



บทความวิชาการ

- การดูแลผู้ป่วยภาวะไตอักเสบจากเอดส์ที่ได้รับการรักษาโดยการกรองพลาสมา: บทบาทพยาบาลไตเทียม ศศิมาภรณ์ อ่อนพุทรา, รัตนาภรณ์ แซ่ลี้, วรัญญา ชลัทธิธรรมเนียม, เตชา ทุมอินทร์
- แนวทางการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษา กิตติภัท แสงส่อง, ภักธร มุขศรีนาถ
- รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิดมิติจิตวิญญาณ: กรณีหุสโมเดล อรพรรณ สือบุญธวัชชัย, นิษพร ฤทธาปัญญา, รัตนะนิดาภรณ์ เหลืองธีรชัยวานิช, นฤมล บุญบางยาง, สิริยากร ธาธาสิบลี, ลลิตา ว่องไว, ปรีดา ธารน้ำเตชา, อัญชลีพร สัตถิชัย
- การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะเดกซ์ซ็อกซีที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: รัตนาภรณ์ แซ่ลี้, จิตรลดา คงอินทร์, วารินทร์ กลิ่นนาค, สุพัตรา ยอดปัญญา

บทความวิจัย

- อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ศิริธนา กมลทลาลิเชก, วาสนี วิเศษฤทธิ์, ทัศนญา ประจุศิลป์
- ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19: การศึกษาโดยเทคนิคเดลฟาย รินทร์ นามขันธ์, ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, สุวรรณ อนุสันติ
- ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนากิจกรรมพยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย จิระนันท์ เขียวศรี, แพณณภูมิ นอกและห้องอุทัยเทตุดาเงิน โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พรพรรณ มนัสจตุล
- ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้ จริยา กรัณย์เรือง, บุปผา วิริยรัตนกุล, รมย์ธนิศา ฟ้าหย่มโนทัย, ณงนุช จิตร์นิวรร, นฎา จามเหมา, ณัฐธรา แอค่า
- ภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร จรินทร์ทิพย์ ชมชายพล, หลังสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ธรรมวัฒน์ อุบวงษาพัฒน์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนากิจการจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกต่อความเข้มแข็งแกนจิตวิญญาณ วนิดา ศรีวรกุล, ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง สุวรรณ อนุสันติ, พรรณวิภา บรรณเกียรติ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขุณี, อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พิษรา สมเชื้อ, ศศิมา คงศิริ, นฤมล ดวงกุ่มเมศ
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมโรงเรียนพ่อแม่หลังต่อความเจ็บปวดและความรู้ในการเดินในผู้ป่วยที่มี จิรวรรณ ทิววัฒน์ปกรณ์, อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง ทวีศักดิ์ วงศ์กิตติเมธาวี, สนิทนาถ สุขอุบล, พิณนสิน อารีอุดมวงศ์
- การศึกษาบทบาทพยาบาลผู้ช่วยพยาบาลไตเทียม อัมรินทร์ อธิรัตนานนท์, วาสนี วิเศษฤทธิ์, ทัศนญา ประจุศิลป์
- การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: สุวรินทร์ แก้วจินดา, จิราพร หัตถะสุ, กรณีศึกษาตำบลบุญเรือง อำเภอเขียงของ จังหวัดเชียงราย วนิดา ปันฟ้า, พรพรรณ มณีนวรณ์, นิศรา ชัยวงศ์
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมื่นบุรี สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุขุณี, นฤมล พรหมภิบาล, พิษรา สมเชื้อ
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ชไมพร จันจุ้ย, ของผู้สูงอายุในชุมชน วารี กังใจ, พรชัย จุลเมตต์
- ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตอนปลาย สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, สมจิต แดนสีแก้ว ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง
- ปัจจัยทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์ อัมพร เนียมกุลรักษ์, กิตติยาพร ยืนนาน, การระบาดของโรคโควิด 19 นารี ญาณิสสร, สินี กระลาสัย
- ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลากร และความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัท ชูเกียรติ จากใจชน, ที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร จิราภรณ์ ไชยภักดิ์, รุ่งฤดี กล้าหาญ, สุภาภรณ์ บัวเสนา, สุวิมล สัตยาภิธาน
- ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประจักษ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ ทวีพงษ์ บุญพารัตน์, มุ่งสร้างธัมมด้วยการวิเคราะห์เชิงหัวข้อ นันทิยา ปรีชาเสถียร, ชีวาล วงศ์สารี



วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ

Journal of Health and Health Management

ISSN 3027-799x (Print)

ISSN 3027-6454 (Online)



เจ้าของ :

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ที่ปรึกษา :

ศ.กิตติคุณ ดร.นพ.จิตร สิทธีอมร เซอร์ ดร.สมศรี สุเมธ
เซอร์คริสตอฟ กมลวรรณ เมกะนันท์ รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญอวัชชัย

บรรณาธิการ :

ผศ.ดร.แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการประจำฉบับ :

รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ
ดร.อุษา คุรุครุชิต

กองบรรณาธิการ :

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศ.ดร.วราวุธ พองแก้ว

ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

รศ.ดร.โสรัช โพธิ์แก้ว

ผศ.ดร.จิตอนงค์ ก้าวกลิกรรม

รศ.ดร.พนัสฐา พานิชชาวิกุล

รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รศ.ดร.สราวุธ สุธรรมมาสา

ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี

รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล

รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

รศ.ดร.วรางคณา จันทรวง

รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์

ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย

ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ

ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

วัตถุประสงค์และขอบเขต :

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

กำหนดการพิมพ์เผยแพร่ :

ปีละ 2 ฉบับ

- มกราคม-มิถุนายน
- กรกฎาคม-ธันวาคม

มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

กระทรวงยุติธรรม

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

ดร.ชัชวาล วงศ์สารี

ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ

รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล

รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา

ผศ.ดร.พัชรพร เกติมงคล

รศ.ดร.วงเดือน บันดี

ดร.ชัตติยา รัตน์ดิลก

รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตราภัก

รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ

รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ

ผศ.ดร.สุวรรณา อนุสันติ

ผศ.ดร.ผกาสิ พุ่มสุทัศน์

อาจารย์ ดร.อุษา คุรุครุชิต

อาจารย์ศราวุธ มั่งสูงเนิน

ผู้ช่วยผู้จัดการ :

นางสาวสาธิตา สามีกักดี

การติดต่อ:

วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่ 19 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา

เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120

โทรศัพท์ 0-2675-5304-12

โทรสาร 0-2675-5313

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

พิมพ์ที่

บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด เลขที่ 88/3 วัฒนาวิเศษ

ซอย 5 ถนนสุทธิสาร แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง

กรุงเทพมหานคร 10310

โทรศัพท์ 0-2276-6570, 0-2277-7226

โทรสาร 0-2275-2783

- บทความทุกเรื่องที่ดีพิมพ์วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ได้รับการพิจารณาจากกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน/บทความ

- ความคิดเห็น ข้อความ ภาพ และตารางประกอบในบทความที่ดีพิมพ์ในวารสารนี้เป็นของผู้เขียน และถือเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียนแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งบรรณาธิการกองบรรณาธิการวารสารฯ และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยกับสิ่งเหล่านั้น และไม่มีส่วนรับผิดชอบแต่อย่างใด

สารบัญ

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยภาวะไตอักเสบจากแอนติบอดีจากแอนติเจนที่ได้รับการรักษาโดยการกรองพลาสมา:.....	1
บทบาทพยาบาลไตเทียม	
Nursing care for patients with antineutrophil cytoplasmic autoantibodies-associated glomerulonephritis treated by plasma exchange: Hemodialysis nurse's Roles ศศิมาภรณ์ อ่อนพุทธา, รัตนาภรณ์ แซ่ลิ่ม, วรัญญา ชลัษฐธรรมเนียม, เดชา ชุมภูอินทร์	
แนวทางการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษา.....	12
Self-Care Strategies for Counseling Psychologist กิตติทัต แสงสง, ภัทรกร มุขศรีนาค	
รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิด.....	26
มิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์โมเดล	
Integrated Palliative Care Model for Patients and Families Emphasizing Concept of Spirituality: Saint Louis Model อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, นัชพร ฤทธาปัญญา, รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธัชชวาณิช, นฤมล บุญบางยาง, สิริยากร ธาราศิลป์, ลลิตา ว่องไว, ปรีดา ธารน้ำเดชา, อัญชลีพร สิทธิชัย	
การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไขเลือดออกที่มีภาวะเดงกีซ็อกที่ได้รับการฟอกเลือด.....	38
ด้วยเครื่องไตเทียม: บทบาทพยาบาลไตเทียม	
Nursing Care for Patients with Dengue Shock Syndrome Receiving Hemodialysis: Hemodialysis Nurse's Roles รัตนาภรณ์ แซ่ลิ่ม, จิตรลดา คงอินทร์, วารินทร์ กลิ่นนาค, สุพัตรา ยอดปัญญา	

บทความวิจัย

อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ.....	50
ช่วงพุทธศักราช 2570-2574	
A Scenario of Nursing Organization Management Royal Thai Air Force Hospital During A.D. 2027-2031	
ศิริมา กมนทลภิชัย, วาสนี วิเศษฤทธิ์, กัญญดา ประจุศิลป์	
ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19:.....	64
การศึกษาโดยเทคนิคเดลฟาย	
Leadership of Nursing Administrators in the Crisis of COVID-19: Delphi Technique	
รินทร์ นามขยัน, ปานดา อภิรักษ์ภานนท์, สุวรรณ อนุสันติ	
ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	77
ประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่	
The Effect of the Program to Develop the Skills Among Registered Nurses and Emergency Medical Officers in the Patient Screening Section in the Outpatient Department and the Emergency Department at Mae Tang Hospital, Chiang Mai Province	
จิระนันท์ เขียวศรี, พรพรรณ มนัสจกุล	
ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	90
ที่ควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่ได้	
Predicting Factors of Health Literacy Among Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus	
จริยา ทรัพย์เรือง, บุปผา วิริยรัตนกุล, รมย์ธนิศา ฝ่ายหมื่นไวย, นงนุช จิตรนิวรร, ณัฐา งามเหมาะ, ณัฐรดา แห่คำ	

หน้า

ภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขระดับ.....	104
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด 19 Burnout and Mental Health of Public Health Workers In Sub-district Health Promoting Hospital Sakon Nakhon Province After the Severe Outbreak Situation of COVID-19 จรินทร์ทิพย์ ขมชายผล, ธรรมวัฒน์ อุบวงษาพัฒน์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก	118
ต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง Effectiveness of Catholic Spiritual Development Program on Spiritual Strength of Palliative Elderly Caregivers วนิดา ศรีวรกุล, สุวรรณ อนุสันติ, พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	130
ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม Relationships Between Barthel ADL Index and Quality of Life of Elderly at LatYai Sub-District, Mueang District, Samut Songkhram Province พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พัชรา สมเชื้อ, ศศิมา คงศิริ, นฤมล ดวงภูมิเมศ	
ประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่อความเจ็บปวดและความเร็วในการเดิน.....	142
ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง Effectiveness of Back School Programs on Pain and Gait Speed in Patients with Chronic Non-specific Low Back Pain จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์, ทวีศักดิ์ วงศ์กীরติเมธาวิ, พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	
การศึกษาบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม	155
A Study of Hemodialysis Specialist Nurse Roles อัมรินทร์ อธิญญากานนท์, วาสนี วิเศษฤทธิ์, กัญญดา ประจุศิลป์	

หน้า

การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย	169
Promoting the Use of Herbs to Relieve Constipation for the Elderly in the Community: A Case Study of Boonrueang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province สุวนันท์ แก้วจันทา, จิราพร หัตถผะสุ, วนิษา ปันฟ้า, พรพรรณ มณีวรรณ, นิศรา ชัยวงศ์	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี..... Factors Affecting Quality of Life among of Muslim Older: Minburi	183
สุระพรรณ พนมฤทธิ์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสุทธิ, นฤมล พรหมภิบาล, พัชรา สมเชื้อ	
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน..... โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุในชุมชน	196
Effect of the Perceived Health Belief Promoting Program on Preventive Behaviors Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) in Community-Dwelling Older Adults ชไมพร จันจุ้ย, วาริ กังใจ, พรชัย จุลเมตต์	
ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง	208
Effectiveness of a Health Behavior Modification Program Among Late Working-Age People in Muang District, Chaiyaphum Province with Central Obesity สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, สมจิต แดนสีแก้ว	
ปัจจัยทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญ..... สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	223
Factors predicting the Reaction to Stressors of Pregnant Women Encountering COVID-19 อัมพร เนียมกุลรักษ์, กิตติยาพร ยืนนาน, นารี ญาณิสสร, ลินี่ กะราลัย	

หน้า

ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟ 235 ของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัทที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร Personal Factors, Personality Types, and Stress affecting to Employees' Burnout: A Case Study of a Food Service Company in Bangkok ชูเกียรติ จากใจชน, จิราภรณ์ โภชกปริวัฒน์, รุ่งฤดี กล้าหาญ, ศุภมิตร บัวเสนาะ, สุวัลลี สัตยาภิธาน	235
ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย: 247 การศึกษาเชิงคุณภาพมุ่งสร้างธีมด้วยการวิเคราะห์เชิงหัวข้อ Artificial intelligence Leadership (AI-leadership) of Nursing Administrators at Private Hospitals in Thailand: A Qualitative Study at Generated Themes used Thematic Analysis Approach ทวีพงษ์ บุปผารัตน์, นันทิยา ปรีชาเสถียร, ชัชวาล วงศ์สารี	247

บทบรรณาธิการ

ในเดือนธันวาคมที่สวนลุมพินีมีการจัดงานกาชาดประจำปี 2567 ซึ่งจะนำรายได้จากการจัดงานไปช่วยเหลือผู้ประสบภัย ความเดือดร้อนทุกข์ยากต่าง ๆ การไปเดินเที่ยวงานที่มีคนจำนวนมาก หรือต้องไปร่วมกิจกรรมหรือท่องเที่ยวตามที่สาธารณะ ก็ขอให้ทุกท่านระมัดระวังตัวต่อโรคร้ายต่าง ๆ เพราะเชื้อไวรัสโควิด-19 ไวรัสไข้หวัดใหญ่ และ PM2.5 ยังไม่ได้หายไปไหน ก็ขอให้ทุกท่านดูแลปฏิบัติป้องกันตนเองและคนในครอบครัวให้แข็งแรงปลอดโรค ปลอดภัย

สำหรับวารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ ฉบับนี้เป็นปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ประจำปี 2567 ฉบับนี้ได้รับรวบรวมและคัดสรรบทความวิจัยและบทความวิชาการที่ค้นคว้าและศึกษาเรื่องราวเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรม อนาคตภาพ บทบาทของพยาบาล คุณภาพชีวิต ในบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หญิงตั้งครรภ์ บุคลากรทางสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งบทความต่าง ๆ ในวารสารจะแสดงให้เห็นถึงผลของโปรแกรมด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำ บทบาทของพยาบาลในภาวะที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงการดูแลตนเองและสุขภาพจิตซึ่งเป็นเรื่องสำคัญในยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ บทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้อ่านได้เข้าใจและสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพคือการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่ไม่มีวันจบสิ้นเพื่อสุขภาพที่ดีของตัวเราเอง

ทีมบรรณาธิการต้องขอขอบคุณวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ให้ความสำคัญในการจัดทำวารสารที่เป็นแหล่งเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับศาสตร์ด้าน จิตวิทยา กายภาพบำบัด การพยาบาล และสาธารณสุขมาโดยตลอด และขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่สนใจส่งบทความลงเผยแพร่ความรู้ที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่า รวมทั้งขอขอบคุณผู้ประเมินทั้งภายในและภายนอก กองบรรณาธิการทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินและให้ข้อเสนอแนะบทความให้มีคุณภาพและมาตรฐานทางวิชาการ หวังว่าผู้อ่านทุกท่านจะได้รับประโยชน์จากบทความของวารสารฉบับนี้ และมาร่วมแรงร่วมใจในการพัฒนาวิชาชีพทางด้าน จิตวิทยา กายภาพบำบัด การพยาบาลและสาธารณสุข เพื่อการจัดการสุขภาพและดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสำหรับเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติอย่างยั่งยืนต่อไป

สุดท้ายนี้ ขอให้ผู้อ่านทุกท่านท่องเที่ยวในช่วงเทศกาลปีใหม่ออย่างมีสติและมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป สวัสดิ์ปีใหม่ ๒๕๖๘

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แก้วตะวัน ศิริลักษณ์นันท์

บรรณาธิการ

การดูแลผู้ป่วยภาวะไตอักเสบจากแอนติบอดีที่ได้รับการรักษา

โดยการกรองพลาสมา: บทบาทพยาบาลไตเทียม

Nursing care for patients with antineutrophil cytoplasmic autoantibodies-associated glomerulonephritis treated by plasma exchange: Hemodialysis nurse's Roles

ศศิมาภรณ์ อ่อนพุทธา, พย.บ., Sasimaporn Onputta, B.N.S.¹

รัตนภรณ์ แซ่ลิ้ม, พย.บ., Rattanaporn Saelim, B.N.S.^{2*}

วรัญญา คลังธรรมเนียม, พย.บ., Waranya Klungthamneam, B.N.S.¹

เดชา ชุมภูอินทร์, ส.บ., Decha Chumpooin, B.P.H.³

¹พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Professional Nurse, Hemodialysis Nurse at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty Tropical Medicine, Mahidol University

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, หัวหน้าหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

²Registered Nurse Senior Professional Level, Head of Hemodialysis Nursing team at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty Tropical Medicine, Mahidol University

³ผู้ช่วยพยาบาล, หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

³Practical Nurse, Hemodialysis Nurse at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty Tropical Medicine, Mahidol University

*Corresponding Author Email: rattanaporn.sae@mahidol.ac.th

Received: August 16, 2024

Revised: October 30, 2024

Accepted: November 6, 2024

บทคัดย่อ

การกรองพลาสมา เป็นวิธีการรักษาทางเลือกร่วมกับการให้ยากดภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนคา ซึ่งเป็นภาวะที่มีไตอักเสบโดยมีพยาธิสภาพแบบเนโครไทซิงโกลเมอรูโลเนฟริตีสและตรวจไม่พบการสะสมของภูมิคุ้มกันหรือพบได้ในปริมาณน้อยร่วมกับมีการอักเสบของหลอดเลือดขนาดเล็ก ที่อาจก่อให้เกิดการสูญเสียการทำงานของไตอย่างถาวร ดังนั้นการรักษาด้วยวิธีการกรองพลาสมา จึงเป็นวิธีที่จะกำจัดสารก่อภูมิคุ้มกันและสารที่เป็นอันตรายออกจากกระแสเลือด โดยการคืนส่วนประกอบที่เป็นเม็ดเลือดและเต็มสารทดแทนพลาสมากลับเข้าสู่ตัวผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลให้การรักษาดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างทำการกรองพลาสมาได้และมีความซับซ้อนในขั้นตอนของการกรองพลาสมา ดังนั้นพยาบาลไตเทียมต้องมีความรู้เกี่ยวกับตัวโรค ข้อบ่งชี้การรักษาด้วยการกรองพลาสมา การให้การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังการกรองพลาสมาตลอดจนแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ยังต้องมีความชำนาญในการเตรียมเครื่อง ตัวกรอง สารละลายทดแทนให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และสามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความรุนแรง และควบคุมอาการของโรค โดยไม่เกิดภาวะไตวายได้

คำสำคัญ : การพยาบาล ผู้ป่วยภาวะไตอักเสบจากแอนคา การกรองพลาสมา บทบาทพยาบาลไตเทียม

Abstract

Plasmapheresis is an adjunctive therapy to immunosuppressive treatment for patients with ANCA-associated glomerulonephritis (AAGN), a condition marked by necrotizing glomerulonephritis with minimal or absent immune complex deposition and small vessel vasculitis, which may lead to irreversible renal damage. This therapeutic approach functions by removing pathogenic antibodies and other harmful substances from the bloodstream, returning cellular components, and replenishing plasma, thus improving clinical outcomes. Given the complexity of the plasma exchange process and the associated risk of complications, dialysis nurses must possess in-depth knowledge of AAGN and the specific indications for plasma exchange. Nurses are responsible for providing comprehensive care throughout all procedural stages, promptly addressing any issues, and demonstrating proficiency in equipment preparation, filter setup, and solution management as outlined by medical protocols. Additionally, nurses play a critical role in educating patients and their families on self-care practices that may reduce disease progression, effectively manage symptoms, and prevent further renal decline.

Keywords: nursing care, patients with antineutrophil cytoplasmic autoantibodies associated glomerulonephritis, Plasma exchange, hemodialysis nurse's roles

บทนำ

ภาวะไตอักเสบจากแอนติบอดี (anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated glomerulonephritis: AAGN) เป็นภาวะที่มีไตอักเสบ โดยมีพยาธิสภาพแบบเนโครไทซิงโกลเมอรูโลเนฟริติส (necrotizing glomerulonephritis) และตรวจไม่พบการสะสมของภูมิคุ้มกันหรือพบได้ในปริมาณน้อย ร่วมกับมีการอักเสบของหลอดเลือดขนาดเล็ก ซึ่งจะตรวจพบแอนติบอดี (antineutrophil cytoplasmic autoantibodies: ANCA) ในเลือด อุบัติการณ์ของโรคมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยในสหรัฐอเมริกา AAGN คิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลันจากไตอักเสบ (rapidly progressive glomerulonephritis: RPGN) ในขณะที่ประเทศไทย AAGN เป็นสาเหตุอันดับสองของ RPGN พบได้ร้อยละ 24 (ตรีชญา จำรัสพันธุ์ และวารารณ เลี้ยววรเศรษฐ์, 2559) ผู้ป่วยอาจมีอาการตั้งแต่ปัสสาวะผิดปกติ ไปจนถึงภาวะไตวายเฉียบพลัน เมื่อการอักเสบดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง จะเกิดพังผืดในไต ส่งผลให้การทำงานของไตลดลงอย่างถาวร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็วในการป้องกันการสูญเสียการทำงานของไต และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต (Kitching et al., 2020)

การวินิจฉัยโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี 2 วิธี ด้วยกัน คือ อินไดเรกต์อิมมูโนฟลูออเรสเซนซ์ (indirect immunofluorescence: IIF) และเอนไซม์ลิงก์อิมมูโนซอร์เบนต์แอสเซ (enzyme-linked immunosorbent assays: ELISAs) ซึ่งแนะนำให้ใช้การตรวจด้วยวิธี ELISAs เป็นอันดับแรก และการเจาะไตเพื่อตรวจทางพยาธิวิทยาเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัย โดยเฉพาะก่อนที่มีการตัดสินใจให้การรักษาด้วยยากดภูมิคุ้มกัน โดยแนะนำให้ทำการตรวจในผู้ป่วยทุกรายตามแนวปฏิบัติของคณะกรรมการในองค์กรด้านโรคไต

ระดับนานาชาติ (Kidney Disease Improving Global Outcomes: KDIGO) ในปี ค.ศ. 2021 ซึ่งจะพบลักษณะการอักเสบและเนื้อตายบริเวณโกลเมอรูล (glomeruli) มีการก่อรูปคล้ายพระจันทร์ (crescentic formation) ซึ่งมีหลายระยะ และอาจพบลักษณะพหุซิมมูเนนโครไทซิงโกลเมอรูโลเนฟริติส (pauci-immune necrotizing glomerulonephritis) (เอกฉกาจ ต้นสกุล และเพราพิลาศ ศรีสุวรรณ, 2566)

การรักษาด้วยวิธีการกรองพลาสมา (therapeutic plasma exchange: TPE) หรือ (plasmapheresis) คือ กระบวนการนำเลือดของผู้ป่วย (whole blood) มาผ่านเข้าสู่ตัวกรอง ที่มีคุณสมบัติยอมให้โปรตีนไซโตไคน์แอนติบอดี (cytokine antibodies) และสารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกัน (immune complex) ผ่านออกไปได้ ช่วยในการขจัดโปรตีน สารก่อภูมิคุ้มกัน และสารสื่อการอักเสบต่าง ๆ ดังกล่าวออกจากร่างกาย โดยจะคืนส่วนประกอบเม็ดเลือดและเติมสารละลายทดแทนพลาสมากลับสู่ผู้ป่วย สารละลายทดแทนพลาสมามีหลายชนิดสามารถเลือกใช้ได้ เช่น พลาสมาสดแช่แข็ง (fresh frozen plasma: FFP) อัลบูมิน (albumin) หรือสารละลายคอลลอยด์ (colloidal solution) อื่น ๆ (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2561) อีกทั้งการกรองพลาสมายังมีประสิทธิภาพในการกำจัดแอนติบอดีแอนติออกจากรกระแสเลือด จึงได้รับการพิจารณาเป็นแนวทางการรักษาทางเลือกสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนติบอดี

ปัจจุบันแนวปฏิบัติของ KDIGO ยังคงแนะนำให้พิจารณาทำการกรองพลาสมาในบางกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีค่าครีเอตินิน (serum creatinine) มากกว่า 5.7 mg/dl ที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต หรือในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในเนื้อปอด (diffuse alveolar hemorrhage: DAH) นอกจากนี้ในภาวะที่ต้องการรักษา

(refractory) หรือ (treatment-resistant disease) แนะนำให้รักษาโดยการเพิ่มขนาดยากดภูมิคุ้มกันหรือ ยาสเตียรอยด์ และอาจพิจารณาการกรองพลาสมาได้ และในกลุ่มที่ตรวจพบแอนติโกลเมอรูลาร์เบสเม้นท์ เมมเบรนแอนติบอดี (anti-glomerular basement membrane antibody: anti-GBM antibody) ร่วมด้วย ให้พิจารณาการรักษาด้วยการกรองพลาสมาและให้ยากดภูมิคุ้มกันในระยะ induction (เอกฉกาจ ต้นสกุล และเพราพิลาศ ศรีสุวรรณ, 2566; Cattran et al., 2021) ในปีพ.ศ. 2550 มีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ ยาเมทิลเพรดนิโซโลนกับการกรองพลาสมาในภาวะ หลอดเลือดไตอักเสบ (The Methylprednisolone Versus Plasma Exchange for Renal Vasculitis: MEPEX) พบว่าการรักษาโดยการกรองพลาสมา มีอัตราการฟื้นคืนของไตในระยะเวลา 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญและอัตราการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ในระยะเวลา 1 ปี น้อยกว่าร้อยละ 24 เมื่อเทียบกับการให้ยาเมทิลเพรดนิโซโลน (methylprednisolone) (ตรีชฎา จำรัสพันธุ์ และ วราภรณ์ เลียวนเรศสรุ, 2559; Padmanabhan et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในปี พ.ศ. 2553 พบว่าการกรองพลาสมาช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดไตวายเรื้อรัง (ตรีชฎา จำรัสพันธุ์ และ วราภรณ์ เลียวนเรศสรุ, 2559) และจากการศึกษาที่ผ่านมาจะ ช่วยเป็นแนวทางในการพิจารณาการรักษาของแพทย์ ในผู้ป่วยแต่ละรายโดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

บทบาทพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนคิตาที่ได้รับกรกรองพลาสมา

พยาบาลไตเทียมต้องมีความรู้ ความชำนาญ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ

ไตอักเสบจากแอนคิตาที่ได้รับการรักษาด้วยการกรองพลาสมาได้เป็นอย่างดี โดยมีแนวทางที่สำคัญ ดังนี้

แนวทางที่ 1 การเตรียมความพร้อมก่อนการกรองพลาสมา

พยาบาลไตเทียมสามารถเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการกรองพลาสมา และการเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนคิตา ให้มีความพร้อมทางร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1.1 การเตรียมและตรวจสอบเครื่องกรองพลาสมา ซึ่งทำหน้าที่ในการแยกพลาสมาออกจากส่วนประกอบอื่นของเลือด และทดแทนด้วยสารละลายทดแทนพลาสมา มีระบบควบคุมอัตโนมัติและระบบการเตือนเมื่อเครื่องมีความผิดปกติ การเตรียมเครื่องต้องตรวจสอบระบบของเครื่องก่อนการใช้งานทุกครั้ง รวมถึงการทำความสะอาดภายในฆ่าเชื้อตามมาตรฐานหลังการใช้งานทุกครั้ง (Neyrinck & Vrielink, 2019)

1.2 การเตรียมชุดตัวกรองพลาสมาต้องมีขนาดเล็ก และเมมเบรน (membrane) มีรูพรุนขนาดเล็กกว่า 0.6 ไมครอน สามารถให้พลาสมาและโมเลกุลขนาดเล็กผ่านได้ แต่กักเม็ดเลือดไว้ ต้องระวังไม่ให้มีฟองอากาศในระบบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะฟองอากาศอุดหลอดเลือด (air embolism) ระหว่างการทำพลาสมา พยาบาลไตเทียมต้องเฝ้าระวังการอุดตันของตัวกรองพลาสมา เนื่องจากในบางครั้งระหว่างทำไม่ได้ให้สารต้านการแข็งตัวของเลือด อาจจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดและพลาสมาได้ (อาคม นนุช, ขจร ตรีธนากุล, คงกระพัน ศรีสุวรรณ, และวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข, 2567; ปราณิด โชติกนกรัตน์, 2563)

1.3 การเตรียมสารละลายทดแทนพลาสมา ได้แก่ 5% อัลบูมิน เป็นโปรตีนหลักในพลาสมาที่ทำให้ค่าออสโมติก (oncotic) เท่ากับพลาสมา เป็นสารละลายทดแทนที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการแพ้ แต่ราคาค่อนข้างสูง,

พลาสมาสดแช่แข็ง ควรเผื่อสำรองในการใช้เนื่องจากเสี่ยงต่อการแพ้, normal saline (0.9% NaCl) และ Ringer's Lactate (อาคม นงนุช และคณะ, 2567; Schwartz et al., 2016)

1.4 การเตรียมผู้ป่วยโดยพยาบาลจะต้องทราบข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น ประวัติการแพ้ การรับประทานยา ตรวจสอบสัญญาณชีพ รวมถึงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พร้อมอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการทำพลาสมา ระยะเวลาการทำ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น อาการผิดปกติที่ควรรีบแจ้งพยาบาลทันที และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ญาติซักถามให้กำลังใจเพื่อให้คลายความกังวลและบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ลงในใบบันทึกอย่างละเอียด (ปราณีต โชติกนกรัตน์, 2563; Gerogianni et al., 2015)

