด สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย (Entrustable Professional Activity: EPAs) ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย (สภาการพยาบาล, 2564) ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก

และวัยรุ่น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 นักศึกษาเป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ไม่ให้ปฏิบัติกิจกรรม ขั้นที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองภายใต้การดูแลของอาจารย์

อย่างใกล้ชิด ขั้นที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองภายใต้การดูแลของอาจารย์อย่างห่าง ๆ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น ชั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบทางเดินหายใจ ตึกมิตติลาภิเศกชั้น 10 ก จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดย G* Power กำหนด effect size .7 และ power .8 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 52 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากนักศึกษาปฏิบัติการดูแลห่มในผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริงอาจไม่ครบ 5 ครั้ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากเกรดที่เท่า ๆ กัน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริม

สมรรถนะวิชาชีพด้านพิสัย 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ 30 คน โดยจัดกลุ่มทดลองแยกจากกลุ่มเปรียบเทียบ และจัดให้ฝึกสลับกัน กลุ่มละ 5 วัน

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

3.1 เรียนวิชาการพยาบาลพื้นฐาน 1 และ 2 และปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานผ่านแล้ว

3.2 เรียนวิชาการพยาบาลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจแล้ว

3.3 ได้รับมอบหมายให้ดูแลเด็กอายุ 1 เดือนถึง 2 ปี ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบ และโรคหลอดลมฝอยอักเสบ มีอาการคงที่ หายใจ Room air หรือ On Oxygen cannula

3.4 ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและคาดว่าจะสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

คือ กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริงไม่ครบ 5 ครั้ง

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษา จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ และคะแนนเฉลี่ยสะสม

1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลหัดผู้ป่วยเด็ก พัฒนาจากแบบประเมินการฝึกปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็ก ของคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น (คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น, 2563) เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ คะแนน 1 (มั่นใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (มั่นใจมากที่สุด) จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-125 แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1.2.1 การเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ จำนวน 3 ข้อ

1.2.2 การเตรียมผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

1.2.3 การเตรียมตัวของนักศึกษา จำนวน 2 ข้อ

1.2.4 ปฏิบัติการดูดเสมหะ จำนวน 8 ข้อ

1.2.5 ปฏิบัติหลังการดูดเสมหะเสร็จ จำนวน 5 ข้อ

1.3 แบบประเมินการปฏิบัติการดูแลหัดผู้ป่วยเด็ก พัฒนาจากแบบประเมินการฝึกปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็ก ของคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น (คณะพยาบาล

ศาสตร์มิชชั่น, 2563) เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ คะแนน 1 (ปฏิบัติได้น้อยครั้ง) ถึง 4 (ปฏิบัติถูกต้องทุกครั้ง) จำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25-100 แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1.3.1 การเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ จำนวน 3 ข้อ

1.3.2 การเตรียมผู้ป่วย จำนวน 7 ข้อ

1.3.3 การเตรียมตัวของนักศึกษา

1.3.4 ปฏิบัติการดูดเสมหะ จำนวน 8 ข้อ

1.3.5 ปฏิบัติหลังการดูดเสมหะเสร็จ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

2.1 จัดตารางวันและเวลาขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาล ปฐมนิเทศรายวิชาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

2.2 ให้นักศึกษาทำแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูแลหัดผู้ป่วยเด็ก และแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลหัดผู้ป่วยเด็ก (Pre-test) ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย ประมาณ 20-30 นาที

2.3 ดำเนินการตามโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 2 ปี ของนักศึกษาพยาบาล โดยมีกระบวนการดังนี้

ขั้นที่ 1 การเป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ไม่ให้ปฏิบัติกิจกรรม (ระดับ 1) โดยอาจารย์ให้ความรู้ อธิบายรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน และปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากให้นักศึกษาดูตามแบบประเมินการปฏิบัติการดูแลหัด

ด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็ก (Rubric score) ของคณะพยาบาลศาสตร์มิชซัน (คณะพยาบาลศาสตร์มิชซัน, 2563) ในห้องปฏิบัติการพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) อาจารย์ทบทวนความรู้และคู่มือวิธีการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็กตามแบบประเมิน Rubric score ของคณะพยาบาลศาสตร์มิชซัน เนื้อหารายละเอียดประกอบด้วย การเตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะ การเตรียมผู้ป่วย การเตรียมตัวนักศึกษา ปฏิบัติการดูดเสมหะ และปฏิบัติหลังการดูดเสมหะเสร็จ ประมาณ 30 นาที

2) อาจารย์สาธิตการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากกับหุ่นเด็กเล็ก ตามแบบประเมิน Rubric score ในห้องปฏิบัติการพยาบาล โดยให้นักศึกษาเป็นผู้สังเกตการณ์ ประมาณ 10-15 นาที

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของอาจารย์อย่างใกล้ชิด (ระดับ 2) โดยปฏิบัติดังนี้

1) ฝึกปฏิบัติการดูดเสมหะกับหุ่นเด็กในสถานการณ์จำลองจนสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องทุกขั้นตอนตามแบบประเมิน Rubric score ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศอย่างใกล้ชิด อย่างน้อย 1-2 ครั้ง ประมาณ 10 นาทีต่อคน

2) ฝึกปฏิบัติการดูดเสมหะกับผู้ป่วยเด็กเล็ก ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบทางเดินหายใจ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดังนี้

ครั้งที่ 1 อาจารย์นิเทศปฏิบัติการดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็ก ตามขั้นตอนของแบบประเมิน Rubric score ในสถานการณ์จริง และนักศึกษาเป็นผู้สังเกตการณ์

ครั้งที่ 2 นักศึกษาปฏิบัติการดูดเสมหะในผู้ป่วยที่ได้ดูแล ตามขั้นตอนของแบบประเมิน Rubric score ภายใต้การดูแลของอาจารย์นิเทศอย่างใกล้ชิด (hand by hand) อย่างน้อย 2 ครั้ง

ขั้นที่ 3 ปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองภายใต้การดูแลของอาจารย์อย่างห่าง ๆ (ระดับ 3)

ครั้งที่ 3 นักศึกษาดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้ดูแลด้วยเครื่องดูดเสมหะตามขั้นตอนของแบบประเมิน Rubric score ด้วยตนเองและมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลือ หากนักศึกษาปฏิบัติไม่ถูกต้องตามขั้นตอน เช่น ไม่ล้างมือ หรือไม่มัดสายดูดเสมหะก่อนดูดเสมหะ เปิดความดันในการดูดเสมหะไม่ถูกต้อง แนวทางป้องกัน คือ อาจารย์นิเทศเน้นย้ำหรือทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติ ก่อนลงมือปฏิบัติจริง ความเสี่ยงด้านผู้ป่วยเด็ก เช่น มีเลือดออกจำนวนมาก หรือหายใจเหนื่อยหอบ หรือร้องดิ้นมาก แนวทางการแก้ไข คือ ให้หยุดการปฏิบัติทันที เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอันตราย หลังจากนั้นอาจารย์นิเทศให้นักศึกษาสะท้อนการเรียนรู้ในการดูดเสมหะด้วยตนเอง เสริมจุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา และให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 นักศึกษาดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กด้วยตนเอง มีอาจารย์พร้อมช่วยเหลือ และได้คะแนนผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมิน Rubric score

ครั้งที่ 5 นักศึกษาดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กที่ได้ดูแลตามขั้นตอนของแบบประเมิน Rubric score ด้วยตนเองและมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลืออยู่อย่างห่างๆ และให้ประเมินแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็ก และแบบประเมินการปฏิบัติการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็ก (Post-test)

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC : Index of item objective congruence) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็ก และแบบประเมินการปฏิบัติการดูดเสมหะผู้ป่วยเด็ก เท่ากับ .67-1 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .95 ทั้ง 2 ฉบับ

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม (RRDC 2021-96) ของมหาวิทยาลัยนาชาโดเอเชีย-แปซิฟิก และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลขที่รับรอง REC. 127/2564 คณะผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยอย่างละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุป

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 โดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้ากลุ่มภารกิจพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่นเพื่อขอเก็บข้อมูล ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขั้นตอนการวิจัยโดยไม่ปิดบัง เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้อิสระในการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผลการศึกษา และเห็นใบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

สำหรับผู้ดูแลเด็ก ผู้วิจัยถามความสมัครใจ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมระบบทางเดินหายใจ ดึกมิตาลาพิเศษชั้น 10 ก อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การรักษาสิทธิ และความลับของเด็ก รวมทั้งให้ผู้ดูแลเด็กอ่านเอกสารชี้แจงจนเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามจนเข้าใจ ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องระบุเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และเห็นใบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

8. การวิเคราะห์ข้อมูล

8.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ด้วยสถิติ dependent t-test

8.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูแลหัดด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล หลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ ด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

นักศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 88.30) อายุน้อยสุด 19 ปี อายุมากที่สุด 35 ปี อายุเฉลี่ย 21.55 (SD = 2.55) คะแนนเฉลี่ยสะสม มากกว่า 2.50-3.00 พบมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ 3.00-3.50 พบร้อยละ 35.00 และคะแนนเฉลี่ย 2.00-2.50 พบน้อยที่สุด (ร้อยละ 11.70)

กลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.00) อายุ น้อยสุด 2 เดือน และอายุมากที่สุด 27 เดือน อายุเฉลี่ย 14.40 (SD = 8.12) อายุระหว่าง 2 เดือน - 12 เดือน พบมากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.70) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 13 เดือน - 24 เดือน พบจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.30) ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมากที่สุด จำนวน 24 คน (ร้อยละ 80.00) โรคหลอดลมอักเสบ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.70) และโรคหลอดลมฝอยอักเสบ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.30) สำหรับ นักศึกษา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 3.36 (SD = .45) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เท่ากับ 3.60 (SD = .49) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 3.11 (SD = .55) หลังเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ย

โดยรวมเท่ากับ 4.31 (SD = .31) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 4.75 (SD = .29) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ 3.88 (SD = .40)

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 56.70) อายุน้อยสุด 6 เดือน และอายุมากที่สุด 27 เดือน อายุเฉลี่ย 16.10 (SD = 6.12) อายุระหว่าง 13 เดือน – 24 เดือน พบมากที่สุด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.70) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 6 เดือน – 12 เดือน พบจำนวน 10 คน (ร้อยละ 33.30) ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมากที่สุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.30) โรคหลอดลมอักเสบ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 26.70) สำหรับ นักศึกษาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 3.08 (SD = .50) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 3.39 (SD = .62) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ

2.77 (SD = .48) หลังเข้าโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 4.04 (SD = .40) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ เท่ากับ 4.52 (SD = .49) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เท่ากับ 3.55 (SD = .39)

นักศึกษากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทาง จมูกและปากในเด็กเล็ก หลังเข้าโปรแกรม (M = 4.75, SD = .29) มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (M = 3.60, SD = .49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (M = -11.300, p = .000) และคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติ การดูแลตนเองหลังเข้าโปรแกรม (M = 3.88, SD = .40) มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (M = 3.11, SD = .55) อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -6.771, p = .000) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติในการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทาง จมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะ วิชาชีพด้านทักษะพิสัยของกลุ่มทดลอง (n = 30)

กลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		dependent t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความสามารถ	3.60	.49	4.75	.29	-11.300*	.000
การปฏิบัติในการดูแลตนเอง	3.11	.55	3.88	.40	-6.771*	.000

*** p-value < .001

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถ ในการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปาก ในเด็กเล็ก หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูด

เสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก (M = 4.75, SD = .29) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (M = 4.52, SD = .49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (t = 2.130, p = .37)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแล เองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก

หลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก ($M = 3.88$, $SD = .40$) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 3.55$, $SD = .39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($t = 3.216$, $p = .002$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล หลังเข้าโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		Independent t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
การรับรู้ความสามารถ	4.75	.29	4.52	.49	2.130*	.037
การปฏิบัติการดูแลตนเอง	3.88	.40	3.55	.39	3.216*	.002

*p-value < .05, **p-value < .01

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก หลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูแลตนเองด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก หลังเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อธิบายได้ว่า การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติตามปกติซึ่งเป็นปกติที่ทำงานมานาน อาจไม่เพียงพอต่อการทำให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ความสามารถและ

การปฏิบัติการดูแลตนเองทางจมูกและปากในเด็กเล็กได้ด้วยตนเอง เนื่องจาก การปฏิบัติการดูแลตนเองทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็กในสถานการณ์จริงเป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการทำให้ผู้ป่วยเด็กเล็กเกิดเลือดออกในจมูกและหรือในปากและกลัวจากความเจ็บปวด (อมรพันธ์ สิงห์พล, 2564) เด็กจะตื่น ร้องไห้มากไม่ยอมห่างจากผู้ดูแล ต้องให้ผู้ดูแลอดกลั้นขณะดูแลและจึงเป็นสาเหตุให้นักศึกษาเกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองทางจมูกและปากกับผู้ป่วยเด็กเล็ก รวมทั้งอาจารย์จะดูแลนักศึกษาแบบใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อป้องกันความผิดพลาดขณะนักศึกษาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และไม่ได้กำหนดว่านักศึกษาต้องสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็กได้โดยมีอาจารย์ดูแลอยู่ห่าง ๆ ตามสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของบัณฑิตจบใหม่ได้ในระดับที่ 3

คือ นักศึกษาสามารถลงมือปฏิบัติได้ด้วยตนเองและมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลือทาง ๆ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนดในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรต้นแบบ (สภาการพยาบาล, 2564)

สำหรับโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย เป็นการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองและให้เวลานักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทางจมูกและปากในผู้ป่วยเด็กเล็กในสถานการณ์จริงด้วยตนเองหลาย ๆ ครั้ง และมีอาจารย์พร้อมช่วยเหลือ โดยกำหนดขั้นตอนที่ชัดเจน ตั้งแต่การทบทวนความรู้ วัตถุประสงค์ การปฏิบัติการดูแลด้วยเครื่องดูแลทางจมูกและปากกับหุ่นเด็กตามแบบประเมิน Rubric score ทบทวนขั้นตอนการปฏิบัติตามแบบประเมิน Rubric score ก่อนการปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์จริง และอาจารย์ปฏิบัติให้นักศึกษาดูเป็นตัวอย่าง นักศึกษาปฏิบัติการดูแลภายใต้การนิเทศของอาจารย์อย่างใกล้ชิด (hand by hand) อย่างน้อย 2 ครั้ง อาจารย์สะท้อนการเรียนรู้ในการดูแลของนักศึกษา เสริมจุดเด่น จุดที่ควรพัฒนา และให้กำลังใจจนนักศึกษาเกิดความมั่นใจ สุดท้ายให้นักศึกษาดูแลด้วยตนเองจนได้คะแนนผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมิน Rubric score นักศึกษาจึงเกิดความมั่นใจในความสามารถและปฏิบัติการดูแลได้ด้วยตนเอง โดยมีอาจารย์ดูแลอย่างห่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง พบว่านักศึกษาที่มีทักษะประสบการณ์ตั้งแต่ในห้องปฏิบัติการพยาบาล มีโอกาสฝึกประสบการณ์บ่อยเมื่อขึ้นปฏิบัติทางคลินิก ปฏิบัติกับผู้ให้บริการทุกวัน ปฏิบัติด้วยตนเอง และมีอาจารย์นิเทศที่ดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลต่อการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัยของนักศึกษา (ชลธิชา ชลสวัสดิ์, สุลี ทองวิเชียร, และกรองแก้ว มีนวล, 2564) และสอดคล้องกับบทความ

ของ ชีรพันธ์ เชิญรัมย์ (2563) กล่าวว่า การปฏิบัติด้วยตนเองจากประสบการณ์จริง และการสะท้อนการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียนพัฒนาการเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจากกระบวนการขบคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหา รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า กิจกรรมการดูแลทางปากและจมูก เป็นกิจกรรมที่บัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์จบใหม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองและต้องมีผู้สังเกตอยู่ห่าง ๆ (พิชญ์สินี มงคลศิริ และคณะ, 2564; สตรีรัตน์ ธาดากานต์ และ สุมลชาติ ดวงบุบผา, 2563) ดังนั้นโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย จึงส่งผลให้นักศึกษาเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยเครื่องดูแลทางจมูกและปากในเด็กเล็กด้วยตนเองมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่สำคัญ พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัย มีการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติการดูแลทางจมูกและปากในเด็กเล็กด้วยเครื่องดูแล สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่านักศึกษาที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นผู้บริหารและอาจารย์ผู้รับผิดชอบหลักสูตร ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้นำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยไปใช้ในการพัฒนาการจัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทางการพยาบาลที่สภาการพยาบาลกำหนดให้นักศึกษาพยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และต้องมีผู้สังเกตอยู่ห่าง ๆ โดยเน้นให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติกับหุ่นได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอนอย่างน้อย 1-2 ครั้ง ในห้องปฏิบัติการพยาบาล และในหอผู้ป่วย อาจารย์ควรปฏิบัติเป็นตัวอย่าง ก่อนให้นักศึกษาปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์อย่างใกล้ชิด (hand by hand)

อย่างน้อย 2 ครั้ง จนนักศึกษาเกิดความมั่นใจและปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงให้เป็นนักศึกษาปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีอาจารย์ดูแลอย่างห่าง ๆ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การนำโปรแกรมสร้างเสริมสมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยต่อการรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติ การดูแลด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็กของนักศึกษาพยาบาล พบว่า หลังจากนักศึกษา

ปฏิบัติภายใต้การดูแลของอาจารย์อย่างใกล้ชิด (hand by hand) อย่างน้อย 2 ครั้ง นักศึกษาบางคนยังไม่มั่นใจและไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เนื่องจากได้ผู้ป่วยเด็กเล็กและดื้อมาก ทำให้นักศึกษากลับ การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรพัฒนาโปรแกรมนี้ให้เหมาะสมกับนักศึกษาแต่ละคน เช่น เพิ่มการประเมินความพร้อมด้านจิตใจ รวมทั้งควรเพิ่มการติดตามการคงอยู่สมรรถนะการดูแลหะก่อนสำเร็จการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และสุภา คำมะฤทธิ์ (2562). การพยาบาลเพื่อลดการคั่งค้างของเสมหะในผู้ป่วยเด็ก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 30(1), 216-225.

กลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์มิซซัน. (2563). *เกณฑ์การให้คะแนน Rubric score เรื่อง การเคาะทรวงอก และดูดเสมหะด้วยเครื่องดูดเสมหะทางจมูกและปากในเด็กเล็ก*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนานาชาติ เอเชีย-แปซิฟิก.

ชลธิชา ชลสวัสดิ์, สุลี ทองวิเชียร, และกรองแก้ว มีนวล. (2564). สมรรถนะวิชาชีพด้านทักษะพิสัยของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 11-19.

ธีรพันธ์ เชิญรัมย์. (2563). องค์การแห่งการเรียนรู้: การเรียนรู้จากการปฏิบัติ. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 3(1), 185-196.

พิชญ์สินี มงคลศิริ, จุรีรัตน์ กิจสมพร, สตรีรัตน์ ชาติกานต์, สุลี ทองวิเชียร, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, วัชร อมรโรจน์วรวุฒิ, และชนมณีภา ใจดี. (2564). การกำหนดระดับความไว้วางใจให้ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลวิชาชีพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต: การศึกษาเบื้องต้นในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 161-176.

วิมลพรรณ สังข์สกุลการ. (2565). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ*. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส. สตรีรัตน์ ชาติกานต์ และสุมลชาติ ดวงบุบผา. (2563). กิจกรรมในขอบเขตวิชาชีพด้านทักษะพิสัยที่เชื่อมั่นได้ในบัณฑิตพยาบาลและผดุงครรภ์ จบใหม่ : การศึกษาแบบเดลฟาย. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 26(2), 246-262.

สภาการพยาบาล. (2564). *หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรต้นแบบ สภาการพยาบาล พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.

- สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ศรีัญญา ต.เทียนประเสริฐ, และ
นุศรา กาญจนบัตร. (2563). สมรรถนะวิชาชีพ
ด้านทักษะพิสัยของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการ
ศึกษาใหม่. *วารสารการพยาบาลและการดูแล
สุขภาพ*, 38(1), 69-77.
- อมรพันธ์ สิงห์พล. (2564). ผลการใช้ MU Sucker
ระบายนเสมหะในผู้ป่วยเด็กเล็กต่อการบาดเจ็บ
และความพึงพอใจของผู้ดูแล. *วารสารกรม
การแพทย์*, 46(1), 237-242.
- Al-Moteri, M. (2020). Entrustable professional
activities in nursing: A concept analysis.
International Journal of Nursing Sciences,
7(3), 277-284.



ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการ
แบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพสุราในชุมชน

**The Effectiveness of Knowledge and Practice Development
Program of Youth in Supporting Emergency Services for
Alcoholics in the Community**

นิตยา บุญลือ, พย.ม., Nittaya Boonlue, M.N.S.^{1*}

พรพรรณ มนัสจกุล, ประ.ด., Pornpun Manasatchakun, Ph.D.²

เกศราภรณ์ ชูพันธ์, ประ.ด., Kesaraporn Choopun, Ph.D.²

สุมิตรพร จอมจันทร์, พย.ม., Sumitporn Chomchan, M.N.S.¹

¹อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute

²อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Lecturer, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing,

Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: Nitayaboona@bcnc.ac.th

Received: December 21, 2022 Revised: November 23, 2023 Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพสุราในชุมชน โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนใน ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่อายุระหว่าง 15-25 ปี จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพสุราในชุมชน 2) แบบประเมินความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา 3) แบบประเมินความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 4) แบบประเมินทักษะการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุรา และช่วยเหลือขั้นต้น และ 5) แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โปรแกรมและเครื่องมือผ่าน

การตรวจสอบความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านโดยแบบประเมินมีค่าความตรงเชิงเนื้อหาสูงกว่า .67 และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ซึ่งมีค่า เท่ากับ .84, .85, .80 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ t-test dependent เพื่อทดสอบสมมติฐาน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพสุราในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะ เยาวชน บริการแบบฉุกเฉินบุคคลที่เสพสุราในชุมชน การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

Abstract

This is a quasi-experimental study to examine the program's results in developing young knowledge and abilities in supporting emergency services for persons who use alcohol in the community. The single-group research design measured participants' performance before and after the intervention. Purposive sampling was employed to select 30 participants aged 15 to 25 from the Donkaew Subdistrict, Maerim District, Chiangmai Province. Five research tools were used in this study: 1) A program to increase adolescent knowledge and abilities in supporting emergency services for those who use alcohol in the community, 2) a form for assessing knowledge of alcohol and alcohol-related crises, 3) a form for assessing basic life support knowledge, 4) a form for evaluating alcohol emergencies and first aid, and 5) a form for assessing basic life support skills. Three experts ensured the validity of the programs and tools, with the evaluation form demonstrating content validity exceeding .67. Reliability was confirmed using Cronbach's alpha coefficients of .84, .85, .80, and .82, respectively. Data analysis involved descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and t-tests. The results showed that participants in a program focused on improving teenagers' knowledge and abilities in providing emergency assistance to those who use alcohol in the community displayed increased performance in all categories when compared to their pre-program levels. At the .05 level, the observed improvement was statistically significant ($p < .05$)

Key words: knowledge and skill development program, youth, Emergency services for people who use alcohol in the community, basic life support

บทนำ

ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบมีการดื่มสุรา 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 28.4 เป็นผู้ดื่มสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.5 และเป็นผู้ที่ดื่มนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 15.9 กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด ร้อยละ 36 กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี มีอัตราการดื่มสุราต่ำสุด ร้อยละ 13.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน มีสมาชิกในครัวเรือนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 80 ของครัวเรือน ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มทุกสัปดาห์ ร้อยละ 28.9 ความชุกในการดื่มที่เกินมาตรฐานร้อยละ 28.6 (ขวัญจิตร ศรีษาคำ, อังสนา บุญธรรม, อุมาวดี เหลาทอง , และธราดล เก่งการพานิช, 2563) ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป มีปัญหาพฤติกรรมดื่มสุรา 2.7 ล้านคน ดื่มแบบอันตราย 1.8 ล้านคน และดื่มแบบติด 9 แสนคน ผู้มีปัญหาการดื่มสุราได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 9.83 (พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2564) การดื่มสุราเกิดปัญหาสุขภาพทางกาย และปัญหาสุขภาพจิต อาการทางสุขภาพจิตจากการดื่มสุราที่พบบ่อยและมีอาการรุนแรง ได้แก่ อาการพิษจากสุรา (alcohol intoxication) และอาการถอนพิษสุรา (withdrawal symptoms) อาการพิษจากสุราที่ร้ายแรงจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกาย การหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจและไปจนถึงหมดสติ หายใจ หายใจ บางครั้งอาจนำไปสู่อาการโคม่าเสียชีวิต (กรมสุขภาพจิต, 2564) อาการถอนพิษสุรา คือ ผู้ที่ติดสุราหรือดื่มหนักมากหรือติดติดต่อกันหลายวัน เมื่องดหรือหยุดดื่มสุราจะเกิดอาการขาดสุรา อาการระดับรุนแรงมักเกิดขึ้นหลังงดหรือหยุดดื่ม 12-48 ชั่วโมง ทำให้เกิดอาการแพ้ สับสน หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง หลงผิด เกิดอาการชัก หมดสติ และเสียชีวิตได้ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2564) มีการเสียชีวิตอันมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์

สาเหตุพิษสุราเฉียบพลัน ชายร้อยละ 4.56 หญิงร้อยละ .43 ต่อแสนประชากร (จिरาลักษณ์ นนทารักษ์, 2562)

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Sudden Cardiac Arrest) เป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรักษาทันทีโดยผู้ที่ไม่เห็นเหตุการณ์ซึ่งหน้าจะต้องมีความรู้เรื่องการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงสมองอย่างเพียงพอ และรู้จักการใช้เครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) เพื่อให้หัวใจกลับมาเต้นปกติ ซึ่งถ้ามีการใช้อย่างถูกต้องภายใน 3 นาที จะเพิ่มโอกาสรอดชีวิตได้ 70% และผู้ป่วย มีโอกาสฟื้นโดยไม่มีความพิการทางสมองหลงเหลืออยู่ แต่ ถ้าปล่อยให้ความนานออกไปโอกาสรอดชีวิตจะลดลง 10 เปอร์เซ็นต์ ทุก ๆ 1 นาที เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ขาดเลือดไปเลี้ยงนานเกินไป (ธนาภรณ์ แสงสว่าง, วีระวัฒน์ เขียวประธาน, และไชยพร ยุกเซ็น, 2565) ดังนั้นการจัดอบรมเพื่ออัตราการรอดชีวิตควรมีการจัดอบรมการให้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (basic life support) ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น หรือขอความร่วมมือช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565)

เยาวชนเป็นกลุ่มที่สามารถเรียนรู้ให้เกิดทักษะการช่วยชีวิตด้วยการทำ CPR ได้ การให้เยาวชนได้รับการฝึกอบรมระยะสั้นในการทำ CPR สามารถเพิ่มความมั่นใจในตนเองได้ และสามารถให้การช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ และเพิ่มความรู้สึกลดอดภัย ดังนั้นการสร้างความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแก่เยาวชน จะช่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง การช่วยผู้อื่นได้ (เอราวัณ ทับปลี, 2562)

การศึกษาของจันท์เพ็ญ นิลวัชรเมธินี (2564) พบว่า ผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ

ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ เพื่อจัดกิจกรรมการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการบรรยาย การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ และการสนทนากลุ่มคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาล หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของมัตถก ศรีคล้อ, มალიณี อยู่ใจเย็น, และ ธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล (2562) พบว่า ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยการให้ข้อมูลความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ การนำเสนอสื่อวิทัศน์ ขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพ และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน หลังการทดลองมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรในตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2562 อายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป จำนวน 480 คน สํารวจโดยใช้แบบประเมิน AUDIT พบว่ามีกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงจำนวน 318 คน (ร้อยละ 66.2) แต่ยังไม่มีความรู้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้เสพยาในชุมชนเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสพยา ครอบครัวและชุมชน โดยผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการรับมือปัญหาภาวะฉุกเฉินจากการดื่มสุราในชุมชน โดยใช้ศักยภาพของเยาวชนที่มีจิตอาสาไว้ซึ่งสามารถเป็นแกนนำในการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยได้รับการเสริมสร้างความรู้ มีแนวทางการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินผู้ป่วยสุราที่ชัดเจน เข้าใจขั้นตอนการทำการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และรู้จักวิธีการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า (automated external defibrillator: AED) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการให้ความช่วยเหลือผู้ดื่มสุราในภาวะฉุกเฉินในชุมชนให้แก่เยาวชน โดยการจัดโปรแกรม ได้แก่ การบรรยาย ใช้สื่อวิทัศน์และ power point ให้ความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

การสาธิตและสาธิตย้อนกลับทักษะด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราการช่วยเหลือขั้นต้น และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยได้นำการออกแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดของบลูม (Bloom et al., 1956) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่เสพยาในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาและนำไปสู่การพัฒนาทักษะปฏิบัติของผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของเยาวชนในการส่งเสริมการบริการแบบฉุกเฉิน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปลอดภัยภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ส่งผลให้ชุมชนสามารถดูแลและป้องกันปัญหาการดื่มสุราของคนในชุมชนได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

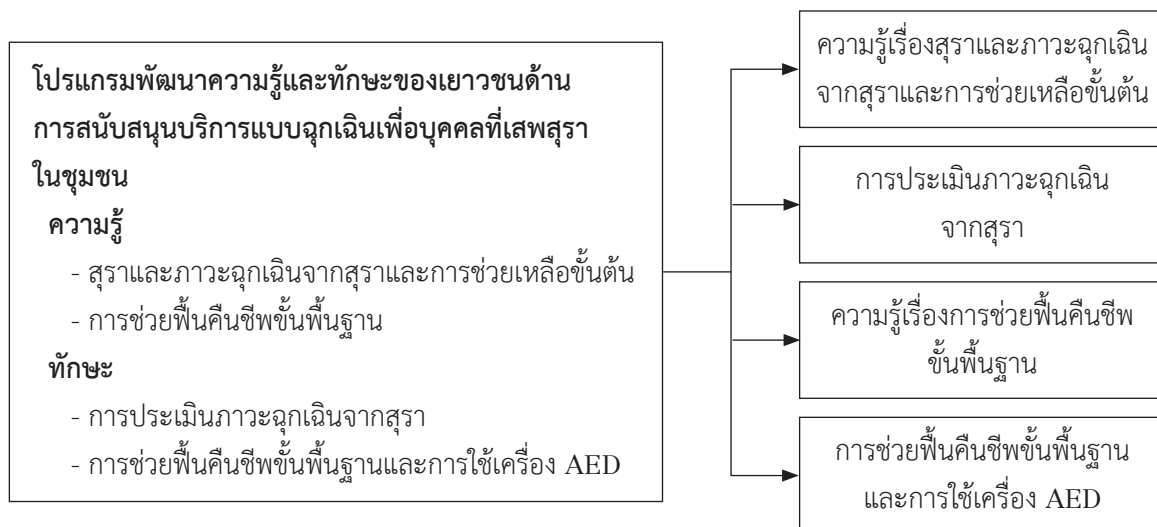
หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชน เยาวชนมีความรู้และทักษะด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉิน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al., 1956) ที่ผู้เรียนจะเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้เรียนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นแล้วจะทำให้ทำสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและชำนาญ ดังนั้น

กระบวนการเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันของเยาวชน เป็นการพัฒนาให้ เกิดพุทธรพัสัย และทักษะพิสัยได้ และหากฝึกปฏิบัติและ

กระทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องก็จะทำให้เกิดความมั่นใจ ในการปฏิบัติ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เยาวชนอายุ 15-25 ปี เพศ ชาย และหญิง จำนวน 15,084 คน อาศัยในพื้นที่ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนอายุ 15-25 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลดอนแก้ว อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่ จากการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นเครือข่ายกลุ่มเยาวชนจิตอาสาอาศัยในพื้นที่เสี่ยงในการเสพสุรา เช่น มีแหล่งขายสุราในหมู่บ้าน มีผู้เสพสุราในหมู่บ้าน 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) มีสุขภาพแข็งแรงสามารถที่จะปฏิบัติการช่วยเหลือการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ และ 4) เข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจและสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 สํารวจและวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการแบบฉุกเฉิน ระบบการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะวิกฤตสำหรับผู้ที่มึปัญหาจากสุรา ประสพการณ์การดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาภาวะฉุกเฉินสุรา และความต้องการด้านความรู้และการปฏิบัติของแกนนำเยาวชนเกี่ยวกับการให้บริการแบบฉุกเฉินบุคคลที่เสพสุราในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนแบ่งเป็น 3 กลุ่มย่อยแบบสุ่ม เพื่อให้ทุกคนมีโอกาสดัแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่ง

โครงสร้างที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 1 และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนาโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมสำหรับแกนนำเยาวชน จากข้อมูลที่ได้ในระยะที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบกิจกรรมในระยะเวลา 2 วัน ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน พบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา (content validity index) เท่ากับ .67-1.00 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเยาวชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย

2.2 ขั้นตอนการใช้และประเมินผลโปรแกรมประกอบด้วย

ระยะที่ 3 การนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนการของกิจกรรม จำนวน 2 วัน ดังนี้ 1) ให้ความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา และความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐานการบรรยายใช้สื่อวีดิทัศน์ และ power point 2) การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ ทักษะด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ระยะที่ 4 การประเมินผลการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชนโดยการประเมินจากความรู้และทักษะของเยาวชน

หลังการพัฒนาศักยภาพโดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา แบบประเมินทักษะด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เท่ากับและแบบประเมินทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม โดยการสนทนากลุ่มหรือการสัมภาษณ์เชิงลึก

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย

2.3.1 โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉิน เพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชน โดยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน พบความตรงของเนื้อหาและการใช้ภาษา (content validity index) เท่ากับ .67-1.00 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเยาวชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย

2.2 แบบประเมินความรู้และทักษะด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉิน ประกอบด้วย

2.2.1 แบบประเมินความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา ประกอบด้วย ข้อคำถามถูกผิด จำนวน 38 ข้อ ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดจะได้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 38 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 38 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มผ่านเกณฑ์ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60 ขึ้นไป หรือตอบถูกเท่ากับ 23 ข้อขึ้นไป

2.2.2 แบบประเมินทักษะด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น เป็นแบบสังเกต จำนวน 4 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ ปฏิบัติกับสถานการณ์จำลอง ประเมินโดยการสังเกตการปฏิบัติ แบ่งเป็นปฏิบัติผ่านได้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 4 คะแนน ต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน กลุ่มผ่านเกณฑ์ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ

ร้อยละ 60 ขึ้นไปหรือปฏิบัติผ่านมากกว่า 3 ข้อขึ้นไป

2.2.3 แบบประเมินทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสังเกตให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกับหุ่นจำลอง ร่วมกับการใช้เครื่อง AED ประเมินโดยการสังเกตการปฏิบัติ แบ่งเป็นปฏิบัติผ่านได้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน คะแนนรวมเท่ากับ 7 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน กลุ่มผ่านเกณฑ์ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60 ขึ้นไปหรือปฏิบัติผ่านมากกว่า 5 ข้อขึ้นไป

เครื่องมือทุกชิ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มเยาวชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วย วิธีของ Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา เท่ากับ .84 แบบประเมินทักษะด้านการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น เท่ากับ .80 แบบประเมินความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เท่ากับ .85 และแบบประเมินทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเท่ากับ .82

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เรื่องสุรา และภาวะฉุกเฉินจากสุรา และความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

โดยใช้สถิติการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-test dependent

4. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ เลขที่ BCNCT 09/2563 การวิจัยนี้ครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง และสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น จะทำลายข้อมูลหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว กรณีกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ได้ให้ผู้ปกครองยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 15-20 ปี พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) เพศชาย (ร้อยละ 40) สถานภาพโสด (ร้อยละ 100) ส่วนใหญ่กำลังศึกษาชั้นมัธยมต้น (ร้อยละ 83.3) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มสุรา ร้อยละ 43.3 และพบว่า ร้อยละ 33.3 มีทั้งบิดาและมารดาดื่มสุรา และ ร้อยละ 30 มีบิดาดื่มสุรา โดยแหล่งจำหน่ายสุราในชุมชนที่สำคัญคือร้านขายของชำ (ร้อยละ 80) และยังพบว่าร้อยละ 76.7 ไม่มีประสบการณ์การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 60.00 ไม่มีประสบการณ์ตรงในการช่วยฟื้นคืนชีพ ร้อยละ 100 ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา ทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น ความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

2.1 ความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา และทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา และทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลัง การเข้าร่วม

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา และ มีคะแนนเฉลี่ยทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุราภาวะฉุกเฉินจากสุรา และทักษะการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุรา การช่วยเหลือขั้นต้น

คะแนน	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value Sig. (2-tailed)
ความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา					
ก่อนการทดลอง	30	25.80	4.66	-2.78	.02*
หลังการทดลอง	30	27.60	4.30		
ทักษะด้านการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้น					
ก่อนการทดลอง	30	5.00	1.04	-16.85	.001*
หลังการทดลอง	30	11.67	.65		

* $p < .05$

2.2 ความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในระยะก่อนการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

คะแนน	n	$\bar{x}$	SD	t	p-value Sig. (2-tailed)
ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน					
ก่อนการทดลอง	30	3.50	.85	-4.74	.001*
หลังการทดลอง	30	5.50	.71		
ทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน					
ก่อนการทดลอง	30	9.75	.45	-63.19	.001*
หลังการทดลอง	30	18.00	.00		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมโปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชนด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพยาในชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น มีความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา และมีทักษะการประเมินภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้นเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom et al., 1956) ที่เน้นเรื่องจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาด้านทักษะพิสัย เป็นกระบวนการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดทักษะการปฏิบัติ และการเรียงลำดับความง่ายสู่ความยากหรือซับซ้อนของเนื้อหา การใช้ยุทธวิธีการสอนทฤษฎีก่อนการเน้นทักษะการปฏิบัติ ช่วยพัฒนาการเรียนรู้และเพิ่มทักษะพิสัยให้แก่ผู้เรียน (กมลวรรณ ตังธนากานนท์, 2557; ประวีณา เอี่ยมสุน, 2564) นอกจากนี้ โปรแกรมฯ ยังเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เนื้อหาทฤษฎีเรื่องสุราภาวะฉุกเฉินจากสุรา และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

โดยวิธีการบรรยายแบบมีส่วนร่วม เนื้อหาที่ไม่เน้นวิชาการมากเกินไป การใช้สื่อการนำเสนอ เช่น สื่อวีดิทัศน์ และ power point ที่น่าสนใจและเหมาะสมกับแก่นนำเยาวชนที่เป็นวัยรุ่น ดังนั้นจึงส่งผลให้ค่าคะแนนความรู้หลังการทดลองมีค่ามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมัตถก ศรีคล้อ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบว่า การให้ข้อมูลความสำคัญของการช่วยฟื้นคืนชีพ ร่วมกับนำเสนอวีดิทัศน์ การดูเกี่ยวกับขั้นตอนการช่วยฟื้นคืนชีพและทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน ผลการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังทดลองเพิ่มมากขึ้น

ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมด้วยโปรแกรมฯ มีความรู้และทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อาจจะเป็นเพราะหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ทฤษฎีแล้ว ยังได้

รับการฝึกทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยใช้วิธีสาธิต สาธิตย้อนกลับโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นฐาน ๆ ละ 10 คน ทักษะการประเมินอาการภาวะฉุกเฉินจากสุราและการช่วยเหลือขั้นต้นโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานโดยใช้หุ่นจำลอง ประกอบกับการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะ ๆ และเปิดโอกาสให้ซักถาม ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ได้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ จันทรเพ็ญ นิลวัชรเมณี, วิดาพร ทับทิมศรี, และปัญจศิลป์ สมบูรณ์ (2564) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร พบว่าการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ ได้แก่ การบรรยาย การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และการสนทนากลุ่ม การฝึกปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน กับหุ่นจำลองร่วมกับการใช้เครื่อง AED ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยขั้นตอนในการฝึกทักษะช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และประสิทธิภาพขั้นตอนการกดนวดหัวใจของนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปีสูงขึ้น

นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มหลังจาก กิจกรรมสิ้นสุด ยังพบว่า การจัดกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เรื่องสุราและภาวะฉุกเฉินจากสุรา การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน รวมถึงการมีทักษะประเมินอาการเบื้องต้นที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีภาวะวิกฤติจากสุรา ได้แก่ การประเมินการหายใจ การคลำชีพจร ความรู้สึกตัวของผู้มีภาวะฉุกเฉินจากสุรา มีทัศนคติดีต่อการให้บริการแบบฉุกเฉินผู้ดื่มสุราในชุมชน ในการช่วยเหลือผู้มีภาวะวิกฤติจากการดื่มสุรา คิดว่าควรให้การช่วยเหลือ เพราะเป็นเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน การช่วยเหลือเมื่อพบ

ผู้มีภาวะฉุกเฉินจากสุราในชุมชน ถ้าอาการหมดสติ ก็นำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปประเมินอาการในเบื้องต้น เช่น การหายใจ คลำชีพจร และปมหัวใจ และการเรียนรู้ ควรเน้นการฝึกปฏิบัติมากกว่าการให้ความรู้โดยการบรรยายและต้องการให้มีการฟื้นฟูความรู้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

โปรแกรมพัฒนาความรู้และทักษะของเยาวชน ด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อบุคคลที่เสพสุรา ในชุมชน โดยการใช้วิธีทางบรรยายให้ความรู้ใช้สื่อวีดิทัศน์ และ power point การฝึกปฏิบัติโดยให้สาธิต สาธิตย้อนกลับ เรียนรู้จากสถานการณ์จำลองและหุ่นจำลอง การอภิปราย และการสนทนากลุ่ม ส่งผลให้เยาวชนมีความรู้และทักษะด้านการสนับสนุนบริการแบบฉุกเฉินเพื่อ บุคคลที่เสพสุราในชุมชน เพิ่มขึ้น

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุก ๆ ระดับควรมี การส่งเสริมให้นำโปรแกรมนี้ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น เช่น กลุ่มนักเรียนมัธยม ในตำบลตอนแก้วและพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อเป็นการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น

1.2 ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตาม ผลหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพื่อประเมินความรู้ และทักษะหลังได้รับโปรแกรม ในระยะต่อไป เช่น การประเมินหลังเสร็จสิ้นโครงการ ใน ระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินการคงอยู่ของความรู้และทักษะ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กมลวรรณ ตังชนกานนท์. (2557). *การวัดและประเมินทักษะการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *เตือนดื่มเหล้ามาก ๆ ในเวลาสั้น ๆ เสี่ยง “สุราเป็นพิษ” เฉียบพลันทำหมดสติ หมดสติถึงตายได้*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29976>
- ขวัญจิตร ศรีชาคำ, อังสนา บุญธรรม, อุมารัตน์ เหลาทอง, และธราดล เก่งการพานิช. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 9(2), 101-113.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *การป้องกันอาการถอนพิษสุรารุนแรง*. สืบค้นจาก <https://www.ramamahidol.ac.th/ramamentalandpsychiatristknowledge/generalpsychiatrist/08062080-0911>
- จันทร์เพ็ญ นิลวัชรเมธี, วิชาพร ทับทิมศรี, และปัญญศิลป์ สมบูรณ์. (2564). ผลของการให้ความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 180-191.
- จิราลักษณ์ นนทารักษ์. (2562). *Trends of alcohol related diseases in Thailand: 2015-2019*. สืบค้นจาก <https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/06/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A8%E0%B8%B6%E0%B8%81%E0%B8%A9%E0%B8%B2AAF-logo-2.pdf>
- ธนาภรณ์ แสงสว่าง, วีระวัฒน์ เขียรประธาน, และไชยพร ยุกเซ็น. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล ภายในแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 2(1), 28-36.
- ประวีณา เอี่ยมยี่สุน. (2564). การประเมินผลการเรียนรู้ด้านทักษะพิสัย. *วารสารวิทย์พัฒนศิลป์*, 1(2), 18-32.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2564). *ดื่มสุราเพิ่มเสี่ยงติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%B4%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%AA%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94/>

- มัตถก ศรีคล้อ, มาลินี อยู่ใจเย็น, และธนวันต์ ศรีอมรรัตนกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานต่อความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม*, 35(1), 239-251.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *คู่มืออาสาฉุกเฉินชุมชน*. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/Upload/migrate/File/255806170927272659_RjIY5vBXo478QPsb.pdf
- เฮอร์วีน ทับพลี. (2562). *กลยุทธ์การพัฒนาเยาวชนเพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันกับนานาชาติ*. สืบค้นจาก https://www.researchgate.net/publication/330305603_klyuthkarphathnayeaw_chnpheuxsangsakypaphnikarkhaengkhanabnanachati_The_Strategy_of_Youth_Capacity_Development_to_International_Competition
- Bloom, B.S., & Krathwohl, D. R. (1956). *A Taxonomy of Educational Objectives: Handbook I The Cognitive Domain*. Longman, Green Co., New York.