1.5 บันทึกปริมาณพลาสมาที่แลกเปลี่ยนและสารละลายทดแทนพลาสมาที่ให้ทุก 15 นาที เพื่อดูความสมดุลของสารน้ำและจดบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน

แนวทางที่ 2 การดูแลหลอดเลือดสำหรับการกรองพลาสมา (vascular access)

หลอดเลือดสำหรับการกรองพลาสมาเป็นทางนำเลือดออกจากร่างกายผู้ป่วย เพื่อกำจัดสารก่อภูมิคุ้มกันและสารที่เป็นอันตรายออกจากกระแสเลือด แบ่งออกเป็นหลายชนิดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความเร่งด่วนในการกรองพลาสมา หรือปัจจัยทางด้านตัวผู้ป่วยเอง เช่น โรคประจำตัว ภาวะโรคของหลอดเลือด โดยแบ่งชนิดของหลอดเลือดสำหรับการกรองพลาสมา ดังนี้

2.1 สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous catheterization) รวมถึงสายสวนสำหรับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพื่อใช้ในการกรองพลาสมาโดยเฉพาะ มีอัตราการไหลสูง มีความสะดวกสามารถใช้งานได้ทันที แต่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ (Ritzenthaler, Beraud, Gobert, & Dailler, 2019)

2.2 การทำ peripheral vascular access (PVA) มีความปลอดภัยสูง ใช้งานง่ายเหมาะสำหรับผู้ป่วยไม่สามารถใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่ได้ แต่มีข้อจำกัดของอัตราการไหลของเลือดเนื่องจากเป็นหลอดเลือดดำขนาดเล็ก (Barth et al., 2020)

2.3 อุปกรณ์ที่ฝังไว้ใต้ผิวหนังของผู้ป่วย (port) ทำให้สามารถดูดเลือดออกมากรองพลาสมาได้ อัตราการไหลของเลือดใกล้เคียงกับ PVA มีอัตราการติดเชื้อน้อยกว่าสายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (Cervantes, Bloch, & Sperati, 2023)

2.4 หลอดเลือดที่ผ่าตัดสำหรับฟอกเลือด ได้แก่ หลอดเลือดจริง (arteriovenous fistula: AVF) และหลอดเลือดเทียม (arteriovenous graft: AVG) เป็นตัวเลือกที่ดีที่สุดเพราะให้อัตราการไหลของเลือดที่มาก อัตราการติดเชื้อต่ำ อายุงานในการใช้งานแต่ไม่เหมาะกับผู้ป่วยที่ต้องได้ทำการกรองพลาสมาแบบฉุกเฉินเนื่องจากหลังผ่าตัดหลอดเลือดต้องใช้ระยะเวลานานในการใช้งาน (Cervantes et al., 2023)

พยาบาลไตเทียมเป็นผู้ใช้หลอดเลือดสำหรับการกรองพลาสมาโดยตรง ดังนั้นจะต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินการติดเชื้อ การใช้งานหลอดเลือดตามหลักปลอดภัย เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยและให้หลอดเลือดมีอายุการใช้งานที่นาน นอกจากนี้หากพบความผิดปกติของหลอดเลือดควรรีบรายงานแพทย์ทันที

แนวทางที่ 3 การเตรียมสารละลายทดแทนในระหว่างการกรองพลาสมา

แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาการเลือกใช้ชนิดของสารละลายทดแทนและปริมาตรที่ใช้ ชนิดของสารละลายทดแทนที่นิยมใช้ ได้แก่ 5% อัลบูมิน, พลาสมาสดแช่แข็ง ปริมาตรของสารละลายทดแทนที่ให้จะต้องเท่ากับปริมาตรพลาสมาที่กรองออก ปริมาตรพลาสมาที่จะกรองต่อการรักษา 1 ครั้งเท่ากับ 1-1.5 เท่าของปริมาตรพลาสมาของผู้ป่วย (อาคม นงนุช และคณะ, 2567)

ปริมาตรพลาสมาคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{Estimated plasma volume (liters)} = 0.065 \times \text{weight (Kg)} \times (1 - \text{Hct})$$

ในกรณีขาดแคลน 5% อัลบูมิน สามารถใช้ 25% อัลบูมินได้ โดยให้ผสม 25% อัลบูมิน ปริมาตร 200 มิลลิลิตร ด้วย normal saline solution หรือ Ringer's lactate ปริมาตร 800 มิลลิลิตร (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2551)

พยาบาลไตเทียมมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้สารละลายทดแทนมีความสมดุลกับปริมาณพลาสมาที่กรองออกและต้องปรับความเร็วของปั๊มเลือดให้ตรงตามแผนการรักษา คือ 100-150 มิลลิลิตรต่อนาที (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2551) เพราะหากใช้ปั๊มเลือดที่มีความเร็วมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ หรือในกรณีที่ปั๊มเลือดช้าเกินไปอาจทำให้เกิดการอุดตันของวงจรการกรองพลาสมาได้

แนวทางที่ 4 การเฝ้าระวังและจัดการภาวะแทรกซ้อนระหว่างการกรองพลาสมา

การกรองพลาสมาอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากภาวะหัวใจหยุดเต้น ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และมีบางรายงานมีการเสียชีวิตที่เกิดจากภาวะแพ้น้ำแข็ง ลิ่มเลือดอุดตันในปอด และการทะลุของหลอดเลือด ซึ่งอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าเมื่อใช้พลาสมาสดแช่แข็งเป็นสารละลายทดแทนเมื่อเทียบกับอัลบูมิน (McCullough, 2004) ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในการกรองพลาสมา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ปฏิกริยาการแพ้ ปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดที่ใช้ในการกรองพลาสมา คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ความดันโลหิตต่ำ เวียนศีรษะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปวดท้อง ตะคริว เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ ชัก เป็นต้น (Ara et al., 2018; Mavandadi et al., 2022)

การพยาบาลและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเบื้องต้นที่พบบ่อยระหว่างการกรองพลาสมา อาทิเช่น

4.1 ติดตามสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที โดยเฉพาะค่าความดันโลหิต ดูแลให้ได้รับสารละลายทดแทนให้สมดุลกับพลาสมาที่กรองออกเพื่อรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย และบันทึกอย่างครบถ้วน ถูกต้อง ป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ กรณีความดันโลหิตต่ำ ต้องหยุดการทำพลาสมาชั่วคราว ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปรับท่านอนเป็นท่า Trendelenburg วัดความดันโลหิตซ้ำ และรีบรายงานแพทย์ทันที (ปรางนิต โชติกนกรัตน์, 2563; ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และฉัตรสุตา เอื้อมมานะพงษ์, 2558)

4.2 เฝ้าระวังอาการแพ้สารละลาย เช่น ผื่นคัน แดงหน้าอก ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการแพ้สารละลายทดแทนให้หยุดการให้สารละลายทดแทนทันทีและรีบรายงานแพทย์เพื่อทำการรักษา และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านฮิสตามีน (antihistamine) คอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroids) หรืออิพิเนพรีน (epinephrine) ตามแผนการรักษา (Kaplan, 2013)

4.3 สังเกตภาวะเลือดออกจากตำแหน่งเปิดของสายสวนคาหลอดเลือด และปริมาณเลือดที่เสีย รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้เลือดทดแทน (Gerogianni et al., 2015)

4.4 เฝ้าระวังภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำโดยการสังเกตอาการชา กล้ามเนื้อกระตุก ให้รายงานแพทย์ทันทีเพื่อสั่งการรักษา (วันดี ไตรสุขศรี, 2559; Gerogianni et al., 2015)

แนวทางที่ 5 การให้ข้อมูลผู้ป่วยตามหลักการ D-METHOD

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองหลังได้รับการรักษาด้วยการกรองพลาสมา และการป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ หรือรุนแรงมากขึ้นเมื่อกลับบ้าน เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงมีการคิดค้นหลักการ D-METHOD เพื่อให้ง่ายต่อการจดจำและสามารถนำไปประยุกต์ใช้

ในการดูแลตนเองได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้ ทางด้านการวินิจฉัย (Diagnosis : D) ความรู้เกี่ยวกับภาวะไตอักเสบจากแอนคาและการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษารวมถึงผลการรักษา (Medication : M) การรับประทานยากดภูมิคุ้มกันอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ตรงเวลารวมถึงการสังเกตผลข้างเคียง (Environment : E) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด (Treatment : T) หลักการและประโยชน์ของการกรองพลาสมา รวมถึงการสังเกตอาการผิดปกติ (Health : H) การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการโรคไตอักเสบจากแอนคา (Out patient : O) การมาพบแพทย์ตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาก่อนนัด และ (Diet : D) การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความรุนแรงและควบคุมอาการของโรคได้

จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนคาที่ได้รับการรักษาโดยการกรองพลาสมา โดยอาศัยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ดังกรณีศึกษาต่อไปนี้

ตัวอย่างแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการกรองพลาสมา

หญิงไทยอายุ 52 ปี ตรวจพบ ค่าของเสียในเลือด (creatinine: Cr) เพิ่มขึ้นโดยไม่ทราบระยะเริ่มอาการแสดง (onset present) มาโรงพยาบาลด้วยอาการคลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลียมาก เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด 7 กิโลกรัม ใน 4 เดือน แกรับพบค่ายูเรียไนโตรเจนในเลือด (blood urea nitrogen: BUN) 142 mg/dl, Cr 13 mg/dl, ค่าฮีโมโกลบิน (hemoglobin: Hb) 6.7 g/dl, ค่าฮีมาโตคริต (hematocrit: Hct) 20.6 %, Anti-MPO: Highly positive ทำ kidney biopsy ผล Pauci-immune necrotizing crescentic glomerulonephritis,

Dx. ANCA glomerulonephritis อายุรแพทย์โรคไตให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการกรองพลาสมา จำนวน 5 ครั้ง prescription: BFR 120 ml/min, replacement fluid ใช้ 5% albumin ปริมาณ 3,500 ml (1.49 เท่าของ plasma volume), duration 3 ชั่วโมง, no heparin, ให้ 10% calcium gluconate 20 ml ขณะทำ plasmapheresis หลังจากนั้นให้ยา rituximab 500 mg iv รวม 4 ครั้ง และ ยา prednisolone 5 mg 6-tab oral OD pc then 2 tab PO OD pc, cyclophosphamide (50) 0.5 tab PO OD pc นัดมาติดตามอาการ พร้อมติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นระยะ วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2567 พบว่า BUN 52.4 mg/dl, Cr 4.58 mg/dl

แกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 93 %

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 10 เมษายน 2566 Hb 7.2 g/dl, Hct 22.3%, Ca 8.5 mg/dl, EKG: normal sinus rhythm

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนกล้ามเนื้อเกร็ง กระตุกเนื่องจากมีภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1) คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลียมาก เหนื่อยง่าย น้ำหนักลด 7 กิโลกรัม ใน 4 เดือน

2) แกรับสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/86 มิลลิเมตรปรอท ระหว่างการกรองพลาสมาความดันโลหิต 109-113/75-79 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88-96 ครั้งต่อนาที (10 เมษายน 2566)

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Ca 8.5 mg/dl (10 เมษายน 2566)

เป้าหมาย

ไม่เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เช่น ชาปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ชาตามริมฝีปาก มือจีบ ชักเกร็ง เป็นต้น

2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120-140/60-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 12-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที

3) คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (normal sinus rhythm)

4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ Ca 8.6-10 mg/dl

การพยาบาล (อาคม นนุช และคณะ, 2567; อัจฉริยา พ่วงแก้ว, 2561; Gerogianni et al., 2015)

1) ประเมินสัญญาณชีพก่อน ระหว่างการกรองพลาสมา ทุก 15-30 นาที และหลังการกรองพลาสมา พร้อมสังเกตอาการแสดงของภาวะขาดแคลเซียม เช่น ชาปลายมือปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ชาตามริมฝีปาก มือจีบ ชักเกร็ง เป็นต้น

2) ตรวจเคาะปลายประสาทที่หน้าไบพู หรืออาการแสดงโควสเติก (Chvostek's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการกระตุกข้างมุมปากข้างที่เคาะ และตรวจอาการแสดงทรูโซ (Trousseau's sign) ถ้าผลบวกจะมีอาการมือจีบเกร็ง

3) ดูแลให้ได้รับ 10% Calcium gluconate 50 ml + NSS 100 ml vein ระหว่างการกรองพลาสมา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นช้า เป็นต้น

4) ดูแลการกรองพลาสมาและการให้สารละลายทดแทนพลาสมาตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้ง

บันทึกปริมาณพลาสมาที่แลกเปลี่ยน และสารละลายทดแทนพลาสมา ที่ให้อย่างครบถ้วน

5) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับแคลเซียมในเลือดและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ประเมินผล ระหว่างและหลังการกรองพลาสมา ผู้ป่วยไม่มีอาการชาปลายมือปลายเท้าและมือจีบ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ normal sinus rhythm ผลทางห้องปฏิบัติการ Ca 8.7 mg/dl ในเลือดเพิ่มมากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

อ่อนเพลียเนื่องจากมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน (10 เมษายน 2566)

1) ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการอ่อนเพลียมาก”

2) ตรวจร่างกายพบเยื่อตาซีด (pale conjunctiva)

3) สัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 93 %

4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- Hb 7.2 g/dl

- Hct 22.3%

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด และอ่อนเพลียลดลง

เกณฑ์การประเมิน

1) ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย หรือเหนื่อยหอบ

2) ผู้ป่วยไม่สูญเสียเลือดระหว่างการกรองพลาสมา

3) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่

- Hb 12.0-16.0 g/dl

- Hct 37.0-47.0%

การพยาบาล (ปราณี ทุ์ไพเราะ และคณะ, 2566; ปราณีต โชติกนกรัตน์, 2563)

1) สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดง

ของภาวะชืด เช่น หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย หนาวง่าย เป็นต้น

2) ติดตามและประเมินสัญญาณชีพก่อนการกรองพลาสมา ระหว่างการกรองพลาสมา ทุก 15-30 นาที และหลังการกรองพลาสมา

3) ดูแลให้ได้รับ LPRC 2 unit ขณะทำการฟอกเลือด ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการแพ้เลือด

4) ค้นหาสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดภาวะชืด เช่น มีการอักเสบและติดเชื้อในร่างกาย ภาวะ malnutrition เป็นต้น

5) ดูแลทำการกรองพลาสมาให้เกิดการเสียเลือดน้อยที่สุด เช่น ดูแลไม่ให้เกิดการอุดตันของลิ้นเลือดในวงจรเลือด และตัวกรองเลือด หลังจากทำการกรองพลาสมาเสร็จ คั้นเลือดกลับเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด

6) ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ hemoglobin, hematocrit

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับ LPRC 2 unit ไม่สูญเสียเลือดระหว่างการกรองพลาสมา หลังจากนั้นอาการอ่อนเพลียและภาวะชืดลดลง ติดตาม ค่า Hb 9.4 g/dl, Hct 28.1% เพิ่มขึ้น

สรุป

การกรองพลาสมาเป็นการบำบัดทางเลือกเสริมจากการให้ยากดภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยที่มีภาวะไตอักเสบจากแอนคา เพื่อช่วยบรรเทาอาการและลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ทำการกรองพลาสมามีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะแพ้สารละลายทดแทนภาวะเลือดออก ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลทั้งก่อน ขณะ และหลังทำการกรอง

พลาสมา รวมถึงการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งยังต้องมีความเชี่ยวชาญในการตรวจสอบความพร้อม ความเรียบร้อยและการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการกรองพลาสมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2561). *คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัลพับลิเคชั่น.

ตรีชฎา จำรัสพันธุ์ และวราภรณ์ เลี้ยววรเศรษฐ. (2559). ภาวะไตอักเสบที่เกี่ยวข้องกับ ANCA: ANCA-associated glomerulonephritis (AAGN). *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 22(3), 12-29.

ปราณี ทุไพบระ. (2566). *คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

ปราณีโต โชติกันกรัตน์. (2563). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตอักเสบภูมิคุ้มกันที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการกรองพลาสมา: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลระยอง*, 19(36), 1-13.

ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2551). *ตำราการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และฉัตรสุดา เอื้อมมานะพงษ์. (2558). *ข้อแนะนำการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.

วันดี โดสุขศรี. (2559). *การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.

- อาคม นงนุช, ขจร ตีรณธนากุล, คงกระพัน ศรีสุวรรณ, และวุฒิเดช โอภาสเจริญสุข. (2567). *Essentials in hemodialysis* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- เอกฉกาจ ตันสกุล และเพราพิลาศ ศรีสุวรรณ. (2566). ภาวะไตอักเสบจาก ANCA. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 29(3), 154-165.
- Ara, F., Hassan, M. S., Yusuf, M. A., Nasreen, Z., Islam, A., Alam, M. B., & Mohammad, Q. D. (2017). Complications of therapeutic plasma exchange in patient with neurological disorders. *Journal of National Institute of Neurosciences Bangladesh*, 3(2), 69-74.
- Barth, D., Sanchez, A., Thomsen, A. M., Garcia, A., Malachowski, R., Weldon, R., ... & Schwartz, J. (2020). Peripheral vascular access for therapeutic plasma exchange: a practical approach to increased utilization and selecting the most appropriate vascular access. *Journal of Clinical Apheresis*, 35(3), 178-187.
- Catran, D. C., Feehally, J., Cook, H. T., Liu, Z. H., Fervenza, F. C., Mezzano, S. A., ... & Wetzels, J. F. (2012). Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) glomerulonephritis work group. KDIGO clinical practice guideline for glomerulonephritis. *Kidney International Supplements*, 2(2), 139-274.
- Cervantes, C. E., Bloch, E. M., & Sperati, C. J. (2023). Therapeutic plasma exchange: core curriculum 2023. *American Journal of Kidney Diseases*, 81(4), 475-492.
- Kaplan, A. A. (2013). Therapeutic plasma exchange: a technical and operational review. *Journal of clinical apheresis*, 28(1), 3-10.
- Kitching, A. R., Anders, H. J., Basu, N., Brouwer, E., Gordon, J., Jayne, D. R., ... & Kain, R. (2020). ANCA-associated vasculitis. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 71-87.
- Mavandadi, S., Moghaddami, M., Meysami, A. P., Sahraian, M. A., Paybast, S., Ghajarzadeh, M., ... & Azimi, A. (2023). Therapeutic plasma exchange (TPE) complications in patients with multiple sclerosis (MS) and clinically isolated syndrome (CIS): a report from a tertiary center. *The Neurologist*, 28(1), 1-4.
- McCullough, J. (2004). *Transfusion Medicine E-Book* (2th ed.). Retrieved from [https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=VI0tDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=.+McCullough+\(Ed.\),+Transfusion+medicine+\(5th+ed.\)&ots=AHFZM7MeSn&sig=KTBS9d-eXarANs8rKzDCxyNsjaO&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.th/books?hl=th&lr=&id=VI0tDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=.+McCullough+(Ed.),+Transfusion+medicine+(5th+ed.)&ots=AHFZM7MeSn&sig=KTBS9d-eXarANs8rKzDCxyNsjaO&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

- Neyrinck, M. M., & Vrielink, H. (2019). Performance of an apheresis procedure: The apheresis nurse-operator and nursing aspects. *Transfusion and Apheresis Science*, 58(3), 296-299.
- Padmanabhan, A., Connelly-Smith, L., Aqui, N., Balogun, R. A., Klingel, R., Meyer, E., ... & Schwartz, G. E. J. (2019). Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice-evidence-based approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: the eighth special issue. *Journal of clinical apheresis*, 34(3), 171-354.
- Ritzenthaler, T., Beraud, M., Gobert, F., & Dailier, F. (2019). Influence of vascular access devices upon efficiency of therapeutic plasma exchange. *Journal of Clinical Apheresis*, 34(1), 33-38.
- Schwartz, J., Padmanabhan, A., Aqui, N., Balogun, R. A., Connelly-Smith, L., Delaney, M., ... & Shaz, B. H. (2016). Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice-evidence-based approach from the writing committee of the American society for apheresis: the seventh special issue. *Journal of clinical apheresis*, 31(3), 149-338.



แนวทางการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษา Self-Care Strategies for Counseling Psychologist

กิตติทัต แสงส่ง, วท.ม., Kittitat Sangsong^{1*}

ภัทรกร มุขศรีนาค, ประ.ด., Phattarakorn Muksrinak, Ph.D.²

¹อาจารย์, คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College

²อาจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College

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

Received: August 7, 2024

Revised: September 24, 2024

Accepted: October 1, 2024

บทคัดย่อ

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อรักษาหรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง หรือการมีความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีในตนเอง เฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่เกิดความกดดัน และเป็นสิ่งที่จะช่วยในการป้องกัน รับมือ หรือลดความเครียดและผลเสียที่เกี่ยวข้องที่อาจเกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมที่ต้องทำงานอย่างหนัก โดยการดูแลตนเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นของนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยในการทำให้ นักจิตวิทยาการปรึกษามีพลังและมีความสุขอย่างมีประสิทธิภาพ นับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญของนักจิตวิทยาการปรึกษา เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณของนักจิตวิทยาการปรึกษาให้ดีที่สุดตามความรับผิดชอบในวิชาชีพ เพื่อที่จะไม่ให้เกิดการบกพร่องในหน้าที่ของตนเอง ไม่ว่าจะเป็น การเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่เป็นสิ่งขัดขวางที่ให้นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการดูแลตนเองนั้นแบ่งออกเป็นทั้งหมด 6 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย (Physical) 2. ด้านการทำงาน (Professional) 3. ด้านความสัมพันธ์ (Relational) 4. ด้านอารมณ์ (Emotional) 5. ด้านจิตใจ (Psychological) และ 6. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) โดยวิธีการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านนั้น จะเป็นแนวทางให้นักจิตวิทยาการปรึกษาได้นำมาปฏิบัติ เพื่อป้องกันการบกพร่องในการทำงาน และผลกระทบด้านลบทางด้านร่างกาย จิตใจ การใช้ชีวิต การทำงาน และสังคม

คำสำคัญ: การดูแลตนเอง นักจิตวิทยาการปรึกษา

Abstract

Self-care refers to the practices individuals engage in to maintain or enhance their own health, happiness, and well-being, especially during times of pressure. It is a crucial component in preventing, managing, or mitigating stress and its associated adverse effects that may arise in demanding work environments. For counseling psychologists, self-care is essential, as it enables them to maintain energy and happiness effectively. It is vital for counseling psychologists to uphold and promote optimal well-being in their physical, emotional, and spiritual aspects, ensuring they meet their professional responsibilities without impairment. Without proper self-care, counseling psychologists may experience stress, compassion fatigue, and burnout, which hinder their ability to provide effective services. Self-care for counseling psychologists is divided into six domains: 1. Physical self-care 2. Professional self-care 3. Relational Self-Care 4. Emotional Self-Care 5. Psychological self-care 6. Spiritual self-care. These six areas of self-care guide counseling psychologists in adopting self-care practices that prevent work-related impairments and negative impacts on their physical health, mental health, life satisfaction, work performance, and social interactions.

Keywords: *Self-care, Counseling Psychologist*

บทนำ

หากเปรียบเทียบการทำงานของนักจิตวิทยาการปรึกษาจะเปรียบเสมือนได้นักจิตวิทยาการปรึกษา คือเครื่องจักรแห่งการรับฟัง ซึ่งเต็มไปด้วยความเข้าใจและความเมตตา ไม่เพียงแต่การรับฟังคำพูด แต่ยังรับฟังอารมณ์ ความรู้สึก และความต้องการที่ซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังคำพูดเหล่านั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาเปรียบเสมือนผู้แปลความคิดและความรู้สึกของผู้รับการปรึกษาให้กลายเป็นสิ่งที่มีความหมายและมีคุณค่า เป็นการให้พื้นที่ปลอดภัยสำหรับผู้รับการปรึกษาที่จะสามารถเปิดใจและแบ่งปันความรู้สึกของตนเองได้อย่างเต็มที่ (Barnett & Cooper, 2009) แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อเครื่องจักรทำงาน ก็ต้องมีการเสื่อมสภาพตามมา ไม่ว่าจะเป็นเครื่องจักรจริงหรือเครื่องจักรแห่ง

การรับฟังนี้ การทำงานอย่างต่อเนื่องและต้องเผชิญกับปัญหาของผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา ย่อมทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาอาจรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเสื่อมสภาพนี้ไม่ได้หมายความว่าความเหนื่อยล้าทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการแบกรับปัญหาของผู้รับการปรึกษา (Figley, 1995) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเครื่องจักรแห่งการรับฟังนี้เสื่อมสภาพลงไป เครื่องจักรแห่งการรับฟังนี้ต้องหมั่นได้รับการดูแลรักษาอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เครื่องจักรแห่งการรับฟังนี้ทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพเป็นดังเสมือนเครื่องจักรที่มีผลกำลังในการทำงานเฉกเช่นวันแรก การดูแลรักษาไม่ได้หมายถึงเพียงแค่การตรวจสอบทางกายภาพหรือ

การซ่อมบำรุงอย่างเดียวนั้นยังหมายถึงการดูแลทางจิตใจและอารมณ์ด้วย การดูแลรักษาและเติมเต็มพลังให้กับเครื่องจักรแห่งการรับฟังนี้เป็นสิ่งที่สำคัญไม่แพ้กับการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น (Saakvitne & Pearlman, 1996) การรักษาสสมดุลระหว่างการงานและการดูแลตนเองจะช่วยให้ นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เป็นการให้การสนับสนุนที่ดีที่สุดแก่ผู้รับบริการปรึกษา และสร้างความสุขและความสำเร็จในชีวิตการทำงานของตนเอง (Maslach & Leiter, 2016)

การดูแลตนเอง (Self-Care)

การดูแลตนเอง เป็นคำประกอบของคำสองคำระหว่าง “ดูแล” และ “ตน (ตนเอง)” ตามความหมายในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ระบุว่า “ดูแล” หมายถึง เอาใจใส่ให้เป็นไปด้วยดี หรือ ปกปักษ์รักษา, ปกครอง และ “ตน (ตนเอง)” หมายถึง ตัว (ตัวคน) ดังนั้น ความหมายของการดูแลตนเอง จึงหมายถึง การเอาใจใส่ หรือการปกปักษ์รักษาตนเอง ในส่วนของ The Oxford Living Dictionary ได้ให้ความหมายของ การดูแลตนเอง (Self-Care) ไว้ว่า “การปฏิบัติตนเพื่อรักษาหรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง หรือการมีความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีในตนเอง เฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่เกิดความกดดัน”

การดูแลตนเอง เป็นทักษะที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งของวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการบกพร่องในหน้าที่ในตนเอง เช่น การเกิดความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่เป็นสิ่งขัดขวางทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษาไม่สามารถให้บริการได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียความสามารถในการจัดการกับอารมณ์

ที่ยากลำบาก ที่จะเกิดผลกระทบด้านลบต่อการทำงานด้านการใช้ชีวิต และด้านสังคม หากไม่ได้รับการดูแลตนเองที่เหมาะสม (Butler, Mercer, McClain-Meeder, Horne, & Dudley, 2019; Dye, Burke, & Wolf, 2020; Mitchell, Michelle and Binkley, Erin, 2021)

ดังนั้นแล้ว การดูแลตนเองนับได้ว่าเป็นทักษะที่สำคัญอย่างยิ่งในวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากการส่งเสริมสุขภาวะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติหน้าที่ การดูแลตนเองที่ดีไม่เพียงแต่ช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษามีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ยังช่วยป้องกันการเกิดปัญหาในการทำงาน เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟ และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่จะส่งผลกระทบด้านลบต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาทั้งในด้านการใช้ชีวิตส่วนตัว การทำงาน และการใช้ชีวิตด้านสังคม

การดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของจรรยาบรรณวิชาชีพ (Ethic)

การดูแลตนเองไม่เพียงแต่เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่ดีเท่านั้น แต่ยังเป็นส่วนหนึ่งของจรรยาบรรณวิชาชีพที่สำคัญ ตามที่สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ระบุไว้ว่า “นักจิตวิทยาการปรึกษาจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ ของตนเองให้ดีที่สุดตามความรับผิดชอบในวิชาชีพ” (American Counseling Association, 2014) และสมาคมนักจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย ระบุไว้ว่า “นักจิตวิทยาการปรึกษาพึงใส่ใจดูแลตนเอง ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ” และ “นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถรักษาความสมดุล ระหว่างงานกับด้านอื่นๆ ของชีวิตได้” (สมาคมนักจิตวิทยาการปรึกษา

แห่งประเทศไทย, 2024) รวมไปถึงสภาการรับรองระบบ การให้การปรึกษาและโปรแกรมการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ที่ระบุไว้ว่า สิ่งที่ต้องถูกกำหนดให้อยู่ในหลักสูตรของ การให้การปรึกษาที่จะต้องอยู่ภายใต้แนวทางการปรึกษา ที่เป็นมืออาชีพ ที่เป็นการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาในด้านวิชาชีพและการพัฒนา ของมนุษย์ ได้แก่ การดูแลตนเอง (Self-care) การมี สุขภาวะที่ดี (Well-being) และการมีสุขภาพที่ดี (Wellness) (Council for Accreditation of Counseling and Related Educational Programs (CACREP), 2016)

เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และการสนับสนุนการพัฒนาวิชาชีพ นักจิตวิทยา การปรึกษาพึงต้องปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ ในด้านการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นพื้นฐานสำคัญ

ในการสร้างและรักษาความเป็นมืออาชีพในวิชาชีพ นักจิตวิทยาการศึกษา ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ ร่างกายและจิตใจของตนเอง ด้านคุณภาพการให้บริการ และการพัฒนาวิชาชีพอย่างยั่งยืน

แนวทางในการดูแลตนเอง (Self-Care Strategies)

การดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการศึกษา เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการรักษาคุณภาพชีวิตและเพิ่ม ประสิทธิภาพในการทำงาน การดูแลตนเองสามารถ แบ่งออกเป็น 6 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้าน การทำงาน ด้านความสัมพันธ์ ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ สามารถสะท้อนได้ถึงทฤษฎี ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการรักษาคุณภาพชีวิตและ เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ความต้องการตามทฤษฎี ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)	การดูแลตนเอง ในแต่ละด้าน	คำอธิบาย
1. ความต้องการพื้นฐานทาง กายภาพ (Physiological needs)	ด้านร่างกาย	ประกอบด้วยความต้องการปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ อากาศ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย ซึ่งสำหรับนักจิตวิทยา การปรึกษา การดูแลร่างกายเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันไม่ให้นักจิตวิทยาการสภาวะอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ ขึ้นมาจากการทำงานและ รักษาความสมดุลในชีวิตได้เป็นอย่างดี (Maslow, 1943; ACA, 2014)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความต้องการตามทฤษฎี ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)	การดูแลตนเอง ในแต่ละด้าน	คำอธิบาย
2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety needs)	ด้านการทำงาน	หลังจากความต้องการพื้นฐานทางกายภาพได้รับการตอบสนอง มนุษย์จะต้องการความปลอดภัยในชีวิต เช่น การมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี การได้รับการสนับสนุนจากเพื่อนร่วมงาน และการรู้สึกปลอดภัยในด้านอาชีพ ดังนั้นแล้ว นักจิตวิทยาการปรึกษาที่ทำงานอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่มีความกดดันสูงแล้วต้องการการดูแลตนเองทางด้านการทำงาน ที่ไม่ว่าจะเป็น แนวทางการจัดการกับสภาวะอารมณ์ด้านลบจากการทำงาน การหาสมดุลระหว่างการทำงาน และการพัฒนาความสามารถทางวิชาชีพ เพื่อให้ นักจิตวิทยาการปรึกษาเหล่านั้นสามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ (Lee, & Miller, 2013)
3. ความรักหรือการรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง (Love and Belonging needs)	ด้านความสัมพันธ์	มนุษย์มีความต้องการที่จะรู้สึกถึงความรัก ความผูกพัน และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มคน การดูแลตนเองทางด้านความสัมพันธ์เป็นการเติมเต็มความต้องการนี้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างและรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มสังคมที่สำคัญให้กับ นักจิตวิทยาการปรึกษา (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010)
4. ความนับถือตนเอง (Esteem needs)	ด้านอารมณ์	ความต้องการในขั้นนี้เกี่ยวกับความต้องการที่จะรู้สึกมั่นใจในตนเอง มีความภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การดูแลด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้นักจิตวิทยาการปรึกษารู้สึกถึงความสามารถและการประสบความสำเร็จในบทบาทการทำงาน (Kabat-Zinn, 2013; Butler et al., 2019)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความต้องการตามทฤษฎี ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)	การดูแลตนเอง ในแต่ละด้าน	คำอธิบาย
5. การเติมเต็มศักยภาพ ตนเอง (Self- Actualization needs)	ด้านจิตใจ / ด้านจิตวิญญาณ	เป็นความต้องการที่จะเติบโตและพัฒนาศักยภาพสูงสุดของตนเอง ในด้านต่างๆ รวมถึงการแสวงหาความรู้ ความสามารถใหม่ๆ และการใช้ ความคิดสร้างสรรค์ในการทำสิ่งที่มีความหมาย การดูแลตนเองด้านจิตใจ จึงเป็นทั้งการเพิ่มพูนความรู้และการเสริมสร้างศักยภาพ ซึ่งสอดคล้อง กับขั้นการบรรลุศักยภาพสูงสุดในทฤษฎีของมาสโลว์ที่เน้นการเติมเต็ม ศักยภาพของตนเองในแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิตให้กับนักจิตวิทยาการ ปรึกษาได้ รวมไปถึงการดูแลตนเองทางด้านจิตวิญญาณ ที่มุ่งเน้นไป ที่การแสวงหาความหมายในชีวิต การเข้าใจตนเองในเชิงลึก และการ เชื่อมโยงกับสิ่งที่ใหญ่กว่า หรือความหมายในระดับสูง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่ง ของการบรรลุศักยภาพสูงสุดตามทฤษฎีของมาสโลว์ด้วยเช่นกัน (Seligman, 2011; Daniels, 1982)

การดูแลตนเองในด้านร่างกาย (Physical)

การดูแลร่างกายเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาสุขภาพที่ดีและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษา ที่มีภาระเผชิญกับความเครียดและความท้าทายในการทำงาน การดูแลร่างกายอย่างครบถ้วนจะช่วยให้การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ซึ่งการดูแลตนเองในด้านร่างกายก็สามารถแบ่งออกเป็นหลาย ๆ ด้านได้ ดังนี้

1. การนอน (Sleep)

การนอนหลับมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจในแต่ละวัน การได้รับการนอนหลับที่เพียงพอช่วยให้ร่างกายและจิตใจสามารถฟื้นฟูตัวเองได้ การนอนหลับที่เพียงพอช่วยในการปรับปรุงการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันและช่วยลดความเสี่ยงของโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจและเบาหวาน ในขณะเดียวกัน การนอนหลับ

ที่ไม่เพียงพอสามารถส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ และความสามารถในการเรียนรู้ เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาดังกล่าว นักจิตวิทยาการปรึกษาควรมีวิธีการที่ดีในการปรับปรุงคุณภาพการนอน เช่น นอนให้ครบ 7 ชั่วโมงหรือมากกว่าต่อวัน การสร้างตารางเวลานอนที่สม่ำเสมอ การสร้างบรรยากาศที่สงบ และการหลีกเลี่ยงการใช้เทคโนโลยีก่อนนอน (Hirshkowitz et al., 2015; Walker, 2017; Butler et al., 2019)

2. โภชนาการ (Nutrition)

โภชนาการที่ดีมีความสำคัญต่อการรักษาสุขภาพร่างกาย นักจิตวิทยาการปรึกษาควรรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนและมีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ธัญพืชเต็มเมล็ด ผลไม้ นมไขมันต่ำ โปรตีนที่หลากหลาย และน้ำมันที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งการรับประทานสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้การเสริมสร้าง

ระบบภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงของโรค รวมไปถึงการเพิ่มประสิทธิภาพทางสติปัญญา นอกจากนี้ การควบคุมปริมาณอาหารที่มีน้ำตาลสูง ไขมันอิ่มตัวสูง โซเดียมสูง จะช่วยในการรักษาน้ำหนักที่เหมาะสมและลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง (Gomez-Pinilla, 2008; Micha et al., 2017, Butler et al., 2019)

ดังนั้น การได้รับโภชนาการที่ดีมีผลสำคัญในการเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและป้องกันโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการศึกษาในการรักษาความแข็งแรงและสุขภาพที่ดี ที่เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองในด้านร่างกายของนักจิตวิทยาการศึกษา

3. การออกกำลังกาย (Exercise)

การออกกำลังกายมีบทบาทสำคัญในการรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ทั้งเป็นการป้องกันและเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพกายและใจ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก ลดความเสี่ยงของโรคหัวใจและโรคเบาหวาน สามารถเสริมสร้างการนอนหลับเพิ่มประสิทธิภาพทางสติปัญญา และอารมณ์ รวมไปถึงยังช่วยในการป้องกันและการจัดการโรคต่างๆ มากมายได้นอกจากนี้ยังมีผลดีต่อสุขภาพจิตอีกด้วย โดยเป็นการเพิ่มระดับของสารเคมีที่ช่วยในการปรับปรุงอารมณ์ เช่น เซโรโทนินและโดพามีน ซึ่งการออกกำลังกายเป็นประจำนั้น นักจิตวิทยาการศึกษาควรเลือกกิจกรรมที่สนุกสนานและเหมาะสมกับตารางชีวิตและวัยของแต่ละคน เช่น การออกกำลังกายยืดเส้นขณะนั่งบนเก้าอี้ การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายแบบแอโรบิค โยคะ และการเล่นกีฬาเป็นทีม เป็นต้น เพื่อให้มีสุขภาพทางกายและจิตใจที่ดีโดยถือได้ว่าการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการศึกษาที่สำคัญ (Craft & Perna, 2004; Warburton, Nicol, & Bredin; 2006, Butler et al., 2019)

4. การดูแลสุขภาพสุขภาพด้วยความสม่ำเสมอ (Health maintenance and adherence)

การดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น นับได้ว่ามีความสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการศึกษาสำหรับการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจคัดกรองกับแพทย์ทางด้านร่างกาย และทางด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และการรับวัคซีนที่จำเป็นช่วยในการป้องกันปัญหาสุขภาพตั้งแต่นั้นๆ เพื่อเป็นการรักษาความเป็นอยู่ที่ดีของนักจิตวิทยาการศึกษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011; Butler et al., 2019)

การดูแลตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Professional)

การดูแลตนเองในชีวิตการทำงาน เป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างมากในการทำงานในภาพรวม โดยการดูแลตนเองด้านการทำงานนั้น จะสามารถช่วยนักจิตวิทยาการศึกษาในการจัดการกับความเครียดและความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ รวมไปถึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงานการดูแลตนเองในด้านการทำงานมีหลายด้านที่สำคัญ ดังนี้

1. ความเครียดจากการทำงานและภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job stress and burnout)

ความเครียดจากการทำงานอาจเกิดขึ้นได้จากสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานที่หลากหลายได้แก่ สภาพการทำงานที่ไม่พึงประสงค์ ภาระงานที่มากเกินไป ความขัดแย้งหรือความกำกวมในบทบาทหรือหน้าที่ ขาดความมั่นคงในงาน ความขัดแย้งกับหัวหน้าและเพื่อนร่วมงาน การละเลยการพักผ่อนในการทำงาน รวมไปถึงการจัดการเวลาและการจัดลำดับความสำคัญของการทำงานที่ไม่ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้เกิดเป็นภาวะหมดไฟในการทำงานขึ้นมาและ

ส่งผลเสียต่อประสิทธิภาพการทำงาน ดังนั้นแล้ว นักจิตวิทยาการปรึกษาควรหลีกเลี่ยงกับปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเครียดจากการทำงานและภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถจัดการกับความเครียดและป้องกันภาวะหมดไฟได้ด้วยวิธีการเหล่านี้ เช่น การกำหนดเวลาการทำงาน และเวลาพักผ่อนที่เหมาะสม การเข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด และการรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญหรือการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษาเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่สำคัญที่สามารถช่วยให้ลดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้นได้ (Maslach & Leiter, 2016; Butler et al., 2019)

2. ความกระตือรือร้นในการทำงาน (Job engagement)

หากมองว่าการเกิดความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานคือสภาวะด้านลบในการทำงานที่เกิดขึ้นนั้น ความกระตือรือร้นในการทำงานนับได้ว่าเป็นสภาวะด้านบวกที่เกิดขึ้นในการทำงานก็ว่าได้ ซึ่งการดูแลตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในด้านความกระตือรือร้นในการทำงานนั้น จะประกอบไปด้วย การใส่ใจกับภาระงาน การจัดการเวลา บทบาททางวิชาชีพ การตอบสนองในบริบทการทำงาน การสนับสนุนสังคมที่เกี่ยวข้องกับงาน การสนับสนุนตนเอง การพัฒนาอาชีพและการฟื้นฟูตนเองในด้านอาชีพ จึงสามารถบอกได้ว่าความกระตือรือร้นในการทำงานเป็นปัจจัยที่ช่วยเพิ่มความสุขและความพอใจในการทำงาน โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถทำได้ด้วยการตั้งเป้าหมายในการทำงานที่ทำทนายให้เพิ่มมากขึ้น การสร้างสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เหมาะสม รวมไปถึงการให้โอกาสในการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ สิ่งทีกล่าวมานั้นล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงาน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมที่ทำทนายและการได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงานยังสามารถช่วยในการเพิ่มความพึงพอใจในงานได้ด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้นการที่นักจิตวิทยาการปรึกษามีความกระตือรือร้นในการทำงานจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงานให้นักจิตวิทยาการปรึกษาได้ (Bakker & Demerouti, 2008; Butler et al., 2019)

3. การป้องกันและเผชิญหน้ากับความอันตรายจากการประกอบอาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพที่ต้องช่วยเหลือบุคคลอื่น (Preventing and combating occupational hazards of the helping professions)

เป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการประกอบอาชีพ เช่น การเผชิญกับเรื่องราวที่มีความรุนแรงหรือความเศร้าโศกของผู้รับบริการ การรับฟังเรื่องราวที่รุนแรงและสะท้อนจิตใจของผู้รับบริการปรึกษา ที่มีโอกาสจะทำให้ให้นักจิตวิทยาการปรึกษาเกิดสภาวะอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ ขึ้น เช่น ความเครียด ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และภาวะหมดไฟในการทำงานที่จะทำให้ประสิทธิภาพในการใช้ชีวิตส่วนตัวและการทำงานลดลง จึงจำเป็นอย่างยิ่งต่อนักจิตวิทยาการปรึกษาที่ต้องมีการใช้กลยุทธ์เพื่อป้องกันและเผชิญกับอันตรายจากการทำงาน เช่น คำนิ่งถึงขีดจำกัดของตนเอง การใช้เวลาว่างเพื่อผ่อนคลาย การมี การสนับสนุนทางอารมณ์จากเพื่อนร่วมงานและครอบครัว การเข้าร่วมการฝึกอบรมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด พัฒนากลยุทธ์การรับมือในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เข้ารับการบำบัดทางจิตส่วนบุคคล และการได้รับการกำกับดูแลอย่างมืออาชีพ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถรับมือกับความเครียดและความทำทนายที่เกี่ยวข้องกับอาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนช่วยในการรักษา

ความสมดุลและประสิทธิภาพในการทำงานที่จะทำให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข (Rupert & Morgan, 2005; Gentry & Baranowsky, 2013; Butler et al., 2019)

การดูแลตนเองในด้านความสัมพันธ์ (Relational)

การดูแลตนเองด้านความสัมพันธ์หมายถึงความพยายามที่บุคคลทำเพื่อรักษาและเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความเชื่อมโยงเหล่านี้ประกอบด้วยเครือข่ายของบุคคล เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนที่ใกล้ชิด เพื่อนร่วมงาน หรือ/และผู้ที่บุคคลนั้นมีโอกาสสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ชีวิตประจำวันของบุคคลดีขึ้นอย่างมาก สำหรับนักจิตวิทยาการศึกษานั้น การมีเครือข่ายสนับสนุนที่ดี และการเข้าไปช่วยเหลือบุคคลอื่น ๆ จะช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุข เป็นสิ่งที่จะช่วยให้นักจิตวิทยาการศึกษามีสุขภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพและรักษาความสมดุลในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน

1. การมีส่วนร่วมและการได้รับความสนับสนุนจากผู้อื่นในสังคม (Social integration and social support):

เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับนักจิตวิทยาการศึกษที่ต้องมีเครือข่ายสนับสนุนที่ดีเพื่อช่วยในการลดความเครียดและเพิ่มความสุข ซึ่งการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทั้งในและนอกที่ทำงานเป็นสิ่งสำคัญในการรับมือกับความเครียดที่เกิดจากการรับฟังปัญหาของผู้รับบริการ การมีเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลที่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและรับฟังปัญหาส่วนตัวจะช่วยให้นักจิตวิทยาการศึกษามีสุขภาพที่ดีและรับมือกับความกดดันจากการทำงานได้ดีขึ้น (Thoits, 2011)

2. การสนับสนุนผู้อื่นในสังคมโดยไม่คาดหวังสิ่งตอบแทน (Altruism)

การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นโดยไม่คาดหวังสิ่งตอบแทนสามารถเพิ่มความรู้สึกของความสุขและความพอใจได้ สำหรับนักจิตวิทยาการศึกษานั้น การสนับสนุนและการช่วยเหลือบุคคลในสังคมอย่างจริงจังและไม่คาดหวังสิ่งตอบแทนจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้กับบุคคลในสังคมและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานให้กับนักจิตวิทยาการศึกษามีจิตใจที่ดีในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นนั้นจะช่วยให้นักจิตวิทยาการศึกษามีความรู้สึกที่ดีกว่าตนเองมีคุณค่าและสามารถรักษาความสุขและความสมดุลในชีวิตส่วนตัวได้ (Thoits, 2011)

การดูแลตนเองในด้านอารมณ์ (Emotional)

การดูแลตนเองด้านอารมณ์เป็นการจัดการและรักษาความรู้สึกทางอารมณ์ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากความเครียดและความรู้สึกเชิงลบซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการศึกษที่ต้องเผชิญกับความท้าทายทางอารมณ์ในงานประจำวัน การดูแลตนเองด้านอารมณ์ไม่เพียงแต่ช่วยในการบรรเทาความเครียดและอารมณ์ด้านลบเท่านั้น แต่ยังเสริมสร้างและส่งเสริมความรู้สึกทางอารมณ์ที่เป็นเชิงบวกซึ่งช่วยเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดีและการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยมีวิธีการจัดการกับความรู้สึกเชิงลบและการสร้างสภาพแวดล้อมทางอารมณ์ที่ดีจะช่วยให้สามารถรับมือกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. การลดประสบการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ (Reducing negative emotional experience)

การจัดการกับอารมณ์เชิงลบเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการศึกษา เนื่องจากการรับฟังปัญหา

ของผู้รับบริการอาจทำให้เกิดความเครียดและอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถใช้เทคนิคการจัดการอารมณ์ต่าง ๆ ได้ เช่น การฝึกสติ การฝึกหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ โยคะ ไทเก๊ก การสะกดจิตตัวเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เพื่อลดความรู้สึกเชิงลบและจัดการกับอารมณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งเทคนิคเหล่านี้จะช่วยให้ลดความเครียดและเพิ่มความสามารถในการรับมือกับความท้าทายทางอารมณ์ได้มากขึ้น (Kabat-Zinn, 2013; Butler et al., 2019)

2. การเพิ่มความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Increasing well-being and happiness)

การดูแลตนเองทางอารมณ์สำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษามีความสำคัญไม่เพียงแต่การจัดการกับความรู้สึกด้านลบเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความสุขในชีวิตด้วย โดยนักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถใช้แนวทางต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นได้ เช่น การฝึกการทำสมาธิ การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การตั้งเป้าหมายที่มีความหมาย การสร้างปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งนับได้ว่าเป็นสิ่งที่เพิ่มความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาที่จะทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น (Seligman, 2011; Butler et al., 2019)

การดูแลตนเองในด้านจิตใจ (Psychological)

การดูแลตนเองด้านจิตใจมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษา เนื่องจากการรักษาสมดุลและความเข้มแข็งในด้านจิตใจ การดูแลด้านจิตใจช่วยให้ นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถเผชิญกับความเครียดและปัญหาที่เผชิญในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนาความสามารถในการคิดวิเคราะห์ การมีทัศนคติที่ดี และการมีความยืดหยุ่นทางจิตใจที่จะส่งผลทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1. การแสวงหาความรู้ทางปัญญาและกิจกรรมที่ทำให้สนุกสนานทางด้านจิตใจ (Intellectual pursuits and other enjoyable activities of the mind):

สำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษา การทำกิจกรรมที่ท้าทายทางปัญญา เช่น การอ่านหนังสือวิชาการใหม่ ๆ การเรียนรู้เทคนิคการให้การปรึกษาใหม่ ๆ หรือการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน จะเป็นการช่วยในการเสริมสร้างความคิดสร้างสรรค์และเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการทำงาน รวมไปถึงการเข้าร่วมการประชุมวิชาการและการฝึกอบรมเพิ่มเติมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถทำได้นอกจากนี้ การเข้าร่วมชมชนวิชาชีพหรือการแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนร่วมงานก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการเสริมสร้างความรู้และทักษะ ในขณะเดียวกัน การทำกิจกรรมที่สร้างความสุขทางจิตใจยังมีความสำคัญเช่นกัน เช่น การฟังเพลง การเล่นเกม หรือการทำงานศิลปะ และการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น โยคะ หรือการฝึกสติ ก็เป็นสิ่งที่สามารถช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษารู้สึกผ่อนคลายและลดความเครียดจากการทำงาน ซึ่งเป็นวิธีที่ดีในการดูแลจิตใจและสร้างความสุขให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาได้ด้วยเช่นเดียวกัน (Rupert & Morgan, 2005; Gentry & Baranowsky, 2013; Butler et al., 2019)

การดูแลตนเองในด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)

การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับ การใส่ใจในความเชื่อและค่านิยมที่สำคัญสำหรับชีวิต รวมถึงเป็นการค้นหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ลึกซึ้งเพิ่มมากขึ้น โดยการดูแลด้านจิตวิญญาณ จะช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษารู้สึกถึงความสมบูรณ์และความสงบในใจ สำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษานั้น การพัฒนาความรู้สึกของความสมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการให้การสนับสนุน

ที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการ การมีความรู้สึกของความหมายในงานที่ทำและการมีค่านิยมที่ชัดเจนสามารถเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความพอใจในการทำงาน และความทุ่มเท ซึ่งช่วยให้พวกเขาสามารถรับมือกับความเครียดและความท้าทายได้ดีขึ้น ซึ่งการดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณนั้นจะทำให้การทำงานของนักจิตวิทยาการศึกษามีความสมดุลและเต็มไปด้วยความหมายมากยิ่งขึ้น

1. การมีส่วนร่วมทางศาสนา (Religious Participation)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปโบสถ์หรือการเข้าร่วมการศึกษาศาสนา สามารถช่วยให้นักจิตวิทยาการศึกษารู้สึกถึงความเชื่อมโยงและความสงบภายใน ซึ่งการมีประสบการณ์ทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอสามารถเพิ่มความรู้สึกของการสนับสนุนทางจิตใจและสร้างความมั่นคงในชีวิตให้กับนักจิตวิทยาการปรึกษาได้ (Pargament, 1997)

2. การสวดมนต์ (Prayer)

การสวดมนต์หรือการปฏิบัติทางศาสนาอื่น ๆ ช่วยในการสร้างความรู้สึกของความสงบและการเชื่อมโยงกับสิ่งที่สูงส่ง ซึ่งสามารถช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกของการมีความสงบภายใน นับได้ว่า การสวดมนต์เป็นเครื่องมือที่สำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษาในการผ่อนคลายและจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการทำงานได้ (Krause, 2012)

3. การเชื่อมต่อกับธรรมชาติ (Connecting with Nature)

การเชื่อมต่อและเคารพต่อธรรมชาติเป็น การปฏิบัติทางจิตวิญญาณที่สำคัญสำหรับนักจิตวิทยาการปรึกษา ที่ไม่ว่าจะเป็น การเดินเที่ยวเล่นในป่า ดูดอกไม้ ดูดาว และการดูความมหัศจรรย์ของจักรวาลที่เชื่อมโยงถึงกัน ล้วนเป็นกิจกรรมที่เข้าถึงจิตวิญญาณได้

อย่างลึกซึ้ง กิจกรรมเหล่านี้ล้วนช่วยในการลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกของความสงบ ที่สามารถช่วยให้การทำงานของนักจิตวิทยาการปรึกษามีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากช่วยสร้างความรู้สึกที่ดีและเป็นการฟื้นฟูทางจิตใจ (Kaplan, 2012)

สรุป

การทำงานของนักจิตวิทยาการปรึกษา บทบาทหน้าที่คือการรับฟังเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่สะท้อนใจที่รุนแรงของผู้รับบริการ ซึ่งนักจิตวิทยาการปรึกษาอาจจะได้รับผลกระทบด้านลบจากการทำงานที่สามารถเกิดขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการเกิดความเครียด การเกิดสภาวะอารมณ์ด้านลบต่าง ๆ การหมดไฟในการทำงาน ความบาดเจ็บทางใจจากการรับฟังประสบการณ์อันขมขื่น ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยลักษณะอาการที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น ล้วนเป็นสิ่งที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบด้านลบต่อตัวนักจิตวิทยาการปรึกษา กระบวนการปรึกษา และผู้รับการปรึกษา ดังนั้น นักจิตวิทยาการปรึกษาจึงจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่เป็นกิจกรรมที่ช่วยในการทำให้ นักจิตวิทยาการปรึกษา มีพลังในการใช้ชีวิตส่วนตัวและการทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ และเป็นขั้นตอนเชิงรุกที่เพิ่มความยืดหยุ่นทางจิตใจและความเป็นอยู่โดยรวมให้เพิ่มมากขึ้น โดยการดูแลตนเองของนักจิตวิทยาการปรึกษาที่พึงกระทำนั้น แบ่งออกเป็นทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านการทำงาน
3. ด้านความสัมพันธ์
4. ด้านอารมณ์
5. ด้านจิตใจ และ
6. ด้านจิตวิญญาณ

โดยการดูแลตนเองในทุกด้านนี้ไม่เพียงแต่เป็นการป้องกันการเสื่อมสภาพจากการทำงาน แต่ยังช่วยให้นักจิตวิทยาการปรึกษาสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน ซึ่งการลงมือปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการดูแลตนเองนั้น นับได้ว่าเป็นการลงทุนที่สำคัญที่ไม่มีการขาดทุน สำหรับ

การพัฒนาวิชาชีพและความเป็นอยู่ที่ดีในระยะยาวให้กับ
วิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษาทุกคน

เอกสารอ้างอิง

- สมาคมจิตวิทยาการปรึกษาแห่งประเทศไทย. (2567).
จรรยาบรรณวิชาชีพนักจิตวิทยาการปรึกษา.
สืบค้นจาก <https://www.thaicounseling.org/thai-counseling-psychologist-professional-ethics>
- American Counseling Association. (2014). *ACA code of ethics*. Retrieved from <https://www.counseling.org/docs/default-source/default-document-library/ethics/2014-aca-code-of-ethics.pdf>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career development international*, 13(3), 209-223.
- Barnett, J. E., & Cooper, N. (2009). Creating a culture of self-care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 16-20.
- Butler, L. D., Mercer, K. A., McClain-Meeder, K., Horne, D. M., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107-124.
- Craft, L. L., & Perna, F. M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 6(3), 104-111.
- Daniels, M. (1982). The development of the concept of self-actualization in the writings of Abraham Maslow. *Current Psychological Reviews*, 2(1), 61-75.
- Dye, L., Burke, M. G., & Wolf, C. (2020). Teaching mindfulness for the self-care and well-being of counselors-in-training. *Journal of Creativity in Mental Health*, 15(2), 140-153.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. USA: United States of America on acid-free paper.
- Gentry, J. E., & Baranowsky, A. B. (2013). *Trauma practice: Tools for stabilization and recovery*. Retrieved from https://www.academia.edu/69701581/Trauma_practice_Tools_for_stabilization_and_recovery
- Gómez-Pinilla, F. (2008). Brain foods: the effects of nutrients on brain function. *Nature reviews neuroscience*, 9(7), 568-578.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40-43.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*, 7(7), e1000316. doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Retrieved from <https://ird.mcu.ac.th/wp-content/uploads/2021/07/Full-Catastrophe-Living-PDFDrive-.pdf>
- Kaplan, S. (2012). The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15(3), 169-182.
- Krause, N., & Hayward, R. D. (2012). Religion, meaning in life, and change in physical functioning during late adulthood. *Journal of Adult Development*, 19(3), 158-169. doi: 10.1007/s10804-012-9143-5
- Lee, J. J., & Miller, S. E. (2013). A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society*, 94(2), 96-103.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry. *World Psychiatry*, 15, 103-111. doi: 10.1002/wps.20311
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior*. Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3
- Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehman, C. D., & Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *Jama*, 317(9), 912-924.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford Press. Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/The_Psychology_of_Religion_and_Coping.html?id=Vn5XObcpnd4C&redir_esc=y
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (7thed.). Retrieved from : <https://sdh.gmu.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/HealthPromotioninNursingPracticebyNolaPender.pdf>
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work setting and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550. doi: 10.1037/0735-7028.36.5.544

- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Retrieved from https://books.google.co.th/books/about/Flourish.html?id=YVAQVa0dAE8C&redir_esc=y
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145-161.
- Van Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9-22.
- Walker, M. P. (2017). *Why we sleep: The new science of sleep and dreams*. Scribner.
- Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi: 10.1503/cmaj.051351



รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง ที่เน้นแนวคิดมิติจิตวิญญาณ : เซนต์หลุยส์โมเดล

Integrated Palliative Care Model for Patients and Families Emphasizing Concept of Spirituality: Saint Louis Model

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, ค.ด., Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.^{1*}

นัชพร ฤทธาปัญญา, พย.ม., Nutchaporn Ritthapanya, M.N.S.²

รัตน์ชนิดาภรณ์ เหลืองธิชัยวานิช, พย.บ., Ratchanidaporn Luangthichaivanich, B.N.S.³

นฤมล บุญบางยาง, พย.ม., Naruemol Boonbangyang, M.N.S.³

สิริยากร ธาราศิลป์, พย.บ., Siriyakorn Tharasilp, B.N.S.³

ลลิตา ว่องไว, พย.บ., Lalita Wongwai, B.N.S.³

ปรีดา ธารน้ำเดชา, พย.บ., Preeda Thannamdecha, B.N.S.³

อัญชลีพร สิทธิชัย, พย.บ., Unchaleeporn Sittichai, B.N.S.³

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

³พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์

³Professional Nurse, Saint Louis Hospital

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

Received: July 2, 2024

Revised: September 9, 2024

Accepted: October 24, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอรูปแบบการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิดมิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์โมเดล ผู้เขียนได้ศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับข้อ วิเคราะห์สังเคราะห์ และเรียบเรียง ให้เป็นขั้นตอนเพื่อการปฏิบัติ โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล จากนั้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองและมิติจิตวิญญาณ 15 ท่าน พิจารณาความถูกต้องสมบูรณ์ ปรับแก้และนำมาวิพากษ์ในการประชุมกลุ่มโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 10 ท่าน และปรับให้เหมาะสม เพื่อการปฏิบัติเป็น 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมินสภาพปัญหา เน้นการสื่อสารสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี สร้างความไว้วางใจ 2) ขั้นวิเคราะห์

วินิจฉัยปัญหา ใช้เทคนิคการถาม ตั้งใจรับฟังอย่างเหมาะสม จริใจ ให้ผู้ป่วยระบายปัญหาความต้องการ 3) ขึ้นวางแผน โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และแผนการดูแลอย่างสุภาพ เน้นการมีส่วนร่วม จนผู้รับบริการเข้าใจ ยอมรับและร่วม ในแผนปฏิบัติการ พยายามใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย 4) ขึ้นปฏิบัติการ เน้นการจัดการกับปัญหา ด้วยความสุภาพ อ่อนโยน เคารพในคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ให้ผู้ป่วยระบายปัญหา ผู้ปฏิบัติตอบคำถาม และให้ข้อเสนอแนะที่ เหมาะสม เปิดโอกาสให้ทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ขอโทษในสิ่งที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ และ 5) ขึ้นประเมินผล ใช้การสังเกต พูดคุย และสอบถามผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นได้นำไปใช้ปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวจำนวน 5 ราย พบว่าบรรลุด ตามวัตถุประสงค์ ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ปฏิบัติ ระบายปัญหาและ ความต้องการชัดเจน ยอมรับการวางแผนและปฏิบัติร่วมกัน ตามข้อเสนอแนะ ผู้ป่วยกล่าวว่าตนรู้สึก สงบสบาย โล่งใจ ผ่อนคลายและพร้อมที่จะจากไป ญาติรู้สึกพึงพอใจ

คำสำคัญ: รูปแบบการบูรณาการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคอง แนวคิดมิติจิตวิญญาณ

Abstract

This article aims to propose the model for integrating palliative care for patients and their families that emphasizes the concept of spiritual dimensions: the Saint Louis Model. The author has studied on relevant concepts, theories, and documents, then analyzed, synthesized, and complied to be practical steps by using principles of nursing process. Then, propose the practical steps to 15 experts in palliative care and spiritual dimensions, and adjusted for getting critiques in a focus group meeting with 10 experts before final adjusting to 5 practical steps. They are 1) Assessing, focus on communication to build good relationships and trust, 2) Problem analysis, use questioning techniques and attentively listen to the patients expressing their problems and needs with sincerity, 3) Planning, explain the objectives and careplan politely, emphasis on using clear words that easy to understand until the participants realize and accept to participate in the action-plan, 4) Operation, focus on dealing with problems efficiently, with politeness, gentleness, and respect for human dignity. Let the patients express their problems, and answer the questions, then give them advices appropriately, as well as give them the opportunities to do what they want such as apologizing for what they still have in minds, and 5) Evaluation, summarize based on observing, asking and talking with the patients and families. After that, it was used to practice with 5 patients and their families, and it was found that the objectives were achieved. The results were found that patients and families accepted and had good relationships with practitioners. They could explain their problems and needs clearly, and accept planning and execution together. The patients felt calm, relieved, and ready for passing away, while their families felt satisfied and accepted the situation.

Keyword: Integrated Palliative Care Model for Patients and Families, Concept of spirituality

การดูแลแบบประคับประคอง

เป็นการดูแลที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อยู่ในภาวะทุพพลภาพด้วยอาการของโรค และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จนคุกคามถึงชีวิต หลักการดูแลแบบประคับประคอง เน้นการลดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด จากอาการของโรค ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิต ตามศักยภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปรับตัว การจัดการกับสภาวะการดำรงชีวิตได้ เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง จะต้องใช้หลักการดูแลทั้งการประคับประคอง การดูแลที่เน้นจิตสังคม และจิตวิญญาณ ดังแนวคิดดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดในการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และบำบัด เยียวยา และบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต โดยครอบคลุมถึง ครอบครัว และผู้มีความสัมพันธ์ของผู้ป่วย มี 3 ระดับได้แก่

1. การดูแลระดับพื้นฐาน (Primary Palliative Care) เป็นการผสมผสานการดูแลแบบประคับประคองกับการดูแลสุขภาพทั่วไป เน้น ทักษะพื้นฐานของบุคลากรสุขภาพทุกระดับ

2. การดูแลแบบประคับประคองทั่วไป (General Palliative Care) เป็นการดูแลโดยบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีพื้นฐานการดูแลระยะท้ายของชีวิตเป็นอย่างดี

3. การดูแลแบบประคับประคองระดับเชี่ยวชาญ (Specialist Palliative Care) เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มี

ความต้องการเฉพาะ สลับซับซ้อน และยากต่อการจัดการ ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษซึ่งผ่านการอบรมเฉพาะทาง

ดังนั้น การดูแลแบบประคับประคอง จึงเน้นที่การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะจำกัดในการดำรงชีวิต อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต มีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงระยะท้ายของชีวิต ดังนั้นการดูแลจึงต้องครอบคลุมถึงทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยด้วย ซึ่งต้องดูแลทั้งด้านจิตสังคม (Psychosocial care) หมายถึง การดูแลจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก รวมถึงให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย อย่างมีคุณภาพ และการดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual care) ซึ่งเป็นการดูแลที่ต้องค้นหาเป้าหมาย และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยต่อสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายในชีวิต ความปรารถนา ความเชื่อ ความรัก การให้อภัย รวมถึงศาสนา พิธีกรรม ผู้นำด้านจิตวิญญาณ และเตรียมใจยอมรับ ประคองจิตใจไม่ให้เปราะบางในทุกๆ ระยะสุดท้ายของโรคด้วย (กรมการแพทย์, 2563; นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทิปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2563) ปัจจุบันแม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าเพิ่มขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตหรือยืดชีวิตออกไปเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายต้องเผชิญสถานการณ์ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด กระวนกระวาย ส่งผลถึงภาวะเครียด ซึมเศร้า ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองต่ออาการของแต่ละบุคคล และครอบครัว ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทุกระยะ จนถึงระยะสุดท้าย ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะ

ต้องช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริงได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถเผชิญกับปัญหาและจากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ก็คือการดูแลที่เน้นด้านมิติจิตวิญญาณนั่นเอง

ตามที่นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล(2563)กล่าวว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยเฉพาะผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงและคุกคามชีวิต ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายหลักคือ บรรเทาอาการเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากโรค เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและครอบครัว และเสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยภายหลังการจากไปของผู้ป่วย ซึ่งตรงกับ ท้องการอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) ได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองว่า ประกอบด้วย การบำบัดด้วยยา การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพจิต สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) การควบคุมอาการไม่สบาย (symptom control) 2) การรักษาโรค (disease management) ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่จะจัดการกับตัวโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และ 3) การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณ (psychological and spiritual care) ซึ่งถือเป็นการดูแลที่สำคัญมาก ได้แก่ การดูแลที่เน้น บุคลิกลักษณะ อารมณ์ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา ความเชื่อ ความสัมพันธ์ ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณ โดยการค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน เกิดความสงบ

หลักการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองทั่วไป

จากการสังเคราะห์เอกสารบทความทางวิชาการ และงานวิจัย ของอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, และสายสมร เฉลยภิติ (2565) ได้เสนอหลักการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นเทคนิคที่สำคัญและนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดี เข้าถึงจิตอารมณ์ ลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ได้เป็นอย่างดี เป็นการดูแลด้านจิตวิญญาณไปด้วย ประกอบด้วยหลักการ 5 ประการ ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและมั่นใจว่าตนจะไม่ถูกทอดทิ้งให้รู้สึกหวาดกลัว เจ็บปวด หรือว่าเหงาอยู่คนเดียว 2) การบูรณาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพร้อม ๆ กับการรักษา ได้แก่ การสอน การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของโรค และการจัดการภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงแนวทางการรักษาพยาบาล และมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจในการรักษา 3) การดูแลแบบองค์รวม เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการดูแลช่วยเหลือมิใช่เน้น แค่การบรรเทาความปวดและอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย แต่มุ่งรวมถึงการเอาใจใส่ เข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีประชุมปรึกษาร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งของผู้ป่วย และครอบครัว 4) การประสานความร่วมมือกับ ระบบสนับสนุนทางด้านสุขภาพและสังคม เพิ่มศักยภาพการดูแลของทีมงานในแต่ละระดับ จัดให้มีระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขได้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รวมถึงช่วยเหลือแก่ครอบครัวภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ และ 5) ใช้โอกาสในการประเมิน ความเชื่อ ศาสนา และปรัชญาชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความตายของผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือ

ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบทั้งด้านร่างกาย และจิตวิญญาณ ตามแนวทางของแต่ละศาสนา

ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ (spiritual care needs) เป็นความต้องการพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ทุกคนที่แตกต่างกันไปตามภาวะโรคและการรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย มักมีความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ชัดเจน โดยผู้ป่วยพยายามหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอันเป็นที่หวังและกำลังใจสุดท้ายในการเผชิญต่อโรค และการดำรงชีพในขณะนั้น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องเข้าถึงความรู้สึกด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อรู้ว่าตนอยู่ในระยะท้าย อาการจะทรุดลงไปเรื่อย ๆ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้และกำลังจะเสียชีวิตในที่สุด ย่อมต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมมิติ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว และบรรลุถึงความรู้สึกด้านจิตวิญญาณจึงเป็นความรู้สึกภายในจิตใจที่เข้มแข็ง แสดงถึงการยอมรับการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความหวังและพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ของตนเองได้ ยอมรับความจริงและเกิดภาวะสงบและเป็นสุขได้

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (2565) กล่าวว่า จิตวิญญาณ (Spirituality) คือ ความสุขที่เกิดจากการเชื่อมโยงตนเองกับผู้อื่น ธรรมชาติ และสิ่งเหนือธรรมชาติ มีสติ สมาธินำมาซึ่งความสงบสุข มีจิตใจสูง มีความรัก ความเมตตา ตระหนักคุณค่าของชีวิต เป็นชุมพลภายใน เป็นอุดมการณ์และวิถีในการดำรงชีวิต รับรู้ว่าตนเป็นใคร เป้าหมายชีวิตคืออะไร และปฏิบัติตนจนบรรลุถึงเป้าหมายชีวิต ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย โดยเน้นค่านิยมด้านจิตวิญญาณ ไว้ว่า ประกอบด้วย 1) ความซื่อสัตย์ (honesty) 2) ความเมตตากรุณา (kindness) 3) ความอ่อนน้อมถ่อมตน (humility) 4) รักโดยไม่มีเงื่อนไข และเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (altruistic love) 5) เคารพผู้อื่น (respect for others)

6) ความห่วงใย (caring and concern) 7) ความเข้าใจ (empathy) 8) การใช้มุมมองเชิงบวก (positive thinking) 9) ยินดีในการช่วยเหลือผู้อื่น (appreciating the contributions of others) 10) ความสามารถในการรับรู้ตนเองและตระหนักถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิด มีความเข้าใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ของตน

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ มีรูปแบบการดำเนินงาน ที่เน้นการให้บริการ ด้วยความรักและเมตตา ยึดมั่น ความเป็นเลิศด้านทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม และ ให้บริการผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณเป็นเวลายาวนาน จนในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลได้รับรางวัลโรงพยาบาล แห่งคุณภาพ ด้านมิติจิตวิญญาณ มิติจิตวิญญาณที่ โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ใช้เป็นแนวปฏิบัติ เป็นรูปแบบ การบริการที่เน้น SSURF: St. Louis model เป็นการดูแล ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะต้องการการดูแลช่วยเหลือแบบ ประคับประคอง ซึ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุม มิติ กาย ใจ สังคม และ จิตวิญญาณ เพื่อบรรเทาและ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งให้การ ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ปรับตัว ปรับใจได้กับ สถานการณ์ ความเจ็บปวด การสูญเสีย ยอมรับความจริง มีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง และพึงพอใจในสิ่งที่ตน เป็นอยู่ของตนเองได้ เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ ที่แสดงถึง ภาวะสงบเป็นสุข มีความเข้มแข็งในจิตใจ และเสียชีวิต อย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยใช้แนวคิด 5 ประการ จาก SSURF ตามเซนต์หลุยส์โมเดล (St. Louis model) ดังนี้

1. **Selfless** ได้แก่ ความไม่เห็นแก่ตัว เห็นแก่ผู้อื่น ไม่ตักตวงผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นของตนเอง ลดความมีตัวตนลง และเห็นแก่ผู้อื่นมากขึ้น

2. **Sacrifice** ความพร้อมเสียสละ การแบ่งปัน ให้ความช่วยเหลือ เพื่อแม่แก่กุลด้วยจิตใจเมตตากรุณา เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น และเพื่อลดข้อดัดส่วนตัวตน

3. **Understanding** (เข้าใจ และยอมรับผู้อื่น)

การเข้าร่วมรับรู้ถึงประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคลอื่น โดยเน้น การรู้ถึงสภาวะภายในของบุคคล การเลียนแบบ ลักษณะที่บุคคลแสดงออก รู้สึกแบบที่ผู้ป่วยรู้สึก การนำ ตัวเราเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ การจินตนาการ ว่าอะไรที่ผู้ป่วยคิดและรู้สึก การจินตนาการว่าพยาบาล น่าจะคิดหรือ รู้สึกอย่างไรถ้าอยู่ในเหตุการณ์นั้น รู้สึกสะเทือนใจเมื่อเห็นหรือเป็นพยาน ในความทุกข์ของผู้ป่วย และรู้สึกร่วมกับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน

4. Respect เคารพผู้อื่น ได้แก่ การเคารพ

ในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อยเปราะบาง

5. Forgive ให้อภัยแก่ผู้อื่น ได้แก่ การให้อภัย

บุคคลอื่นที่ทำผิดต่อเรา เป็นการแสดงความรักต่ออีกฝ่าย การให้อภัยแสดงให้เห็นถึงความเมตตา การให้อภัยทำให้ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกันหรือไม่ลงรอยกันกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การให้อภัยส่งผลต่อผู้ให้อภัยมีสภาวะทางจิตที่ดี การให้อภัยไม่ใช่เป็นการให้อีกฝ่ายคนอื่นเท่านั้น แต่เป็นการให้อีกฝ่ายตัวเองเพื่อจะได้ไม่ต้องทุกข์ใจ การให้อภัยช่วยเพิ่มการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง การให้อภัยเป็นสิ่งที่ผู้กระทำต้องค่อยฝึกฝน

ดังนั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลควรเป็นไปตามรูปแบบของกระบวนการพยาบาลที่ชัดเจน เป็นขั้นตอน โดย หากผู้ปฏิบัติการพยาบาลสามารถสอดแทรกแนวคิด ที่เน้นบูรณาการด้านมิติจิตวิญญาณ ให้เห็นชัดเจนจะทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจและเห็นคุณค่าทางวิชาชีพ ในการพัฒนาโปรแกรมฯ คณะผู้เขียน ดำเนินการ 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองที่เน้นแนวคิด

มิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์โมเดล ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา เริ่มต้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ และเรียบเรียง ให้เป็นระบบ เป็นขั้นตอนสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมตามแนวทางวิทยาศาสตร์ โดยยึดหลักของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นประเมิน 2) ขั้นวิเคราะห์วินิจฉัย 3) ขั้นวางแผน 4) ขั้นปฏิบัติการ และ 5) ขั้นประเมินผล (ดังตารางสรุป)

ขั้นที่ 2 นำแนวคิด การดูแลแบบ SSURF St.

Louis model มาเรียบเรียงบูรณาการร่วมกับแนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2012) เน้นการใช้สัมพันธภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองของอรรถพรณ ลือบุญวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, กุลพิชญ์ เวชต์พิมล และนัซพร ฤทธาปัญญา (2566) และปฏิบัติตามขั้นตอนของการกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นหลักปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์ 5 ขั้นตอน ดังกล่าว

ขั้นที่ 3 นำเสนอรูปแบบฯผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ

พิจารณาจำนวน 15 ท่าน ประกอบด้วยนักบวชที่เชี่ยวชาญด้านมิติจิตวิญญาณ 2 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 1 ท่าน ผู้นำทางการพยาบาล 3 ท่าน ผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลแบบประคับประคอง จำนวน 4 ท่าน อาจารย์ที่มีประสบการณ์ในการสอนและนิเทศการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยแบบประคับประคอง จำนวน 5 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไข และเรียบเรียงให้ถูกต้องเหมาะสมตามกระบวนการและขั้นตอน

ขั้นที่ 4 ทำ Focus Group โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน ได้นัดผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การดูแลที่เน้นมิติจิตวิญญาณ และการดูแลแบบประคับประคองจำนวน 10 ท่านเป็นพยาบาลอาวุโส 4 ท่าน

เป็นนักบวช 2 ท่าน แพทย์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบ ร่วมกันในการประชุมกลุ่ม วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ
ประคับประคอง 1 ท่าน และอาจารย์ที่มีประสบการณ์ รูปแบบที่สังเคราะห์ขึ้น คณะเขียนปรับแก้และเรียบเรียง
ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและมิติจิต ให้เหมาะสมเพื่อนำไปใช้ จนได้ (ดังตารางที่ 1)
วิญญาณ 3 ท่าน ร่วมกันพิจารณาเอกสารและอภิปราย

ตารางที่ 1 รูปแบบบูรณาการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบประคับประคองตามแนวคิดมิติจิตวิญญาณ:
เซนต์หลุยส์โมเดล” ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณ
ขั้นตอนที่ 1. ขั้นการประเมิน สภาพปัญหา (Assessment) วัตถุประสงค์ การสร้าง สัมพันธภาพ และความไว วางใจ โดย 1.1 ประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยและ สร้างสัมพันธภาพ เน้น เทคนิค:- -การสื่อสาร สร้าง สัมพันธภาพ การยอมรับ และประเมินสภาพปัญหา ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ป่วยดูแล 1.2 ประเมินสภาพ ปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและ ครอบครัว วัตถุประสงค์ ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น เพื่อทราบเกี่ยวกับ ประวัติ อาการของโรค สภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริง ครอบครัว 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และ จิตวิญญาณ	1. เน้นการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ 1.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย โดย 1) สอบถามนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเยี่ยมจากพยาบาลผู้ดูแล 2) ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ 3) เข้าพบผู้ป่วย ทักทาย แนะนำตัวด้วยท่าที่อ้อมแอ้ม ทักทาย สอบถามอาการ สื่อสารที่แสดงถึงความใส่ใจผู้ป่วย เช่นถามว่า “วันนี้คุณเป็นอย่างไรบ้าง?” 4) รับฟังคำตอบด้วยความใส่ใจ การแสดงถึงการยอมรับและเป็นการบอกกับ ผู้ป่วยทราบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยกำลังพูดมีความสำคัญ ตั้งใจรับฟังข้อมูลด้วยท่าที่ สนใจสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนอีกทั้งผู้ป่วยจะรับรู้ ว่ายังมีคนที่สนใจและรับฟังหรือความไม่สบายใจได้ตลอดเวลา 5) ยอมรับ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่า ด้วยความสนใจ เห็นใจ และเข้าใจ ไม่ คาดหวัง หรือแสดงท่าทีที่เร่งรัด จำกัดเวลาผู้ป่วย 6) สื่อสารให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเข้ามาของพยาบาล เพื่อดูแลและช่วยเหลือ 7) ชักถามข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีท่าทีไว้วางใจ ไม่เครียด (สังเกตจากการแสดงออกของผู้ป่วยและ ญาติ) พยายามบอกเล่าอาการและความทุกข์ให้พยาบาลฟัง 1.2 เริ่มซักถามอาการและความต้องการโดย 1) ประเมินให้ครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม จะช่วยให้แก้ไขปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของ ผู้ป่วย/ญาติ 2) ประเมินสุขภาพทางกายของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน เช่น PPS ESAS ฯลฯ 3) สอบถามอาการทั่วไป ความต้องการ อยากให้ช่วยเหลืออะไร?? โดยใช้ กระบวนการเทคนิค ดังนี้ ใช้คำถามปลายเปิด ask-tell-ask ตั้งใจ/รับฟัง ยอมรับ สนใจ เห็นใจ ไม่คาดหวัง ไม่รีบ ไม่จำกัดเวลา ตั้งใจ ไม่ตำหนิ 4) ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติ พยายามบอกเล่า ไม่ตำหนิ 5) สังเกตบุคลิกภาพ ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและคนในครอบครัว ผลลัพธ์ ได้รับรู้ความเข้าใจการดำเนินและการรักษาโรคของผู้ป่วยและญาติ หรือ เข้าใจปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว	1. Communication - techniques - Observation - Assessment - Understanding - Respect - Sacrifice - Listening - Respect - Acceptance - Understanding Selfless Offering-self Observation Assessment Understanding Respect Assessment Offering-self Understanding Listening Observation Assessing - Listening - Respect - Observation

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณญาณ
	2. วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ โดยใช้เทคนิคการถาม และฟังอย่างตั้งใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติเล่า โดย 1) สังเกตพฤติกรรม กริยาท่าทาง สีหน้า อวจนภาษาต่างๆ สื่ออะไรบ้าง (ใช้เทคนิคทวนความ เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน) 2) สอบถามความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลต่อ การวางแผน อย่างไร? เพื่อทราบถึงความเข้าใจการดำเนินและการรักษาโรคของผู้ป่วย และญาติ 3) สะท้อนสิ่งที่พยาบาลรับรู้/ความคิดเห็นว่าตรงกับอารมณ์/ความรู้สึก/ ความต้องการหรือไม่ 4) ให้เวลากับผู้ป่วย/ญาติ เพื่อให้เข้าใจตนเองถึงความต้องการและความรู้สึก ที่แท้จริง 5) ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินโรค พยาธิสภาพที่เป็นจริง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติซักถาม 6) ประเมินการยอมรับของผู้ป่วย/ญาติ โดยการสังเกต การรับรู้ ความเข้าใจ และความวิตกกังวล ผลลัพธ์ ผู้ปฏิบัติได้รับรู้และเข้าใจปัญหาของผู้ป่วย/ญาติ	2. Analyzing - Asking Technique - Observation - Respect - Listening - Reflecting - Respect - Understanding - Observation - Assessment - Understanding - Selfless
3. การวางแผน (Planning) วัตถุประสงค์ แนะนำแผนการดูแล กิจกรรม และผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ให้ทราบล่วงหน้า	3. ชี้แจงแผนการดูแลของผู้ป่วยและญาติ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม 1) ชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่าย น้าเสียงสุภาพนุ่มนวล 2) ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 3) ยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล ผลลัพธ์ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการดูแล	3. Advising techniques - Suggestion - Understanding - Selfless - Sacrifice - Understanding - Respect - Acceptance - Sacrifice

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขั้นตอนการ 5 ขั้นตอน	การบูรณาการสู่การปฏิบัติ	สะท้อนมิติ จิตวิญญาณญาณ
4. การจัดการกับสภาพปัญหา (Implementation) วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติมีความเข้าใจและได้รับการดูแลตามที่ได้วางแผนร่วมกัน	4. ปฏิบัติการ 1) ให้การดูแลด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนน้อม มีบุคลิกภาพที่น่าเชื่อถือ และมีท่าทีมั่นใจ 2) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าปัญหาอย่างอิสระและตั้งใจฟังเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบาย 3) ตอบคำถาม บอกหรือให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่ควรรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล 4) ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและญาติ 5) ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงวัฒนธรรมและเคารพต่อขนบธรรมเนียมประเพณีของผู้ป่วย 6) ขณะให้การพยาบาล ถ้าต้องเปิดเผยข้อมูลบางส่วนของผู้ป่วย ควรเปิดเท่าที่จำเป็น 7) ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ มองผู้ป่วยด้วยความเมตตา ใช้สายตาที่เป็นมิตร 8) ให้การดูแลเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา 9) ดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 10) ดูแลจัดการอาการรบกวนต่างๆ ของผู้ป่วย 11) ดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ 12) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่อยากทำ เช่น ได้ขอโทษ สิ่งที่ได้ทำไม่ดีไว้ ทำให้รู้สึกสบายใจ โล่งใจ ผลลัพธ์ ผู้ป่วย/ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการดูแลตามแผน พุดจาตี คุยดี และได้รับการใส่ใจในด้านต่างๆ (เช่น จิตใจ, spiritual เป็นต้น) และได้รับการตอบสนองความต้องการ	4. Operation - Respect - Listening - Advising - Answering - Suggestion - Selfless - Sacrifice - Respect - Suggestion - Sacrifice - Respect - Supportive Care - Holistic care - Forgive
5. การประเมินผล (Evaluation) วัตถุประสงค์ ประเมินความรู้สึกรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยเป็นระยะ ขณะให้การพยาบาล	5. ประเมินผล ชักถามผู้ป่วย/ญาติ 1) ถึงความพึงพอใจ และผลที่เกิดขึ้น 2) อาการและความทุกข์ทรมานปัจจุบัน 3) การปรับตัว ความเครียด และความวิตกกังวล 4) ให้ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ผลลัพธ์ ผู้ป่วย/ญาติ รู้สึกผ่อนคลาย ทำใจยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา	5. Evaluation - Asking & observation - Respect - Selfless - Sacrifice - Forgive

จากการนำกระบวนการนี้ไปปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอนดังกล่าว พบว่าได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ ผู้ป่วยรู้สึก สบาย ผ่อนคลาย ไร้กังวลใจ ยอมรับ และพยายามพูดคุยกับพยาบาลและผู้ดูแลมากขึ้น พยายามบอกเล่าความรู้สึกวิตกกังวลไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในขณะนั้น เช่นบอกว่า “ตนรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้ไม่หาย แต่ก็รู้สึกเป็นกังวลว่าตนเป็นภาระให้ลูกหลานลำบาก” ซึ่งจากการได้สนทนา ซึ่งมีญาติได้ฟังอยู่ด้วยขณะนั้น ก็บอกว่า “ไม่เป็นไร อย่าคิดมาก ตนยินดีและมีความสบายใจที่ได้ทำหน้าที่ดูแลบุพการี” จากคำพูดของญาติโดยตรงส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น ทำให้มองเห็นภาพความอบอุ่นในครอบครัว และมองเห็นความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลาย สบายใจของครอบครัว ที่เป็นความรู้สึกด้านจิตวิญญาณ เป็นบรรยากาศที่ดี ซึ่งเป็นผลจากการเริ่มต้นสัมพันธ์ภาพที่ดี เป็นไปตามขั้นตอนแรก ของการปฏิบัติในผู้ปฏิบัติเองก็บอกว่ารู้สึกดีใจที่เห็นผู้ป่วยกับญาติมีความรู้สึกที่ดีต่อกัน ตรงกับแนวคิดของ มิติจิตวิญญาณ Saint Louis Model (SSURF St.) ที่เน้น ความเข้าใจ ใส่ใจ ด้วยรัก และเมตตา

นอกจากนี้ จากการดูแลเอาใจใส่ สม่ำเสมอ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ ส่งผลให้ ญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยกล่าวว่า รู้สึกสบายใจขึ้นที่เห็นพยาบาลและบุคลากรดูแลผู้ป่วย ด้วยท่าทีอ่อนโยน เข้าใจ เปิดโอกาส และติดตามอาการสม่ำเสมอ ตนรู้สึกสบายใจขึ้นมาก เมื่อเห็นผู้ป่วยลดอาการกระสับกระส่าย หวาดกลัว ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น รับประทานอาหารได้ ญาติมีกำลังใจดีขึ้น สามารถออกไปปฏิบัติงานได้ตามปกติ

สรุป

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบ ประคับประคองตามแนวคิดมิติจิตวิญญาณ: เซนต์หลุยส์ โมเดล ตามกิจกรรมที่ปฏิบัติตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ที่พบผู้ป่วยและครอบครัว แม้ผู้ปฏิบัติจะใช้เทคนิคสัมพันธ์ภาพบำบัดแล้วก็ตาม ผู้ป่วยอาจอยู่ในสภาวะที่ไม่พร้อม หรือมีอาการเจ็บปวด จากอาการของโรค อารมณ์หงุดหงิด อาจปฏิเสธการพูดคุย เหยย ไม่ตอบคำถาม หรือแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา ท่านจะต้องยอมรับว่า ผู้ป่วยหรือครอบครัวกำลังอยู่ในภาวะเจ็บป่วย ท่านอาจต้องใช้ ท่าทีที่แสดงถึงการยอมรับ แสดงให้เห็นว่าท่านเข้าใจ และเห็นใจและหาจังหวะที่เหมาะสมในการเข้าพบต่อไป สิ่งสำคัญก็คือไม่แสดงพฤติกรรมต่อต้านหรือตำหนิผู้ป่วยและครอบครัว การแสดงถึงความเข้าใจ ยอมรับ และรับฟังโดยเคารพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นใจ มั่นใจในการระบายปัญหาที่วิตกกังวลที่อยู่ในใจออกมา ถือว่าได้เข้าถึงมิติจิตวิญญาณส่วนหนึ่ง เช่น ผู้ป่วย จะพูดเข้าไปช้ามาว่า ตนรู้แล้วว่าตนต้องจากไป เมื่อไหร่ก็ไม่รู้ แต่ก็ยังห่วงใยคนข้างหลัง คิดว่าเมื่อเราจากไปแล้ว พวกเขาจะเป็นอย่างไร ทำให้ประหม่นได้ว่า ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของญาติอยู่ จากนั้นได้ดำเนินการจัดสภาพการให้ญาติได้พูดคุย ให้กำลังใจผู้ป่วย จนผู้ป่วยและญาติเข้าใจกันว่าตนได้ทำหน้าที่ดีที่สุดแล้ว ต่างก็รู้สึกดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวิเคราะห์ปัญหา อาจใช้เทคนิคคำถามปลายเปิด ask-tell-ask โดยการรับฟัง ยอมรับ สนใจ เห็นใจ ไม่คาดหวัง ไม่เร่งรีบ ไม่จำกัดเวลา ตั้งใจรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วย/ญาติ พยายามบอกเล่า และสังเกต บุคลิก ท่าทาง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวไปด้วย ทำให้ทราบเกี่ยวกับประวัติ อาการของโรค สภาพของผู้ป่วย ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จนพยาบาลสามารถวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลได้ถูกต้อง นำไปสู่การแก้ไขปัญหา ความกังวล และความต้องการการดูแลของผู้ป่วย/ญาติ ได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นวางแผนการวางแผนการปฏิบัติ

การดูแลช่วยเหลือ มีหลายปัญหาที่สามารถปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือไป พร้อม ๆ กัน ตั้งแต่การพบกันตั้งแต่ครั้งแรกแล้ว แต่ก็ต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล จะนำไปสู่ความร่วมมืออย่างแท้จริงและประสบความสำเร็จ ต้องเน้นที่การชี้แจงผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของกิจกรรมการพยาบาลก่อนลงมือปฏิบัติทุกครั้ง ด้วยคำพูดที่ชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่าย น้ำเสียงสุภาพนุ่มนวล ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีความพร้อม มีความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความเข้าใจ ก็จะดำเนินไปสู่ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์สิ่งที่เน้นระยะนี้ก็คือ ดูแลผู้ป่วยและญาติ ดุจญาติมิตรของตน ให้เกียรติ เคารพคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วยที่ หากมีปัญหาใดเกิดขึ้นอาจใช้การประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) โดยเชิญญาติ ครอบครัว พบกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่มีส่วนร่วมปรึกษาหารือกันในปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางออกที่เหมาะสมร่วมกัน ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจที่ถูกต้องเหมาะสมกับแต่ละครอบครัว

ขั้นตอนที่ 5 เป็นขั้นประเมินผล เมื่อกิจกรรมดำเนินมาถึงขั้นตอนนี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับไปพักอาศัยตัวต่อที่บ้าน ก็เป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยพยาบาลสอน ให้คำปรึกษาการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพที่บ้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรืออาจสิ้นสุดลงด้วยการจากไปของผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมที่ได้มีการเตรียมการไว้เป็นระยะ ๆ แล้ว ตามพิธีกรรมทางศาสนาโดยเฉพาะระยะท้าย เน้นการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง

ความรู้สึกต่อการจากไป ของญาติ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องจากกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำรูปแบบไปใช้ ผู้ปฏิบัติสามารถนำรูปแบบที่เสนอไปใช้กับผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งในเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงผู้ป่วยระยะท้ายโดยปรับระยะเวลาของแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมให้เหมาะสมกับลักษณะและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละวัย และระยะของการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามทักษะที่สำคัญก็คือสัมพันธภาพ การสร้างความเชื่อมั่น และความไว้วางใจของผู้รับบริการต่อผู้ดูแล และก่อนดำเนินการควรจัดกลุ่มอบรมทักษะการดูแลและแนวปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละกลุ่ม สำหรับการประเมินผลสิ่งที่ควรประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องก็คือ ใช้การสังเกตท่าทีการแสดงออก คำพูด ของผู้ป่วยและครอบครัวว่ามีความสุขสบาย พึงพอใจกับสิ่งที่ผู้ปฏิบัติกระทำ เช่น มีความไว้วางใจ ความสุขใจ ความรู้สึกอบอุ่นหรือไม่เพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบพระคุณท่านบาทหลวงเอกชัย โสรจกิจ แพทย์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประชุมกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ รวมถึง รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา อาจสันเทียะ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายพัฒนา และ วิเทศน์สัมพันธ์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

นิตยา ทรัพย์วงศ์เจริญ และทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 27-34.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2565). *แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยด้วยมิติจิตวิญญาณ*. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (องค์การมหาชน).