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนริมคลองภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

Factors Predicting the Participatory Health Management in Klong Phasi Charoen Waterfront Community

รัฐกานต์ ขำเขียว, วท.ม., Ruttakarn Kamkhiew, M.Sc.^{1*}

ศนิกันต์ ศรีมณี, ประ.ด., Sanikan Seemane, Ph.D.²

ศิรินา สันต์จัดงาน, ศศ.ม., Sirina Suntudhan, M.A.³

¹อาจารย์, ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

¹Instructors, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Siam University

²อาจารย์ ดร., ประจำสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

²Instructors, Ph.D., Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Siam University

³อาจารย์, ประจำสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

³Instructors, Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing,
Siam University

*Corresponding Author Email: Ruttakarn.kam@siam.edu

Received: April 20, 2023

Revised: November 24, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ บรรยาย (Exploratory Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) เพื่อศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร คำนวณหากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power version 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของคน ในชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยคำนวณ หาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .91 และ .869 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ

ความถี่ ร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .571$) 2) ปัจจัยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพ แบบมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .409$, $.557$, และ $.545$ ตามลำดับ) 3) ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญได้ ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ชุมชนริมคลองภาษีเจริญ

Abstract

This descriptive research aimed to study the participatory health management of people living in Klong Phasi Charoen Waterfront community and examine the relationship between predisposing, enabling and reinforcing factors and participatory health management. Sample size was 138, calculated using G*Power version 3.1.9.7. Research instrument was a questionnaire including 5 parts: demographic data, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and participatory health management behaviors, which all were validated and approved by professional experts and The Cronbach's alpha coefficient reliability of the questionnaire was tested yielding values of .91 and .954 respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, Pearson product moment correlation, and multiple regression analysis. The research findings were as follows. 1) The majority of people living in Phasi Charoen waterfront community had participatory health managements at a moderate level ($\bar{X} = 3.06$, $SD = .571$). 2) The predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors correlated with participatory health managements, were significantly positive ($r = .409$, $p < .01$, $r = .577$, $p < .01$, and $r = .545$, $p < .01$, respectively). 3) The enabling factors, and reinforcing factors together with these two variables, accounted for 36.4% of the variance in participatory health managements of living by the Phasi Charoen Canal (significance at the 1% level).

Keyword: Participatory Health Managements, Community

บทนำ

ท่ามกลางความซับซ้อนในวิถีชีวิตของผู้คนที่อาศัยอยู่ในสังคมเมืองที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความต้องการบริการสุขภาพที่หลากหลายนั้น ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้คนในชุมชนเหล่านั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา (McMichael, 2000) โดยผลการเปรียบเทียบความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทและชุมชนเมืองของ Jana and Chattopadhyay (2022) ที่พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแม้จะมีการศึกษาสูงกว่าแต่มีความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่า (ร้อยละ 29) โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 68 จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตชุมชนเมืองในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้นทุกปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

สุขภาพของชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านตัวบุคคล และปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ (Bishoge, Aremu, Ajayi, & Mfinanga, 2023) ดังนั้น การดำเนินงานด้านสุขภาพชุมชนจึงจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในเรื่องปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพทั้งในสถานที่ทำงาน โรงเรียนและในที่สาธารณะของทุกภาคส่วน เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ให้เกิดความร่วมมือในการรักษาสุขภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่น ๆ เพราะสุขภาพที่ดี หมายถึงคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังคำกล่าวในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ปี พ.ศ. 2529 ที่ให้คำนิยามการสร้างเสริมสุขภาพ คือ “กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนได้โดยใช้ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ” (WHO, 2012) จาก

เหตุผลดังกล่าว การส่งเสริมให้ประชาชนมีการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กล่าวคือ ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ ตัดสินใจเลือก และกำหนดแนวทางให้เป็นไปตามความต้องการและความจำเป็นตามบริบทและวัฒนธรรมของพื้นที่ที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง ควบคู่ไปกับการทำงานของทุกภาคส่วนจึงเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนเมืองอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3” ที่เน้น การออกแบบระบบสุขภาพให้สามารถใช้ประโยชน์จากโอกาสของความเป็นเมือง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนในพื้นที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

ชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญ เป็นแหล่งชุมชนที่สำคัญแห่งหนึ่งของกรุงเทพฯ โดยเป็นที่ตั้งของกิจการร้านค้าต่าง ๆ มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน โดยเฉพาะบริเวณบางแคที่มีการเจริญเติบโตทางกายภาพจากการเพิ่มขึ้นของประชากร และสิ่งปลูกสร้างอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาความเสี่ยงต่อสุขภาพที่มีความซับซ้อนอย่างมากในการแก้ไขปัญหา (สุวาลย์ ธรรมสังวาลย์, 2565) เนื่องจากการดำรงชีวิตท่ามกลางมลพิษจากการสร้างตึกและถนน การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และการขาดแคลนอาหารสุขภาพ (Hamidi, Ewing, Tatalovich, Grace, & Berrigan, 2018) นอกจากนี้ ผลการศึกษาสุขภาพทางกายของประชาชนโดยรอบศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญยังพบว่า ประชาชนส่วนมาก มีภาวะอ้วนระดับ 1 (ร้อยละ 49.5) และมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 32.02)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญจะมีระบบการดูแลสุขภาพขององค์กรหลัก คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในการจัดการกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่าง

สม่ำเสมอและเป็นรูปธรรม แต่การขาดความรู้สึกร่วมกัน
ความเป็นเจ้าของร่วมในการบริหารจัดการพื้นที่ ทำให้
ขาดความร่วมมือในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังจะเห็นได้
จากการศึกษาของชิดชนก ปลื้มปรีดี และพรเพ็ญ
อรัญยะนาถ (2563) ที่กล่าวว่า ระดับการมีส่วนร่วม
ของประชาชนในการมาใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์
ภาษีเจริญอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 27.83) ซึ่งมีความ
สัมพันธ์กับปัจจัยด้านอาชีพและระยะทางจากบ้าน/ที่พัก
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากสภาพการณ์จริงและการศึกษาที่ผ่านมา
ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชน
ริมคลองเขตภาษีเจริญ ซึ่งเป็นชุมชนหลักในการบริการ
วิชาการของมหาวิทยาลัยสยาม เพื่อให้ทราบถึงแนวทาง
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการโดยมุ่งเน้น
ไปที่ปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ทั้งปัจจัยภายนอกและ
ภายในตัวบุคคล ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้กระบวนการการ
ศึกษาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิด
PRECEED-PROCEED Model ขั้นตอนที่ 4 คือ
การวิเคราะห์ทางการศึกษาและนิเวศ (Phase 4:
Education and Ecological Assessment) เพื่อหา
สาเหตุของพฤติกรรมทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล
และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม
ได้แก่ ปัจจัยนำที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการสุขภาพ
แบบมีส่วนร่วม คือ การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการดูแล/
รักษา และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ
ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่
สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และปัจจัย

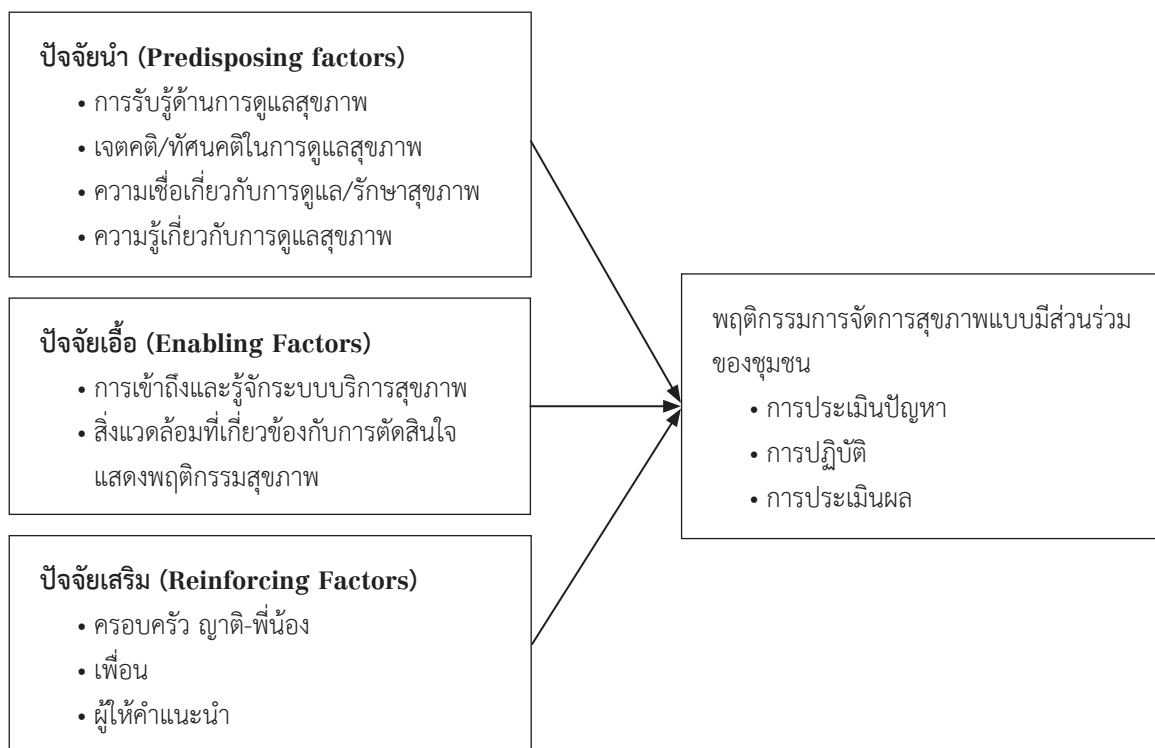
เสริม คือ การมีแบบอย่างที่ดีและรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
จากสื่อต่าง ๆ ผ่านการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว
และสังคม เพื่อให้สามารถบริหารจัดการส่งเสริมและ
สนับสนุนพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของ
ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อให้ประชาชน
มีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะเป็น
พื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือในการสร้างชุมชน
เข้มแข็งทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการสุขภาพ
แบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ
กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ
ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมจัดการ
สุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ใน
เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม
จัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ใน
เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด
PRECEED-PROCEED Model (Porter, 2016) ที่ว่า
พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล มีสาเหตุมาจากปัจจัยที่
หลากหลายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัย
ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาวิเคราะห์ บรรยาย (Exploratory Descriptive Research)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 สำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson's correlation โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ = .05 ค่า power = .95 การประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร effect size เป็น .3 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ซึ่งสามารถใช้ประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 115 ราย ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 138 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่เป็นประชาชนอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และสามารถแจ้งความประสงค์ที่จะขอถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความพอเพียงของรายรับรายจ่าย ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัวและสิทธิรักษาพยาบาล โดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยนำ

(Predisposing Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับปัจจัยในตัวบุคคล ด้านสภาพการณ์ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่อาจนำไปสู่การกระทำในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคคล มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งไม่ให้เกิดพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคคล ได้แก่ การเข้าถึงระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของคนในชุมชน มีจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการเสริมแรงหรือแรงกระตุ้นที่เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือกลุ่มคนผู้ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของคนในชุมชน มีจำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพในระดับชุมชน มีจำนวน 18 ข้อ

แบบสอบถามชุดที่ 2-5 เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยให้ความหมาย ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และกำหนดการแปลความหมายใช้คะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาเทียบเกณฑ์เพื่อนำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยคะแนนเฉลี่ย 4.51- 5 หมายถึง เห็นด้วยระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.50- 2.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับ

น้อยและคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน จำนวน 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (IOC) โดยเลือกค่าดัชนีความสอดคล้องที่มีคะแนนมากกว่า .5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ .91 และ .869 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม เอกสารรับรองเลขที่ 2565/001.24/06 ผู้วิจัยเก็บรักษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัย และจะทำลายข้อมูลหลังจากมีการเผยแพร่วิจัยแล้ว

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เข้าพบเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเพื่อขออนุญาตนัดหมาย เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยวางแผนการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) จากประชาชนผู้ที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลองเขตภาษีเจริญ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ชุมชน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูลรวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่จะทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูปโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistic) เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค้นหาตัวแปรพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมที่ดีโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) ด้วยวิธี Enter เพื่อคัดเลือกตัวแปรพยากรณ์เข้าสมการด้วยการวิเคราะห์เพียงขั้นตอนเดียว และเพื่อให้ทราบว่าตัวแปรแต่ละตัวที่ศึกษาจะสามารถพยากรณ์ตัวแปรเกณฑ์ได้หรือไม่มากนักน้อยเพียงใด ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติที่ใช้แล้ว พบว่าเป็นข้อมูลที่มีลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) มีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) ไม่มี Outliers ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง ไม่เกิดปัญหาจากความคลาดเคลื่อน มีความสัมพันธ์ (Durbin-Watson = 2.120)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 31.9) จบการศึกษาสูงสุด คือ ประถมศึกษา (ร้อยละ 33.3) รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. (ร้อยละ 23.9) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 26.8) รองลงมาอยู่ที่ 10,000-15,000 บาท (ร้อยละ 20.3) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 50.7) มีสถานภาพสมรส คู่ มีโรคประจำตัว และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 50.7, 66.7, 66.7 และ 58.0 ตามลำดับ)

2. สำหรับระดับการมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนริมคลอง เขตภาษีเจริญ พบว่า ทั้งหมดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .603$; $\bar{X} = 3.26$, $SD = .677$; $\bar{X} = 3.43$, $SD = .631$ และ $\bar{X} = 3.06$, $SD = .571$ ตามลำดับ) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ระดับของปัจจัยและพฤติกรรม		SD	ระดับ
ปัจจัยนำ	3.41	.603	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ	3.26	.677	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม	3.43	.631	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม	3.06	.571	ปานกลาง

1. ความสัมพันธ์ระหว่างภาพรวมของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า ทั้งหมดมีความสัมพันธ์ทางบวก

ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .409$, $r = .577$, $r = .545$) โดยปัจจัยนำรายด้าน ได้แก่ การรับรู้การดูแลสุขภาพ ทักษะคิดในการดูแลสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกระดับน้อยกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .324, .309$ และ $.300$ ตามลำดับ) ส่วนความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .444$) **ปัจจัยเอื้อรายด้าน** ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .394$)

การมีสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .557$) **ส่วนปัจจัยเสริมรายด้าน** ได้แก่ การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม และโอกาสในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .515$ และ $.505$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	<i>r</i>	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
การรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ	.324	.00	น้อย
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพ	.309	.00	น้อย
ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาโรค	.444	.00	ปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	.300	.00	น้อย
รวม	.409	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.394	.00	น้อย
สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม	.557	.00	ปานกลาง
รวม	.577	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม			
การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคม	.515	.00	ปานกลาง
โอกาสในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ	.505	.00	ปานกลาง
รวม	.545	.00	ปานกลาง

2. ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการพยากรณ์พฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้งสองตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์ระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ 36.4 จากสมการถดถอยที่คำนวณโดยใช้คะแนนดิบ คือ $\hat{y} = 1.103 + .286(X2) + .270(X3)$ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	1.103	.248		4.445	.000
ปัจจัยเอื้อ (X2)	.286	.082	.339	3.498	.001
ปัจจัยเสริม (X3)	.270	.091	.299	2.980	.003

$R = .604$, $R^2 = .364$, $adj.R^2 = .350$, $sig. F = 25.59***$ $SE = .460$ $p\text{-value} = .000$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุอาจมาจากการตอบแบบสอบถามส่วนมากมีอายุระหว่าง 31-41 ปีและมีรายได้ไม่มากนัก ประมาณ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งอยู่วัยทำงานไม่มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพและมองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพหรือเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเป็นภาระที่ต้องลงแรงหรือขาดรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยภา แก้วจันทร์, และ มณัฏฐาณี ขำวงษ์ (2560) ที่สำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร แล้วพบว่า คนในชุมชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสิทธิ์การรักษาได้ง่ายและสะดวก แต่มองว่าการเข้ารับบริการสุขภาพเป็นภาระ (ร้อยละ 45.67) กล่าวคือ ต้องลงแรงและทำให้ขาดรายได้มากถึงร้อยละ 91.19 และสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ของ นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณะอมร และ ศรีสุตา รัศมีพงศ์ (2562) ที่ได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นในประเด็น “สถานการณ์การสร้างเสริมสุขภาพแต่ละวัย” ที่พบว่า ประชาชนวัยทำงาน หรือวัยผู้ใหญ่ที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุส่วนใหญ่จะไม่อยู่บ้าน มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพียงปีละ 1-2 ครั้ง และให้ความสำคัญกับการสร้างรายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาอาจมีความรู้ความเข้าใจต่อการดำเนินงานทางสุขภาพไม่ชัดเจนนัก จึงมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่าการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมทั้งการ

แสวงหาข้อมูลและการพิจารณาตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูล เพื่อดูแลสุขภาพ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานครทั้งในภาพรวม พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร สาเหตุอาจมาจาก ปัจจัยนำในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งถือเป็นประสบการณ์ของบุคคลที่จะเป็นปัจจัยพื้นฐานในการกำหนดการแสดงพฤติกรรมหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่กล่าวถึงการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทักษะคติ ความเชื่อและความรู้ที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (บุรฉัตร จันทรแดง เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ, 2561) และการศึกษาของ พวงเพชร เพ็ชรเกตุ และไกรสร อัมมวรรณ (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้หญิงวัยทองในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การเข้าถึงและรู้จักระบบบริการสุขภาพและการส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นเป็นไปโดยง่าย (Green, & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับผลการดำเนินโครงการศึกษาพัฒนาอุปกรณ์และพื้นที่ต้นแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชนสุขภาพ โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ

สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ต้องการส่งเสริมให้ประชากรโลกมีสุขภาพที่ดี ในการออกนโยบายและจัดสรรพื้นที่ต้นแบบสุขภาพะโดยการจัดให้มีอุปกรณ์ออกกำลังกายเพื่อสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตภาษีเจริญ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) และปัจจัยเสริมในการส่งเสริมจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่พบว่า การได้รับคำแนะนำและสนับสนุนด้านสุขภาพจากครอบครัว เพื่อนและคนรัก มีความสัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี (อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทรแย้ม, 2557)

3. ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สามารถร่วมกันทำนายระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนแห่งนี้ได้ร้อยละ 36.4 อภิปรายได้ว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เนื่องจากการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนด้านสุขภาพจากบุคคลต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ดังจะเห็นได้จากการสนับสนุนให้มีการเข้าถึงบริการและการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นต่อการสร้างพฤติกรรมสุขภาพร่วมกันของคนในครอบครัวและในชุมชนนั้นมีความจำเป็นอย่างมากในการพัฒนาความมั่นคงทางสุขภาพของคนในชุมชนเมือง

แห่งนี้ ดังจะเห็นได้จากรายงานการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ชุมชนเมือง เพื่อการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะเขตภาษีเจริญ กรุงเทพฯ (กุลธิดา จันทรเจริญ และคณะ, 2556) โดยสำรวจความคิดเห็นในประเด็นความร่วมมือในการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะจาก 7 ชุมชน นำร่องโดยโครงการนี้เริ่มต้นด้วยการส่งเสริมให้เกิดความเปลี่ยนแปลงด้านวงจรอาหารปลอดภัยที่มั่นคงสำหรับคนเมืองกรุงซึ่ง พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ที่ทำให้ไม่เกิดความร่วมมือของคนในชุมชนคือ คนในชุมชนรู้สึกว่าการตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐในการเข้าร่วมเป็นคณะทำงานในการกำหนดยุทธศาสตร์และการบริหารจัดการอย่างยั่งยืน ซึ่งคนในชุมชนพร้อมที่จะให้ความร่วมมือหากเห็นว่าเป็นคุณประโยชน์ สามารถปฏิบัติได้จริงและต่อเนื่อง แต่คนบางกลุ่มยังนึกถึงผลตอบแทนและปากท้องเป็นหลักในการตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 ของศิลปชัย เนตรทานนท์ และอุทัยวรรณ โคกตาทอง (2558) ที่พบว่า แนวทางการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานเพื่อแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ประกอบด้วยปัจจัย 5 ระดับ กล่าวคือต้องอาศัยความร่วมมือของชุมชนในระดับบุคคล (Intrapersonal Level) ได้แก่ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) ได้แก่ การมีค่านิยมในครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ดี และการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารสุขภาพระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวและระหว่างเพื่อนผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ระดับองค์กร (Organization Level) ได้แก่ การสร้างเครือข่ายสุขภาพ การสร้างศรัทธาในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การส่งเสริมปราชญ์ชาวบ้านและภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อสุขภาพ ระดับชุมชน (Community Level) ได้แก่ การจัดทำลานกีฬา สวนสาธารณะและงานมหกรรมสุขภาพในงานประเพณีท้องถิ่น และสุดท้าย

ระดับนโยบาย ได้แก่ การสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ในขณะที่ปัจจัยนี้ไม่สามารถทำนายระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในชุมชนนี้ อภิปรายได้ว่าแม้บุคคลจะมีการรับรู้ เจตคติ ความเชื่อ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ แต่หากมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยสุขภาวะชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญ ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ (จิตชนก ปลื้มปรีดี และคณะ, 2563) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แม้จะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูง แต่กลับพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการมีกิจกรรมสุขภาพและมีส่วนร่วมในการมาใช้บริการในศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าใช้บริการที่ศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ ได้แก่ อาชีพ และระยะทางจากบ้านมาที่ศูนย์ฯ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยเอื้อ กล่าวคือ การส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนรู้จักและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ร่วมกับปัจจัยเสริม กล่าวคือ การส่งเสริมให้มีผู้ให้คำแนะนำหรือที่ปรึกษาสุขภาพทั้งที่เป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อระดับการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลอง ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ดังนั้น เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่รับผิดชอบ ควรจัดบริการสุขภาพให้หลากหลาย เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนทุกกลุ่มอาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่