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, กุลพิชญ์ เวชต์พิมล และนันทพร ฤทธาปัญญา. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมสัมพันธ์ภาพบำบัดร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลแบบประคับประคองต่อ ความเครียด ความวิตกกังวล และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 9(1), 134-146.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, นฤมล บุญบางยาง, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2565). ประสิทธิภาพการใช้สัมพันธ์ภาพบำบัดในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 14(1), 204-213

World Health Organization. (2012). *Palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>



การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีช็อกที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม: บทบาทพยาบาลไตเทียม

Nursing Care for Patients with Dengue Shock Syndrome Receiving Hemodialysis: Hemodialysis nurse's Roles

รัตนาภรณ์ แซ่ลี้ม, พย.บ., Rattanaorn Saelim, B.N.S.¹

จิตรลดา คงอินทร์, พย.บ., Jitlada Kongin, B.N.S.^{2*}

วารินทร์ กลิ่นนาค, พย.บ., Warin Klinnak, B.N.S.²

สุพัตรา ยอดปัญญา, พย.บ., Supatta Yodpanya, B.N.S.³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, หัวหน้าหน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Registered Nurse Senior Professional Level, Head of Hemodialysis Nursing team at the
Hospital for Tropical Diseases, Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University

²พยาบาลวิชาชีพ, หน่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน

²Professional Nurse, Hemodialysis Nurse at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty of
Tropical Medicine, Mahidol University

³พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

³Professional Nurse, Critical Care Nurse at the Hospital for Tropical Diseases, Faculty of
Tropical Medicine, Mahidol University

*Corresponding Author Email: jitlada.kon@mahidol.edu

Received: August 21, 2024

Revised: October 30, 2024

Accepted: November 11, 2024

บทคัดย่อ

โรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเมื่อเกิดการรั่วของพลาสมาจนกลายเป็น
ไข้เลือดออกเดงกี หรือมีความรุนแรงมากขึ้นเป็นกลุ่มอาการไข้เลือดออกเดงกีช็อก ซึ่งมีความดันโลหิตต่ำ
ที่เป็นอันตราย โดยมีการรั่วซึมของพลาสมาออกนอกเส้นเลือดฝอย การเกิดลิ่มเลือดผิดปกติ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ
และเกิดจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดภาวะมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ท้องมาน และอวัยวะต่างๆ
ทำงานล้มเหลว ภาวะไตวายเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการนอนโรงพยาบาล

และอัตราการตายสูงขึ้น ซึ่งพบได้ร้อยละ 10 ของโรคไข้เลือดออก เมื่อระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ภาวะเม็ดเลือดแดงในเลือดแตก และภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว เกิดเป็นภาวะเนื้อตายเฉียบพลันของท่อไตตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีปัสสาวะลดลง ภาวะยูรีเมีย ภาวะน้ำเกิน และภาวะเลือดเป็นกรด จำเป็นต้องได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ดังนั้นบทบาทพยาบาลไตเทียมต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในการฟอกเลือดแบบยี่ดระยะเวลา และการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง อีกทั้งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันที่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างทันทั่วถึง รวมถึงการเตรียมเครื่องฟอกเลือด การเตรียมตัวกรองเลือด และการเตรียมน้ำยาฟอกเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย

คำสำคัญ: ไข้เลือดออกเดงกีซ็อก การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม บทบาทพยาบาลไตเทียม

Abstract

In adults, dengue fever can become severe, particularly when plasma leakage leads to dengue hemorrhagic fever (DHF) or advances to dengue shock syndrome (DSS), marked by critically low blood pressure. This syndrome involves plasma leaking from capillaries, abnormal clotting, thrombocytopenia, and an immune response that can result in fluid accumulation in the pleural cavity and abdomen, as well as potential organ failure. Acute kidney injury (AKI) is a serious complication, affecting approximately 10% of dengue cases and contributing to increased hospitalization and mortality rates. Circulatory failure leads to reduced renal perfusion, resulting in hemolysis, muscle breakdown, and acute tubular necrosis. Patients may present with decreased urine output, uremia, fluid overload, and metabolic acidosis, often necessitating dialysis. The role of hemodialysis nurses is therefore critical. They must possess specialized knowledge and skills in sustained low-efficiency dialysis (SLED) and continuous renal replacement therapy (CRRT). Additionally, they need experience managing AKI patients with complications during dialysis and addressing complex issues promptly. This includes preparing dialysis machines, configuring blood filters, and organizing dialysis solutions according to the physician's plan to ensure safe, effective, and timely patient care.

Keywords: Dengue shock syndrome, Hemodialysis, Hemodialysis nurse's Roles

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทางระบบประสาทวิทยา ข้อมูลการรายงาน 506 (รง.506) ในปี พ.ศ. 2566 รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกทั้งหมด 168 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0.11 และกลุ่มอายุที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดคือ 25-34 ปี การระบาดของไวรัสเดงกีในประเทศไทยพบสายพันธุ์ DEN-1 และ DEN-2 เป็นสายพันธุ์ที่มีความสัมพันธ์กับอาการรุนแรง (severe dengue) หรือโรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever: DHF) ซึ่งมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตโดยปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จะเกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลช้า (กรมควบคุมโรค, 2566) โรคไข้เลือดออกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี ผู้ป่วยน้อยกว่าร้อยละ 5 พบอาการรุนแรง เลือดออกง่าย เกล็ดเลือดต่ำ และมีการรั่วของพลาสมาจนเกิดเป็นไข้เลือดออกเดงกีช็อก ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว ได้แก่ กลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ภาวะเลือดเป็นกรด ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะลิ่มเลือดแพร่กระจายในหลอดเลือด ภาวะน้ำเกิน และภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute kidney injury: AKI) การเกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน เป็นผลจากระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง (พรรณบุปผา ชูวิเชียร, 2560) ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Naqvi, 2016) ซึ่งเป็นการรักษาชั่วคราวเพื่อรอไตฟื้นหน้าที่ด้วยวิธีการฟอกเลือดเป็นช่วงแบบยืดระยะเวลาการฟอก (sustained low-efficiency dialysis: SLED) และการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่องแบบ continuous venovenous hemofiltration (CVVH) สำหรับการเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะทางคลินิกและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา, 2561)

การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีช็อก ระหว่างปี

พ.ศ. 2559-2566 จำนวน 10 ราย ช่วงอายุระหว่าง 24-45 ปี พบว่าผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีช็อกร่วมกับอวัยวะล้มเหลว (multiple organ failure) มีความดันโลหิตต่ำ อาการหายใจเหนื่อยหอบ ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) และภาวะเลือดออกในช่องท้อง (เกล็ดเลือดน้อยกว่า 20,000 ต่อไมโครลิตร) ผู้ป่วยจะได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อกับเครื่องช่วยหายใจทันทีพร้อมกับการแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดอย่างรวดเร็วด้วยการให้ 7.5% โซเดียมไบคาร์บอเนต (NaHCO_3) ทางหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ร่วมกับการฟอกเลือดแบบ SLED โดยปรับค่าโซเดียมไบคาร์บอเนตของน้ำยาในเครื่องไตเทียมเป็น 40 mEq/L (ปกติ 32 mEq/L) วิธีนี้ช่วยแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว (สุพรรณ วาณิชยการ, 2551)

สำหรับผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีช็อกและภาวะน้ำเกิน ซึ่งเกิดจากการให้สารน้ำ และส่วนประกอบของเลือดปริมาณมาก เช่น leukocyte-poor pack red cell (LPRC), fresh frozen plasma (FFP), leukocyte-poor pooled platelet concentrate (LPPC) พบว่ามีน้ำรั่วในปอด และระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ ในระยะนี้อายุรแพทย์โรคไตจะพิจารณาให้ทำ CVVH ซึ่งเป็นวิธีที่สอดคล้องกับการศึกษาผู้ป่วยภาวะเดงกีช็อกร่วมกับอวัยวะอื่นล้มเหลวและมีภาวะน้ำเกิน รวมถึงระบบการไหลเวียนเลือดไม่คงที่ (Prajong, Ngoenmak, Charoensanti, & Suwansumrit, 2020) วิธีนี้ช่วยขจัดน้ำส่วนเกินออกจากร่างกายอย่างช้า ๆ และรักษาสสมดุลของร่างกายผู้ป่วย เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้นและเข้าสู่ระยะพักฟื้น (convalescent stage) จะเป็นช่วงที่มีการดูดกลับของพลาสมาเข้าสู่กระแสเลือดและระบบการไหลเวียนเลือดเริ่มคงที่ อายุรแพทย์โรคไตมักพิจารณาให้ทำการฟอกเลือดแบบปกติ เพื่อช่วยในการขจัดน้ำและของเสียจนกว่าไตสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ (Gurugama et al., 2018)

บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเดงกีช็อกร่วมกับอวัยวะอื่นล้มเหลว จึงเป็นความท้าทายต้องมีการเฝ้าระวัง และการประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างทันทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งทำให้การรักษาเป็นไปได้อย่างยากและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

การวินิจฉัยภาวะเดงกีช็อก (dengue shock syndrome: DSS)

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อไวรัสเดงกีหรือผู้ป่วยที่สงสัยจะเป็นไข้เลือดออกเดงกีร่วมกับมีอาการและอาการแสดงดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

1. การไหลเวียนเลือดล้มเหลว (circulatory failure) โดยตรวจพบว่า ชีพจรเต้นเร็วและเบา (rapid and weak pulse) ผิวเย็นชื้น (cold clammy skin) มือและเท้าเย็น ความดันชีพจร (pulse pressure: PP) น้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท (พบได้เพียงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีภาวะเดงกีช็อก)

2. ค่าความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ร่วมกับมีภาวะเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง (tissue hypoperfusion) โดยตรวจพบว่า มีอาการหน้ามืดเป็นลม เวียนศีรษะ ปัสสาวะลดลง กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง และระยะเวลาคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (capillary refill time: CRT) มากกว่า 2 วินาที

การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีช็อกที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) หมายถึง การนำเลือดออกจากตัวผู้ป่วยผ่านทาง

เส้นสำหรับฟอกเลือดไปผ่านตัวกรองเลือด เพื่อแลกเปลี่ยนของเสีย สารน้ำ และเกลือแร่ และนำเลือดที่ได้รับฟอกกลับเข้าสู่ร่างกาย อาจมีการทดแทนสารน้ำที่มีความบริสุทธิ์สูงเข้าสู่ร่างกายในวิธีการฟอกเลือดเทคนิคพิเศษบางชนิด (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา, 2561)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน แบ่งประเภทตามความต่อเนื่องในการรักษา ได้แก่

1. การฟอกเลือดเป็นช่วงแบบยืดระยะเวลา (SLED) ใช้ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตค่อนข้างต่ำหรือมีแนวโน้มจะเกิดความไม่เสถียรของระบบไหลเวียนโลหิตเป็นการฟอกเลือดอย่างน้อยครั้งละ 6-8 ชั่วโมง ใช้ขนาดตัวกรองเล็ก ไม่ต้องอาศัยอัตราการไหลของเลือดสูง จึงทำให้มีความเสถียรของระบบไหลเวียนโลหิตดีกว่าวิธีปกติ (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา, 2561)

2. การฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง (continuous renal replacement therapy: CRRT) เป็นการฟอกเลือดตลอด 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตและมีภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยพิจารณาทำในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำมาก หรือผู้ป่วยไตวายที่ได้รับสารน้ำ ส่วนประกอบของเลือด หรืออาหารทางหลอดเลือดดำในปริมาณมากและต่อเนื่องจนไม่สามารถขจัดออกด้วยยาและวิธีการฟอกเลือดปกติ หรือผู้ป่วยที่มีสารพิษ กรดในเลือด ความผิดปกติทางเมตาบอลิกอื่น ๆ ที่ยังคงอยู่และเกิดต่อเนื่อง (คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา, 2561) การทำ CRRT มีหลายรูปแบบ ซึ่งในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีช็อกที่มีภาวะน้ำเกินและต้องการเติมน้ำจะเลือกรูปแบบการทำ CVVH ในการดึงน้ำเป็นหลัก

บทบาทของพยาบาลไตเทียมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีดังนี้

1. ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และติดตามรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การเตรียมความพร้อมของเครื่องไตเทียม สายวงจรเลือด น้ำยาฟอกเลือด (dialysates) และสารน้ำทดแทน (replacement fluids) ตามแผนการรักษาได้ถูกต้องรวดเร็ว โดยพยาบาลไตเทียมที่ใช้เครื่อง CRRT ต้องมีความชำนาญในการใช้เครื่องและการบำรุงรักษาเครื่อง รวมทั้งการแก้ปัญหาต่างๆได้อย่างรวดเร็ว

3. การเตรียมตัวกรองเลือด โดยการเลือกใช้ตัวกรองที่มี biocompatible membrane และควรมีขนาดที่เหมาะสม เนื่องจากหากตัวกรองมีขนาดใหญ่เกินไป จะเพิ่มโอกาสการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในตัวกรอง (ปัญหา สติระพจน์, อำนาจ ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, และอุปถัมภ์ ศุภสินธุ์, 2565) ส่วนการใช้ high flux membrane สำหรับการฟอกเลือดแบบเฉียบพลันสามารถขจัดของเสียโมเลกุลใหญ่ได้ดี จะเลือกใช้ในระยะที่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตคงที่ (ปัญหา สติระพจน์ และคณะ, 2565)

4. การเผื่อระวังวงจรเลือดไม่ให้อุดตัน เพราะการอุดตันจะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดประมาณ 200 ซีซี (Nikkiso, 2019) และอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

5. การเผื่อระวังและสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครื่องไตเทียมได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

6. การป้องกัน และสามารถแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกง่าย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ภาวะผิดปกติของเกลือแร่ และน้ำตาลในเลือดต่ำได้อย่างทันท่วงที (ปัญหา สติระพจน์ และคณะ, 2565)

และเผื่อระวังของสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ตลอดการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ตัวอย่าง กรณีศึกษาโรคไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะช็อกในผู้ใหญ่

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี ไม่มีโรคประจำตัว รับย้ายจากโรงพยาบาลเอกชน ผู้ป่วยมีประวัติการเดินทางไปจังหวัดนครราชสีมา และกลับมาทำงานที่จังหวัดปทุมธานี 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีไข้สูง ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และอาเจียนเล็กน้อย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเวียนศีรษะ ไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนได้รับยาแก้เวียนศีรษะทางหลอดเลือดดำ อาการดีขึ้นเล็กน้อย จากนั้นกลับบ้านมีอาการถ่ายเหลว 10 ครั้ง คลื่นไส้ อาเจียน 2-3 ครั้ง จึงกลับไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนอีกครั้ง แรกรับความดันโลหิต (blood pressure: BP) 88/40 mmHg อัตราการหายใจ (respiratory rate: RR) 24 bpm อัตราการเต้นของหัวใจ (heart rate: HR) 100 bpm แพทย์พิจารณาให้สารน้ำ 0.9% NSS loading 3,500 ml vein และได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต levophed (8:250) vein drip rate 10 ml/hour, 5%D/NSS rate 200 ml/hour, FFP 3 unit vein free flow ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก (input/output : I/O) 4,000/300 ml. แพทย์วินิจฉัยเป็น dengue shock syndrome (DSS) รับไว้ในโรงพยาบาลและติดต่อขอย้ายการรักษาต่อโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน แรกรับเข้ารับการรักษาคือ หอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยไข้ลดลง อุณหภูมิ 37 °C, หายใจเหนื่อยหอบ RR = 38 bpm, HR = 80 bpm, BP 119/90 mmHg, ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation : SpO₂) 90 % ผู้ป่วยหายใจโดยใช้ O₂ mask with bag 10 LPM หายใจเหนื่อยมากขึ้น อายุรแพทย์จึงพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator) mode PCV Fio₂ 1.0 RR 14 Pi 20 Ti 0.9 PEEP 3 cmH₂O

1. สรุปปัญหาที่พบ จากข้อมูลกรณีศึกษาข้างต้น พบปัญหาที่สำคัญเพื่อวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

1.1 มีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพ

1.2 มีภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมา ออกนอกเส้นเลือดฝอยจากภาวะ dengue shock syndrome (DSS)

1.3 มีภาวะน้ำเกิน เสียสมดุลกรดต่าง และของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากตับและไตสูญเสียหน้าที่

1.4 มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำร่วมกับมีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

1.5 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เนื่องจากตับสูญเสียหน้าที่

2. แผนการพยาบาล

2.1 มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนไม่มีประสิทธิภาพ

2.1.1 ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ ตรวจร่างกายพบ capillary refill at left and right thumb > 2 second

2) สัญญาณชีพ (แรกรับ ICU) RR = 38 bpm, HR = 80 bpm, BP = 119/90 mmHg, SpO₂ = 90 %

3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ arterial blood gas (ABG) : pH = 7.19, PaO₂ = 58 mmHg, PaCO₂ = 28 mmHg, HCO₃ = 10.2 mmol/L, electrolyte HCO₃ = 11 mEq/L, lactate = 70.5 mg/dL (20/4/2562)

4) ผลเอกซเรย์ปอด (chest x-ray : CXR) พบ infiltration both lung (20/4/2562)

2.1.2 เป้าหมาย : ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.3 เกณฑ์การประเมินผล

1) ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มี cyanosis, ฟังเสียงปอด normal breath sound, capillary refill at thumb < 2 second

2) สัญญาณชีพปกติ RR = 12-20 bpm, HR = 80-100 bpm, BP = 120-130/70-79 mmHg, SpO₂ > 95% (วิจิตรา กุสุมภ์ และคณะ, 2560)

3) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ arterial blood gas (ABG) : pH = 7.35-7.45, PaO₂ = 80-100 mmHg, PaCO₂ = 35-45 mmHg, HCO₃ = 22-29 mmol/L, electrolyte HCO₃ = 22-29 mEq/L, lactate = 4.5-19.8 mg/dL (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

4) ผล CXR พบ infiltration both lungs ลดลง

2.1.4 การพยาบาล

1) ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน mask with bag 8-10 LPM โดยเลือกขนาดของหน้ากาก (mask with bag) ให้พอดีกับใบหน้าผู้ป่วย ถูกลมโป่งดีอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน

2) ติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ arterial blood gas (ABG) เพื่อรายงานแพทย์

3) ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น และมีภาวะเลือดเป็นกรด

4) ประเมินอาการหายใจเหนื่อยของผู้ป่วยหลังใส่ท่อช่วยหายใจ และติดตามผล CXR เพื่อตำแหน่งท่อช่วยหายใจ หากปลายท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเลื่อนท่อช่วยหายใจ (ขวัญฤทัย พันธู, 2564)

5) ดูแลให้ผู้ป่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ และประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจหรือไม่

รวมถึงการตรวจสอบท่อช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการหักพับ งอ โดยให้แนวโค้งของท่อช่วยหายใจอยู่ในแนวเดียวกันกับปากและลำคอของผู้ป่วย (ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์, 2563)

6) ดูแลจัดท่านอนผู้ป่วยในท่าศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนและทำให้การระบายอากาศเป็นไปอย่างสะดวก (สุธาทิพย์ ไชยเพชร, 2567)

7) ฝ้าติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ อัตราการหายใจ, อัตราการเต้นของหัวใจ, ความดันโลหิต, capillary refill time, SpO₂ เมื่อมีความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที

2.1.5 การประเมินผล

ผู้ป่วยตื่น agitation gasglow-coma score E₄ V_T M₆ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงปอด breath sound both lower lungs, capillary refill at thumb < 2 second, สัญญาณชีพ RR = 18-22 bpm, HR = 120-130 bpm, BP = 130/76 mmHg, SpO₂ = 98-100% ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ABG: pH=7.35, PaCO₂=24mmHg, PaO₂=132mmHg, HCO₃=14.5 mmol/L, electrolyte HCO₃=16 mEq/L, lactate = 70.1 (21/4/2562) ผล chest x-ray พบ infiltration both lungs try ลด Fio₂ เหลือ 0.6 SpO₂ 97-100% tidal volume 365-420 ml

2.2 มีภาวะช็อก เนื่องจากการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือดฝอยจากภาวะ dengue shock syndrome (DSS)

2.2.1 ข้อมูลสนับสนุน

- 1) แพทย์วินิจฉัยเป็น DSS
- 2) capillary refill at left and right thumb > 2 second
- 3) ปัสสาวะออกน้อย I/O = 4,600/109 ml ใน 24 ชั่วโมง (20/4/2562)

4) ชีพจรเบาเร็ว HR = 136-138 bpm, ความดันโลหิตต่ำ BP = 87/59 mmHg, mean arterial (MAP) = 66 mmHg (20/04/2562)

5) SpO₂ = 97% (20/04/2562)

6) ระดับความเข้มข้นของเลือดสูงขึ้น hematocrit (Hct) = 40% (20/4/25624)

2.2.2 เป้าหมาย : แก้ไขภาวะช็อกและรักษาระดับความสมดุลของพลาสมาในร่างกายให้เหมาะสม

2.2.3 เกณฑ์การประเมินผล

1) ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ สับสน ปลายมือปลายเท้าเย็น ผิวน้ำเขียว หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว

2) capillary refill thumb < 2 second

3) ปัสสาวะออกอย่างน้อย 0.5 ml/kg/hr

4) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ HR = 80 -100 bpm, RR = 12-20 bpm, BP 120-130/70-79 mmHg

5) MAP = 70-100 mmHg

6) SpO₂ = 95-100%

7) hematocrit (Hct) อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพศหญิง 37-45% (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

2.2.4 การพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพ, MAP, SpO₂, ปริมาณน้ำเข้าและน้ำออกทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จัดบันทึกและรายงานผลผิดปกติ เพื่อรายงานแพทย์ ได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

2) ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อรักษาระดับความสมดุลของพลาสมา

ในร่างกาย ได้แก่ 5% albumin 250 ml vein drip rate 100-200 ml/hr ซึ่งเพิ่มแรงดันน้ำเข้าสู่หลอดเลือด (oncotic pressure) และ 5% DSS 1,000 ml vein drip rate 80 ml/hr

3) ดูแลให้ยา levophed (8:250) vein drip rate 10 ml/hour ตามแผนการรักษา โดยมีฤทธิ์หดหลอดเลือด (vasopressor) ทำให้เพิ่มความดันโลหิต (โรงพยาบาลราชวิถี, 2559) ทำให้มีการกำซาบ (tissue perfusion) หรือการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น

4) ติดตามระดับความเข้มข้นของเลือด และดูการตอบสนองของร่างกายจากการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทุก 4-6 ชั่วโมง โดยรายงานแพทย์เพื่อประเมินอาการ และรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

2.2.5 การประเมินผล

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น capillary refill < 2 second ปัสสาวะออกน้อย I/O = 2,930/1,406 ml (21/4/2562) สัญญาณชีพ ชีพจรเบาเร็ว HR = 134-136 bpm, BP = 118/73 mmHg, MAP = 88 mmHg, SpO₂ = 100%, Hct = 36% (21/4/2562) พยาบาลได้เตรียมทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามแผนการรักษาและสามารถดึงน้ำออกจากร่างกายได้

2.3 มีภาวะน้ำเกิน เสียสมดุลกรดต่าง และของเสียคั่งในร่างกาย เนื่องจากตับและไตสูญเสียหน้าที่

2.3.1 ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยมีอาการสับสนมากขึ้น ไม่สามารถถามตอบได้รู้เรื่อง

2) บวมบริเวณมือและหลังเท้า กดบวม 2+ วัดความยาวรอบท้อง เท่ากับ 88 เซนติเมตร (20/4/2562)

3) ปัสสาวะออกน้อย I/O = 4,600/109 ml ใน 24 ชั่วโมง (20/4/2562)

4) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ไต) BUN = 18.6 mg/dl, Cr = 2.27 mg/dl (20/4/2562), HCO₃ = 11 mEq/L

5) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตับ) AST = 6520 U/L, ALT = 3690 U/L (20/4/2562)

6) ผล CXR พบ infiltration both lungs (20/4/2562)

2.3.2 เป้าหมาย : ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน

มีความสมดุลของกรดต่าง และของเสียคั่งในร่างกายลดลง

2.3.3 เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยไม่มีอาการสับสนสามารถถามตอบได้รู้เรื่อง

2) ไม่มีอาการบวมบริเวณมือและหลังเท้า ความยาวรอบท้องลดลง (น้อยกว่า 88 เซนติเมตร)

3) ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr

4) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ไต) อยู่ในเกณฑ์ปกติ BUN = 6-20 mg/dL, Cr = 0.51-0.95 mg/dL, HCO₃ = 22-29 mEq/L mEq/L (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

5) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตับ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ AST = 5-32 U/L, ALT = 5-33 U/L (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

6) ผล CXR พบ infiltration both lungs ลดลง

2.3.4 การพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพและอาการทางสมอง อาการบวมตามร่างกาย บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เมื่อพบอาการผิดปกติรีบรายงานแพทย์ทันที

2) ช่วยแพทย์ใส่สายสวนคาหลอดเลือดดำ (triple lumen catheter) บริเวณหลอดเลือดดำตำแหน่งขาข้างซ้าย เพื่อทำการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบ SLED โดยใช้ระยะเวลา 8 ชั่วโมง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการประเมินสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที

3) แก้ไขภาวะน้ำเกิน โดยดูแลให้ได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือดดำ furosemide 40 mg vein stat ตามแผนการรักษา และ 5% albumin 250 ml vein drip rate 100-200 ml/hr ตามแผนการรักษา

4) แก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด โดยดูแลให้ได้รับยา 7.5% NaHCO_3 2 amp vein drip in 1 hour then 5% D/W 1,000 ml + 7.5% NaHCO_3 2 amp vein drip rate 40 ml/hr และ 7.5% NaHCO_3 2 amp ระหว่างการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

5) ติดตามการทำงานของไตและตับ โดยเจาะเลือดส่งตรวจห้องปฏิบัติการ (ค่า BUN, Cr, HCO_3 , AST, ALT) และผล CXR ตลอดจนวัดความยาวรอบท้องเพื่อประเมินน้ำในช่องท้องทุกวัน

2.3.5 การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวมากขึ้น พูดคุย สับสนเล็กน้อย glasgow coma score $E_4 M_6 V_4$ I/O = 2,930/1,406 ml (21/4/2562) มีการดื่มน้ำออกจากตัวผู้ป่วย (UF) 1,300 ml, I/O = 4,259/5,968 ml (22/4/2562) UF 5,800 ml บริเวณมือและเท้าบวมลดลง กดบวม 1+ ความยาวรอบท้อง 84 ซม. ผล CXR พบ infiltration both lungs ลดลง (22/4/2562) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN = 21.0 mg/dl, Cr = 3.73 mg/dl, HCO_3 = 22 mmol/L, AST = 3770 U/L, ALT = 1350 U/L (22/4/2562)

2.4 มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก เนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำร่วมกับมีปัจจัยการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

2.4.1 ข้อมูลสนับสนุน

- 1) ผู้ป่วยมีเลือดออกจากท่อน้ำช่วยหายใจ
- 2) ค่า platelet = 27,000 cell/mm³, ค่า Hct = 36%
- 3) ค่า PT > 100 sec, INR > 8, PTT > 150 sec, TT > 120 sec (21/4/2562)

2.4.2 เป้าหมาย: ไม่เกิดภาวะเลือดออกผิดปกติในร่างกาย

2.4.3 เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกจากท่อน้ำช่วยหายใจ, NG content ไม่มี coffee ground, ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย
- 2) สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ HR = 80-100 bpm, RR = 12-20 bpm, BP 120-130/70-79 mmHg
- 3) ค่า Platelet = 179,000 – 435,000 cell/mm³, Hct = 37-45%, PT = 11.0 -12.5 sec, INR = 2-3, PTT = 21.8 – 29.8 sec, TT = 2-3 sec (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

2.4.4 การพยาบาล

- 1) ประเมินสัญญาณชีพและอาการแสดง ได้แก่ อาการปวดท้อง กระสับกระส่าย ถ้าความดันโลหิตต่ำ pulse pressure แคบ ชีพจรเบาและเร็วโดยไม่มีไข้ แม้ไม่มีเลือดออกให้เห็น อาจมีภาวะเลือดออกภายในได้
- 2) ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด, ค่าการแข็งตัวของเลือด และค่าเกล็ดเลือดทุก 4-6 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ถ้าค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงจากเดิม 3% และ

ค่าการแข็งตัวของเลือดหรือเกล็ดเลือดผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

3) ดูแลให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ FFP 2 unit vein free flow

4) ดูแลให้ได้รับยาช่วยการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา ได้แก่ vitamin K 10 mg vein จำนวน 3 วัน

5) ให้การพยาบาลดูแลเสมหะในท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวลและปรับแรงดันเครื่องดูแลเสมหะให้แรงดันน้อยกว่า 80 mmHg โดยค่าแรงดันปกติในผู้ใหญ่ 80-150 mmHg

6) หลีกเลี่ยงการทำหัตถการที่มีการสอดใส่เข้าไปในร่างกาย แต่สามารถทำได้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น ได้แก่ การเจาะเลือด การใส่สายให้อาหารทางจมูก การใส่สายสวนปัสสาวะ

2.4.5 การประเมินผล

ผู้ป่วยตื่น รู้สึกตัว มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) HR = 130-148 bpm, BP = 90-120/70-90 mmHg, MAP 80-100 mmHg, ไม่มี active bleeding เสมหะมีเลือดจาง ๆ ประมาณ 1 สาย ดูแลเสมหะต่อครั้ง, ค่า platelet = 24,000 cell/mm³, Hct = 37%, PT = 21.1 sec, INR = 1.89, PTT = 40 sec, TT = 38.6 sec (22/4/2562)

2.5 เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากตับสูญเสียหน้าที่

2.5.1 ข้อมูลสนับสนุน

1) ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารทางจมูก และงดน้ำงดอาหาร

2) แพทย์วินิจฉัยเป็น DSS มีภาวะแทรกซ้อนทางตับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ AST = 6,520 U/L, ALT = 3,690 U/L (20/4/2562)

ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว (DTX) = 109 mg/dL (21/4/2562)

2.5.2 เป้าหมาย : ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

2.5.3 เกณฑ์การประเมินผล

1) ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออกตามร่างกาย, เวียนศีรษะ, อ่อนเพลีย, หัวใจเต้นเร็ว

2) สัญญาณชีพปกติ RR = 12-20 bpm, HR = 80-100 bpm, BP 120-130/70-79 mmHg, SpO₂ > 95%

3) ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) อยู่ในเกณฑ์ปกติ 74-99 mg/dL (ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก, 2567)

2.5.4 การพยาบาล

1) ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และอาการน้ำตาลในเลือดต่ำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อพบอาการผิดปกติรายงานแพทย์ทันที

2) ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10 % D/NSS 1,000 ml vein drip rate 40 ml/hr และปรับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

3) ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนเพียงพอและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเพื่อลดกิจกรรมการใช้พลังงานของผู้ป่วยให้น้อยลง

2.5.5 การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออกตามร่างกาย เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หัวใจเต้นเร็ว สัญญาณชีพ RR = 16-26 bpm, PR = 100-120 bpm, BP = 104-122/77-85 mmHg, SpO₂ = 100%, DTX = 155 mg/dL (22/4/2562) ยังคงงดน้ำงดอาหาร

สรุป

โรคไข้เลือดออกที่มีภาวะเดงกีซ็อก เมื่อเกิดการรั่วของพลาสมาออกนอกเส้นเลือดฝอย ส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบ การรักษาผู้ป่วยต้องดำเนินการอย่างทันที่ทั้งนี้ โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยรักษาความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ในกรณีที่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน จำเป็นต้องรักษาด้วยการฟอกเลือดที่เหมาะสม ได้แก่ การทำ CVVH สามารถช่วยดึงน้ำออกจากร่างกายได้อย่างช้า ๆ และการฟอกเลือดแบบ SLED สามารถแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรดได้ดี ซึ่งบทบาทของพยาบาลไตเทียมจึงมีความสำคัญในการจัดการปัญหา การเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติได้เร็วที่สุด

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). แนวทางการวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ฉบับย่อ). กรุงเทพฯ: บริษัทปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

กรมควบคุมโรค. (2566). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก เสียชีวิต. สืบค้นจาก <https://lookerstudio.google.com/reporting/d6aec7e8-02a7-4b7f-ae66-58568cfdcc8/page/XG4FD?s=g-6yH8UBBVg>

ขวัญฤทัย พันธุ์. (2564). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะอนุกรรมการกำหนดแนวทางการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมา. (2561). คู่มือการรักษาด้วยการฟอกเลือดและการกรองพลาสมาสำหรับผู้ป่วยโรคไต. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.

บัญชา สติระพจน์, อำนาง ชัยประเสริฐ, เนาวนิตย์ นาทา, และอุบลัมภ์ ศุภสินธุ์. (2565) *Pocket dialysis*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

พรรณนุปมา ชูวีเชียร. (2560). *Kidney diseases in the Tropics*. กรุงเทพฯ: โครงการตำราอายุรศาสตร์วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก. (2567). คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/service-1.html>

โรงพยาบาลราชวิถี. (2559). *Norepinephrine bitartrate (Levophed®)*. สืบค้นจาก <https://www.rajavithi.go.th/rj/wp-content/uploads/2017/09/HAD-16.pdf>

วิจิตรา กุสมภ์, ธนันดา ตระการณิษฐ์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ, และอภิญา กุลทะเล. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต : แบบองค์รวม = *Critical Care Nursing : A Holistic Approach*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล สหประชาพานิชย์

ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. (2563). การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Invasive จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 70-91.

- สุธาทิพย์ ไชยเพชร. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลว. สืบค้นจาก https://trathospital.go.th/KM/TempDoc/temp_1919.pdf
- สุพัฒน์ วาณิชยการ. (2562). ตำราการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการพยาบาล มุลนิธิโรคไตแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.
- Gurugama, P., Jayarajah, U., Wanigasuriya, K., Wijewickrama, A., Perera, J., & Seneviratne, S. L. (2018). Renal manifestations of dengue virus infections. *Journal of Clinical Virology*, 101, 1-6. doi: 10.1016/j.jcv.2018.01.001
- Naqvi, R. (2016). Dengue infection causing acute kidney injury. *Tropical Medicine & Surgery*, 4(2), 211. doi: 10.4172/2329-9088.1000211
- Nikkiso. (2019). *Aquarius™ System with PLATINUM Software and Automated Total Fluid Loss Management*. Retrieved from https://nikkisomedical.com/wp-content/uploads/2020/02/PM-0071-11.2015-1_Aquarius-Regular-Brochure.pdf
- Prajong, P., Ngoenmak, T., Charoensanti, S., & Suwansumrit, C. (2020). Therapeutic plasma exchange and singlepass albumin dialysis in a 10-month-old girl with dengue shock syndrome in Thailand: a case report. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 51(5), 611-617.



อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574

A Scenario of Nursing Organization Management Royal Thai Air Force Hospital During A.D. 2027-2031

ศิริณา กมนทลภิกษ, พย.บ., Sirina Kamontalapisake, B.N.S.^{1*}

วาสนี วิเศษฤทธิ์, Ph.D., Wasinee Wisesrith, Ph.D.²

กัญญดา ประจุศิลป์, Ph.D., Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.³

¹นิสิต, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹Student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

²รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

*Corresponding Author Email: sirinakamontalapisake@gmail.com

Received: June 5, 2024

Revised: July 6, 2024

Accepted: August 10, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูล คือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ จำนวน 18 คน วิธีการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 2) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างแบบสอบถามส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความน่าจะเป็นของ อนาคตภาพจากข้อรายการแต่ละข้อ และ 3) นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และ ส่งแบบสอบถามกลับให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันความคิดเห็นอีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า อนาคต ภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวางแผนการบริหารองค์การ 2) ด้านรูปแบบการบริการพยาบาล 3) ด้านการจัดการความรู้ และเทคโนโลยีสารสนเทศ 4) ด้านนวัตกรรมและการพัฒนางานคุณภาพ 5) ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ 6) ด้านสนับสนุนการจัดการศึกษา และ 7) ด้านการเตรียมพร้อมรับภารกิจด้านการแพทย์ทหาร สถานการณ์ฉุกเฉิน

และการบรรเทาสาธารณภัย จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ในช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ควรจะมีการพัฒนาศักยภาพทั้ง 7 ด้าน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผน และกำหนดนโยบายการบริหารจัดการขององค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การบริหารจัดการองค์การพยาบาล อนาคตภาพโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study a scenario of nursing organization management at Royal Thai Airforce hospital during A.D.2027-2031. The Delphi technique was used in this study. Key informants were 18 experts in nursing organization management at Royal Thai Air Force Hospital. The process of conducting research consists of three steps. In step one, all experts were interviewed about nursing organization management. In step two, interviewed data were analyzed to develop a questionnaire, which was then sent to the same experts to gather their opinions on the likelihood of future scenarios based on each question. In step three, the data were analyzed for median and interquartile range, and the results were sent back to the experts for confirmation of their opinions. The result scenario of nursing organization management at Royal Thai Air Force Hospital during A.D.2027-2031 consists of 7 components as follows: 1) Organizational management planning 2) Nursing service 3) Knowledge and information technology management 4) Innovation and quality improvement 5) Human resource management 6) Educational management and 7) Preparedness for Military Medical Missions, Emergency Response and Disaster Management. The research findings suggest that the future scenario of nursing organization management at Royal Thai Air Force Hospital during A.D. 2027-2031 should focus on developing seven key areas. This serves as a guideline for nursing administrators in planning and formulating management policies for nursing organizations in Royal Thai Air Force hospitals to ensure continued efficiency.

Keywords: Nursing Organization Management, Scenario of Royal Thai Air Force Hospital

บทนำ

องค์การพยาบาลเป็นองค์การในโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาล ที่มีหน้าที่ในการดำเนินการ จัดมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่สภาการพยาบาลกำหนด ในการปฏิบัติการ พยาบาลนั้นองค์การพยาบาลมีการกำหนดนโยบาย และจัดระบบบริการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย มีระบบการนิเทศกำกับดูแล พยาบาลวิชาชีพให้ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการ พยาบาลแบบองค์รวม อีกทั้งมีการติดตามผลลัพธ์ทาง การพยาบาล เพื่อปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ ผู้รับบริการทั้งข้าราชการ ครอบครัวข้าราชการทหารอากาศ นักเรียนทหาร ทหารกองประจำการ ข้าราชการทหารอากาศ ที่เกษียณอายุราชการ รวมทั้งประชาชนทั่วไปได้รับการ ดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและได้รับความปลอดภัย นอกจากนี้ด้วยบริบทของโรงพยาบาลทหาร องค์การพยาบาล ยังต้องพัฒนาศักยภาพ เพื่อสนับสนุนภารกิจด้านการ แพทย์ทหาร สนับสนุนการปฏิบัติการทางยุทธการ ได้แก่ การปฏิบัติการป้องกันสงครามนิวเคลียร์ ชีวะ เคมี การบรรเทาสาธารณภัย และสนับสนุนภารกิจลำเลียง ผู้ป่วยที่ประสบภัยทางอากาศและภาคพื้นซึ่งเป็นภารกิจ ของกองทัพอากาศอีกด้วย

ดังนั้นองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัด กองทัพอากาศจึงต้องบริหารจัดการองค์การให้ สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพทางด้านสาธารณสุข และต้องสนับสนุนภารกิจของกองทัพอากาศร่วมด้วย จากสถานการณ์ของโลกปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลง ของสภาวะแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ย่อมส่งผลกระทบทั้ง ทางตรงและทางอ้อมต่อองค์การ องค์การพยาบาลเป็น องค์การที่สำคัญในการจัดบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้อง พัฒนาให้เป็นองค์การที่มีขีดความสามารถในการปรับตัว

ที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้สามารถรับมือกับแรงกดดันต่าง ๆ ทั้งภายในและ ภายนอกได้ดี (วินุลาศ เจริญชัย, นพคุณ คุณาชีวะ, บุศรา นิยมเวช และสัญญา เคนาภูมิ, 2565) โดยปัจจัยที่มี ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงองค์การพยาบาลตาม แนวคิด PESTEL Analysis (Johnson, Scholes, & Whittington, 2008; Thomas, 2007) พบว่า ในปัจจัย ด้านการเมือง จากนโยบายการพัฒนาประเทศให้เป็น ไทยแลนด์ 4.0 ที่เน้นการขับเคลื่อนประเทศด้วยนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน อย่างรูปธรรม โดยรัฐบาลได้จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติขึ้นปัจจุบันเป็นฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2566-2570) ในหมวดหมายด้านสุขภาพและทรัพยากรมนุษย์นั้น มุ่งให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และ สุขภาพมูลค่าสูง และมีกำลังคนสมรรถนะสูง มุ่งเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสามารถปรับตัวและสามารถใช้ข้อมูล เทคโนโลยีอย่างเท่าทัน อีกทั้งระบบราชการก็ต้องมีการ ปรับเปลี่ยนให้เป็นระบบราชการ 4.0 องค์การพยาบาล เป็นโรงพยาบาลรัฐภายใต้สังกัดของกองทัพอากาศ จึงต้องมีการบริหารจัดการบริการพยาบาลให้มีความ ทันสมัย พัฒนาให้เป็นองค์การพยาบาลที่สามารถก้าวทัน ความเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้อย่างยั่งยืน สำหรับ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่ชะลอตัวตั้งแต่การแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโคโรนาตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา ส่งผลต่อ การจัดการงบประมาณของรัฐบาลที่มีการปรับลด งบประมาณลง ส่งผลต่อองค์การพยาบาลที่จะต้อง บริหารจัดการวางแผนใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า คุ่มค่า ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ในปัจจัยด้านสังคมจากการ เป็นสังคมสูงอายุอย่างเต็มที่ ในปี 2573 ร่วมกับการเกิด อุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อความต้องการระบบบริการสุขภาพ สำหรับปัจจัยด้านเทคโนโลยีจากโลกแห่งโลกาภิวัตน์ ที่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในระบบงานทั่วไป

และทางการแพทย์มากขึ้น อีกทั้งจากแผนยุทธศาสตร์ของกองทัพอากาศ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่มีแผนการพัฒนาเป็นกองทัพอากาศดิจิทัลที่ทันสมัย สู่วิสัยทัศน์การเป็นกองทัพอากาศชั้นนำในภูมิภาค ภายในปี 2580 จากนโยบายดังกล่าวย่อมส่งผลต่อกระบวนการทำงานขององค์การพยาบาลในอนาคต และในปัจจุบันสิ่งแวดล้อมที่ปัจจุบันเกิดภัยธรรมชาติหลากหลายรูปแบบที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน รวมถึงปัจจัยด้านกฎหมาย จากพระราชกฤษฎีการะเบียบข้าราชการพลเรือนกลาโหมโดยเปลี่ยนเป็นการบรรจุและรับราชการในกระทรวงกลาโหมโดยไม่ได้ชั้นยศทางทหาร ย่อมส่งผลต่อการจัดองค์การและการบริหารทรัพยากรมนุษย์ขององค์การพยาบาล และอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ คือ กองทัพอากาศต้องดำเนินการปรับลดกำลังพลลงจำนวนร้อยละ 5 ของยอดบรรจุ ภายในปีงบประมาณ 2570 ตามนโยบายของกระทรวงกลาโหม จึงเป็นความท้าทายขององค์การที่จะต้องวางแผนการจัดการให้สามารถตอบสนองนโยบายของกองทัพอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากที่กล่าวมาข้างต้นการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยด้านต่าง ๆ ย่อมเกิดผลกระทบต่อองค์การ องค์การพยาบาลจึงต้องวางแผนการจัดการขององค์การให้ก้าวทันต่อบริบทการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ให้สอดคล้องกับนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ และต้องตอบสนองนโยบายของกองทัพอากาศ และกรมแพทยทหารอากาศ รวมถึงทิศทางขององค์การวิชาชีพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบเพียงการศึกษานาคนาภาพของการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในมหาวิทยาลัยกำกับของรัฐ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบริบทของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ มีความแตกต่างจากโรงพยาบาลสังกัดอื่น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษานาคนาภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาล

สังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ด้วยเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย โดยศึกษาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้คำตอบถึงการบริหารจัดการขององค์การพยาบาลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์การพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบทในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษานาคนาภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน โดยกำหนดจำนวนขนาดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญตามการศึกษาของ Macmillan (1971) จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลง และความคลาดเคลื่อนเริ่มคงที่ คือ .02 ซึ่งในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกจากประวัติการศึกษา ผลงานวิจัย ประสบการณ์ในการทำงาน ประกอบด้วย 5 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่

1.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบายและการวางแผนของกองทัพอากาศ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านนโยบาย และการวางแผนไม่น้อยกว่า 10 ปีจำนวน 3 คน

1.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญผู้บริหารของกรมแพทยทหารอากาศและโรงพยาบาล เป็นผู้ที่มีประสบการณ์

การทำงานในตำแหน่งผู้บริหารขององค์กร หรือเคยดำรงตำแหน่งบริหารไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 3 คน

1.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ เป็นผู้ที่มีคุณวุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการบริหารทางการแพทย์ ไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 6 คน

1.4 กลุ่มอาจารย์ หรือนักวิชาการสาขาการบริหารทางการแพทย์ เป็นผู้ที่มีคุณวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านการสอน การวิจัย การบริหารทางการแพทย์ หรือการบริหารจัดการองค์กร ไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 4 คน

1.5 กลุ่มผู้บริหารในองค์กรวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีคุณวุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์การทำงานในตำแหน่งผู้บริหารในองค์กรวิชาชีพไม่น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 2 คน

2. เครื่องมือการวิจัย งานวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ และคำถามการวิจัยเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระถึงอนาคตด้านการบริหารจัดการองค์การพยาบาล ในช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ว่า ควรมีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไร และมีรายละเอียดในแต่ละด้านเป็นอย่างไร

2.2 แบบสอบถามชุดที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากประเด็นสำคัญที่ได้รับจากการสัมภาษณ์สรุปเป็นข้อคำถามของการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศในแต่ละด้าน และเป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและประเมินว่า อนาคตภาพแต่ละข้อคำถามมีความน่าจะเป็นอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด (จาก 5 ถึง 1)

2.3 แบบสอบถามชุดที่ 2 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากชุดที่ 1 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ มีการปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และเป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เหมือนชุดที่ 1 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันความน่าจะเป็นของอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย จำนวน 3 รอบ ได้แก่

3.1 รอบที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อเชิญผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเอง ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ ทำการนัดหมายสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตามวัน เวลา และสถานที่ตามที่คุณเชี่ยวชาญสะดวกโดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเองแบบเผชิญหน้า จำนวน 17 คน และสัมภาษณ์ผ่านโปรแกรมระบบ ZOOM meeting จำนวน 1 คน ข้อคำถามเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45-60 นาที ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 12 มีนาคม ถึง วันที่ 2 เมษายน 2567 หลังจากนั้นดำเนินการถอดเทปภายหลังการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในแต่ละด้านโดยเอาความหมายที่เหมือนกันมาจัดระบบหมวดหมู่ ร่วมกับบูรณาการเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา จนได้ประเด็นสำคัญของอนาคตภาพ

การบริหารจัดการองค์การพยาบาล สรุปข้อรายการเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

3.2 รอบที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามชุดที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 18 คน โดยนำส่งและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเองจำนวน 17 คน และนำส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวน 1 คน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความน่าจะเป็นของการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศในแต่ละด้าน คือ อนาคตภาพแต่ละข้อมีความน่าจะเป็นอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด (จาก 5 ถึง 1) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 19 เมษายน ถึงวันที่ 9 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รวมถึงมีการปรับแก้ข้อความในแบบสอบถามและเปลี่ยนแปลงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ สรุปข้อรายการเป็นแบบสอบถามชุดที่ 2 ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ

3.3 รอบที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันความน่าจะเป็นของอนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม ถึงวันที่ 5 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 คำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ในแต่ละข้อรายการมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันจำนวน 66 ข้อรายการ คือค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.50 และข้อรายการที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น

ไม่สอดคล้องกันจำนวน 3 ข้อรายการ และจากการคำนวณการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ คิดเป็นร้อยละ 4.58 ซึ่งพบว่า คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linstone & Turoff, 1975) ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่ามัธยฐาน (Median: Md) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) และแปลค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.50-5.00 แสดงว่ามีระดับความน่าจะเป็นมากที่สุด ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.50-4.49 แสดงว่ามีระดับความน่าจะเป็นมาก ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.50-3.49 แสดงว่ามีระดับความน่าจะเป็นปานกลาง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.50-2.49 แสดงว่ามีระดับความน่าจะเป็นน้อย ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00-1.49 แสดงว่ามีระดับความน่าจะเป็นน้อยที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553; ศิริชัย กาญจนวาสิ, 2555)

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 670011 เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเสียงการสนทนาและทำลายเทปเสียงรวมถึงแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านวางแผนการบริหารองค์การ 2) ด้านรูปแบบการบริการพยาบาล 3) ด้านการจัดการความรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศ 4) ด้านนวัตกรรมและการพัฒนางานคุณภาพ

5) ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ 6) ด้านสนับสนุนการจัดการศึกษา และ 7) ด้านการเตรียมพร้อมรับภารกิจด้านการแพทย์ทหาร สถานการณ์ฉุกเฉินและการบรรเทาสาธารณภัย ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยข้อมูลจำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) โดยเรียงลำดับข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด 3 ลำดับในแต่ละด้าน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล	Md ค่ามัธยฐาน	IR ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์	ระดับความ น่าจะเป็น
1. ด้านวางแผนการบริหารองค์การ			
1.1 การวิเคราะห์ภาระงานยุทธการด้านการแพทย์ทหาร	4.72	.28	มากที่สุด
	4.68	.32	มากที่สุด
1.2 การปรับรูปแบบในการบริหารองค์การแบบแนวราบ มากกว่าแบบลำดับชั้น	4.50	.89	มากที่สุด
	4.50	.89	มากที่สุด
1.3 การปรับการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาล ระดับกลางและระดับสูงขององค์การ	4.50	1.15	มากที่สุด
	4.33	1.14	มาก
2. ด้านรูปแบบการบริการพยาบาล			
2.1 การให้บริการเชิงรุก เน้นการสร้างเสริมและการป้องกัน ให้กับข้าราชการและครอบครัว รวมถึงผู้ทำการใน อากาศ	4.70	.30	มากที่สุด
	4.70	.30	มากที่สุด
2.2 การพัฒนารูปแบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) ที่ชัดเจน	4.63	.61	มากที่สุด
	4.63	.61	มากที่สุด
2.3 การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่ บ้าน (Home Health Care Nursing) ร่วมกับสหสาขา วิชาชีพ	4.59	.80	มากที่สุด
	4.55	.86	มากที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ขนาดตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล	Md ค่ามัธยฐาน	IR ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์	ระดับความ น่าจะเป็น
3. ด้านการจัดการความรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศ			
3.1 การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ ให้ประสิทธิภาพ	4.70	.30	มากที่สุด
	4.70	.30	มากที่สุด
3.2 การพัฒนาเครือข่ายเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการ สื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูล ภายในเครือข่าย โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ	4.68	.32	มากที่สุด
	4.68	.32	มากที่สุด
3.3 การผลิตชุดข้อมูลความรู้ ด้านการส่งเสริม และป้องกัน โรคเพื่อใช้ในการสื่อสารในสื่อออนไลน์ของกองทัพ อากาศ	4.63	.61	มากที่สุด
	4.63	.61	มากที่สุด
4. ด้านนวัตกรรมและการพัฒนางานคุณภาพ			
4.1 การสนับสนุนทุนส่งเสริมหรืองบประมาณในการสร้าง นวัตกรรมและผลงานวิจัย	4.63	.56	มากที่สุด
	4.63	.56	มากที่สุด
4.2 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการคิดค้นนวัตกรรม ทางการพยาบาล ร่วมกับหน่วยงานทั้งภายในและ ภายนอกกองทัพอากาศ	4.63	.56	มากที่สุด
	4.59	.65	มากที่สุด
4.3 การพัฒนาศักยภาพพยาบาลให้สามารถพัฒนางานวิจัย และงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง	4.59	.80	มากที่สุด
	4.59	.80	มากที่สุด
5. ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์			
5.1 การพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับบุคลากรทางการ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง	4.72	.28	มากที่สุด
	4.68	.32	มากที่สุด
5.2 การพัฒนารูปแบบการอบรมและการเรียนรู้ให้เหมาะสม กับบุคลากรในแต่ละช่วงวัย	4.65	.43	มากที่สุด
	4.63	.56	มากที่สุด
5.3 การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสมดุลชีวิตในการทำงาน ของบุคลากรทางการพยาบาล	4.55	.78	มากที่สุด
	4.55	.86	มากที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

อนาคตภาพการบริหารจัดการองค์การพยาบาล	Md ค่ามัธยฐาน	IR ค่าพิสัยระหว่าง ควอไทล์	ระดับความ น่าจะเป็น
6. ด้านการสนับสนุนการจัดการศึกษา			
6.1 การร่วมพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้มี คุณลักษณะและสมรรถนะเชิงวิชาชีพเป็นไปตามความ ต้องการขององค์การพยาบาล	4.74	.26	มากที่สุด
	4.72	.28	มากที่สุด
6.2 การพัฒนาพยาบาลให้มีศักยภาพในการเป็นพี่เลี้ยงนิเทศ ในคลินิกให้กับสถาบันการศึกษา	4.69	.35	มากที่สุด
	4.67	.48	มากที่สุด
6.3 การจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางให้สอดคล้อง กับศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	4.60	.68	มากที่สุด
	4.64	.59	มากที่สุด
7. ด้านการเตรียมพร้อมรับภารกิจด้านการแพทย์ทหาร สถานการณ์ฉุกเฉินและการบรรเทาสาธารณภัย			
7.1 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลด้าน การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	4.64	.59	มากที่สุด
	4.64	.59	มากที่สุด
7.2 การประสานความร่วมมือในการจัดการอบรมหลักสูตร การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ	4.63	.69	มากที่สุด
	4.59	.92	มากที่สุด
7.3 การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัด กองทัพอากาศ ด้านการแพทย์ทหาร การบรรเทา สาธารณภัย	4.50	.81	มากที่สุด
	4.39	.83	มาก

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า อนาคตภาพการบริหารจัดการ
องค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ
ช่วงพุทธศักราช 2570-2574 ประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการวางแผนการบริหารจัดการ เนื่องด้วย
องค์การพยาบาลเป็นหน่วยงานในโรงพยาบาลสังกัด
กองทัพอากาศ การดำเนินการตามภารกิจด้านการแพทย์
ทหารถือเป็นภารกิจสำคัญที่นอกเหนือจากภารกิจด้าน
การพยาบาล องค์การพยาบาลจึงต้องมีการวิเคราะห์

ภาระงานด้านยุทธการ เพื่อให้สามารถวางแผนจัดสรร
กำลังพลพยาบาลให้มีความเพียงพอต่อการปฏิบัติการกิจ
ของกองทัพอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในยาม
ปกติ และยามวิกฤตฉุกเฉิน และนอกเหนือระบบการ
สั่งการทางทหารที่เป็นแบบบนลงล่าง องค์การพยาบาล
ที่มีโครงสร้างองค์การแบบแบนราบจะช่วยลดขั้นตอน
การบริหารงาน มีความยืดหยุ่นและมีการกระจาย
อำนาจสู่ผู้บริหารทุกระดับ ทำให้เกิดอิสระแก่บุคลากร

ในการทำงาน จะช่วยให้องค์กรมีความสามารถในการปรับตัวและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thomas & Robert, 1982) อีกทั้งในยุคที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบริบทต่างๆ อย่างรวดเร็ว ผู้บริหารจะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญในด้านการบริหารจัดการทุกด้าน ต้องมีทักษะด้านการคิดเชิงระบบ มีมุมมองที่กว้าง (ณัฐวัชร จันทโรธรัณ, 2562) รวมถึงต้องมีสมรรถนะการบริหารจัดการด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย (พิชา คนกาญจน์, 2564) องค์กรพยาบาลจึงต้องวางแนวทางการเตรียมผู้บริหารองค์กรพยาบาลอย่างมีระบบ มีการเตรียมผู้ที่จะเข้าสู่ตำแหน่งในภาพเดียวกันในทุกโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศที่นอกเหนือจากระบบอาวุโสทางทหาร

2. ด้านรูปแบบการบริการพยาบาล จากนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ.2566-2570 มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความสามารถของประเทศในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงและความเสี่ยงภายใต้บริบทโลกใหม่ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภัยจากโรคระบาด รวมถึงปัญหาด้านจิตใจที่มีแนวโน้มมากขึ้น ย่อมส่งผลต่อความต้องการด้านระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในอนาคต องค์กรพยาบาลต้องมีการพัฒนาการบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงในอนาคต ด้วยข้อจำกัดด้านความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ องค์กรพยาบาลจึงต้องปรับรูปแบบการบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลเชิงรุก สร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนารับบริการสุขภาพส่งผลให้ลดความคับคั่งของผู้รับบริการและลดระยะเวลารอคอยเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล (นิตยา คล่องขยัน, 2566) มีการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน และมุ่งเน้นในกลุ่มข้าราชการ ครอบครัวทหารอากาศที่เชื่อมโยงระบบการดูแลรักษาพยาบาลในเชิงบูรณาการ

หน่วยงานอื่น ๆ ของกรมแพทยทหารอากาศ เพื่อให้กำลังพลสามารถปฏิบัติภารกิจของกองทัพอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ด้านการจัดการความรู้และเทคโนโลยีสารสนเทศ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้การจัดการความรู้ขององค์กรประสบความสำเร็จ องค์กรพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการความรู้ขององค์กรอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลหรือองค์ความรู้ มีการสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทั้งภายในและภายนอกองค์กร การจัดการความรู้โดยใช้เทคโนโลยีที่ดีส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานที่ดีของบุคลากร (คชาภรณ์ ผันผาย และ ปริญญภรณ์ พจน์อริยะ, 2561) นอกจากนี้การนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูลทางการแพทย์ทั้งด้านการบริหาร การบริการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ช่วยให้ผู้บริหารขององค์กรสามารถนำข้อมูลมาใช้ตัดสินใจ วางแผนและควบคุมการดำเนินงานขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาองค์กรพยาบาลที่มีการใช้เทคโนโลยีและมีความเป็นดิจิทัล สอดคล้องกับการพัฒนากองทัพอากาศสู่การเป็นระบบราชการ 4.0 และกองทัพอากาศดิจิทัลที่มีความทันสมัย