มีจำนวนมากในชุมชนแต่ยังไม่เห็นความสำคัญของมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของชุมชนและยังอยู่ในวัยที่ต้องสร้างฐานะ (ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ, 2560) เช่น การจัดโครงการสัญจรเพื่อให้ความรู้ที่ห่างสรรพสินค้า ตลาด วัดหรือโรงเรียน โดยใช้ความเจริญของชุมชนเมืองให้เป็นประโยชน์ อีกทั้งยังควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้นำชุมชนให้เป็นผู้สื่อสารแก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน และจัดให้มีช่อง

ทางในการติดต่อขอรับบริการหรือข้อมูลให้สอดคล้องความต้องการของบุคคลทุกกลุ่ม ซึ่งจะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือในการสร้างชุมชนเข้มแข็งทางสุขภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเชิงคุณภาพ ในบริบทเชิงสังคมเชิงวัฒนธรรมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกสำหรับเป็นแนวทางในการสร้างสุขภาพของชุมชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรค NCDs พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.
- ชิดชนก ปลื้มปรีดี และพรเพ็ญ อรัญยะนาถ. (2563). สุขภาวะชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการมาใช้บริการศูนย์ชุมชนสร้างสรรค์ภาษีเจริญ (รายงานวิจัย). กรุงเทพฯ: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุนันท์ วรรณะอมร และศรีสุดา รัชมีพงศ์. (2562). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏ, 6(พิเศษ), 365-381.
- บุรฉัตร จันทร์แดง, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร และสัญญา เคนาภูมิ. (2561). กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงพฤติกรรมศาสตร์. วารสารสหวิทยาการวิจัย, 8(1), 49-60.
- พวงเพชร เพ็ชรเกตุ และไกรสร อัมมวรรณ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้หญิงวัยทองในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 6(1), 1464-1472.
- ศิลป์ชัย เนตรทานนท์ และอุทัยวรรณ โคกตาทอง. (2558). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานในชุมชน เขตสุขภาพที่ 5 (รายงานการวิจัย). สืบค้นจาก https://hpc.go.th/rcenter/_fulltext/20210830102343_4714/20210830110522_718.pdf
- ศศิวิมล บุรณะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยภา แก้วจันทร์, และมณัฏฐาณี ขำวงษ์. (2560). ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี, 2(33), 54-63.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). โครงการศึกษาพัฒนาอุปกรณ์และพื้นที่ต้นแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชนสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/a8b12b25-a193-eb11-80ec-00155d09b41f>

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2556* (ฉบับผ่านคณะรัฐมนตรี). สืบค้นจาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Thamanoon V3_23Jun2022.pdf
- สุธาวัลย์ ธรรมสังวาลย์. (2565). การออกแบบกราฟิกชุด “สองฝั่งคลองภาษีเจริญ” เพื่อสื่อสารเอกลักษณ์ชุมชน ผ่านการวาดภาพฝาผนัง ณ ซอยเพชรเกษม 27 เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารนิเทศสยามปริทัศน์*, 21(2), 28-46.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อรุณรัตน์ สารวิโรจน์ และกานดา จันทน์แย้ม. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35(2), 223-234.
- Bishoge, O. K., Aremu, A. K., Ajayi, D. D., & Mfinanga, S. G. (2023). Factors that influence individual and community behavioural change regarding environmental health. *Journal of Health Research*, 37(1), 33-43.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An educational and ecological approach* (4th Edition). New York: McGraw Hill.
- Hamidi, S., Ewing, R., Tatalovich, Z., Grace, J. B., & Berrigan, D. (2018). Associations between urban sprawl and life expectancy in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 15(5), 861-872.
- Jana, A., & Chattopadhyay, A. (2022). Prevalence and potential determinants of chronic disease among elderly in India: rural-urban perspectives. *Plos one*, 17(3), e0264937.
- McMichael, A. J. (2000). The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bulletin of the world Health Organization*, 78(9), 1117-1126.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.) New Jersey: Pearson Education.
- Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753-764.
- World Health Organization. (2012). *Ottawa charter for health promotion*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/item/WH-1987>



ผลกระทบจากการระบาดใหญ่ โควิด 19 ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี The Impact of the COVID-19 Pandemic on People with HIV

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประ.ด., *Panta Apiruknapanond, Ph.D.*^{1*}

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤกษ์, ประ.ด., *Puangtip Chaiphibalsarisdi, Ph.D.*²

วนิดา ศรีวรกุล, พย.ม., *Wanida Srivorakul., M.N.S.*³

มนีรัตน์ ภาครูป, ประ.ด., *Maneerat Phaktoop, Ph.D.*⁴

จารุณี อรุณเรื่อ, พย.บ., *Jarunee Arunrau, B.N.S.*⁵

¹อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเมธารัตน์

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Metharath University

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

³Lecture, Faculty of Nursing, Saint Louis College

⁴รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

⁴Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Saint Louis College

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

⁵Registered Nurse Senior Professional Level, Nursing Department, Prannangkla Hospital

*Corresponding Author Email: panta@slc.ac.th

Received: October 5, 2023

Revised: November 27, 2023

Accepted: December 2, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษา ผลกระทบจากการระบาดใหญ่ โควิด 19 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อความรู้ การจัดการกับความวิตกกังวล วัคซีนป้องกันเชื้อโควิด 19 การสนับสนุนทางสังคม รายได้ การพบแพทย์ตามนัด และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ จำนวนปีที่ติดเชื้อ รายได้ และ การสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่จำนวน 108 คนโดยสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ California Health Interview Survey ของ Johns Hopkins University และ Citizen Science Study ของ University of California, San Francisco โดยการแปลแบบย้อนกลับ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและ Pearson Correlation พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 44.58 ปี ระยะเวลาการติดเชื้อเฉลี่ย 13.02 ปี พบแพทย์ เฉลี่ย 3.35 ครั้ง ร้อยละ 100 กินยาต้านไวรัส

สม่ำเสมอ ร้อยละ 83.7 ตรวจไม่พบเชื้อไวรัส ร้อยละ 86.5 มีความรู้ อาการการติดเชื้อโควิด ร้อยละ 95.2 รู้การกระจายเชื้อโควิด ร้อยละ 99.0 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง กลัวการติดเชื้อโควิดในระดับมาก สวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะเพื่อป้องกันโควิดในระดับมาก รับรู้การสนับสนุนทางสังคม ในระดับดี อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กับจำนวนปีที่ติดเชื้อในทางบวก ระดับปานกลาง ($r = .54$, $P < .01$) 2) รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยเอชไอวีต่อเดือนสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทางบวกในระดับต่ำ ($r = .23$, $p < .05$) 3) จำนวนปีของการติดเชื้อเอชไอวี สัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ในทางลบ ระดับต่ำ ($r = -.20$, $p < .05$) 4) การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อ ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในทางบวก ระดับต่ำ ($r = .21$, $p < .05$) ควรพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการเผชิญสถานการณ์ในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลกระทบการระบาดใหญ่โควิด 19

Abstract

This descriptive research, objectives were studied effect of pandemic COVID 19 on HIV people. There are physical dimension, knowledge, anxiety, self-care, and correlation between age, infected years, social support, income, number of physician visiting, anxiety of pandemic COVID 19, and self-care on HIV people. The sample was 104 of HIV people who has treatment at public hospital. Sampling by chance. The instruments were used in this study, there were an instrument from faculty of nursing, University of California, San Francisco and faculty of nursing, John Hopkins University, USA. Statistic was descriptive statistic and Pearson Correlation. Research result: mean age of sample was 44.58 years, infected years average 13.02, they had sex with spouse in the past year 88.5%, visit physician average 3.35 times, by face to face 83.7 %. All of them had gotten the HIV anti-virus, and viral load testing is none and very low 83.7%. Social support was at the good level, anxiety level, and self-care, at the moderate level. From the study, there were 5 pairs of the variable had correlation shown as: 1) age of HIV people positive correlated with infected years at moderate level, ($r = .54$, $p\text{-value} < .01$) 2) income had positive correlated with social support at the lower level ($r = .23$, $p\text{-value} < .05$) 3) infected years positive correlated with number of physician visiting at lower level ($r = -.20$, $p\text{-value} < .05$) 4) social support positive correlated with self-care of HIV people at the lower level ($r = .21$, $p\text{-value} < .05$) The suggestion from the research for supporting and promoting self-care for HIV people and develop literacy model for promoting self-care of HIV people.

Keywords: HIV people, impact of pandemic COVID 19

บทนำ

ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และมีนโยบายและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ในระบบบริการสุขภาพ ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จากการประชุมองค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องเอดส์ ในปี พ.ศ. 2564 ณ กรุงนิวยอร์ก เพื่อการยุติเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 (องค์การสหประชาชาติ, 2564) สถิติความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยปีพ.ศ. 2562 และ ปีพ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 66,057 ราย และ 62,226 ราย ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562) และในปลายปี พ.ศ. 2562 มีการระบาดใหญ่โควิด 19 ไปทั่วโลก ซึ่งกระทบต่อกลุ่มเปราะบางทางสุขภาพที่จะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด 19 มากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 1.24 เท่า (ชนา ขอเจริญพร, 2565) ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มจะได้รับการตรวจโควิด 19 มากกว่าประชากรทั่วไป ร้อยละ 8.4 ต่อ 6.5 จึงพบอัตราการป่วยเป็นโควิด 19 เพิ่มสูงกว่าประชากรทั่วไป (ชนา ขอเจริญพร, 2565)

ข้อมูลวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2565 การติดเชื้อทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 354,904,793 ราย และมียอดสะสมผู้เสียชีวิต จำนวน 5,622,311 ราย ส่วนยอดสะสมผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในประเทศไทย มีจำนวน 2,391,357 ราย และมียอดสะสมผู้เสียชีวิต จำนวน 22,057 ราย (The Bangkok Insight Editorial Team, 2565) การระบาดของโรคโควิด 19 เริ่มขึ้นตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 และระลอกหนึ่งในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยต้องประสบปัญหาที่ยากลำบากร่วมกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มประชากรที่ต้องระมัดระวังตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการระบาดใหญ่ จึงต้องเผชิญกับความยากลำบากทางกาย จิตใจ สุขภาพ และสังคมที่รุนแรงขึ้น

และเมื่อติดเชื้อโควิดต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด เช่น การถูกกักตัว จำกัดพื้นที่เดินทาง จากการศึกษาวิจัย (Mellor et al., 2021) โดยการสืบค้นจากฐานข้อมูลพร้อมการวิเคราะห์ (Meta-analysis) ในประเทศอังกฤษ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อโควิด 19 Geretti et al. (2021) โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด 19 จำนวน 207 ศูนย์ทั่วประเทศอังกฤษ พบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุน้อย

ในประเทศไทยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้จัดประชุมวิชาการ และดำเนินการให้ความรู้เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านการจัดสรรวัคซีนโควิด 19 และการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและสถาบันต่าง ๆ แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มที่สามารถเข้ารับบริการการฉีดวัคซีนได้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับปริมาณไวรัส แต่หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการของการติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแล นอกจากนี้กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จัดทำแนวทางการฉีดวัคซีนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อความเข้าใจและมั่นใจในการบริการวัคซีนโควิด 19 แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้เหมือนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ การศึกษาเพื่อได้ข้อมูลผลกระทบจากการระบาดใหญ่โควิด 19 ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย เกี่ยวกับข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 การตัดสินใจรับวัคซีน การรับรู้เรื่องการระบาดใหญ่โควิด 19 การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบต่อรายได้ความเป็นอยู่ ความวิตกกังวลกลัวเกี่ยวกับการติดเชื้อและเสียชีวิต

จากโควิด เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญเพื่อการวางแผน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้พร้อมต่อสถานการณ์ความ ไม่แน่นอนเกี่ยวกับการแพร่ระบาดโควิด 19 ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา

1. ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วงการระบาดใหญ่ โควิด 19
2. ผลของการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อการ เจ็บป่วยโรคเอชไอวี และการดูแลรักษาของผู้ป่วย ติดเชื้อ เอชไอวี
3. ความรู้เกี่ยวกับอาการการติดเชื้อโควิดของ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่โควิด 19
4. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ผลกระทบ ต่อรายได้ ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ โควิด 19
5. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ จำนวนปีที่ป่วย ด้วยโรคเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อ เดือน จำนวนครั้งที่พบแพทย์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับ เรื่องโควิด 19 และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การติดเชื้อโควิด 19

นิยามศัพท์

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี
2. ผลกระทบการระบาดใหญ่โควิด 19 หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลช่วงการระบาดของไวรัสโควิด 19 และมีผลต่อการดูแลสุขภาพ การรับวัคซีนป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 รายได้ การไปพบแพทย์ตามนัด และการได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

การสนับสนุนทางสังคม Jones et al. (2021) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีผลต่อความ สามารถในการเผชิญปัญหาที่ยืดหยุ่นมากขึ้น และสามารถรับมือกับความยากลำบากได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุน้อยที่ติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่า ผู้ติดเชื้อที่มีอายุมาก (Geretti et al., 2021) จำนวนปีที่ ป่วยด้วยโรคเอชไอวีที่มากขึ้น และอายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อได้พัฒนาตนเองจากการพบแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพ ทำให้เรียนรู้การดูแลตนเอง และ ปฏิบัติตนได้สอดคล้องตามคำแนะนำของบุคลากรการ แพทย์ สังคม และกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อที่เหมาะสม ทำให้ สามารถควบคุมอาการ และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้ดี รวมถึงการปรับตัวในการดำรงชีวิต การมีงานทำที่ ทำให้เกิดรายได้เป็นโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเห็นความสำคัญ ในการพบแพทย์ตามนัด ย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติตน ในการป้องกันการติดเชื้อจาก การแพร่ระบาดใหญ่ได้ ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

การสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่อง โควิด 19 และการได้รับวัคซีน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากการระบาดใหญ่โควิด 19 มีความสัมพันธ์กันทางบวก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ศึกษาผลกระทบจากการระบาด ใหญ่โควิด 19 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการตรวจ ติดตามอาการติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลประจำ จังหวัด ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลัก ในจังหวัด นนทบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 108 คน โดยศึกษาลักษณะ ทางประชากร จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อ ความ วิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องโรคโควิด 19 และการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 การสนับสนุนทางสังคม ระยะ เวลาศึกษา 1 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการสำรวจแบบ Cross-Sectional Design โดยให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ภายใต้คำแนะนำของผู้ช่วยวิจัยที่ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากร คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการตรวจติดตามอาการการติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลของรัฐบาล ที่เป็นศูนย์ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่สุ่มจากประชากรข้างต้น ด้วยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญโดยใช้ช่วงเวลา (Accidental Sampling) จำนวน จากการคำนวณโดย G power effect size ที่ 0.3 คำนวณได้ 111 คน เมื่อข้อมูลไม่ครบถ้วนไว้ ร้อยละ 5 คือ 6 คนรวมเป็น 117 คน อย่างไรก็ตามมีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์อยู่ 9 ชุดข้อมูล จึงได้ข้อมูลที่ 108 ชุด ในวันที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมารับบริการด้านสุขภาพ คือ วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ และวันพฤหัสบดี

1. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการภายหลังได้รับอนุมัติพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย PE. 6540 ลงวันที่ นักวิจัยประสานงานกับบุคลากรโรงพยาบาลของรัฐบาลก่อน และเข้าพบกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยอธิบายเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยที่จะร่วมหรือเลิกเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา พร้อมทั้งขอความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นรายบุคคล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้พัฒนาและแปลจากเครื่องมือต่าง ๆ โดยมีค่าความตรง CVI ที่ 85 และค่าความเที่ยง ดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 15 ข้อ

2.2 การสนับสนุนทางสังคมใช้เครื่องมือของ California Health Interview Survey จำนวน 4 ข้อ

โดยใช้กระบวนการแปลย้อนกลับ จากผู้เชี่ยวชาญ 2 ภาษา โดยแปลจากภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ จากผู้เชี่ยวชาญทางภาษาคนละคน ก่อนนำไปตรวจความตรงทางเนื้อหา และสำรวจความเที่ยงได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91

2.3 ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ

2.4 ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโควิด 19 (แปลจาก แบบสำรวจของมหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์: Johns Hopkins University) จำนวน 4 ข้อ

2.5 การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอชไอวีในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.74

2.6 ความกังวลเกี่ยวกับโควิด 19 (แปลจาก โครงการวิจัยโควิด 19 ประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ซานฟรานซิสโก : Citizen Science Study, University of California, San Francisco) จำนวน 19 ข้อ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.86

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.1.1 ประชุม ประสานงาน กับทีมงานวิจัย ผู้ช่วยวิจัย ผู้รับผิดชอบสถานที่เพื่อวางแผนสำรวจ ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.2 กำหนดพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และสะดวกสบายต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อผู้วิจัยได้อธิบาย และชี้แจงรายละเอียดการวิจัย ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และเหมาะสมกับการกรอกแบบสอบถาม เตรียมวัสดุที่จำเป็น ได้แก่ แบบสอบถาม แบบกรอกข้อมูลทั้งหมด ปากกา น้ำดื่ม และของขอบคุณแก่กลุ่มตัวอย่าง

3.1.3 คณะผู้วิจัยทำความเข้าใจ ชี้แจง ผู้ช่วยวิจัยในรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อกลุ่มตัวอย่างมาที่ห้องเพื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหรือความไม่สะดวกที่อาจต้องพบ ผลประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับให้รายละเอียดการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และขอความร่วมมือในการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย นักวิจัยให้ข้อมูลจนกระจ่างแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้สำเนาในกลุ่มตัวอย่าง 1 ชุด โดยผู้วิจัยจะเก็บต้นฉบับไว้ในที่ปลอดภัย โดยผู้วิจัยจะดูแลทุกขั้นตอนของการเก็บข้อมูล กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมการศึกษาสามารถยุติได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดใดทั้งทางบวก และทางลบ และไม่ต้องให้เหตุผลใด ๆ

3.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจัดทำสมุดรหัสฐานข้อมูล ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการติดเชื้อและการดูแลตนเอง การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19 อาการการรับวัคซีน และการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วยสถิติพรรณนา เป็นค่าร้อยละ

4.2 สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้ Pearson correlation coefficient ระหว่างอายุ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องโควิด 19 และการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การทดสอบข้อมูลมีการกระจายแบบ Normal distribution โดยการทดสอบ Skewness and Kurtosis พบว่าค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 จึงเป็น normal distribution (Kim, 2013) คือ อายุ ผู้ติดเชื้อ จำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนรายได้ และ

จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ ไม่เป็น normal distribution ใช้วิธีการ take log ก่อนนำไปวิเคราะห์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 108 คน เป็นผู้ชายอยู่ในเขตชานเมืองมากกว่าในเขตเมืองร้อยละ 68.3 เพศเมื่อแรกเกิดเป็นเพศชายร้อยละ 56.7 รับรู้ตนเองว่าเป็นเพศชายร้อยละ 42.2 เพศหญิงร้อยละ 43.4 และเป็นเพศชายที่มีความรู้สึกเป็นเพศหญิงร้อยละ 12.4 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 44.58 ปี (SD = 12.65) อายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี อายุมากที่สุดคือ 72 ปี โดยมีอายุอยู่ในกลุ่ม 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 51-60 ปี และกลุ่มอายุ 21-30 ปี ร้อยละ 17.3 เท่ากัน มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา และประกาศนียบัตรวิชาชีพเท่ากันร้อยละ 33.7 อยู่ในสถานภาพมีงานทำร้อยละ 62.5 มีรายได้เฉลี่ย 15,822.79 บาท โดยมีรายได้อยู่ในกลุ่ม 10,001-15,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 29.1 รองลงมาคือกลุ่มที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 27.9

2. ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย และการดูแลตนเองในช่วงเวลาการระบาดใหญ่โควิด 19

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีระยะเวลาการติดเชื้อ เฉลี่ย 13.02 ปี (SD = 9.32) โดยจำนวนปีที่ติดเชื้อนานที่สุดคือ 44 ปี น้อยที่สุดคือ 1 ปี และอยู่ในกลุ่มที่ติดเชื้อนาน 1-5 ปีมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 29.4 รองลงมาคือกลุ่มที่ติดเชื้อนาน 21-25 ปี ร้อยละ 21.6 ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างไม่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 47.2 เพศสัมพันธ์กับผู้ชายร้อยละ 38 มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงร้อยละ 15 มีเพศสัมพันธ์ทั้งกับชายและหญิงร้อยละ 2 และในช่วงที่มีการระบาดอย่างรุนแรงของโรคโควิด กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ร้อยละ 88.5 มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่คู่นอนร้อยละ 11.5

ในเรื่องการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้ไปพบแพทย์ตามนัด เฉลี่ย 3.35 ครั้ง ต่อปี (SD = 1.76) โดยไปพบ 1-3 ครั้งมากที่สุดถึงร้อยละ 60.6 และไปพบแพทย์ด้วยตนเองร้อยละ 83.7 รับประทานไวรัสสมาเสมอร้อยละ 100 ร้อยละ 83.7 ผลการตรวจไม่พบเชื้อไวรัส (หรือไวรัสเหลือน้อย)

3. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับโควิด 19

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีความรู้เกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิดว่า เกิดจากการสัมผัสผู้คน ไอ จามร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ การสัมผัสกับสิ่งสกปรกหรือมลพิษร้อยละ 20.2 ติดต่อกับทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 13.5 การสัมผัสสัตว์ร้อยละ 7.7 และโดนยุงกัดร้อยละ 1.9

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคโควิด 19 ว่า จะมีอาการไข้และอาการไอ เท่ากันร้อยละ 86.5 รองลงมาคือมีอาการน้ำมูกไหลคัดจมูกร้อยละ 77.9 และยังมีอาการอื่นอีก ได้แก่ ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 63.5 ปวดศีรษะ ร้อยละ 66.3 เหนื่อย เมื่อยล้า ปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 55.8 ท้องเดิน ร้อยละ 51.0 จมูกไม่ได้กลิ่น ร้อยละ 48.1 หายใจถี่ หายใจหอบ ร้อยละ 44.2 และเจ็บคอ ร้อยละ 43.7

กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้สถานที่เข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 89.4 เคยเข้ารับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 83.6 ได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ครั้งสุดท้าย เกิน 1 เดือนมาแล้วร้อยละ 92.2 ผลการทดสอบเป็นบวกร้อยละ 46.2 มีบุคคลใกล้ชิดมีผลการตรวจเชื้อโควิด 19 เป็นผลบวก ร้อยละ 59.6 และมีบุคคลใกล้ชิดตายจากการติดเชื้อโควิด 19 ร้อยละ 9.7 การตรวจหาเชื้อโควิด 19 หากไม่มีบริการตรวจหาเชื้อโควิด 19 โดยไม่มีค่าใช้จ่าย กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถจ่ายค่าตรวจได้เพียงร้อยละ 48.9

การรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อโควิด 19 ในประเทศ ร้อยละ 84.6 และเป็นผู้ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ร้อยละ 99.0 ร้อยละ 82.1 วางแผนการฉีดวัคซีนเพิ่มต่อไปอย่างแน่นอน และอีกร้อยละ 12.5 ที่ตั้งใจจะไปรับวัคซีน

4. ความกังวลเกี่ยวกับโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการระบาดโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 (SD = 1.09) โดยมีความรู้สึกกลัวต่อโควิด 19 มากที่สุด มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.54 (SD = 1.40) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือข้อ 2 “รู้สึกไม่สบายใจเมื่อคิดถึงโควิด 19” มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 (SD = 1.43) อยู่ในระดับปานกลาง

5. การปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเอชไอวี ในการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.53 (SD = .53) โดยมีความเชื่อมั่นสูงที่สุดว่า “การสวมหน้ากากอนามัยในสถานที่สาธารณะ” อยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 “สามารถป้องกันโควิด 19 ในชีวิตประจำวันได้” ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 อยู่ในระดับมาก (SD = .43) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ “การเว้นระยะห่างกับบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว” อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.03 (SD = .99)

6. การสนับสนุนทางสังคม

6.1 การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่าได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโควิด 19 จากสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 74 รองลงมาคือ จากนักข่าว ร้อยละ 36.5 และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของรัฐหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ร้อยละ 31.7 นอกจากนี้ได้รับข่าวสารจากคนรู้จัก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คลินิก และองค์กรชุมชนในท้องถิ่น จากนักวิทยาศาสตร์ แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก นักการเมือง และบุคคลทั่วไปที่ไม่รู้จัก ร้อยละ 26, 24, 20.2 13.5, 5.8 และ 5.8 ตามลำดับ

6.2 การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19

เกณฑ์ในการประเมิน แบ่งช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยได้กำหนดเกณฑ์ประเมินไว้ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดีมาก

ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจระดับ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยที่สุด

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด กลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.61 (SD = 1.04) อยู่ในระดับดี โดยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมมาก ในข้อ 4 “แสดงออกถึงความรักและทำในสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ” โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 (SD = 1.64) อยู่ในระดับดี รองลงมาคือข้อ 3 “เข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง” โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 (SD = 1.65) อยู่ในระดับดี (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม

การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลความหมาย
1. การได้รับการช่วยเหลือดูแลบ้านเมื่อเจ็บป่วย	3.43	1.03	ปานกลาง
2. อยู่เป็นเพื่อนทำให้รู้สึกผ่อนคลาย	3.58	1.27	มาก
3. เข้าใจท่านและรับรู้ถึงปัญหาของท่าน	3.61	1.65	มาก
4. แสดงออกถึงความรักและทำในสิ่งที่ท่านต้องการ	3.84	1.65	มาก
รวม	3.61	1.04	มาก

ตัวแปรที่นำมาศึกษา มีความสัมพันธ์กันทางบวก 5 คู่ ได้แก่

1. อายุของผู้ติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ในทิศทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .54 ที่ระดับนัยสำคัญ .01 กล่าวคืออายุที่เพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อจะมีระยะเวลาการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

2. อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการป้องกันโควิด 19 ในทิศทางบวก ในระดับต่ำ โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .27 ที่ระดับนัยสำคัญ .05 กล่าวคือถ้าอายุเพิ่มขึ้นการปฏิบัติตัวของ ผู้ป่วยเอชไอวี ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโควิด 19 จะเพิ่มขึ้น

3. จำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ในทิศทางลบ ในระดับต่ำ โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือถ้าจำนวนปีที่ติดเชื้อ เอชไอวี เพิ่มขึ้นจำนวนครั้งที่แพทย์นัดติดตามอาการผู้ติดเชื้อลดลง

4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .23 กล่าวคือ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น รายได้จะเพิ่มขึ้น

5. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อในการป้องกันโควิด 19 ในทิศทางบวก ในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .21 กล่าวคือถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อในการป้องกันโควิด 19 ก็ดีขึ้นด้วย (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์ ระหว่างอายุผู้ป่วย จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเอชไอวี การสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ ความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องโควิด 19 และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอชไอวี ด้วยสถิติ Pearson Correlation

ตัวแปร	อายุ	จำนวนปีที่ติดเชื้อ	การสนับสนุนทางสังคม	รายได้	จำนวนครั้งที่การพบแพทย์	ความวิตกกังวล	การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อ
1. อายุผู้ป่วย	1						
2. จำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวี	.54**	1					
3. การสนับสนุนทางสังคม	.01	.01	1				
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-.14	-.11	.23*	1			
5. จำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์	-.13	-.20*	.03	.06	1		
6. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องโควิด 19	.03	.12	-.04	-.11	.14	1	
7. การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันโควิด 19	.27*	.17	.21*	-.06	-.14	.01	1

** $P < .01$, * $P < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

ในช่วงการระบาดใหญ่โควิด 19 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี รับรู้เกี่ยวกับโรคโควิดได้จากหลายทางผู้ติดเชื้อได้รับข้อมูลมากที่สุดจากสังคมออนไลน์ถึงร้อยละ 74 ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันเนื่องจากสะดวก เข้าถึงง่าย เข้าถึงผู้คนทุกระดับ มีการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์ตลอดเวลาซึ่งมีแนวโน้มจะกลายเป็นสื่อหลักสำหรับผู้คนในโลกอนาคต (พิชิต วิจิตรบุญยรักษ์, 2554) มีความรู้สึกวิตกกังวลกลัวต่อโควิด 19 ในระดับมาก มีความมั่นใจในการป้องกันตัวในชีวิตประจำวันรวมถึงการสวมหน้ากากอนามัย ในระดับมาก แต่การเว้นระยะห่างกับบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ รับรู้สถานที่ตรวจหาการติดเชื้อโควิด 19 และตั้งใจระวังตัวขึ้นป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 โดยได้รับการฉีดวัคซีนถึงร้อยละ 99 เมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่ามีความสัมพันธ์ 5 คู่ที่มีความสัมพันธ์กัน

1. อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวีในทิศทางบวก ($r = .54, P < .001$) จากผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจาก hivinfo.nih.gov ที่ว่าการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เรียกว่า (Antiretroviral therapy หรือ ART) ช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และจะเพิ่มจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีอายุมากขึ้นเช่นเดียวกับผลการศึกษานี้ที่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับยาต้านไวรัสสม่ำเสมอถึงร้อยละ 100 และร้อยละ 83.7 ผลการตรวจหาเชื้อไวรัส ตรวจไม่พบเชื้อไวรัส จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้อายุของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่ติดเชื้อเอชไอวีในทิศทางบวก

2. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทาง บวกอยู่ในระดับต่ำ ($r = .23, p \text{ value} < .05$) ซึ่งผลจากการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz et al.

(2006) เช่นเดียวกับ Weyers et al. (2008) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้เนื่องจากรายได้ เป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสถานะ เศรษฐกิจสังคม ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้ต่ำมักจะเผชิญกับ ปัญหาที่ซับซ้อน เช่นเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ทำให้ไม่ยาก ติดต่อกับผู้อื่น หรือบุคคลที่ติดต่อด้วยเกิดความ รู้สึกว่า คนที่มีรายได้น้อยเป็นภาระ เพื่อนและสมาชิกใน ครอบครัวก็มีแนวโน้มที่จะมีรายได้น้อยเช่นเดียวกัน ด้วย เหตุนี้รายได้น้อยจึงไปทำลายแรงสนับสนุนทางสังคม หรือทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมอ่อนแอลง จากการวิจัย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 3000 บาท มีความ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังขาดการสนับสนุนทางสังคม มีภาระ ที่ต้องเลี้ยงดูหลาน และมีอาชีพเก็บขยะขาย จึงต้องให้ ความใส่ใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเพื่อการดูแล ที่ครอบคลุมโดยองค์รวม

3. จำนวนปีของการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ กับจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์ ในทิศทางลบ ในระดับต่ำ ($r = -.20, p < .05$) จากข้อมูลการวิจัยอธิบายได้ว่า จำนวนปีที่ติดเชื่อนานขึ้น ผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจการ ปฏิบัติตน และการรับยาต้านไวรัสที่เหมาะสม ทำให้ ระยะการนัดพบแพทย์เพื่อติดตามอาการนานขึ้นลด จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ และช่วงที่ศึกษามี การระบาดของโรคโควิด 19 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จัดเป็น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ดังนั้น เพื่อความปลอดภัยต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โควิด 19 คือการลดการติดต่อกับบุคคลภายนอก รวมถึง การออกไปพบแพทย์ด้วย (Brown, Spinelli, & Gandhi, 2021) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้จำนวนปีที่ป่วยด้วยโรคเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์

4. อายุ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเอชไอวี

ในการป้องกันโรคโควิด 19 ($r = .27, p < .05$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ติดเชื้อที่มีอายุมากหากติดเชื้อโควิด 19 มีโอกาสที่จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้มีอายุน้อย (Aborode et al., 2022) ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงตระหนักต่อความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง เพิ่มความระมัดระวังตัว พยายามป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อโควิด 19 จึงทำให้มีการปฏิบัติตนดูแลตนเองดีกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า

5. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อในทิศทางบวก ในระดับต่ำ ($R = .21$) ซึ่งผลของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จะทำให้มีความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวดีขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีดีขึ้น ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลตนเอง ก็ดีขึ้นด้วย (Khamarko & Myers, 2013) เช่นเดียวกับ Mohebi et al. (2018) ที่ศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการระบาดใหญ่โควิด 19

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). การฉีดวัคซีนโควิด-19 ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. สืบค้นจาก <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/1914020210622071958.pdf>

ข้อเสนอแนะการวิจัย

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่เพิ่มขึ้น พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโควิด 19 เพิ่มขึ้น จึงเสนอให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อในช่วงยุควิถีใหม่หลังการระบาดใหญ่โควิด 19 เพื่อวางแผนการส่งเสริมการเผชิญกับภาวะเปราะบางทางสังคมโลก
2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอายุสูงชันเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่น เช่น เบาหวาน ความดัน โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งด้านการส่งเสริมและความตระหนักในการเฝ้าระวัง โรคเรื้อรังอื่น
3. พัฒนารูปแบบการดูแลติดตามอาการการติดเชื้อเอชไอวีในยุควิถีใหม่ เช่น การรักษาทางไกล การพัฒนา Home ward และระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบประคับประคอง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อในวาระท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี
4. เมื่อมีสถานการณ์การระบาดข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ประชาชนปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และจากการวิจัยพบว่า สื่อออนไลน์ เป็นสื่อที่กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลมากที่สุดจึงเสนอแนะให้ผู้บริหารทางสุขภาพ คำนึงถึงการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม ผ่านสื่อออนไลน์

ธนา ขอเจริญพร. (2565). โรคติดเชื้อ HIV และโควิด 19 ปี 2564. สืบค้นจาก <https://cimjournal.com/idv-conference/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B9%80%E0%B8%8A%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B9%80%E0%B8%AD%E0%B8%8A%E0%B9%84%E0%B8%AD%E0%B8%A7%E0%B8%B5/>

- พิชิต วิจิตรบุญรักษ์. (2554). สื่อสังคมออนไลน์: สื่อแห่งอนาคต. *วารสารนักบริหาร*, 31(4), 99-103.
- องค์การสหประชาชาติ. (2564). องค์การสหประชาชาติร่วมภารกิจยุติเอดส์ให้ได้ภายใน ปี 2573. สืบค้นจาก <https://workpointtoday.com/un aids/>
- Aborode, A. T., Olotu, T. M., Oyetunde, O. B., Ajagbe, A. O., Mustapha, M. A., Karra-Aly, A., & Oko, C. I. (2022). COVID-19 outcomes in HIV patients: a review. *Annals of Medicine and Surgery*, 78, 103768.
- Brown, L. B., Spinelli, M. A., & Gandhi, M. (2021). The Interplay between HIV and COVID-19: summary of the data and responses to date. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 16(1), 63-73.
- Geretti, A. M., Stockdale, A. J., Kelly, S. H., Cevik, M., Collins, S., Waters, L., ... & Semple, M. G. (2021). Outcomes of coronavirus disease 2019 (COVID-19) related hospitalization among people with human immunodeficiency virus (HIV) in the ISARIC World Health Organization (WHO) clinical characterization protocol (UK): a prospective observational study. *Clinical Infectious Diseases*, 73(7), 2095-2106.
- Jones, D. L., Ballivian, J., Rodriguez, V. J., Uribe, C., Cecchini, D., Salazar, A. S., ... & Alcaide, M. L. (2021). Mental health, coping, and social support among people living with HIV in the Americas: a comparative study between Argentina and the USA during the SARS-CoV-2 pandemic. *AIDS and Behavior*, 25(4), 2391-2399.
- Khamarko, K., & Myers, J. J. (2013). *The influence of social support on the lives of HIV-infected individuals in low-and middle-income countries*. Geneva : World Health Organization.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), 52-54.
- Mellor, M. M., Bast, A. C., Jones, N. R., Roberts, N. W., Ordóñez-Mena, J. M., Reith, A. J., ... & Dorward, J. (2021). Risk of adverse coronavirus disease 2019 outcomes for people living with HIV. *AIDS (London, England)*, 35(4), F1.
- Mohebi, S., Parham, M., Sharifirad, G., Gharlipour, Z., Mohammadbeigi, A., & Rajati, F. (2018). Relationship between perceived social support and self-care behavior in type 2 diabetics: A cross-sectional study. *Journal of education and health promotion*, 7, 48. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_73_17
- Schulz, A. J., Israel, B. A., Zenk, S. N., Parker, E. A., Lichtenstein, R., Shellman-Weir, S., & Ab, L. K. (2006). Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American women on Detroit's eastside. *Social science & medicine*, 62(2), 510-522.

- The Bangkok Insight Editorial Team. (2565). อัปเดตสถานการณ์โควิด วันที่ 25 มกราคม 2565. Retrieved from <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/792183/>
- Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., ... & Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7(13), 1-7.



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า
ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดตรัง

**The Prevalence and Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer in
Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Primary Care Setting
in Trang Province**

ระพีพรรณ เทือกทักษ์, ปร.ด., Rapeepun Thungtak, Ph.D.

อาจารย์ ดร., คณะกายภาพบำบัด วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

Lecturer, Ph.D., Faculty of Physical Therapy, Saint Louis College

Corresponding Author Email: rapeepun@slc.ac.th

Received: August 27, 2023

Revised: December 4, 2023

Accepted: December 11, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน วิธีการศึกษาโดยการประเมินสภาพเท้า ทดสอบภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และแบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 165 คน อายุเฉลี่ย 63.62 ปี มีระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าพบความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 30.90 ความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 35.80 และความเสี่ยงสูง ร้อยละ 33.30 พบความสัมพันธ์กับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานในเพศหญิง เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และมีเท้าผิดรูป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สรุปได้ว่าประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.10 มีความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน ดังนั้น ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้าอย่างถูกวิธี และส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่อไป

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2 แผลที่เท้าจากเบาหวาน ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน

Abstract

This cross-sectional study was conducted with the following objectives: 1) to study the prevalence of different risk levels of diabetic foot ulcer, and 2) to study the association of risk factors for diabetic foot ulcer. The research methods employed are evaluation of foot conditions, peripheral neuropathy and peripheral artery disease tests, and classification of risk levels of diabetic foot ulcer. The research data were then analyzed using frequency counts, percentages, averages, and analysis of Chi-square tests. The research findings show that the risk levels of diabetic foot ulcer among 165 patients with Type 2 diabetes mellitus and an average age of 63.62 years are as follows: 30.90% have low risk level, 35.80% have moderate risk level, and 33.30% have high risk level. The relationship between the risk factors of diabetic foot ulcer in female patients, who have had diabetes mellitus for more than 10 years, and the occurrence of peripheral neuropathy, peripheral artery disease, and foot deformity is statistically significant at $p < 0.05$. It can be concluded that the majority of the research population, 69.10%, are at risk of developing diabetic foot ulcer. Therefore, such patients should be given advice on proper foot care and should later be referred to a specialist doctor.

Keyword: Type 2 Diabetes Mellitus, Diabetic Foot Ulcer, Peripheral Neuropathy, Peripheral Artery Disease

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก (จุติเลขา บัวคำภู, 2566) เบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม เกิดจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลิน การออกฤทธิ์ของอินซูลิน หรือทั้งสองอย่าง (American Diabetes Association, 2018) ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และเกิดความเสียหายของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (Baynes, 2015) ที่สามารถพบได้บ่อยคือโรคเท้าเบาหวาน ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน (Chawla, Chawla, & Jaggi, 2016) จากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และการผิดรูปของเท้า (Yazdanpanah

et al., 2018) โดยเฉพาะหากมีการเกิดแผลที่เท้าขึ้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Junrungsee, Kosachunhanun, Wongthanee, & Rerkasem, 2011; Valensi, Girod, Baron, Moreau-Defarges, & Guillon, 2005)

ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมเป็นสาเหตุหลักของการเกิดแผลที่เท้าถึงร้อยละ 50 ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทรับความรู้สึก ซึ่งหากระบบประสาทสั่งการทำงานผิดปกติ ส่งผลให้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและเหยียดนิ้วเท้า ทำให้เกิดการผิดรูปของเท้า ส่งผลให้การลงน้ำหนักที่เท้าผิดปกติ และการเกิดแผล

ที่เท้าตามมา นอกจากนี้ หากระบบประสาทรับรู้สัมผัสผิดปกติร่วมด้วย ทำให้ไม่สามารถรับรู้ตำแหน่งของเท้าได้ ส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากขึ้น และมีอาการแสบ หากได้รับแรงกดอย่างซ้ำ ๆ อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าถึงร้อยละ 50 เกิดจากการทำงานผิดปกติของเซลล์บุผนังหลอดเลือดบริเวณช่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น (Clayton Jr, & Elasy, 2009)

การคัดกรองระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสามารถดำเนินการคัดกรองตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข และสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 1) การตรวจความผิดปกติของผิวหนัง/เท้าผิดปกติ 2) การประเมินภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โดยใช้โมโนฟิลาเมนต์ ขนาด 10 กรัม ร่วมกับการทดสอบอื่นอย่างน้อย 1 อย่าง 3) การประเมินโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน โดยการตรวจสอบสภาพหลอดเลือดแดง (Ankle Brachial Index: ABI) และ 4) การประเมินประวัติการเกิดแผลที่เท้า และประวัติการถูกตัดขา/เท้า (American Diabetes Association, 2018; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560)

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีการตรวจคัดกรองปัจจัยของการเกิดโรคเท้าเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในพื้นที่ชุมชนชนบทไทย จำนวน 1,078 คน พบมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 34 และมีแผลที่เท้าร้อยละ 6.9 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดแผลที่เท้า (Nitiyanant et al., 2007) และไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาการจำแนกระดับ

ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานในพื้นที่ชุมชนชนบทของไทย ทำให้ขาดข้อมูลด้านความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้า รวมถึงไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในพื้นที่ชนบท

หากได้ผลลัพธ์ของความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการจัดการสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ชุมชนชนบทของไทยที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ยาก เพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในเขตชนบทไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เขตชนบทเพื่อนำไปสู่การวางแผนการรักษาและจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาที่จัดเวลาใดเวลาหนึ่ง ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า ตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์

การคัดเข้า คือ อายุ 18 ปี ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้เป็นปกติ และสื่อสารเข้าใจเกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานขณะตั้งครรภ์ และเคยถูกตัดขาหรือเท้าทั้งสองข้าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p (1 - p)}{d^2}$$

โดย $Z_{\alpha/2}$ หมายถึง ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ กำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น กำหนด $Z_{\alpha/2} = 1.96$

d หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 5% ดังนั้น $d = 0.05$

p หมายถึง ค่าความชุก อ้างอิงมาจากการศึกษาของ (Sarinnapakorn, Sunthorntepwarakul, Deerochanawong, Niramitmahapanya, & Napartivaumnuay, 2016) เกี่ยวกับการศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบมีความเสี่ยงระดับสูงต่อการเกิดแผลที่เท้าร้อยละ 10.6 ดังนั้น $p = 0.106$ แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.106 \times (1 - 0.106)}{0.05^2} = 145$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างจะต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 145 คน โดยกำหนดการขาดหายของข้อมูลจำนวน 30 เปอร์เซนต์ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 165 คน

1. เครื่องมือสำหรับการทดสอบความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน

การประเมินภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม เป็นการทดสอบการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า

ด้วยโมโนฟิลาเมนต์ ขนาด 10 กรัม และ/หรือ ส้อมเสียงความถี่ 128 เฮิร์ต และประเมินโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันด้วยการวัด ABI ขณะทดสอบให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายอย่างผ่อนคลาย การทดสอบด้วยโมโนฟิลาเมนต์ ผู้ทดสอบให้ผู้ป่วยหลับตา พร้อมกับสอบถามความรู้สึกและตำแหน่งที่มีการทดสอบ ประกอบด้วย 4 จุด ได้แก่ หัวแม่เท้า และ metatarsal head ที่ 1 ที่ 3 และที่ 5 ผลเป็นบวกเมื่อตอบไม่รู้สึกละเอียดอย่างน้อย 1 จุด (Thailand Diabetes Association, 2017) การทดสอบด้วยส้อมเสียงความถี่ 128 เฮิร์ต ทำการประเมินบริเวณ body prominence ของปลายนิ้วหัวแม่เท้า ผู้ทดสอบสอบถามการเริ่มรับรู้และหายไปของการสัมผัสเตือนของเท้าแต่ละข้าง หากมีเวลาที่หายไปของการรับรู้การสัมผัสเตือนเมื่อเทียบกับผู้ทดสอบแตกต่างกันมากกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที วินิจฉัยเป็นภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม (Won, & Park, 2016) การวัด ABI ทำการทดสอบหลังนอนพักเป็นเวลา 5 นาที ผู้ทดสอบตรวจ systolic blood pressure ของ brachial artery, dorsalis pedis artery, และ posterior tibialis artery ด้วยเครื่องวัดความดันชนิดบีบ และ Handheld Vascular Doppler (รุ่น EDAN SD3 Vascular Ultrasonic Pocket Doppler ชนิด 8 Mhz Probe จากบริษัท EDAN ประเทศสหรัฐอเมริกา) การคำนวณค่า ABI คำนวณทั้งเท้าข้างซ้ายและข้างขวา โดยการนำค่า systolic blood pressure ที่สูงที่สุดของเท้าข้างที่จะวัดหารด้วย systolic blood pressure ของ brachial artery ของแขนข้างที่สูงที่สุด หากค่า ABI น้อยกว่า 0.9 วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน (Aboyans et al., 2012)

การแบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน จำแนกตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 โดยสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ ความเสี่ยงต่ำ

ความเสี่ยงปานกลาง และความเสี่ยงสูง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความเสี่ยงต่ำ หมายถึง ไม่พบปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้า หรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า ผิวน้ำและรูปเท้าปกติ ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าปกติ และผลตรวจABI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.9

ความเสี่ยงปานกลาง หมายถึง ไม่มีประวัติการมีแผลที่เท้า หรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า ไม่มีเท้าผิดปกติ ผลการประเมินการรับรู้ความรู้สึกที่เท้าผิดปกติ และ/หรือ ตรวจ ABI น้อยกว่า 0.9

ความเสี่ยงสูง หมายถึง มีประวัติมีแผลที่เท้า หรือถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า หรือมีความเสี่ยงปานกลางร่วมกับพบเท้าผิดปกติ

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการหาค่า intra-tester reliability ของผู้ตรวจประเมินเท้า ซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์การตรวจเท้าเป็นเวลามากกว่า 10 ปี และผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญการทดสอบเส้นระยะห่างสำหรับการวัดซ้ำ จำนวน 3 วัน โดยผู้ประเมินคนเดียวกัน ทำการทดสอบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ kappa ผลการประเมินการวัดซ้ำของการทดสอบโมโนฟิลาเมนต์ ขนาด 10 กรัม สัมผัสเสียงความถี่ 128 เฮิร์ต และ ABI พบมีความเห็นพ้องกันอย่างมาก ($kappa = 1.00$)

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากช่วงระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยอยู่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถรับการตรวจประเมินเท้า ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้าได้ตามปกติ การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละหมู่บ้าน รวมทั้งหมด จำนวน

10 หมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลเขาวิเศษ อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง เริ่มจากผู้วิจัยประสานงานเพื่อขออนุญาต การเข้าพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เมื่อได้รับการอนุญาตการเข้าพื้นที่แล้ว ได้ประสานกับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานและขอข้อมูลการติดต่อตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อให้ช่วยประสานและแจ้งวันนัดหมายการเก็บข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัย รวมถึงอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยในการเดินทางเข้าเก็บข้อมูลในแต่ละหมู่บ้าน เมื่อถึงวันนัดหมายของแต่ละหมู่บ้าน ผู้วิจัยดำเนินการเดินทางเก็บรวบรวมข้อมูล ณ บ้านผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละหลังตามวันที่นัดหมายไว้ เพื่อดำเนินการชี้แจงรายละเอียด ขั้นตอนการวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักกายภาพบำบัดในวันเดียวกัน

นักกายภาพบำบัดดำเนินการซักประวัติเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวและประวัติทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการเกิดแผลที่เท้า และประวัติการตัดนิ้ว/เท้า/ขา เป็นต้น และทำการการตรวจประเมินเท้าเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน ประกอบด้วย การตรวจประเมินสภาพเท้าทั่วไป การตรวจการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่เท้า และการประเมินโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน หลังจากนั้นดำเนินการจัดระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน โดยถือข้างที่ผิดปกติมากกว่าเป็นหลัก และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเท้า

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประวัติโรคประจำตัวอื่น ๆ ผลการประเมินสภาพเท้าทั่วไป ได้แก่ การเกิดเท้าผิดปกติ แผลที่เท้า เส้นประสาทส่วนปลาย

เสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ประวัติการตัด
นิ้ว/เท้า/ขา และระดับความเสี่ยงในแต่ละกลุ่ม นำเสนอ
ข้อมูลเป็นความถี่และร้อยละ

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง
ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน รายงาน
เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง
ต่อการเกิดแผลที่เท้าเบาหวานกับผู้ที่มีความเสี่ยงของ
การเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้น
โดยใช้ chi-square test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ $p < 0.05$

4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะ
กรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-
/E/G-002/2563 และผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับฟังคำ
ชี้แจงและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน

ผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาวิเศษ และ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า ตำบล
เขาวิเศษ อำเภอดงวิทยาคาร จังหวัดตรัง จำนวน 165 คน
ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยแสดง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐาน (n = 165)

ข้อมูล	จำนวนคน (ร้อยละ)		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
	คน	ร้อยละ		
เพศ				
ชาย	54	32.70	-	-
หญิง	111	67.30	-	-
อายุ (ปี)	-	-	63.62	10.84
ค่าดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	-	-	25.90	5.73
ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน (ปี)	-	-	9.84	6.86
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	142	86.00	-	-
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	6.10	-	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	6.70	-	-
ปริญญาตรี	2	1.20	-	-
โรคประจำตัวอื่น ๆ				
โรคไต	11	6.70	-	-
โรคหลอดเลือดหัวใจ	9	5.5	-	-
โรคความดันโลหิตสูง	102	61.80	-	-
โรคไขมันสูง	65	39.40	-	-
โรคหลอดเลือดสมอง	4	2.40	-	-
โรคจอประสาทตาเสื่อม	3	1.80	-	-

การประเมินสภาพเท้าทั่วไปมีแผลที่เท้า จำนวน 15 คน (ร้อยละ 9.10) มีประวัติถูกตัดขาหรือเท้า จำนวน 5 คน (ร้อยละ 3) มีเท้าผิดรูป จำนวน 50 คน (ร้อยละ 30.30) มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม จำนวน 105 คน (ร้อยละ 63.60) และมีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน จำนวน 20 คน (ร้อยละ 12.10) เมื่อจัดระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานพบว่ามีความเสี่ยงต่ำ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 30.90) ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 59 คน (ร้อยละ 35.80) และความเสี่ยงสูง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 33.30)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป พบว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในเพศหญิง ($p=0.009$) มีระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ($p=0.001$) มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ($p=0.001$) มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ($p=0.001$) และเท้าผิดรูป ($p=0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร² (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานกับผู้ที่มีความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

ปัจจัยเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง		p-value
	ความเสี่ยงต่ำ คน (ร้อยละ)	ความเสี่ยงปานกลาง-สูง คน (ร้อยละ)	
เพศ			
ชาย	24 (14.50)	30 (18.20)	0.009*
หญิง	27 (16.40)	84 (50.90)	
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)			
< 23	14 (8.50)	37 (22.40)	0.520
≥ 23	37 (22.40)	77 (46.70)	
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)			
ไม่เกิน 10 ปี	40 (24.20)	57 (34.50)	0.001*
เกิน 10 ปี	11 (6.70)	57 (34.50)	
ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม			
ไม่มี	51(30.90)	9(5.50)	0.001*
มี	0(0)	105(63.60)	
โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน			
ไม่มี	51 (30.90)	94 (57.00)	0.001*
มี	0 (0)	20 (12.10)	
เท้าผิดรูป (foot deformities)			
ไม่มี	47 (28.50)	68 (41.20)	0.001*
มี	4 (2.40)	46 (27.90)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่า $p<0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ข้อแรกเพื่อศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานเมื่อแบ่งระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน พบความเสี่ยงต่ำ จำนวน 51 คน (ร้อยละ 30.90) ความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 59 คน (ร้อยละ 35.80) และ ความเสี่ยงสูง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 33.30) เนื่องจากไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาข้อมูลการจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวานในพื้นที่ชนบทของประเทศไทย จึงยังไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบจากการศึกษาที่ผ่านมาในพื้นที่เขตชุมชนเมืองของไทย พบว่าผลการศึกษามีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลระดับต่ำ คุณวีระศักดิ์ ศรีนภากาศ และคณะ ค.ศ. 2016 ได้ศึกษาความชุกของการแบ่งกลุ่มตามความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 593 คน พบกลุ่มเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 55.80 กลุ่มเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 33.60 และกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 10.6 เมื่อเปรียบเทียบกับ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าต่ำกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของนรินาถ สิมะสิงห์, พิชญ์ พลลภาคย์, และสว้างจิต สุรอมรกุล (2564) ได้ศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลเบาหวาน ณ คลินิกอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล พบส่วนใหญ่มีความเสี่ยงระดับต่ำมาก ร้อยละ 92.30 อาจจะเนื่องมาจากการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและการรักษาของผู้ป่วยในพื้นที่เขตเมือง กรุงเทพมหานคร สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ดีกว่าในพื้นที่ชุมชนเขตชนบทของไทย นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่เขตชนบทอาจจะยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน เห็นได้จากการศึกษานี้ผู้เข้าร่วมศึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 86 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจเป็น

ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพในการดูแลตนเองได้ การศึกษาของ Sriussadaporn และคณะ ค.ศ. 1997 ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในประเทศไทย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีความรู้ในการดูแลเท้าต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sriussadaporn et al., 1997)

หลังการตรวจประเมินพบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ร้อยละ 63.60 มีเท้าผิดปกติ ร้อยละ 30.30 มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน ร้อยละ 12.10 มีแผลที่เท้า ร้อยละ 9.10 และถูกตัดขา/เท้า/นิ้วเท้าหนึ่งข้าง ร้อยละ 3.00 การศึกษานี้พบภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมากที่สุด จำนวน 105 คน และ มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน จำนวน 20 คน สาเหตุเกิดมาจากการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งผลให้ผนังด้านในของหลอดเลือดสัมผัสกับกลูโคส มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้เกิดการทำลายของเยื่อภายในหลอดเลือดจากภาวะเครียดออกซิเดชัน (Vithian, & Hurel, 2010) เสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า และถูกตัดขาตามมา (Cade, 2008) เห็นได้ว่าการศึกษานี้พบการเกิดแผลที่เท้า จำนวน 15 คน และถูกตัดขา จำนวน 5 คน เป็นสาเหตุสำคัญทำให้คุณภาพชีวิตลดลง และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Riewpaiboon, Pornlertwadee, & Pongsawat, 2007)

ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุหลักของการเกิดแผลที่เท้า ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการ ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทรับความรู้สึก หากระบบประสาทสั่งการผิดปกติ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแอและเหยียดนิ้วเท้าอ่อนแรง ส่งผลให้เกิดเท้าผิดปกติ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยมีเท้าผิดปกติ จำนวน 50 คน ส่งผลให้การลงน้ำหนักที่เท้าผิดปกติ เป็นสาเหตุของการเกิดตาปลา หนังหนา

และเป็นแผลที่เท้าตามมาในที่สุด นอกจากนี้ เมื่อมีระบบประสาทรับรู้สีกผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ตำแหน่งของเท้าได้ ส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากขึ้น และมีอาการแสบลง หากเท้าได้รับแรงกดซ้ำ ๆ (Clayton Jr, & Elasy, 2009) รวมถึงหากเดินด้วยเท้าเป็นเวลานาน ๆ ส่งผลให้แผลหายช้าลง (Apelqvist, Bakker, Van Houtum, Schaper, & International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Editorial Board., 2008) โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดจากการทำงานผิดปกติของเซลล์บุผนังหลอดเลือดบริเวณน้อง เกิดจากการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และโรคประจำตัวอื่น ๆ ร่วมด้วย (Clayton Jr, & Elasy, 2009) ซึ่งพบในการศึกษานี้ คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.80 และไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 39.40

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท้าเบาหวานในพื้นที่ชนบทไทยพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน การศึกษาของ (Nitiyanant et al., 2007) สำรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในชุมชนชนบทไทย จำนวน 1,078 คน พบมีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อมมากที่สุด ร้อยละ 34 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ และมีแผลที่เท้าร้อยละ 6.90 ซึ่งมีจำนวนใกล้เคียงกับการศึกษานี้ (Nitiyanant et al., 2007) อาจเนื่องมาจากระบบบริการสุขภาพ และการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขในชุมชนชนบทไทยไม่มีความแตกต่างกัน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ข้อที่สองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษานี้พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเพศหญิง ($p=0.009$) มีระยะเวลาเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ($p=0.001$) มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ($p=0.001$) มีโรคหลอดเลือด

เลือดส่วนปลายตีบตัน ($p=0.009$) และมีเท้าผิดรูป ($p=0.009$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาของ คุณรัชฎา สหะวรกุลศักดิ์ และคณะ ค.ศ. 2013 (รัชฎา สหะวรกุลศักดิ์, 2013) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 333 คน พบมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ($p<0.001$) การศึกษาของ อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2553) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล จำนวน 1,291 คน พบว่าการรับรู้ความรู้สึกของประสาทส่วนปลายผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) การศึกษาของ Yazdanpanah และคณะ ค.ศ. 2018 ศึกษาเพื่อทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 566 คน พบว่าภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 3.37 เท่า ($p = 0.007$) และผู้ที่มีเท้าผิดรูป มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 3.02 เท่า ($p = 0.032$) (Yazdanpanah et al., 2018) การศึกษาของ Perters และคณะ ค.ศ. 2007 ศึกษาปัจจัยที่ทำนายต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตันทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 10.1 เท่า ($p=0.006$) (Peters, Armstrong, & Lavery, 2007) การศึกษาของ Yazdanpanah และคณะ ค.ศ. 2018 ศึกษาการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าจากเบาหวาน จำนวน 566 คน พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผล 3.23 เท่า ($p = 0.01$) (Yazdanpanah et al., 2018) อาจเป็นเพราะการศึกษานี้พบเพศหญิงมากกว่าถึงร้อยละ 67.30 รวมถึงพฤติกรรมกรับบริโภคอาหารที่อาจไม่เหมาะสมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ การศึกษาพบไม่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม พบผู้ป่วยเบาหวาน

ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าระดับปานกลางถึงสูง มีระดับดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร² จำนวนสูงถึง 77 คน จากจำนวนทั้งหมด 114 คน ดังนั้น เห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อาศัยในพื้นที่เขตชนบทส่วนใหญ่พบมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เห็นสมควรให้ส่งเสริมการคัดกรองเท้าเบาหวาน ให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และมีเท้าผิดปกติ ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อป้องกันการเกิดแผลและถูกตัดขาหรือเท้าต่อไป

ข้อเสนอแนะการวิจัย

การศึกษานี้พบผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 69.10 โดยพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล คือ ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม ร้อยละ 63.60 มีเท้าผิดปกติ ร้อยละ 30.30 มีโรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน ร้อยละ 12.10 มีแผลที่เท้า ร้อยละ 9.10 และถูกตัดขาหรือเท้า ร้อยละ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ได้แก่ เพศหญิง เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และมีเท้าผิดปกติ

ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล ได้แก่ เพศหญิง เป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี ภาวะเส้นประสาทส่วนปลายเสื่อม โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีตัน และมีเท้าผิดปกติ ควรได้รับการตรวจเท้าอย่างสม่ำเสมอเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากเท้าเบาหวาน ทุก 3-6 เดือน และควรส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลระดับปานกลางถึงสูงไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป รวมถึงควรติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่อาศัยในพื้นที่เขตชุมชนชนบทให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพให้มากขึ้น

1. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้เข้าร่วมการวิจัยแต่ละราย ซึ่งไม่ได้วัดระดับน้ำตาลในเลือดและบางรายขาดข้อมูลประวัติผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด จึงไม่สามารถวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดกับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าได้ ในการศึกษาครั้งถัดไปควรวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลในเลือดต่อความเสี่ยงของการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวี่เศษ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า ที่ช่วยเหลือในการประสานงานเข้าพื้นที่เก็บข้อมูล และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- นිරนาท สิมะสิงห์, พิชญ์ พหลภาคย์, และสว่างจิต สุรอมรกุล. (2564). ความชุกตามระดับความเสี่ยงของการเกิดแผลเท้าเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *เวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(Suppl), S63-S74.
- รุจิเลขา บัวคำญ. (2566). ผลลัพธ์ทางคลินิกในการควบคุมเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานในสถานการณ์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลร่งคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 7(13), 98-108.
- รัชฎา สหะวรกุลศักดิ์. (2556). การศึกษาความชุกตามระดับความเสี่ยง ของการเกิดแผลเบาหวานที่เท้า. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 30(1), 71-82.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็นมีเดีย
- อำภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2553). การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด แผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(3), 51-63.
- Aboyans, V., Criqui, M. H., Abraham, P., Allison, M. A., Creager, M. A., Diehm, C., ... & Treat-Jacobson, D. (2012). Measurement and interpretation of the ankle-brachial index: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 126(24), 2890-2909.
- American Diabetes Association. (2018). 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes—2018. *Diabetes care*, 41(Suppl 1), S13-S27.
- Apelqvist, J., Bakker, K., Van Houtum, W. H., Schaper, N. C., & International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF) Editorial Board. (2008). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot: based upon the International Consensus on the Diabetic Foot (2007) Prepared by the International Working Group on the Diabetic Foot. *Diabetes/Metabolism research and reviews*, 24(Suppl 1), S181-187.
- Baynes, H. W. (2015). Classification, pathophysiology, diagnosis and management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolism*, 6(5), 1-9.
- Cade, W. T. (2008). Diabetes-related microvascular and macrovascular diseases in the physical therapy setting. *Physical therapy*, 88(11), 1322-1335.
- Clayton Jr, W., & Elasy, T. A. (2009). A review of the pathophysiology, classification, and treatment of foot ulcers in diabetic patients. *Clinical diabetes*, 27(2), 52-58.
- Chawla, A., Chawla, R., & Jaggi, S. (2016). Microvascular and macrovascular complications in diabetes mellitus: distinct or continuum?. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 20(4), 546-551.

- Junrungsee, S., Kosachunhanun, N., Wongthanee, A., & Rerkasem, K. (2011). History of foot ulcers increases mortality among patients with diabetes in Northern Thailand. *Diabetic Medicine*, 28(5), 608-611.
- Nitiyanant, W., Chetthakul, T., Sang-A-kad, P., Therakiatkumjorn, C., Kunsuikmengrai, K., & Yeo, J. P. (2007). A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(1), 65-71.
- Peters, E. J., Armstrong, D. G., & Lavery, L. A. (2007). Risk factors for recurrent diabetic foot ulcers: site matters. *Diabetes care*, 30(8), 2077-2079.
- Riewpaiboon, A., Pornlertwadee, P., & Pongsawat, K. (2007). Diabetes cost model of a hospital in Thailand. *Value in health*, 10(4), 223-230.
- Sarinnapakorn, V., Sunthorntepwarakul, T., Deerochanawong, C., Niramitmahapanya, S., & Napartivaumnuay, N. (2016). Prevalence of diabetic foot ulcers and risk classifications in type 2 diabetes mellitus patients at Rajavithi Hospital. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 99(2), S99-S105.
- Sriussadaporn, S., Mekanandha, P., Vannasaeng, S., Nitiyanant, W., Komoltri, C., Ploybutr, S., ... & Vichayanrat, A. (1997). Factors associated with diabetic foot ulceration in Thailand: a case-control study. *Diabetic medicine*, 14(1), 50-56.
- Valensi, P., Girod, I., Baron, F., Moreau-Defarges, T., & Guillon, P. (2005). Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes & metabolism*, 31(3), 263-271.
- Vithian, K., & Hurel, S. (2010). Microvascular complications: pathophysiology and management. *Clinical medicine*, 10(5), 505-509.
- Won, J. C., & Park, T. S. (2016). Recent advances in diagnostic strategies for diabetic peripheral neuropathy. *Endocrinology and metabolism*, 31(2), 230-238.
- Yazdanpanah, L., Shahbazian, H., Nazari, I., Arti, H. R., Ahmadi, F., Mohammadianinejad, S. E., ... & Hesam, S. (2018). Incidence and Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer: A Population-Based Diabetic Foot Cohort (ADFC Study)-Two-Year Follow-Up Study. *International journal of endocrinology*, 2018, 7631659. <https://doi.org/10.1155/2018/7631659>



การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงาน ตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาล ผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด **Exploratory Factor Analysis of Adaptive Performance Scale and Counterproductive Work Behaviors Performance Scale of Nurse Unit Managers in Private Hospitals Post COVID Pandemic**

นันทิยา ปรีชาเลิธิย, พย.ม., Nuntiya Preechasathien, M.N.S.¹

อัมพร เจียงวิริชัยกุล, พย.ม., Amporn Jeangwirichaikull, M.N.S.^{1*}

ชัชวาล วงศ์สารี, ประ.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.²

ชนินทร์ ต่วนชะเอม, ประ.ด., Chanin Tuanchaem, Ph.D.³

ธันน์ธนิภา ภัคคุชนิธิวัฒน์, พย.ม., Thanannipha Phaksuknithiwat, M.N.S.⁴

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

¹Instructor, Faculty of Nursing, Northbangkok University

²อาจารย์ ดร., รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

²Instructor, Ph.D., Deputy Dean, Faculty of Nursing, Northbangkok University

³อาจารย์ ดร., คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

³Instructor, Ph.D., Faculty of Management Science, Suan Dusit University

⁴คณบดี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น บุรีรัมย์

⁴Dean, Assistant professor, Faculty of Nursing, Western University, Buriram

*Corresponding Author Email: ampon.je@northbkk.ac.th

Received: October 8, 2023

Revised: December 4, 2023

Accepted: December 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด ตัวอย่าง คือ พยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนระดับสากล คัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 230 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและ

แบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ ค่าตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ โดยใช้การสกัดองค์ประกอบแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก และหมุนแกนแบบมูมดากด้วยวิธีแวนไดมิง

ผลการวิจัย พบว่า องค์ประกอบการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ในช่วง .592-.782 สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 51.710 และองค์ประกอบการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อคำถาม มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ในช่วง .670-.764 สามารถร่วมกันอธิบายการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยได้ร้อยละ 52.672

คำสำคัญ: การปฏิบัติงานตามการปรับตัว การลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน พยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย

Abstract

The purpose of this research was to analyze the exploratory components of adaptive performance scale (ADPS) and counterproductive work behaviors performance scale (CWBPS) of nurse unit managers in JCI private hospitals post COVID pandemic. The sample consisted of 230 nurse unit managers in private hospitals, selected by inclusion criteria. Data were collected with self-administered questionnaires on demographic data, ADPS, CWBPS. Five Likert-scale questionnaires 10 items were used as a research instrument, has a content validity index was .1.00 and the alpha coefficient reliability was .88 and .85 respectively. The data were analyzed by an exploratory factor analysis to extract the components by principal component analysis and varimax orthogonal method.