4. ด้านนวัตกรรมและการพัฒนางานคุณภาพ จากนโยบายของประเทศไปสู่ประเทศไทย 4.0 ที่มุ่งขับเคลื่อนประเทศด้วยนวัตกรรม และนโยบายของกองทัพอากาศที่เน้นส่งเสริมให้บุคลากรมีขีดความสามารถในการทำวิจัย การพัฒนางานคุณภาพอย่างเต็มความสามารถและมีการใช้องค์ความรู้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรพยาบาลต้องกำหนดแนวทางและส่งเสริมให้มีการผลิตผลงานนวัตกรรมและการพัฒนางานคุณภาพอย่างชัดเจน องค์กรต้องมีทุนส่งเสริมหรืองบประมาณในการสร้างนวัตกรรมและผลงานวิจัยให้กับบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธพล

ห้องผลิต (2561) ได้กล่าวถึงองค์การควมมีงบประมาณสนับสนุนก็จะส่งเสริมการบริหารงานวิจัยขององค์กรได้อีกทั้งต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกกองทัพอากาศ รวมถึงการพัฒนาบุคลากรพยาบาลให้ได้รับการฝึกอบรมด้านนวัตกรรม และการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศมาใช้ ก็จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์การพยาบาลได้อย่างสำเร็จ (นิตยา วัฒนศักดิ์ศรี, 2562)

5. ด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ จากแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ องค์การพยาบาลต้องพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ยุคศตวรรษที่ 21 ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง องค์การพยาบาลต้องมีการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีทักษะทั้งทางวิชาการและทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ ทักษะการติดต่อสื่อสาร การทำงานเป็นทีมภาวะผู้นำ การแก้ปัญหาและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดสร้างสรรค์ ทักษะด้านมนุษยสัมพันธ์ ความยืดหยุ่น และทักษะการจูงใจ (ภารดี ขาวรินทร์ และคณะ, 2564) ซึ่งการพัฒนาทักษะดังกล่าวจะส่งผลให้มีบรรยากาศการทำงานแบบเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในงานบริการด้านสุขภาพ (Patel, 2021) และเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีดิจิทัล องค์การพยาบาลควรนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการจัดอบรมให้กับบุคลากรในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับบุคลากรในแต่ละช่วงวัย เช่น โปรแกรมออนไลน์ที่เป็นระบบจัดการเรียนการสอนที่มีความยืดหยุ่นสูง ช่วยให้ผู้เรียนเข้าถึงได้สะดวกที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (มัทนิน พงธิธนาภักดิ์, ชมสุภัค ครุฑกะ และดวงเดือน จันทรเจริญ, 2565) สำหรับในด้านการธำรงรักษาบุคลากรเป็นนโยบายสำคัญที่ผู้บริหาร

ต้องใช้กลยุทธ์สร้างแรงจูงใจโน้มน้าว และตอบสนองต่อความต้องการของพยาบาลจนเกิดความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร การสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงานได้แก่ เปิดโอกาสให้บุคลากรได้พัฒนางานในตำแหน่งที่ของตนเองโดยปรับสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว (Work life balance) ได้อย่างเหมาะสม ได้รับสวัสดิการที่เป็นธรรม เพียงพอและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน จะช่วยเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรได้ (วัชรพร ดวงแก้ว, ทองเหรียญ มูลชีพ, และอัญชลี ศรีสุตา, 2566)

6. ด้านสนับสนุนการจัดการศึกษา จากทิศทางการยุทธศาสตร์ของสภาการพยาบาล พ.ศ. 2565-2570 ในด้านการศึกษาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาความเป็นเลิศในการจัดการศึกษา (สภาการพยาบาล, 2565) ภายใต้ภารกิจขององค์การพยาบาล เป็นสถานพยาบาลที่รองรับพยาบาลวิชาชีพที่จบการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ และเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติให้กับนักศึกษาพยาบาลจากสถานศึกษาทั้งภายในและภายนอกกองทัพอากาศ องค์การพยาบาลควรร่วมพัฒนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อให้หลักสูตรมีความสอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการขององค์การพยาบาลได้ (National League for Nursing, 2016) และองค์การพยาบาลต้องพัฒนาศักยภาพของพยาบาลให้ทำหน้าที่พยาบาลที่เลี้ยงให้กับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่เลี้ยงถือเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล มีส่วนในการเอื้ออำนวย ส่งเสริมสนับสนุนจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้ มีผลต่อทักษะการปฏิบัติงานในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล (จันทนา โปรยเงิน และแสงจันทร์ สุนันตะ, 2561) และจากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ที่มุ่งเน้นสู่การเป็นศูนย์กลางความเป็นเลิศทางการแพทย์ ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ

ศูนย์รักษาโรคเรื้อรังและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จึงต้องมีการวางแผนการดำเนินการร่วมกับสถานศึกษา เพื่อสร้างความร่วมมือในการจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของโรงพยาบาล

7. ด้านการเตรียมพร้อมรับภารกิจด้านการแพทย์ทหาร สถานการณ์ฉุกเฉินและการบรรเทาสาธารณภัย ปัจจุบันประเทศไทยเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดจากภัยธรรมชาติและอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากสถิติสถานการณ์สาธารณสุขของประเทศไทย 3 ลำดับแรกคือ อัตราการเกิดอหิวาต์รัยละ 53.52 วัตรัยรัยละ 22.54 และอุทกภัยรัยละ .85 (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2567) องค์การพยาบาลต้องมีความพร้อมต่อการดำเนินการตามภารกิจด้านการแพทย์ของกองทัพอากาศ และสนับสนุนภารกิจของกองทัพอากาศด้านการช่วยเหลือประชาชนได้อย่างทันการณ์ การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความพร้อมต่อการปฏิบัติภารกิจจึงมีความสำคัญโดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกองทัพอากาศในการจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาให้พยาบาลทหารอากาศทุกคนมีความรู้และทักษะที่พร้อมจะปฏิบัติภารกิจด้านการแพทย์ทหาร รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถนะการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศให้กับพยาบาล ก็จะทำให้องค์การพยาบาลมีความพร้อม สามารถสนับสนุนด้านบุคลากรให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกองทัพอากาศ ได้แก่ ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ทหารอากาศ สถาบันเวชศาสตร์

การบิน ได้อย่างทันที่ตามที่ถูกร้องขอ รวมถึงการสนับสนุนการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ทันทีหากเกิดเหตุการณ์ไม่ปกติ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารองค์การพยาบาลสามารถนำข้อมูล ไปใช้ในการออกแบบระบบบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ และโรงพยาบาลในสังกัดกองทัพอื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 ผู้บริหารองค์การพยาบาล โรงพยาบาล สังกัดกองทัพอากาศ สามารถนำข้อมูลไปใช้ ในการวางแผนและกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารองค์การพยาบาล ในช่วงพุทธศักราช 2570-2574

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษารูปแบบของการพัฒนาองค์การพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกองทัพอากาศ ในช่วงพุทธศักราช 2570-2574

2.2 นำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปสร้างตัวชี้วัด เพื่อพัฒนาคุณภาพองค์การพยาบาลสู่ความเป็นเลิศ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุนสำหรับดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2567). สถิติสถานการณ์สาธารณภัยของประเทศไทย ประจำปี 2567. สืบค้น 30 พฤษภาคม 2567 จาก <https://dpmreporter.disaster.go.th/portal/disaster-statistics>

คชาภรณ์ พันผาย, และปริญญาภรณ์ พจน์อริยะ. (2561). การจัดการความรู้โดยใช้เทคโนโลยีเพื่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานบริษัทเอกชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (สารนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

จันทนา ไพรยเงิน, และแสงจันทร์ สุนันต์๊ะ. (2561). การพัฒนาศักยภาพการสอนสำหรับพยาบาลพี่เลี้ยงวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 38-43.

ณัฐวัชร จันทโรธรัตน์. (2562). ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์การสมัยใหม่. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี*, 7(2), 60-70.

นิตยา คล่องขยัน. (2566). การพัฒนารูปแบบบริการงานผู้ป่วยนอกด้วยกระบวนการ Smart Hospital โรงพยาบาลพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. สืบค้นจาก <https://bit.ly/3WKbIkF>

นิตยา ถนอมศักดิ์ศรี. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรมในองค์กรพยาบาลตามการรับรู้ของหัวหน้างานการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต) นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์บาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชา คนกาญจน์. (2564). ผู้นำและการจัดการทางการพยาบาลใหม่. *วารสารโรงพยาบาลลพบุรี*, 30(1), 15-23.

ภารดี ขาวนรินทร์ และคณะ. (2564). ซอฟต์แวร์ : ทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 9(1), 1-17.

มัทนิน พงธิธนาภัทร, ชมสุภัค ครุฑทะ, และดวงเดือน จันทร์เจริญ. (2565). โปรแกรมฝึกอบรมออนไลน์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางการบริหารของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นธุรกิจดูแลสุขภาพภาคเอกชน. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง ฉบับเทคโนโลยีการศึกษา*, 6(1), 15-25.

ยุทธพล ผ่องผลีศาล. (2561). การส่งเสริมประสิทธิภาพการบริหารงานวิจัยตามยุทธศาสตร์องค์กร: กรณีศึกษา คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 13(3), 1-11.

วัชรภาพร ดวงแก้ว, ทองเหรียญ มูลชีพ, และอัญชลี ศรีสุตา. (2566). การพัฒนากลยุทธ์การเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 31(1), 1-15.

วินุศาสตร์ เจริญชัย, นพคุณ คุณาชีวะ, บุศรา นิยมเวช, และสัญญา เคนาภูมิ. (2565). การสังเคราะห์องค์ประกอบองค์การสมรรถนะสูง. *Journal of Modern Learning Development*, 7(2), 438-454.

- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. (2565). *แผนกลยุทธ์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2565-2569*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- Johnson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2008). *Exploring Corporate Strategy* (8thEd). Essex: Pearson Education Limited.
- Linstone, H.A. & Turoff, M. (1975). *The Delphi method: Technique and application*. MA: Addison-Wesley.
- Macmillan, T.T. (1971). The delphi technique. Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED064302.pdf>
- National League for Nursing (NLN). (2016). *The NLN Nursing Education Research Priorities*. Retrieved from https://www.nln.org/docs/default-source/uploadedfiles/about/nln-vision-series-position-statements/a-vision-for-advancing-the-science.pdf?sfvrsn=9565a90d_0
- Patel, S. (2021). *Soft Skills for Health Care Staff: A Scoping Review*. Retrieved from <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/501945/Patel%20Shradhdhabahen.pdf?s>
- Thomas, J.P & Robert, H.W. (1982). *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. New York: Harper & Row.
- Thomas, H. (2007). An analysis of the environment and competitive dynamics of management education. *Journal of Management Development*, 26(1), 9-21.



ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19: การศึกษาโดยเทคนิคเดลฟาย

Leadership of Nursing Administrators in the Crisis of COVID-19: Delphi Technique

รินทร์ นามขยัน, พย.ม., Rin Namkhayan, M.N.S.^{1*}

ปานตา อภิรักษ์นภานนท์, ประด., Panta Apiruknapanond, Ph.D.²

สุวรรณา อนุสนันติ, ค.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

²อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, 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: khaunmon.rin1976@gmail.com

Received: March 16, 2024

Revised: May 1, 2024

Accepted: September 10, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 21 คน ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง โดยพิจารณาจากการตัดสินใจ ของผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามรูปแบบและคุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา การหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่า 1. ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย รูปแบบภาวะผู้นำตามสถานการณ์ ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำด้านสั่งการ จำนวน 7 ข้อ 2) ภาวะผู้นำด้านขยาคความคิด จำนวน 6 ข้อ 3) ภาวะผู้นำด้านมีส่วนร่วม จำนวน 6 ข้อ และ 4) ภาวะผู้นำด้านกระจายงาน จำนวน 7 ข้อ และ รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง จำนวน 6 ข้อ และ 2. คุณลักษณะผู้นำของบริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะผู้นำในตนเอง จำนวน 10 ข้อ 2) ภาวะผู้นำกระบวนการคิด จำนวน 9 ข้อ 3) ภาวะผู้นำที่มี

ความสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 10 ข้อ และ 4) ภาวะผู้นำด้านดิจิทัล จำนวน 7 ข้อ การศึกษานี้ให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการเตรียมบุคลากรเข้าสู่การปฏิบัติหน้าที่ และการเตรียมพร้อมเมื่อเผชิญสถานการณ์วิกฤต

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์, ภาวะวิกฤตโควิด 19, เทคนิคเดลฟาย

Abstract

This qualitative research used the Delphi technique. The purpose of the study is leadership styles and leadership characteristics of nursing administrators during the COVID-19 crisis situation. The samples were 21 experts who is administrator or manager on the pandemic COVID-19. Samples were selected by purposive sampling which consisted of 3 doctors providing care for COVID-19 patients, 2 heads of nursing in government hospitals, 3 nursing managers in private hospitals, 7 supervisors and head wards of government hospitals, and 6 supervisors and head wards of private hospitals. The research instruments consisted of a semi-structured interview form and a 5-level rating scales questionnaire on leadership styles and leadership characteristics of nursing administrators. Data were analyzed by content analysis method, median, and interquartile The research results found that: 1. Leadership styles of nursing administrators during the COVID-19 crisis consists of leadership according to the situation, including: 1) 7 items of directive leadership 2) 6 items of leadership selling ideas 3) 6 items of participatory leadership and 4) 7 items of distributed leadership and 6 items of transformational leadership. 2. Leadership characteristics of nursing administrators during the COVID-19 crisis consists of 4 areas: 1) 10 items of self-leadership 2) 9 items of thinking process leadership 3) 10 items of leadership in relationships with others, and 4) 7 items of digital leadership.

Keywords: Leadership of nursing administrators, COVID-19 crisis, Delphi technique

บทนำ

ในสถานการณ์ภาวะวิกฤตของโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบรุนแรงเป็นวงกว้าง ในทุกๆ ด้านทั้งต่อสังคม เศรษฐกิจ การเมือง โดยเฉพาะระบบสุขภาพ เนื่องด้วยเป็นโรคอุบัติใหม่ ยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องโรค การจัดการ และป้องกัน การระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่อง ต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย (ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี,

และภาสินี ไทอินทร์, 2564) โดยแพทย์ พยาบาล และ บุคลากรด้านสุขภาพเป็นด่านหน้าที่สำคัญในการต่อสู้กับโรคร้าย โดยพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ตลอดจนการคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรืออยู่ในข่ายน่าสงสัยว่าจะติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อ รวมถึงผู้ป่วยหนักที่ต้องช่วยกันดูแลรักษาอย่างสุดความสามารถในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต โดยในภาวะวิกฤต

ดังกล่าว ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์จะช่วยทำให้บุคลากรสามารถจัดการและรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง (Mollahadi, Nouri, & Moradian, 2021)

ผู้นำทางการแพทย์เป็นผู้ที่ต้องใช้การตัดสินใจที่เด็ดขาด รวดเร็วภายใต้ข้อมูลหลักฐานที่มี และปรับให้เข้ากับสถานการณ์และปัญหาใหม่ ๆ เพื่อความมั่นใจ ความน่าเชื่อถือและความปลอดภัย ของผู้ใช้บริการโดยปรับเปลี่ยนวิธีการในการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลวิถีใหม่ ทำให้รับรู้ประสบการณ์ที่ดีร่วมกันในช่วงการระบาด (Aquila, et al., 2020; Fletcher, Read, & D-Adderio, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wymer, Stucky, and De Jong (2021) ที่พบว่า ความเป็นผู้นำทางการแพทย์ประกอบไปด้วย ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะ ในภาวะวิกฤต ผู้นำพยาบาลต้องพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจบนข้อมูลที่ขัดแย้งสามารถระบุปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และตอบสนองต่อวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผสมผสาน ศีลธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย มีความยืดหยุ่น และความซื่อสัตย์ และงานวิจัยของ บุชริน สว่างเพชร, ฉัตรสมุน พดุมิภิญโญ, และวันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย (2566) พบว่า ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรีระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ภาวะผู้นำเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต ที่จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ในภาคส่วนต่างๆ สามารถจัดการรับมือกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

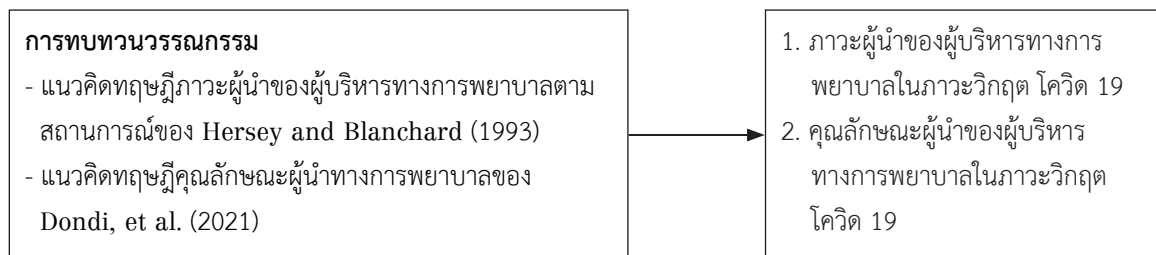
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลระดับหัวหน้าพยาบาล ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งจะทำให้การศึกษาจากประสบการณ์ของผู้บริหารสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้ได้ข้อมูลอันน่าเชื่อถือ และเป็นทางเลือกเพื่อใช้ในการบริหารจัดการ เตรียมการ และเสริมสร้างภาวะผู้นำทางการแพทย์พยาบาลให้มีเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยพร้อมกับรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในภาวะวิกฤตในอนาคตได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบและคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยได้สังเคราะห์และบูรณาการโดยใช้แนวคิดทฤษฎีภาวะผู้นำทางการแพทย์พยาบาลตามสถานการณ์ของ Hersey and Blanchard (1993) และคุณลักษณะผู้นำทางการแพทย์พยาบาลของ Dondi, Klier, Panier, & Schubert, (2021) ร่วมกับบูรณาการตามความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 โดยคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเจาะจง โดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยและร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 21 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2553) ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 แพทย์ที่ทำหน้าที่บริหารงานช่วงการเกิดวิกฤตระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติ เป็นแพทย์ผู้ทำหน้าที่บริหารงานดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 2 คน มีคุณสมบัติ เป็นหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐบาล และเป็นผู้บริหารจัดการในช่วงภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

กลุ่มที่ 3 พยาบาลวิชาชีพผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติ เป็นผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน และเป็นผู้บริหารจัดการในช่วงภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

กลุ่มที่ 4 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 7 คน

มีคุณสมบัติ เป็นหัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาล และเป็นผู้บริหารจัดการในช่วงภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

กลุ่มที่ 5 พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของเอกชน จำนวน 6 คน มีคุณสมบัติ เป็นผู้จัดการแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน และเป็นผู้บริหารจัดการในช่วงภาวะวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคเดลฟายประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ (รอบที่ 1) เป็นคำถามปลายเปิดใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) บูรณาการร่วมกับแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรม ได้รูปแบบผู้นำตามสถานการณ์ 4 ด้าน รูปแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลง 6 ข้อ และคุณลักษณะผู้นำทางการพยาบาล 4 ด้าน

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม (รอบที่ 2) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาสร้างเป็นข้อคำถามจำนวน 69 ข้อโดยจัดหมวดหมู่แต่ละด้านและเรียงลำดับความสำคัญ สร้างแบบสอบถาม ภาวะผู้นำของ

ผู้บริหารทางการแพทย์ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด19 ที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมประมาณค่าระดับความสำคัญในแต่ละข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม (รอบที่ 3) เป็นแบบสอบถามภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 68 ข้อคำถาม ที่เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุดจนถึงน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทบทวนคำตอบของตนเอง เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ และการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญครั้งที่ 2 และ 3 มีระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การศึกษาวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟายในครั้งนี้ผ่านกระบวนการศึกษาอย่างเป็นระบบด้วยความละเอียดในทุกขั้นตอน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และตรวจสอบความเที่ยงผ่านกระบวนการวิจัย ในขั้นตอนการกำหนดจำนวนของผู้เชี่ยวชาญ โดยค่าเฉลี่ยความคลาดเคลื่อนในการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญจะลดลงตามจำนวนที่เพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือกล่าวได้ว่า ค่าความเที่ยงตรงจะเพิ่มขึ้นและเข้าใกล้ .90 เมื่อมีผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 13 คน (น้ำผึ้ง มีศิล, 2559) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดจำนวน 21 คน ในแบบสอบถามปลายเปิดความตรงตามเนื้อหาที่ได้จากการตรวจสอบโดยตรงจากผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงมีการใช้เทคนิคการสรุปเนื้อหาระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูง ในส่วนความเที่ยงของเครื่องมือในการวิจัยนี้ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เพื่อที่จะตรวจสอบความเที่ยงของแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลง

คำตอบหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงคงเดิม แสดงว่ามีความเที่ยงสูง (ทศพร ศรีสัมพันธ์, 2553) ซึ่งผลการตรวจสอบในแต่ละรอบไม่พบการเปลี่ยนแปลงคำตอบ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 21 คนโดยมีการรวบรวมข้อมูล 3 รอบ มีรายละเอียด ดังนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

สัมภาษณ์ด้วยตนเองและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ขออนุญาตบันทึกเสียง และจัดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ ใช้คำถามตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแบบสัมภาษณ์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที หลังจากจบการสัมภาษณ์ ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลรอบต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่งแบบสอบถามชุดที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 21 คน พร้อมใส่ซอง แบนซองเปล่าจำหน่ายของถึงผู้วิจัยติดแสตมป์เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ พร้อมแจ้งกำหนดการวันขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ติดตามขอรับแบบสอบถามกลับคืนตามกำหนดเวลา ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 10-25 ตุลาคม 2566

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ส่งแบบสอบถามชุดที่ 2 แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมจำนวน 21 คน พร้อมใส่ซอง แบนซองเปล่าจำหน่ายของถึงผู้วิจัยติดแสตมป์ ให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ พร้อมแจ้งกำหนดการวันขอรับแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ติดตามขอรับ

แบบสอบถามกลับคืนตามกำหนดเวลา ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 5-20 พฤศจิกายน 2566

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 ถอดเทปการสัมภาษณ์หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ นำมาตรวจสอบเนื้อหาโดยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า เพื่อหาแนวทางการยืนยันความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลหรือสิ่งที่ค้นพบเป็นกลยุทธ์ที่ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง นำมาสรุปที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคนนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิด จากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาจนได้เนื้อหาครอบคลุมภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 2

1) การแปลความหมายค่ามัธยฐาน

การแปลความหมายค่าค่ามัธยฐาน (Median) แต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด พิจารณาได้ตามเกณฑ์นี้ (ทศพร ศรีสัมพันธ์, 2553) ค่ามัธยฐาน 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความสำคัญมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง มีระดับความสำคัญมาก 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความสำคัญ

ปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความสำคัญน้อย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความสำคัญน้อยที่สุด

2) การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อภาวะผู้นำผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ข้อความดังกล่าวมีความสอดคล้องกัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553)

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 จากการรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้ง เพื่อหาข้อสรุปภาวะของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยพิจารณาจากค่ามัธยฐานที่มีค่าตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไปจึงจะประเมินว่าภาวะผู้นำ ของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ด้านนั้นมีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) และพิจารณาคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่ายอมรับได้

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำเรื่องเสนอคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ เลขที่หนังสือรับรอง E. 035/256 วันที่ 28 พฤศจิกายน 2565 และจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสถาบันประสาทวิทยา เลขที่หนังสือรับรอง 66033 ในวันที่ 28 มิถุนายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แพทย์จำนวน 3 คน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 2 คน ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 คน หัวหน้างานและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐบาล จำนวน 7 คน และผู้จัดการแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 6 คน สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 12 คน และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 9 คน และวุฒิการศึกษา ระดับปริญญาเอก/เทียบเท่า จำนวน 3 คน ปริญญาโท จำนวน 8 คน และปริญญาตรี จำนวน 10 คน

2. รูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ ผู้นำตามสถานการณ์และผู้นำการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

2.1 รูปแบบผู้นำตามสถานการณ์ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

2.1.1 ด้านสั่งการ มีข้อรายการย่อยจำนวน 7 รายการ ดังนี้ 1) เน้นการใช้กฎระเบียบเพื่อให้ทำงานสำเร็จ 2) เน้นความสำคัญของการกำหนดเวลาทำงานต้องสำเร็จ และ 3) กำหนดระยะเวลาเพียงส่วนน้อยที่ใช้ในด้านการเสริมแรงผู้ใต้บังคับบัญชา 4) กำหนดขั้นตอนในการกำกับผู้ใต้บังคับบัญชาให้ทำงานอย่างมีระบบ 5) ควบคุมดูแลบัญชาการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด 6) สั่งงานอย่างเข้มงวดและเด็ดขาด และ 7) บอกลถึงความคาดหวังในผลงานของผู้ใต้บังคับบัญชาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ

2.1.2 ด้านขายความคิด มีข้อรายการย่อยจำนวน 6 รายการ ดังนี้ 1) อธิบายการตัดสินใจของตนแล้วให้โอกาสผู้ใต้บังคับบัญชาทำความเข้าใจในรายละเอียดของงาน 2) ชักจูงผู้ใต้บังคับบัญชาให้ทำตาม 3) ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือสนับสนุน

ผู้ใต้บังคับบัญชา 4) ช่วยเหลือผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย 5) ใช้เทคนิคการเสริมแรงต่อผู้ใต้บังคับบัญชา 6) สนับสนุนอำนวยความสะดวกในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา

2.1.3 ด้านมีส่วนร่วม มีข้อรายการย่อยจำนวน 6 รายการ ดังนี้ 1) สนใจรับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของผู้ใต้บังคับบัญชา 2) รับฟังอุปสรรคปัญหาการทำงานจากผู้ใต้บังคับบัญชา 3) ให้ความสำคัญและความเป็นกันเองแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา 4) ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชาในการทำงาน 5) เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาแสดงความคิดเห็น และ 6) ส่งเสริมสนับสนุนผู้ใต้บังคับบัญชามีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน

2.1.4 ด้านกระจายงาน มีข้อรายการย่อยจำนวน 7 รายการ ดังนี้ 1) ไว้ว่างใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการปฏิบัติงาน 2) เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการปฏิบัติงาน และ 3) เชื่อว่าผู้ใต้บังคับบัญชาสามารถทำงานได้โดยไม่ต้องควบคุม 4) กระจายอำนาจให้ผู้ใต้บังคับบัญชามีอิสระในการปฏิบัติงาน 5) มอบอำนาจและการตัดสินใจให้ผู้ใต้บังคับบัญชาในขอบเขตความรับผิดชอบ 6) ยอมรับและยกย่องชมเชยผู้ใต้บังคับบัญชาที่ปฏิบัติงานได้บรรลุตามเป้าหมาย และ 7) ช่วยเหลือส่งเสริมผู้ใต้บังคับบัญชาในการปฏิบัติหน้าที่

2.2 รูปแบบผู้นำการเปลี่ยนแปลง มีข้อรายการย่อยจำนวน 6 รายการ ดังนี้ 1) เห็นความสำคัญในการมีวิสัยทัศน์ 2) สามารถกำหนดนโยบายกลยุทธ์ที่ชัดเจนและแหลมคม 3) สามารถแสดงออก บุคลิกภาพความสามารถที่โดดเด่น 4) เลือกใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย 5) ใช้วิธีใหม่ ๆ ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) ใช้วิธีใหม่ ๆ ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาล ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย 4 ด้าน 36 ข้อรายการย่อย ดังนี้

3.1 ด้านนำตนเอง มีข้อรายการย่อยจำนวน 10 รายการ ดังนี้ 1) เข้าใจอารมณ์ตนเองและสิ่งที่มากระตุ้น 2) รู้จุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง 3) ควบคุมตนเองได้ 4) เชื่อมั่นในตนเอง ยึดหลักคุณธรรม/จริยธรรม 5) สร้างแรงบันดาลใจให้กับตนเอง 6) พร้อมปฏิบัติงานที่ท้าทายเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 7) สร้างนวัตกรรมในการทำงาน 8) มุ่งมั่นอดทนเพื่อความสำเร็จ 9) ปรับตัวในสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน และ 10) พัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง

3.2 ด้านกระบวนการความคิด มีข้อรายการย่อยจำนวน 9 รายการ ดังนี้ 1) ทักษะด้านการคิดแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลอย่างมีวิจารณ์ญาณ 2) ทักษะด้านกระบวนการคิดเชิงตรรกะในการทำงาน 3) ทักษะการคิดสร้างสรรค์ จินตนาการและประยุกต์ใช้ในการทำงาน 4) ทักษะการประยุกต์ใช้ความรู้ในสถานการณ์ต่าง ๆ 5) มีมุมมองที่หลากหลาย สามารถปรับตัวได้ 6) สามารถพัฒนาแผนงาน การบริหารเวลาและลำดับความสำคัญ 7) ทักษะในการคิดแนวใหม่ เพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ 8) ทักษะในการเล่าเรื่องและการพูดในที่ชุมชน และ 9) ทักษะในการฟังอย่างตั้งใจ

3.3 ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีข้อรายการย่อยจำนวน 10 รายการ ดังนี้ 1) สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ปฏิบัติสู่เป้าหมายที่วางไว้ 2) ทักษะการนำเสนอวิสัยทัศน์สู่การปฏิบัติ 3) ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการทำงานเป็นทีม 4) เคารพสิทธิผู้มีส่วนร่วมในการทำงาน 5) สร้างสรรค์นวัตกรรมการพัฒนาทีมงาน 6) เป็นแบบอย่างที่ดี 7) ทักษะการแก้ไขความขัดแย้ง 8) สร้างความร่วมมือร่วมใจ 9) การสอนให้ความรู้ คำแนะนำ และ 10) การมอบอำนาจให้บุคคลตรงกับงาน