The results of ADPS components measured from 5 indicators, factor loading of the component in the range was .592-.782, in particular 51.710 percent of all components could explain the ADPS. And CWBPS components measured from 5 indicators, factor loading of the component in the range was .670-.764, in particular 52.672 percent of all components could explain the CWBPS.

Keywords: adaptive performance, counterproductive work behaviors, nurse unit managers

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิดที่ผ่านมาผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับต่างได้รับรู้ประสบการณ์และตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงในงานที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วการปฏิบัติและการบริหารการพยาบาลบางกิจกรรมดำเนินไปด้วยความคล่องตัว การทำงานบางอย่างไม่แน่นอนในการบริหารและการปฏิบัติ อีกทั้งปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นยังมีความซับซ้อนจนยากจะอธิบายด้วยเหตุผลได้ทั้งหมด (ชุดิมา ปัญญา และคณะ, 2565) แต่ทุกอย่างก็ผ่านพ้นมาได้ด้วยบทบาทของผู้บริหารทางการแพทย์ที่การร่วมคิด ร่วมปฏิบัติ และร่วมเป็นคณะทำงานหลักของทีมขับเคลื่อนงานให้ผ่านพ้นระยะวิกฤตของการระบาดของโรคโควิด ทั้งนี้ผลต่อเนื่องของการเปลี่ยนแปลงทำให้การบริหารการพยาบาลหลังการระบาดของโรคโควิดมีการพลิกโฉม (Disruptions) โดยการใช้วิธีการบริหารการพยาบาลรูปแบบใหม่ การจัดทำแผนงานแนวใหม่และการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในงานบริหารการพยาบาลมากยิ่งขึ้น (ธีรพร สติธองกูร และคณะ, 2564; Fletcher, Read, & D-Adderio, 2023) ซึ่งกระบวนการทำงานที่ปรับเปลี่ยนต่อเนื่องเพื่อมุ่งส่งมอบผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับสากลจึงต้องปรับตัวเพื่อการปฏิบัติงานและต้องมีการประสานงานกับหลายส่วนงานหรือหลายองค์กรมากยิ่งขึ้นและพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยหรือหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้มีบทบาทโดยตรงในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติและควบคุมคุณภาพงาน (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2565) ด้วยการใช้กลยุทธ์การบริหารที่สอดคล้องกับทิศทางนโยบายของแต่ละโรงพยาบาล

จากการสังเกตพฤติกรรมการบริหารงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทยของผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับกลางขององค์กรการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน สามารถอุปนัย

(Inductive) ความรู้จากปรากฏการณ์ได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิดต่างจากเดิมทั้งบริบทการทำงานที่มีขอบเขตหน้าที่มากขึ้น ดังนั้นนอกจากจะปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด (Task performance) คือพยาบาลผู้จัดการแผนกมีการวางแผนเพื่อให้งานเสร็จตรงเวลา การวางแผนงานที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กรการพยาบาล คำนึงถึงผลลัพธ์ที่ท่านต้องทำให้สำเร็จอยู่เสมอ สามารถแยกแยะประเด็นสำคัญจากปัญหาเล็กน้อยในทำงาน สามารถทำงานได้ดีโดยใช้เวลาและความพยายามน้อยกว่าบุคคลอื่น ตระหนักว่าต้องทำงานเพื่อรักษาความรู้ในงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ และเพิ่มพูนทักษะในงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ และงานที่นอกเหนือจากหน้าที่กำหนด (Contextual performance) คือพยาบาลผู้จัดการแผนกสามารถทำได้ด้วยการแสดงพฤติกรรมอาสารับหน้าที่พิเศษเพิ่มนอกเหนือจากงานประจำ เริ่มทำงานใหม่ด้วยตัวเองเมื่อทำงานเดิมนั้นสำเร็จ รับทำงานที่ท้าทายเมื่อมีโอกาส คิดหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ๆ อย่างสร้างสรรค์ มองหาความท้าทายใหม่ ๆ ในการทำงานและร่วมประชุมการทำงานอย่างกระตือรือร้น ซึ่งการปฏิบัติงานในสองมิติข้างต้นเป็นการปฏิบัติงานตามแนวคิดแบบคลาสสิกในการประเมินการปฏิบัติงานของผู้บริหารการพยาบาลในประเทศไทยและทั่วโลก ซึ่งมีความคิดเริ่มต้นมาจากแนวคิดของบอร์แมนและโมโตวิดโดว์ (Borman & Motowidlo, 1993) แนวคิดของแคมป์เบลล์และคณะ (Campbell, McCloy, Oppler, & Sager, 1993) และแนวคิดของกรีนส์เลดและจิมมี่สัน (Greenslade & Jimmieson, 2007)

ส่วนการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนหลังยุคโควิด ผู้วิจัยสรุปสาระจากสังเกตได้ว่า พยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยน่าจะมีมิติการประเมินการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น กล่าวคือ หลังยุคโควิดพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยมีพฤติกรรมการทำงานด้วย

ความยืดหยุ่นมากขึ้น เปิดใจกว้างรับฟังคนอื่น สามารถปรับตัวรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนได้ด้วย การสร้างสรรค์และสร้างสรรค์แนวคิดใหม่มาใช้ปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์ในงานมีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดังกล่าวกับแนวคิดของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, de Vet, & van der Beek, 2014) จะเรียกพฤติกรรมนี้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามการปรับตัว (Adaptive performance behavior) นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม การพูดคุยที่เป็นสาระมากขึ้น ไม่บ่นกับเรื่องเล็กน้อย และมุ่งพัฒนางานตามที่ตนเองแก้ไขได้ ไม่ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ ไม่นินทาว่าร้ายคนอื่นต่อคนทั้งภายในและภายนอกองค์กร ทำให้การทำงานเกิดการเลื่อนไหลตามกระบวนการควบคุมงานขององค์กรการพยาบาล ส่งผลต่อการทำงานที่ย่างยากซับซ้อนสามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาพลักษณ์และชื่อเสียงขององค์กรพัฒนาได้เร็วยิ่งขึ้น ความลับขององค์กรถูกเก็บไว้ในระดับผู้บริหารได้มากยิ่งขึ้นโดยรวมทำให้องค์กรมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดังกล่าวกับแนวคิดของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans et al., 2014) จะเรียกพฤติกรรมนี้ว่า พฤติกรรมการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน (Counterproductive work behavior performance) ซึ่งในประเทศไทย ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ (2565) และชุดิมา ปัญญาพินิจกุล และคณะ (2565) ได้ยกแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานในองค์กรยุคใหม่ของคูปแมนส์และคณะ มาอธิบายบริบทการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศไว้แล้วโดยได้ให้ข้อเสนอผ่านบทความว่า เมื่อผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและพฤติกรรมการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนศักยภาพและงานขององค์กรการพยาบาลในภาพรวม

การที่จะนำพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและพฤติกรรมการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานมาประยุกต์ใช้กับผู้บริหารการพยาบาลในบริบทของประเทศไทยเป็นเรื่องท้าทาย จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านมายังไม่พบแบบประเมินดังกล่าวในบริบทงานบริหารการพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด เพื่อให้ได้องค์ประกอบที่ชัดเจนในบริบทประเทศไทย จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

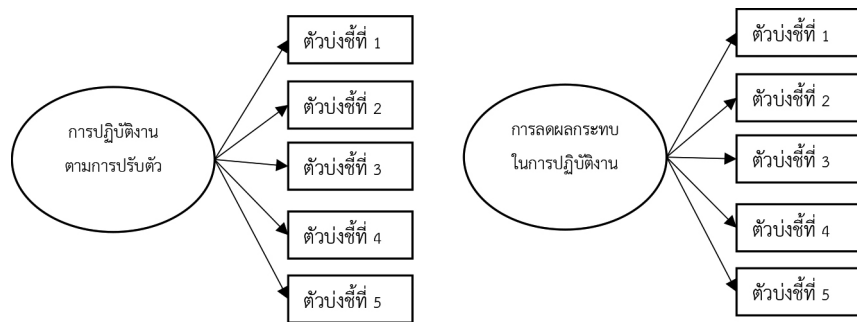
1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด คณะผู้วิจัยได้ผนวกสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยจากข้อสรุปเชิงประสบการณ์ในงานเข้ากับแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานในองค์กรยุคใหม่ที่เพิ่มมิติการปฏิบัติงาน

ตามการปรับตัวและแบบแผนประเมนการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans et al., 2014) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเมื่อผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและพฤติกรรมลด

ผลกระทบในการปฏิบัติงานน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนศักยภาพและงานขององค์กรการพยาบาลในภาพรวม (ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ, 2565; ชูติมา ปัญญาพินิจกุล และคณะ, 2565) (ดังภาพที่1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนา (Descriptive research) มีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. **ประชากร** เป็นพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนระดับสากล ในประเทศไทย

2. **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนระดับสากล ในประเทศไทย คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือก อาทิ เป็นพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้จัดการหรือรักษาการการแผนกของส่วนงานผู้ป่วยในและต้องปฏิบัติงานในตำแหน่งดังกล่าวมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี เข้าหาตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 230 คน ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์หองค์ประกอบเชิงสำรวจที่ใช้จำนวน ตัวอย่างอย่างน้อย 5-20 คน ต่อ 1 พารามิเตอร์ (Hair, William, Black, Babin,& Anderson, 2019) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มี 10 พารามิเตอร์ จำนวนต่ออย่างที่เป็นไปได้ คือ 150-240 คน ดังนั้น จำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเหมาะสม

3. **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด การศึกษาเฉพาะทางการพยาบาล ประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพ ประสบการณ์ในการบริหารหอผู้ป่วย รางวัลเชิดชูเกียรติที่ได้รับ ลักษณะคำถามเป็นชนิดเลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนดให้และบางข้อเป็นการเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนา เครื่องมือวิจัยตามแนวคิดของ DeVellis (2016) ดังนี้

1) ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติงานตามการปรับตัวและการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานและสังเคราะห์สร้างกรอบแนวคิดการวิจัยตามภาพที่ 1

2) สรุปรนิยามตัวแปรของพฤติกรรม การปฏิบัติงานตามการปรับตัวและการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด

3) สร้างข้อคำถามตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ในรูปแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) แบ่งการวัดเป็น 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การปฏิบัติงานตามการปรับตัว จำนวน 5 ข้อ และการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ

4) นำแบบสอบถามที่ พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 ท่าน พิจารณาสำนวนภาษาใน ข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ตอบแบบสอบถามภายใต้ การชี้แนะและทบทวนความถูกต้องเหมาะสมของ ข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน (Polit, Beck, & Owen, 2007) ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรอง JCI จำนวน 4 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล ในสถาบันอุดมศึกษา จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความ สอดคล้องระหว่างนิยามตัวแปรกับข้อคำถาม รวมถึง ความถูกต้องทางภาษาและ การใช้คำในข้อคำถาม กำหนดให้ผลดัชนีความ สอดคล้องเชิงเนื้อหา (item content validity index: I-CVI) มีค่ามากกว่า .80 ในทุกข้อ คำถามจึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหา (DeVellis, 2016) และปรับปรุงภาษาที่ใช้ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ

5) นำแบบสอบถามภายหลังปรับแก้ไข ข้อคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิไปเก็บข้อมูลกับตัวอย่าง 250 คนเพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้ วิธีสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) (DeVellis, 2016; Hair et al., 2019)

4. การพิทักษ์สิทธิ์ การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของ มหาวิทยาลัยปทุมธานี อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ 012/2565 ลงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยภาพรวม ไม่มี การระบุชื่อ-นามสกุลของตัวอย่างวิจัย เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิ์ของ ตัวอย่างวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูล ใช้เวลาทั้งหมด 1-2 เดือน คือ ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 สังเกต ขั้นตอน ดังนี้ หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเอกชนระดับสากลและประสานงานตรง ที่ฝ่ายการพยาบาลในการประชาสัมพันธ์อาสาสมัคร ตอบแบบสอบถามการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัย ดำเนินการขอความยินยอมร่วมการวิจัยอย่างเป็น ลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผ่าน google form เป็นอีกช่องทางให้อาสาสมัคร ได้เลือกตอบ และติดตามจำนวนคนตอบจากฝ่ายการ พยาบาลทุกสัปดาห์จนกว่าจะได้ตามเกณฑ์ตัวอย่าง ขั้นต่ำกำหนด โดยให้ลงนามในหนังสือยินยอม และผู้วิจัย แจกแบบสอบถามเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล ทางสถิติต่อไป ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งหมด 250 ชุด ได้รับกลับและบรรณาธิกรข้อมูลผ่าน 230 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 92.00

6. การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อตอบวัตถุประสงค์ การวิจัย ผู้วิจัยวิเคราะห์คุณภาพเครื่องมือแบบประเมิน การปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการ ลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการ

หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนหลังการระบาดของโรคโควิด ประกอบด้วย ความตรงเชิงเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์สถิติองค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) โดยใช้การสกัดองค์ประกอบแบบการวิเคราะห์องค์ประกอบร่วมด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก และหมุนแกนแบบมุมฉากด้วยวิธีแวกซ์แม็กซ์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ EFA ด้วยการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดย พิจารณาค่าสถิติ Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) และ Bartlett's test of Sphericity พบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย มีความเหมาะสมและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ค่าความเบ้ (Skewness) เท่ากับ 2.30 และค่าความโด่ง (Kurtosis) เท่ากับ 3.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับ จึงนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยสถิติ EFA ได้ (Klaine, 2016) นอกจากนี้ในการวิจัยนี้ยังใช้เกณฑ์การพิจารณา ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ที่มากกว่า .45 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Hair et al., 2019)

ผลการวิจัย

ตัวอย่างทั้งหมด 230 คน ($n = 230$ คน) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.60 อายุอยู่ในช่วง 28-64 ปี (Mean = 42.68, SD = 6.76) สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.50 การศึกษาสูงสุดคือพยาบาลศาสตรบัณฑิต ร้อยละ 82.20 ได้รับการศึกษาเฉพาะทาง (หลักสูตรระยะสั้น 4-6 เดือน) ร้อยละ 23.9 ประสบการณ์ในวิชาชีพอยู่ในช่วง 5-40 ปี (Mean = 18.21, SD = 7.83) ประสบการณ์ในการเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย อยู่ในช่วง 1-32 ปี (Mean = 9.36, SD = 6.57)

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน (KMO) ดังนี้ แบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัว และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนได้เท่ากับ .768 และ .804 ตามลำดับ ซึ่งมีค่ามากกว่า .50 แสดงว่า ตัวแปรแต่ละองค์ประกอบนั้นมีความสัมพันธ์กันในขนาดที่เหมาะสมที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ และเมื่อทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยค่าสถิติของบาร์ทเลทท์ (Bartlett's test of Sphericity) พบว่า มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ข้อมูลมีความเหมาะสมในการวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังแสดงใน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติไคเซอร์-เมเยอร์-ออลคิน และค่าสถิติของบาร์ทเลทท์ ($n = 230$ ราย)

สถิติ	ค่าสถิติแบบประเมิน การปฏิบัติงาน ตามการปรับตัว	ค่าสถิติ แบบประเมิน การลดผลกระทบ ในการปฏิบัติงาน
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO)	.768	.804
Bartlett's test of Sphericity Chi-Square	382.151	375.281
df	10	10
Significance	.000	.000

$p \leq .05$

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) แบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาล ผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 ตัวบ่งชี้องค์ประกอบ และแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 ตัวบ่งชี้องค์ประกอบ โดยใช้การพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกองค์ประกอบที่มีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 มีตัวแปรอธิบายองค์ประกอบตั้งแต่ 3 ตัวแปรขึ้นไป และมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ .45 ขึ้นไป พบว่าการสังเคราะห์องค์ประกอบจากการทบทวนวรรณกรรม และการสกัดองค์ประกอบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ของแบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติ

งานในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 1 องค์ประกอบหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้จำนวน 1 องค์ประกอบหลักได้จำนวนเท่าเดิม วัดได้จากตัวบ่งชี้ องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าไอเกนสูงสุดเท่ากับ 2.585 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด 51.710 และการสกัดองค์ประกอบจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ของแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวน 1 องค์ประกอบหลัก จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ได้จำนวน 1 องค์ประกอบหลักได้จำนวนเท่าเดิม วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ โดยมีค่าไอเกนสูงสุดเท่ากับ 2.634 สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ทั้งหมด 52.672 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าไอเกน ร้อยละของความแปรปรวน ร้อยละของความแปรปรวนสะสมที่อธิบายองค์ประกอบของแบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน (n = 230 คน)

องค์ประกอบ	จำนวนตัวบ่งชี้ องค์ประกอบ	ค่าไอเกน	ร้อยละของความ แปรปรวน	ร้อยละของความ แปรปรวนสะสม
แบบประเมิณการปฏิบัติงานตาม การปรับตัว	5	2.585	51.710	51.710
แบบประเมิณการลดผลกระทบใน การปฏิบัติงาน	5	2.634	52.672	52.672

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน พบว่าแบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวมีค่าคะแนนเฉลี่ย 22.60 (SD = 2.07) แบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานมีค่าคะแนนเฉลี่ย 21.85 (SD = 1.98) และผลการวิเคราะห์ค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบของแบบประเมิณการปฏิบัติงานตาม

การปรับตัวและแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน พบว่า ตัวบ่งชี้องค์ประกอบของแบบประเมิณการปฏิบัติงานตามการปรับตัวทุกตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ในช่วง .60-.78 และตัวบ่งชี้องค์ประกอบของแบบประเมิณการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานทุกตัวบ่งชี้มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ในช่วง .67-.76 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 องค์ประกอบหลักและค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าน้ำหนักปัจจัยของตัวบ่งชี้องค์ประกอบของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน (n = 230 คน)

องค์ประกอบหลักและตัวบ่งชี้องค์ประกอบ	M	SD	ค่าน้ำหนักปัจจัย องค์ประกอบ
องค์ประกอบของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัว	22.60	2.07	
1. ท่านสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในที่ทำงานได้			.782
2. ท่านสามารถรับมือได้ดีกับความไม่แน่นอนที่ไม่อาจคาดการณ์ได้			.754
3. ท่านแสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นในตนเองเพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จ			.737
4. ท่านฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังจากผ่านสถานการณ์รู้สึกไม่ดี			.714
5. ท่านปรับตัวร่วมการเปลี่ยนแปลงในงานของท่านได้โดยง่าย			.600
องค์ประกอบแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน	21.85	1.98	
1. ท่านมักทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกลายเป็นเรื่องง่ายในการแก้ไขและพัฒนา ต่อเนื่องด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์			.764
2. ท่านพูดถึงงานในมุมมองเชิงบวกกับเพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชาเสมอ			.739
3. ท่านมักจะไม่นับกับเรื่องเล็กน้อยที่ไม่สำคัญเพื่อรักษาบรรยากาศในงาน			.727
4. ท่านมุ่งใส่ใจกับปัญหาที่แก้ไขได้ ก่อนมองปัญหาใหญ่ที่แก้ไขได้ยาก			.726
5. ท่านมักจะสื่อสารเชิงบวกเรื่องงาน บรรยากาศในงานกับบุคคลที่อยู่นอกองค์กร			.670

ดังนั้นแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 1 องค์ประกอบ วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวน 1 องค์ประกอบ วัดได้จากตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ

องค์ประกอบการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบ

อยู่ระหว่าง .782-.600 เรียกชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “การปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน” มีตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ มีสาระสำคัญ ดังนี้ 1) สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในที่ทำงานได้ 2) สามารถรับมือได้ดีกับความไม่แน่นอนที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ 3) แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นในตนเองเพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จ 4) ฟื้นตัวอย่างรวดเร็วหลังจากผ่านสถานการณ์รู้สึกไม่ดี และ 5) ปรับตัวร่วมการเปลี่ยนแปลงในงานของท่านได้โดยง่าย

องค์ประกอบการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย มีค่าน้ำหนักปัจจัยองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .764-.670 เรียกชื่อองค์ประกอบหลักนี้ว่า “การลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน” มีตัวบ่งชี้องค์ประกอบ จำนวน 5 ข้อ มีสาระสำคัญ ดังนี้ 1) มักทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกลายเป็นเรื่องง่ายในการแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่องด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) พุดถึงงานในมุมมองเชิงบวกกับเพื่อนร่วมงานและผู้ได้บังคับบัญชาเสมอ 3) มักจะไม่บ่นกับเรื่องเล็กน้อยที่ไม่สำคัญเพื่อรักษาบรรยากาศในงาน 4) มุ่งใส่ใจกับปัญหาที่แก้ไขได้ก่อนมองปัญหาใหญ่ที่แก้ไขได้ยาก และ 5) มักจะสื่อสารเชิงบวกเรื่องงาน บรรยากาศในงานกับบุคคลที่อยู่นอกองค์กร

อภิปรายผลการวิจัย

องค์ประกอบแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 1 องค์ประกอบหลัก และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน มีจำนวน 1 องค์ประกอบหลัก สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานยุคใหม่ของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans, Bernaards, Hildebrandt, de Vet, & van der Beek, 2014) และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ ชัชวาล วงศ์สารี และคณะ (2565) และชุดิมา ปัญญาพินิจกุล และคณะ (2565) พบว่าเมื่อผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับมีพฤติกรรมการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและพฤติกรรมผลการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนศักยภาพและงานขององค์กรการพยาบาลในภาพรวม โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นอธิบายการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและการลดผลกระทบ

ในการปฏิบัติงานไว้เพียงมิติเดียว ดังนั้นการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์จึงยืนยันแนวคิดข้างต้นได้

องค์ประกอบการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลผู้จัดการแผนกสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในที่ทำงานได้ สามารถรับมือได้ดีกับความไม่แน่นอนที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ แสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นในตนเองเพื่อปฏิบัติงานให้สำเร็จทันตัวอย่างรวดเร็วหลังจากผ่านสถานการณ์รู้สึกไม่ดีและปรับตัวร่วมการเปลี่ยนแปลงในงานของท่านได้โดยง่าย สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานยุคใหม่ที่เน้นการปฏิบัติงานระดับบุคคลของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans et al., 2014) ที่อธิบายมิติการปฏิบัติงานตามการปรับตัวไว้ว่า เป็นการก่อให้เกิดสิ่งใหม่ด้วยความคิดสร้างสรรค์ใหม่ ๆ การปรับเปลี่ยนเป้าหมายและแผนงานตามสถานการณ์การเรียนรู้ใหม่ในงานและเทคโนโลยี มีความยืดหยุ่นและเปิดกว้างมีใจต่อผู้อื่นวิเคราะห์สถานการณ์ที่กำลังเผชิญอย่างรวดเร็วพร้อมปรับตัวทำหน้าที่อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับชัชวาล วงศ์สารี และคณะ (2566) ที่ศึกษาประสบการณ์การบริหารฝ่ายการพยาบาลในยุคพยาบาลเจนเอเรชั่นแซด พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและฝ่ายการพยาบาลต้องปรับตัวให้ยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อดึงดูดใจพนักงานทุกช่วงวัย อีกทั้งยังต้องปรับปรุงวัฒนธรรมขององค์กรการพยาบาลให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย

องค์ประกอบการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พยาบาลผู้จัดการแผนกมักทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกลายเป็นเรื่องง่ายในการแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่องด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ พุดถึงงานในมุมมองเชิงบวกกับเพื่อนร่วมงานและผู้ได้บังคับบัญชาเสมอ มักจะไม่บ่นกับเรื่องเล็กน้อยที่ไม่สำคัญเพื่อรักษาบรรยากาศในงาน มุ่งใส่ใจกับปัญหาที่แก้ไขได้ ก่อนมองปัญหาใหญ่ที่แก้ไข

ได้ยากและมักจะสื่อสารเชิงบวกเรื่องงาน บรรยากาศในงานกับบุคคลที่อยู่นอกองค์กร สอดคล้องกับแนวคิดการประเมินการปฏิบัติงานยุคใหม่ที่เน้นการปฏิบัติงานระดับบุคคลของคูปแมนส์และคณะ (Koopmans et al., 2014) ที่อธิบายมิติการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานไว้ว่า พฤติกรรมการหยุดงานหรือการลาพักผ่อนที่มากเกินไป การไม่มาประชุม การบ่น การนินทา การดูหมิ่นหรือนินทาเพื่อนร่วมงานและองค์กร ล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบด้านลบในการดำเนินงาน ในทางตรงกันข้ามหากพยาบาลผู้จัดการแผนกมักทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกลายเป็นเรื่องง่ายในการแก้ไขและพัฒนาต่อเนื่องด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ พูดถึงงานในมุมมองเชิงบวก ไม่บ่นกับเรื่องเล็กน้อยที่ไม่สำคัญ มุ่งใส่ใจกับปัญหาที่แก้ไขได้ก่อนมองปัญหาใหญ่ที่แก้ไขได้ยากและมักจะสื่อสารเชิงบวกเรื่องงาน บรรยากาศในงานกับบุคคลที่อยู่นอกองค์กร จะเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพสูงตามมา

เอกสารอ้างอิง

ัชชาล วงศ์สารี, แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์, สุทธิชาติรัตน์ เจริญพงษ์, ทวีพงษ์ บุบผารัตน์, ธนันต์นิภา ภักศุขนิธิวัฒน์, วนิดา ดรungskฤทธิชัย, อัมพร เจริญวิรัชกุล, และสายวารี เกษแก้ว. (2566). ประสบการณ์การบริหารการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาลยุคพยาบาลเจเนอเรชันแซดในโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*. 9(1), 59-72.

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ฝ่ายการพยาบาลหรือองค์กรการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนสามารถนำองค์ประกอบของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมของพยาบาลผู้จัดการแผนกในมิติการปฏิบัติงานตามการปรับตัวและการลดผลกระทบในการปฏิบัติงาน เนื่องจากกลุ่มประชากรจะมีความคล้ายคลึงกับตัวอย่างในการวิจัยนี้

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในอนาคตควรศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบประเมินการปฏิบัติงานตามการปรับตัวของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วย และแบบประเมินการลดผลกระทบในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้จัดการหอผู้ป่วยเพื่อยืนยันองค์ประกอบที่ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้

ัชชาล วงศ์สารี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, วลัยนารี พรหมลา, ภคพร เทียวรอบ, รุ่งนภา กุลภักดี, หทัยรัตน์ ขาวเอี่ยม, และเนตรชนก ศรีทุมมา. (2565). การทบทวนปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมและพฤติกรรมองค์การ กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศของหัวหน้าหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนระดับสากล. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 23(1), 14-22.

- ชุติมา ปัญญาพินิจกูร, ชัชวาล วงศ์สารี, เนตรชนก ศรีทุมมา, ปรีชพร ตันตราพิทักษ์, ชุติพร ชอบสุข, และเนตรดาว ชัชวาลย์. (2565). การบริหารการพยาบาลที่เป็นเลิศในสถานการณ์วิกฤต ขององค์กรการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน: ความท้าทายในการพัฒนาศักยภาพหัวหน้าหอผู้ป่วยสู่งานวิไลใหม่. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 23(1), 73-79.
- ธีรพร สติธอังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, ณิชภา ยนจอหอ, และกนกพร แจ่มสมบุญ. (2564). การพัฒนารูปแบบการบริหารการพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(2), 320-333.
- Borman, W.C., Motowidlo, S.J. (1993). *Expanding the criterion domain to include elements of contextual performance*. CA: Jossey Bass.
- Campbell, J. P., McCloy, R. A., Oppler, S. H., & Sager, C. E. (1993). A theory of performance. *Personnel selection in organizations*, 3570, 35-70.
- DeVellis, R. F. (2016). *Scale development: Theory and applications* (4th ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Fletcher, M., Read, C., & D-Adderio, L. (2023). Nurse Leadership Post COVID Pandemic-A Framework for Digital Healthcare Innovation and Transformation. *SAGE open nursing*, 9. <https://doi.org/10.1177/23779608231160465>
- Hair, JF., Black, WC., Babin, BJ., Anderson, RE. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage Learning.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: Guilford.
- Koopmans, L., Bernaards, C. M., Hildebrandt, V. H., de Vet, H. C., & van der Beek, A. J. (2014). Measuring individual work performance: Identifying and selecting indicators. *Work*, 48(2), 229-238.
- Greenslade, J. H., & Jimmieson, N. L. (2007). Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale. *Journal of Advanced Nursing*, 58(6), 602-611.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*, 30(4), 459-467.





ใบสมัครสมาชิกวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นามสกุล

มีความประสงค์ ☐ ขอสมัครสมาชิกใหม่ ☐ ขอต่ออายุสมาชิก วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ตั้งแต่ ปีที่ ฉบับที่ ถึง ปีที่ ฉบับที่

ประเภทสมาชิก ☐ รายปี (2 ฉบับ) เป็นเงิน 300 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

☐ ราย 3 ปี (6 ฉบับ/3 ปี) เป็นเงิน 800 บาท (รวมค่าจัดส่งภายในประเทศ)

สมัครในนาม ☐ ตนเอง ☐ หน่วยงาน ชื่อ

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าสมาชิก จำนวน บาท (.....) โดย

☐ เงินสด

☐ โอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

ชื่อบัญชี “วิทยาลัยเซนต์หลุยส์” เลขที่บัญชี 186-2-00542-6

ออกใบเสร็จรับเงินในนาม

การจัดส่งวารสาร / ใบเสร็จ : ชื่อผู้รับ

ที่อยู่

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ มือถือ E-mail:

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

หมายเหตุ : โปรดส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินค่าสมาชิกวารสาร (สำหรับการโอนเงิน) มาที่

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์: 0-2675-5304 -12 โทรสาร: 0-2675-5313 E-mail: jhhm@slc.ac.th

ทั้งนี้สามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ <http://jhhm.slc.ac.th/> หรือที่ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc>

สำหรับเจ้าหน้าที่ :

ได้รับเงินแล้วจำนวน บาท เลขที่ใบเสร็จรับเงิน ลงวันที่

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่รับเงิน

(.....)

คำแนะนำในการเตรียมและส่งต้นฉบับบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพขอเชิญผู้สนใจส่งบทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และบทความวิจัยทางด้านสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งด้านการบริหาร การศึกษา การบริการ และการวิจัย เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสาร โดยบทความที่พิจารณาตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ หรือรอการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารหรือเอกสาร/หนังสือประมวลบทความจากการประชุมทางวิชาการ (proceedings) อื่น ทั้งในรูปของสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์มาก่อน และมีการจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนดไว้

การเตรียมต้นฉบับบทความ มีรายละเอียด ดังนี้

1. **ขนาดของบทความ** บทความมีความยาวประมาณ 7-12 หน้ากระดาษ A4 ที่รวมภาพ ตาราง และเอกสารอ้างอิงแล้ว

2. **องค์ประกอบของบทความ** ประกอบด้วย

2.1 **ส่วนนำ** ได้แก่ ชื่อเรื่อง (title) ชื่อผู้เขียน (authors)/ ผู้วิจัย (researchers) และวุฒิการศึกษาสูงสุดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พร้อมทั้งตำแหน่ง สถานที่ทำงาน/สถานที่ติดต่อของผู้เขียน/ ผู้วิจัย (กรณีวิทยานิพนธ์ให้ใส่ชื่อ ตำแหน่งทางวิชาการและสถานที่ทำงานของอาจารย์ที่ปรึกษาด้วย) บทคัดย่อ (abstract) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวประมาณ 250 คำ พร้อมมีคำสำคัญ (key word) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละไม่เกิน 6 คำ และแต่ละคำคั่นด้วยเครื่องหมาย comma “ , ” ระหว่างคำในภาษาอังกฤษ ส่วนภาษาไทยใช้การเว้นวรรคแทนระหว่างคำ

2.2 **ส่วนเนื้อหา** มีดังนี้

2.2.1 **บทความวิชาการและบทความปริทัศน์** ประกอบด้วย คำนำ เนื้อเรื่อง และสรุป

2.2.2 **บทความวิจัย** ประกอบด้วย

1) **บทนำ (introduction)** บอกถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย และเอกสารและงานวิจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการวิจัย ซึ่งควรเขียนในรูปของความเรียงให้เป็นเนื้อเดียวกัน วัตถุประสงค์ของการวิจัย และสมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

2) **วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology)** ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและตัวอย่างการวิจัย/ ผู้ให้ข้อมูล (กรณีการวิจัยเชิงคุณภาพ) เครื่องมือการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ การทดลอง (กรณีการวิจัยเชิงทดลอง) การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่เป็นการวิจัยในมนุษย์ให้ใส่สาระเกี่ยวกับการให้คำยินยอมสำหรับงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ถูกวิจัย และหรือการผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3) **ผลการวิจัย (results)** ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย

4) **อภิปรายผลการวิจัย (discussion)**

5) **สรุปและข้อเสนอแนะการวิจัย (conclusion and recommendations)**

2.3 ส่วนท้าย ได้แก่ กิตติกรรมประกาศ (acknowledgements) (ถ้ามี) เอกสารอ้างอิง (references) ตามระบบ APA (American Psychological Association) 6th Edition

3. รูปแบบการพิมพ์ มีรายละเอียดการพิมพ์ ดังนี้

3.1 ภาษา ยึดตามหลักการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ถูกต้อง กรณีคำศัพท์ภาษาอังกฤษและภาษาไทยให้ยึดตามหลักของราชบัณฑิตยสถานและภาษาทางการที่ใช้

3.2 ตัวอักษร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษใช้ตัวอักษรแบบ “TH Sarabun New” ขนาด 16

3.3 การตั้งค่าหน้ากระดาษ กำหนดขอบบนและขอบด้านซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบล่างและขอบด้านขวา 2.5 เซนติเมตร ส่วนการพิมพ์ย่อหน้าให้ห่างจากเส้นกั้นขอบกระดาษด้านซ้าย 1.5 เซนติเมตร

3.4 การกำหนดเลขหัวข้อ ควรเรียงลำดับหัวข้อให้ชัดเจนตามลำดับเนื้อหา โดยหัวข้อใหญ่ให้ขีดซ้ายติดเส้นกั้นขอบกระดาษ หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลข เลขข้อระบบทศนิยม เลขตามด้วยวงเล็บ ตัวอักษร และเครื่องหมาย “ - ” กำกับหัวข้อ ตามระดับหัวข้อ ดังตัวอย่างเช่น 1. ... 1.1 ... 1.1.1 ... 1) ... ก. ... (กรณีภาษาไทย) หรือ a. ... (กรณีภาษาอังกฤษ) และ - ... เป็นต้น

3.5 ตารางและภาพประกอบ (tables and illustrations) ให้จัดเรียงลำดับตารางและภาพประกอบให้สอดคล้องกับเนื้อหาตามหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ ทั้งนี้ให้ระบุชื่อตารางและภาพประกอบให้ชัดเจน โดยให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตาราง ส่วนชื่อภาพให้ระบุไว้ใต้ภาพ กรณีภาพถ่ายให้ใช้ภาพที่มีความคมชัด มีขนาดอย่างน้อยโปสเตอร์ และถ้าเป็นไฟล์ภาพควรใช้นามสกุล JPEGs กรณีภาพวาดให้เขียนลายเส้นให้ชัดเจนด้วยหมึกดำและมีขนาดที่เหมาะสม *กรณีนำตาราง หรือภาพของผู้อื่นมาใช้ประกอบเนื้อหา ต้องขออนุญาตจากเจ้าของงานก่อน และให้อ้างอิงแหล่งที่มาได้ตาราง และภาพประกอบนั้นๆ ให้ถูกต้องตามหลักการอ้างอิงตามระบบ APA 6th Edition*

3.6 การอ้างอิงในเนื้อหา ให้อ้างอิงแทรกในเนื้อหาตามระบบ APA 6th Edition

การส่งต้นฉบับ

การส่งต้นฉบับสามารถส่งทางอีเมล jhhm@slc.ac.th หรือส่งทางเว็บไซต์วารสารออนไลน์ <https://tci-thaijo.org/index.php/slc> โดยส่งหนังสือแนบบทความเพื่อขอลงตีพิมพ์ในวารสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดและไฟล์ต้นฉบับบทความ ทั้งไฟล์ pdf และไฟล์ doc โดยให้ชื่อไฟล์เป็นภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้เขียนหลายคนจะต้องให้ผู้เขียนทุกคนให้คำยินยอมในการลงตีพิมพ์บทความในหนังสือแนบบทความด้วย แล้วส่งต้นฉบับบทความมาที่กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กทม. 10120

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพบทความ

บทความที่ได้รับการพิมพ์เผยแพร่จะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้นๆ อย่างน้อย 2 คน โดยกองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาเลือกผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมิน และภายหลังการประเมิน กองบรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาผลการประเมิน และอาจให้ผู้เขียนปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และทรงไว้ซึ่งสิทธิ์

ในการตัดสินใจพิมพ์เผยแพร่บทความในวารสารหรือไม่ก็ได้ โดยทั้งนี้กองบรรณาธิการจะไม่ส่งต้นฉบับคืน

การออกรับทุนการสำหรับผู้เขียน

กองบรรณาธิการจะออกรับทุนการวารสารฉบับที่ผลงานของผู้เขียนได้รับการตีพิมพ์ให้ผู้เขียน จำนวน 3 เล่ม กรณีมีผู้ร่วมเขียนหลายคน จะมอบให้แก่ผู้เขียนชื่อแรกเท่านั้น กรณีที่ผู้เขียนต้องการวารสารมากกว่า 3 เล่ม สามารถสั่งซื้อได้ราคาเล่มละ 150 บาท (รวมค่าจัดส่ง)



หนังสือนำเสนอบทความตีพิมพ์ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอส่งบทความและการให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความของผู้เขียน

เรียน บรรณาธิการวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ☐ ต้นฉบับบทความ จำนวน ชุด ☐ ไฟล์ต้นบทความ จำนวน ไฟล์
☐ ไฟล์รูปภาพ จำนวน ภาพ ☐ อื่นๆ (ระบุ)

ข้าพเจ้า นาย/ นาง / นางสาว หมายเลขสมาชิก

สถานที่ติดต่อ

โทรศัพท์ มือถือ โทรสาร

อีเมล

มีความประสงค์ขอส่ง ☐ บทความวิจัย ☐ บทความวิชาการ ☐ บทความปริทัศน์

เรื่อง

..... เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความที่นำมาตีพิมพ์นี้เป็นผลงานที่ข้าพเจ้าจัดทำขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่
 ในวารสารอื่น และ/หรือ Proceeding ในที่ประชุมวิชาการ และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น
 และข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการตีพิมพ์บทความดังกล่าวในวารสารนี้ จึ่งลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยหลัก (ตัวบรรจง) ลายเซ็น

ชื่อผู้เขียน/ผู้วิจัยร่วม (ตัวบรรจง)

1. ลายเซ็น

2. ลายเซ็น

3. ลายเซ็น

4. ลายเซ็น

สำหรับเจ้าหน้าที่

วันที่รับเอกสาร

☐ รับตีพิมพ์ ☐ ไม่รับตีพิมพ์

วันที่ตอบกลับ

ลงตีพิมพ์ ปีที่ ฉบับที่

(.....)

ผู้ส่งบทความ

วันที่ เดือน พ.ศ.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินคุณภาพบทความ วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รศ.ดร.วิชัย อึ้งพินิจวงศ์
รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล
ผศ.ดร.ชัชฌาญณ์ แพรขาว
ผศ.ดร.อรสา กงตาล

รศ.ดร.พนิชฐา พานิชชีวะกุล
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
ผศ.ดร.วันทนา ศิริธราวัตร

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์
รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม
ผศ.ดร.สุนทรภรณ์ มีพริ้ง
รศ.ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์

ร.ท.หญิง ผศ.ดร.อัญชลี เชี่ยวโสธรดูวอล
ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง
รศ.ดร.รสลัย กัลยาณพจน์พร

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.ดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา
รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ

ผศ.ดร.นวลลออ ธวินชัย

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

รศ.ดร.สุรัตนา อำนวยผล
รศ.ดร.พนัยลัก ตันติสิปกร เอิร์ด

รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

มหาวิทยาลัยบูรพา

ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ
ผศ.ดร.ฉันทนา จันทวงศ์

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
ผศ.ดร.อรชร บุญลา

มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก

ผศ.ดร.พรพรรณ สมิทร์ปัญญา

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์
รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข
รศ.ดร.รุ่งทิพา วัฒนละอิต
รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา
ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์เชื้อ
ดร.ชลิตา วัชรอมรังสิมันต์
รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้
รศ.ดร.อรวมน ศรียุคตศุท

รศ.ดร.ประยูร พงศ์สถิตกุล
รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดช
รศ.ดร.อรวรรณ แก้วบุญชู
รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
ผศ.ดร.เวทสินี แก้วขันตี
ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันทะเรืองวนิชย์
ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
ดร.นพวรรณ พิณิจจรเดช
รศ.ดร.ปิยธิดา นาคะเกษียร

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ.ดร.ประทีป จินน์
ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน
ผศ.ดร.รุ่งฤดี กล้าหาญ

ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค
ผศ.ดร.กาญจนา ภัทราวิวัฒน์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

รศ.สราวุธ สุธรรมาสา
รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
รศ.ดร.วรางคณา จันทร์คง
รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์
รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์
ดร.ชินจิตร์ โพธิ์สัพสุ
ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์
ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริธรังสี
รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
รศ.ดร.วารินณี เอี่ยมสวัสดิกุล
รศ.ดร.มุกดา หนูศรี
รศ.ดร.นิรนาท แสนสา
ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ
ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	พ.อ.หญิง ศศ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
	ผศ.ดร.นฤมล ปทุมารักษ์	ผศ.ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	พ.ต.อ.หญิง รศ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยกิตติ	
นักวิชาการอิสระ	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดนกุล	รศ.สุจิตรา ลิมอำนวยเลิศ
	รศ.ดร.พรรณราย ทริพย์ประภา	รศ.จิตติพร อิงคภาววงศ์
	รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมเนตร	ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	ดร.อัสนี วันชัย
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดิ์ทิพย์	
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	เชอร์ ดร.สมศรี สุขเมธ	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภักทร
	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย	รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสารศิริ
	รศ.สมพร ชีโนรส	รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล
	ผศ.ดร.ผกาภาวดี พุ่มสุทัศน์	ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ
	ผศ.ดร.อังคณา จงเจริญ	ผศ.ดร.อัชฌา ชื่นบุญ
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	รศ.ดร.สุวรรณี ละออบักษิน
	ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	ดร.นงคราญ วงษ์ศรี
	ดร.ชูเกียรติ จากใจชน	ผศ.ดร.สมนึก สกฤตหงส์โสภณ
	ดร.รัตนภรณ์ ช่อนเปี้ยยุ่ง	ดร.ชาติปัตย์ เครือพานิชย์
	รศ.พรศิริ พันธสี	รศ.ดร.วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	รศ.สุรีย์ กลุขเจริญ	ผศ.ณอมศรี อินทนนท์
	ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	รศ.ดร.กัณฑพร ยอดไชย
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ	รศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์
	ผศ.ดร.จิรัตน์ หรือตระกูล	ผศ.ดร.รัตนชฎาวรรณ อยู่เนา
	ผศ.ดร.จรรยา สันตยากร	รศ.ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์
	ดร.กุลารุา เพียรจริง	
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี	ผศ.ดร.วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย	
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	รศ.ดร.รุ่งนภา ผาณิตรัตน์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	ผศ.ดร.โสภภาพรรณ อินต๊ะเผือก
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรหมลา	
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ	ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	ดร.อาภากร เปี้ยวันม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ	ดร. สุทธิชารัตน์ เจริญพงศ์	
มหาวิทยาลัยชินวัตร	รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขดี	
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร	ดร.พิทยา ศรีเมือง	
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถการส	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี	ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	



สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำในอาเซียน มุ่งผลิตบัณฑิตที่ปฏิบัติวิชาชีพด้วยความรู้ คู่ความดี
A leading ASEAN private higher educational institute producing compassionate graduates who possess academic excellence and professional ethical values.



เปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่ ระดับปริญญาตรี

รับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

มีทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดีในระดับปริญญาตรีทุกหลักสูตร

คณะพยาบาลศาสตร์

- หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
- หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
- สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล

คณะกายภาพบำบัด

- หลักสูตรกายภาพบำบัดบัณฑิต

คณะจิตวิทยา

- หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
- วิชาเอกจิตวิทยาคลินิก
- วิชาเอกจิตวิทยาการศึกษา
- วิชาเอกจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ



วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120

โทรศัพท์ 02-675-5304 ถึง 12 โทรสาร 02-675-5313



www.slc.ac.th



@SLC2528
www.facebook.com/SLC2528