3.4 ด้านดิจิทัล มีข้อรายการย่อยจำนวน 7 รายการ ดังนี้ 1) มีความเข้าใจพื้นฐานในเรื่องดิจิทัล 2) มีการเรียนรู้แบบดิจิทัล 3) มีความรอบรู้กฎหมาย

จริยธรรมในการใช้ดิจิทัล 4) มีทักษะการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ 5) มีความเข้าใจการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถิติ 6) ความเข้าใจเรื่องความปลอดภัยของข้อมูล และ 7) นำเทคโนโลยีมาปฏิบัติใช้ให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมาย

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย เรื่อง ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลภาวะวิกฤตในสถานการณ์โควิด 19: การศึกษาโดยเทคนิคเดลฟาย

1. รูปแบบภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย

1.1 รูปแบบภาวะผู้นำตามสถานการณ์ ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้อง ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำด้านสั่งการ 2) ภาวะผู้นำด้านขายความคิด 3) ภาวะผู้นำด้านมีส่วนร่วม 4) ภาวะผู้นำด้านกระจายงาน อภิปรายได้ว่า ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (WHO, 2019) นำมาซึ่งปัญหาที่สืบเนื่องในมิติต่าง ๆ นโยบายหรือมาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาล ลักษณะของโรคติดเชื้อโควิด 19 การแพร่ระบาดของโรค แนวทางการป้องกันการแพร่ระบาด และการติดเชื้อ การดูแลผู้ติดเชื้อ การจัดการผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ การแก้ไขผลกระทบที่เกี่ยวข้องอย่างหลากหลาย ผู้นำทางการพยาบาลเป็นกลุ่มที่มีหน้าที่โดยตรงกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ดังนั้น ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 จำเป็นต้องใช้รูปแบบภาวะผู้นำหลายๆด้านร่วมกัน จะใช้อย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ เนื่องจากการระบาดเป็นเหตุการณ์ที่เร่งด่วน รุนแรง จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ภาวะผู้นำสั่งการมีความสำคัญมากในช่วงการเกิด

ภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 เพื่อให้ทันเหตุการณ์ การเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา ดังนั้นตัวผู้นำจึงต้องเป็นผู้มีความกล้าหาญในการตัดสินใจ มีความเด็ดขาดในการสั่งการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยะ เทพา (2564) พบว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่สังคมไทยต้องเผชิญในครั้งนี้นักกลุ่มผู้นำทางการเมืองทุกระดับที่มีหน้าที่โดยตรงในการแก้ไขปัญหาของประเทศจะต้องมีภาวะความเป็นผู้นำที่สูง นั่นคือสร้างศรัทธา กล้าหาญ ทนเวลา หาความรู้ และอดทน เพื่อให้สามารถนำพาประเทศหลุดพ้นจากวิกฤตการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค ซึ่งภาวะผู้นำทางการเมืองที่พึงประสงค์ ได้แก่ เป็นผู้มีพลังกายและพลังจิตที่เข้มแข็ง รู้จุดมุ่งหมายและแนวทางที่จะนำประเทศ มีความกระตือรือร้น มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น หรือมีความเป็นมิตรและมีความรัก มีบุคลิกความน่าเชื่อถือ หรือมีลักษณะความเป็นผู้นำ มีความกล้าหาญในการตัดสินใจ สร้างศรัทธาและความเชื่อมั่น มีทักษะในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al. (2020) ได้ศึกษากลยุทธ์การจัดการภาวะฉุกเฉินขององค์กรพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในโรงพยาบาลจังหวัด Zhejiang ประเทศจีน พบว่า ผู้บริหารทางการแพทย์มีการจัดตั้งกลุ่มพิเศษเฉพาะขึ้นเพื่อรับผิดชอบควบคุมงานในด้านต่าง ๆ มีทั้งหมด 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 รับผิดชอบด้านการฝึกอบรมให้บุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ กลุ่มที่ 2 ดูแลกำกับในการปฏิบัติงาน กลุ่มที่ 3 สนับสนุนและช่วยเหลือทางจิตใจแก่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากร กลุ่มที่ 4 สนับสนุนทางโลจิสติกส์เพื่อควบคุมกำกับการใช้อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และกลุ่มที่ 5 รายงานและการเผยแพร่ข้อมูลให้หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกได้รับทราบ

1.2 รูปแบบภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของผู้บริหารทางการแพทย์ในภาวะวิกฤตโควิด 19 พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน และมี

ข้อรายการย่อยที่สำคัญได้แก่ 1) เห็นความสำคัญในการมีวิสัยทัศน์ 2) สามารถกำหนดนโยบายกลยุทธ์ที่ชัดเจนและแหลมคม 3) สามารถแสดงออก บุคลิกภาพความสามารถที่โดดเด่น 4) เลือกใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย 5) ใช้วิธีใหม่ๆ ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 6) มีอำนาจแห่งความเชี่ยวชาญ อภิปรายได้ว่า ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้นำต้องมีทักษะความรู้ และเชี่ยวชาญ ชำนาญในงานที่ตัวเองทำ โดยต้องพัฒนาทักษะและคุณลักษณะการเป็นผู้นำ การเปลี่ยนแปลง และยกระดับศักยภาพตนเอง ทั้งด้านวิสัยทัศน์ การสื่อสาร การพัฒนาบุคลากร และความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการรับมือกับความท้าทายใหม่ ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง แสวงหาโอกาสจากสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรขององค์กรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม พร้อมทั้งสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้งด้วยวิธีการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกชกร เนียมท่าเสา และสมชาย เทพแสง (2566) ได้ศึกษาภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 พบว่า เป็นภาวะผู้นำที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงบุคลากรในองค์กรและสร้างวัฒนธรรมองค์กรใหม่ ด้วยคุณลักษณะภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านวิสัยทัศน์ ด้านการวางแผนกลยุทธ์ ด้านการสื่อสาร ด้านการสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากร และด้านการทำงานเป็นทีม เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบบูรณาการการทำงานในมิติต่าง ๆ ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร และกระตุ้นบุคลากรทุกฝ่ายให้มีส่วนร่วมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงองค์กรไปพร้อมกัน ท่ามกลางสภาพแวดล้อมการแข่งขันและสภาวะวิกฤตต่าง ๆ ที่องค์กรกำลังเผชิญในศตวรรษที่ 21 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Alzoubi & Jaafar (2020) ได้ศึกษาภาวะผู้นำใน

การเปลี่ยนแปลงในองค์กรธุรกิจเอกชน พบว่า ภาวะผู้นำ การเปลี่ยนแปลง มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะวิกฤต มากกว่าภาวะผู้นำแบบอื่น

2. คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วย ข้อรายการย่อยดังนี้ 1) ผู้นำด้านตนเอง 2) ด้านกระบวนการ ความคิด 3) ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น และ 4) ด้านดิจิทัล อภิปรายได้ว่า คุณลักษณะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ ในภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดโรคติดเชื้อโควิด 19 เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ระบบสาธารณสุข ทั่วโลกต้องเผชิญกับการเกิดการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และปัญหาที่ท้าทายใหม่ ๆ มากมาย บทบาทของผู้นำทางการแพทย์ทวีความซับซ้อน และเพิ่มพูนความสำคัญ ยิ่งขึ้น สำหรับผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ ในอนาคตไม่เพียงแต่มีคุณลักษณะทั่วไปแล้วต้องมี ทักษะและสมรรถนะใหม่เพิ่มขึ้นและมีการปรับเปลี่ยน ตลอดเวลา สังคมคาดหวังให้ผู้นำทางการแพทย์ สามารถจัดการให้เกิดความเป็นเลิศ คาดการณ์ได้ถึง สิ่งเกิดขึ้นล่วงหน้า เตรียมตัวเสริมสร้างทักษะรับมือกับ ความเปลี่ยนแปลง มีความคิดสร้างสรรค์ เพื่อเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงทุกด้าน ได้แก่ ผู้นำในตนเอง ผู้นำทาง การพยาบาลรู้จักบทบาทตนเอง และมีความสามารถ ในการนำตนเอง เมื่อได้รับการพัฒนาจะเกิดผลดี ต่อตนเองและส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน จึงต้องสร้างให้เกิดการพัฒนาบุคลากรให้เป็นผู้นำที่มี ภาวะผู้นำในตนเอง ในส่วนผู้นำกระบวนการความคิด คือ ผู้นำทางการแพทย์ ต้องคิดอย่างมีวิจารณญาณ คิดอย่างมีตรรก การวางแผนการทำงาน การบริหาร จัดการบุคลากร งาน และเวลา รวมถึงการสื่อสาร การฟัง อย่างตั้งใจ การตั้งถามคำถามที่ถูกต้อง และการเล่า เรื่องราวให้น่าสนใจ ความคิดสร้างสรรค์ ความสามารถในการแปลงความรู้ให้เหมาะกับสถานการณ์ การปรับตัว

และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ผู้นำความสัมพันธ์กับผู้อื่น คือ ผู้นำทางการแพทย์มีความสามารถในการเป็นต้นแบบ ความสามารถในการเจรจาต่อรอง การแสดงออกวิสัยทัศน์ สามารถสื่อถึงเป้าหมายขององค์กรโน้มน้าวและชักจูง ผู้อื่นให้เห็น ความสำคัญของเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานการศึกษาของ เพ็ญศิริ อัทธวงศ์ และประณีต ส่งวัฒนา (2566) พบว่าโครงสร้างของการ บริหารจัดการมีลักษณะของกระบวนการแบบมีส่วนร่วม และความสัมพันธ์กับผู้อื่นในทีม สำหรับคุณลักษณะผู้นำ ด้านดิจิทัล คือ ผู้นำทางการแพทย์ ต้องมีความรู้ความ เข้าใจในเรื่องแสวงหาข้อมูลจากเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการสื่อสาร ความรู้เทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน มีความ เข้าใจการใช้ซอฟต์แวร์พื้นฐานเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และนำผลการวิจัยมาใช้ในการบริการทางการแพทย์ เข้าใจระบบการสื่อสาร เทคโนโลยี AI Metaverse การใช้ เทคโนโลยีทดแทนสิ่งใหม่ ๆ ที่จะเกิดขึ้นและทดแทน การทำงานแบบดั้งเดิม ใช้หุ่นยนต์ทดแทนในอนาคต ซึ่งในสถานการณ์การระบาดใหญ่ได้นำหุ่นยนต์มาใช้ เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วย เช่น หุ่นยนต์ ทำความสะอาด บริการอาหาร เนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ลักษณะประชากร และการ เกิดวิกฤตของโรคอุบัติใหม่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Fletcher, Read, and D-Adderio, (2023) พบว่า ผู้นำพยาบาลในช่วงวิกฤตโควิด 19 ควรรู้จักนำเครื่องมือ และความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้งาน ริเริ่มใช้ แพลตฟอร์มในการสร้างความสามารถด้านดิจิทัลใน อนาคต ผู้นำทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องเป็นผู้นำ ด้านดิจิทัลทางคลินิก เพื่อขับเคลื่อนการนำนวัตกรรม ดิจิทัลมาใช้ทั้งระบบ ที่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Iordanoglou (2018) ศึกษาภาวะผู้นำจากทั่วยุโรปและ อเมริกา ภาวะผู้นำที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนาผู้นำ ในอนาคต และสามารถรวบรวมได้ โดยแบ่งออกเป็น ภาวะผู้นำที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการตนเอง

2) ด้านการปรับตัว 3) ด้านการสร้างควมน่าไว้วางใจ และ
4) ด้านการสื่อสารอย่างมีความหมาย และสอดคล้องกับ
การศึกษาของอำพรพรรณ กังวานพณิษฐ์ และสุเมธ งามนก
(2566) ได้ศึกษาภาวะผู้นำในยุค Next normal พบว่า
ผู้นำยุค Next Normal ต่างก็ต้องเรียนรู้และนำมา
ประยุกต์ใช้ให้เท่าทันกับโลกในยุคอนาคต ซึ่งเทคโนโลยี
เสมือนจริงจะเข้ามามีบทบาทในยุคอนาคตเป็นอย่างมาก
จึงต้องมีการเลือกใช้เทคโนโลยีที่สามารถนำมารองรับที่
เหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารควรนำผลการศึกษาดังนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนพัฒนาคุณลักษณะของ
ผู้นำด้านดิจิทัล เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือ
กับภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

1.2 ด้านหัวหน้างานหรือผู้ปวยจะสามารถ
นำข้อมูลจากงานวิจัยตนเอง ทักษะและคุณลักษณะ
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง และยกระดับศักยภาพ
ตนเอง ทั้งด้านวิสัยทัศน์ การสื่อสาร การพัฒนาบุคลากร
และความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ เพื่อเตรียม
พร้อมสำหรับการรับมือกับความท้าทายใหม่ ท่ามกลาง
สภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์
ปัจจุบัน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษากลุ่มประกอบต่าง ๆ ของ
ภาวะผู้นำของผู้บริหารทางการแพทย์ในภาวะวิกฤต
การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่ได้รับการศึกษาโดย
เทคนิคเดลฟายในครั้งนี้ ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณใน
หัวข้อ “การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของภาวะ
ผู้นำทางการแพทย์ในภาวะวิกฤต”

เอกสารอ้างอิง

- กชกร เนียมท่าเลา, และสมชาย เทพแสง. (2566).
ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21.
วารสารบริหารการศึกษา มคอ, 20(38), 39-50.
ไชยะ เทพา. (2564). ภาวะผู้นำทางการเมืองในยุคโควิด 19.
วารสารวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์,
4(3), 1027-1044.
ทศพร ศรีสัมพันธ์ (2553) เทคนิควิธีการวิเคราะห์
นโยบาย. หน้า 74-86. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
น้ำผึ้ง มีศิลป์. (2559). การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย : การ
หลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง. วารสารวิชาการ
Veridian E-Journal, Silpakorn University,
9(1), 1256-1267.
บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัย
ทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:
ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
บุษริน สว่างเพชร, ฉัตรสมน พงศ์ภิญโญ, และวันวิสาข์
ศรีสุเมธชัย. (2566). ภาวะผู้นำกับผลการปฏิบัติ
งานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
แห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรี ระหว่างการระบาด
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสาร
กฎหมายและนโยบายสาธารณสุข, 9(3), 388-
400.
เพ็ญศิริ อัดถาวงศ์, และประณีต ส่งวัฒนา. (2566).
การถอดบทเรียนความสำเร็จของพยาบาลผู้นำ
ในการบริหารจัดการบริการฉีดวัคซีนโควิด 19
แบบเบ็ดเสร็จ: กรณีศึกษาศูนย์ฉีดวัคซีนสงขลา.
วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์,
15(1), 234-249.

- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี, และภาสินี โทอินทร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID 19. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(1), 53-61.
- อำพรพรรณ กังวานพนิชย์, และสุเมธ งามกนก. (2566). ภาวะผู้นำในยุค Next normal: นวัตกรรมและเทคโนโลยีในยุคอนาคตทางการศึกษา. *วารสารสมาคมพัฒนาวิชาการบริหารการศึกษากแห่งประเทศไทย*, 5(2), 37-51.
- Alzoubi, R. H. M., & Jaaffar, A. H. (2020). Leadership styles, crisis management, and hotel performance: A conceptual perspective of the Jordanian hotel industry. *Journal of Critical Reviews*, 7(10), 556-562.
- Aquilia, A., Grimley, K., Jacobs, B., Kosturko, M., Mansfield, J., Mathers, C., ... & Niederhauser, V. (2020). Nursing leadership during COVID-19: Enhancing patient, family and workforce experience. *Patient Experience Journal*, 7(2), 136-143.
- Dondi, M., Klier, J., Panier, F., & Schubert, J. (2021). Defining the skills citizens will need in the future world of work. *McKinsey & Company*. Retrived from <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/public%20and%20social%20sector/our%20insights/defining%20the%20skills%20citizens%20will%20need%20in%20the%20future%20world%20of%20work/defining-the-skills-citizens-will-need-in-the-future-of-work-final.pdf>
- 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. doi: 10.1177/23779608231160465
- Hersey, P. (1993). *Management of organizational behavior : Utilizing human resources*. (6th ed). Englgewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Iordanoglou, D. (2018). Future trends in leadership development practices and the crucial leadership skills. *Journal of leadership, Accountability and Ethics*, 15(2), 118-129.

- Mollahadi, M., Nouri, J. M., & Moradian, S. T. (2021). Role model nursing leaders in COVID-19 crisis. *BMJ Leader*, 5(4), 258-263.
- Wang, C., & Zhao, H. (2020). The impact of COVID-19 on anxiety in Chinese university students. *Psychological Distress among University Students*, 11, doi: 10.3389/fpsyg.2020.01168
- World Health Organization . (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Switzerland: WHO,.
- Wymer, J. A., Stucky, C. H., & De Jong, M. J. (2021). Nursing leadership and COVID-19: Defining the shadows and leading ahead of the data. *Nurse Leader*, 19(5), 483-488.



ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจ
ฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

**The Effect of the Program to Develop the Skills Among
Registered Nurses and Emergency Medical Officers in the Patient
Screening Section in the Outpatient Department and the
Emergency Department at Mae Tang Hospital, Chiang Mai Province**

จิระนันท์ เขียวศรี, พย.บ., Jiranun Kheowsri, B.N.S¹

พรพรรณ มนัสจกุล, ประ.ด., Pornpun Manasatchakun, Ph.D.^{2*}

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลแม่แตง

¹Registered Nurse, Professional Level, Mae Taeng Hospital

²อาจารย์ ดร., วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Lecturer, Ph.D., Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author Email: pornpun@bcnc.ac.th

Received: May 4, 2024

Revised: July 10, 2024

Accepted: August 10, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อศึกษาผลลัพธ์ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ และเพื่อประเมินความพึงพอใจการใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงเป็นผู้ปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย โรงพยาบาลแม่แตง จำนวน 21 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินจำนวน 3 คน เครื่องมือในการทดลองได้แก่โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วย ประกอบด้วย การฝึกอบรม การสอนงานร่วมกับฝึกปฏิบัติคัดแยกผู้ป่วย เครื่องมือประเมินผลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกการสังเกตทักษะปฏิบัติ แบบประเมินความพึงพอใจ และแบบบันทึกผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย เครื่องมือวิจัยมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00

ค่าความเชื่อมั่นแบบประมิน ความรู้ =.85 แบบสังเกตทักษะ =.84 และแบบประเมินความพึงพอใจ =.96 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}$ =12.61, SD=3.20 vs $\bar{X}$ =17.76, SD=2.41, t =-6.162, p <.001) และทักษะคัดแยกประเภทผู้ป่วย ($\bar{X}$ =9.19, SD=2.44 vs $\bar{X}$ =11.00, SD=21.67, t =-8.047, p <.001) หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ 12.2% สูงกว่าเกณฑ์ 4.3% คัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง 16.5% โดยเป็นจำนวนที่ลดลงและไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดทรมองตรวจ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.57, SD=.51) โปรแกรมฯ ช่วยพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างทันเวลาเหมาะสม และถูกต้อง ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดทรมองตรวจ และเกิดผลดีต่อคุณภาพบริการ

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาทักษะ การคัดแยกผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน

Abstract

This one-group pretest-posttest design aimed to compare the knowledge and patient triage skills among registered nurses and emergency medical officers in the patient screening section before and after implementing the triage skills development program. The purpose of this study included evaluating the accuracy of the patient sorting and a satisfaction evaluation. The sample was selected purposively and included 21 healthcare workers from Mae Taeng Hospital's accident and emergency department and outpatient department who work at the patient screening sites, including 18 registered nurses and three emergency medical officers. The experimental instrument was the triage skill development program, which included coaching and the practice of triage skills. The questionnaires for demographics, knowledge, triage skill observation record, satisfaction with the triage skill development program, and the results records were among the data collection tools. It was found that the research instrument has a consistency index between .67-1.00, reliability for the knowledge assessment tool =.85, the skill observation instrument =.84, and the satisfaction assessment tool =.96. Descriptive statistics and paired t-test statistics were used to analyze the data. Regarding the implementation of the program into practice, it was found that the mean triage knowledge scores ($\bar{X}$ =12.61, SD=3.20 vs $\bar{X}$ =17.76, SD=2.41, t =-6.162, p <.001) and the mean triage skill scores ($\bar{X}$ =9.19, SD=2.44 vs $\bar{X}$ =11.00, SD=21.67, t =-8.047, p <.001) were much higher than before. There was a decrease in the rates of over-triage and under-triage. The percentage of patients who were incorrectly triaged and not discovered to be worse off was declining. Satisfaction was at the highest level ($\bar{X}$ =4.57, SD=.51). Patient triage skills are developed

through this program. This program will ensure that patients receive services that are timely, appropriate, and accurate, and also help reduce patient risk, which creates quality and improved service results.

Keywords: skills development program, patient triage, outpatient department and emergency room

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอก (Outpatient department: OPD) และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Emergency department: ER) เป็นหน่วยงานที่สำคัญและเป็นด่านแรกของโรงพยาบาลในการประเมินอาการผู้ป่วย คัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจในแผนกต่าง ๆ หรือส่งต่อผู้ป่วย (เทพรัตน์ เทศประสิทธิ์, 2564) การใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH Emergency Department (ED) Triage ทำให้การคัดแยกประเภทผู้ป่วยถูกต้องแม่นยำมากขึ้น (รัฐพงษ์ บุรีวงศ์, 2561) อย่างไรก็ตามหากการประเมินความรุนแรงต่ำกว่าความจริง (Under triage) (สุสันต์ บุญยรัตน์, 2564) จะทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นจากการที่ผู้ป่วยต้องรอตรวจเป็นเวลานาน และการประเมินความรุนแรงมากกว่าความเป็นจริง (Over triage) จะทำให้เกิดการแย่งใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากกว่า เพราะฉะนั้นการคัดแยกผู้ป่วยจึงต้องการความถูกต้องและรวดเร็ว (สุสันต์ บุญยรัตน์, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการคัดแยกผู้ป่วยที่ผิดพลาดเกิดจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ความรู้ ทักษะ และประสิทธิภาพการทำงานของพยาบาลผู้คัดแยกผู้ป่วยและความเร่งรีบในการคัดแยกผู้ป่วย (ญวนใจ มุกกลาง, 2567) เช่นเดียวกับข้อค้นพบเกี่ยวกับความรู้และประสิทธิภาพที่แตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพการคัดแยกผู้ป่วย (พิมพา วีระคำ, ศักคนันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, และพิชญุตม์ ภิญโญ, 2562) ดังนั้นการมีระบบคัดแยก

ผู้ป่วยที่มีความละเอียดเที่ยงตรงและมีการป้องกันให้เกิดความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด จะช่วยให้พยาบาลสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ถูกต้องตามความเร่งด่วนสามารถส่งผู้ป่วยไปยังพื้นที่รักษาที่มีความเหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ลดความล่าช้าในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง ลดค่าใช้จ่าย ลดทรัพยากรขององค์กรที่ต้องนำมาใช้เกินความจำเป็น ลดอัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดแยก ลดระยะเวลานอนโรงพยาบาล และลดความแออัดในพื้นที่การรักษาได้ (ญวนใจ มุกกลาง, 2567)

โรงพยาบาลแม่แตง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางให้บริการ 60 เตียง จากข้อมูลของโรงพยาบาลพบว่า มีจำนวนผู้รับบริการที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 31,845 ราย 32,589 ราย 34,917 ราย ตามลำดับ พบอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้องเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 พบอุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตจำนวน 1 ราย 1 ราย 2 ราย ตามลำดับ โรงพยาบาลแม่แตงใช้แนวทางการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ที่พัฒนาโดยทีมคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก อ้างอิงมาจาก MOPH ED (รัฐพงษ์ บุรีวงศ์, 2561) แต่ยังไม่พบมีการคัดแยกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง คัดแยกผู้ป่วยผิดพลาด และปัจจุบันกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแม่แตง

ประสบปัญหาอัตราากำลังที่ไม่เพียงพอ จึงได้จัดอัตรา กำลังร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกและ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน กำหนดให้มีการหมุนอัตรากำลัง เจ้าหน้าที่ของทั้ง 2 แผนกหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ประจำจุดคัดกรองของโรงพยาบาลนอกเหนือจากการ ปฏิบัติหน้าที่ ณ แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยการปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดกรองจะประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน ซึ่งเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินเป็นผู้ที่สำเร็จการศึกษา และได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงในสาขาปฏิบัติ การฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่ดังกล่าวมีหน้าที่คัดแยก ประเภผู้ป่วย ณ จุดคัดกรองภายใต้ความดูแล/กำกับติดตาม ของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จากการทบทวน ความเสี่ยงเรื่องการคัดแยกประเภผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องพบประเด็น ผู้คัดแยกผู้ป่วยมีความเข้าใจไม่ตรงกัน/คลาดเคลื่อน ขาดการสื่อสารส่งต่อ การสอนงานยังไม่มีระบบทักษะ ในการคัดแยกประเภผู้ป่วยไม่เพียงพอ ซึ่งสาเหตุดังกล่าว อาจส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษาภาวะฉุกเฉิน หรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย

การสอนงานเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้า หอผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารระดับต้น การสอนงานที่มี ประสิทธิภาพ ผู้ถูกสอนงานจะนำความรู้ไปใช้ได้ อย่างถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการออกแบบหรือเลือกใช้ รูปแบบการสอนงานที่เหมาะสม (อภินันท์ นันทสุภวัฒน์, 2560) การสอนงานส่งผลให้การปฏิบัติงานและสัมพันธภาพ ระหว่างทีมการพยาบาลดีขึ้น (สมลา พรหมมา, 2559) การสอนงานอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจ ในการทำงาน (กฤตยา แดงสุวรรณ, ขวัญพร ฟองสุวรรณ, และกฤษณี กมลมาตยกุล, 2558) นอกจากนั้นยังช่วยกระตุ้น ให้เกิดการปรับทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงาน โดยการเสริมสร้างองค์ความรู้ กระตุ้นความเข้าใจ

ฝึกฝนทักษะและปรับเปลี่ยนทัศนคติ (สำนักงาน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2558) ช่วยให้ คนในองค์กรมีการเรียนรู้ ช่วยให้สามารถปรับความสมดุล ระหว่างการทำงานและการเรียนรู้ (Canadian Nurses Association, 2004) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมงาน ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้อย่างทั่วถึงให้แก่ บุคลากร (Donner, Conseil international des infirmières, & Wheeler, 2009)

จากความสำคัญของการคัดแยกผู้ป่วยและ การสอนงาน รวมทั้งผู้ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยกผู้ป่วย จำเป็นที่ต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสม แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาศักยภาพ ของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ในการจำแนกผู้ป่วยยังพบได้น้อยโดยเฉพาะการนำ กระบวนการสอนงานมาประยุกต์ใช้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมี ความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะพยาบาล วิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินในประเด็น ดังกล่าวซึ่งเป็นการศึกษาในจุดคัดกรองผู้ป่วยที่มีการรวม ผู้ปฏิบัติงานทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน โดยเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความชำนาญใน การคัดแยกแยกประเภผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมให้สร้าง ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ลดความเสี่ยงที่อาจส่งผล ต่อความปลอดภัยและภาวะคุกคามร้ายแรงที่อาจส่งผล ต่อชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการดูแล เบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดข้อร้องเรียน เรื่องการบริการ ก่อให้เกิดผลดีต่อคุณภาพบริการและต่อ องค์กร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการคัดแยก ประเภผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงาน เวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ความถูกต้องในการแยกประเภทผู้ป่วย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมฯ

สมมติฐานการวิจัย

1. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยมีความรู้ในการคัดแยกผู้ป่วย หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. พยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยมีทักษะการคัดแยกผู้ป่วย หลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
3. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างสามารถแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเพิ่มขึ้น
4. กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

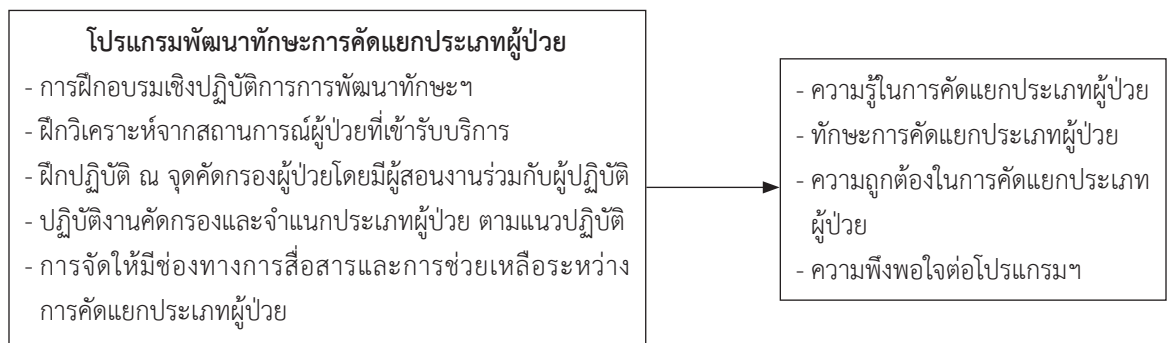
งานวิจัยนี้ได้นำหลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยตามแนวทาง MOPH ED. Triage ร่วมกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งต้องมีการตรวจคัดกรองผู้รับบริการด้วยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการเข้ารับบริการ (รัฐพงษ์ บุรีวงศ์, 2561) รวมทั้งได้นำการสอนงาน (Donner et al., 2009) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมฯ ซึ่งผู้สอนงานจะให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด มอบหมายให้ลงมือปฏิบัติงานพร้อมการฝึก และสะท้อนจุดที่ต้องพัฒนาในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยการศึกษานี้มีรายละเอียดตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ตัวแปรตาม คือ ความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ (ดังแผนภาพที่ 1)

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (A one-group pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรอง โรงพยาบาลแม่แตงซึ่งเป็นจำนวนผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด มีจำนวนรวม 21 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จำนวน 12 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉินประจำหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินจำนวน 3 คน เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน 2) มีประสบการณ์การทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป 4) ปฏิบัติงานประจำที่แผนกผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและได้ปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย 5) ไม่อยู่ในระหว่างลาศึกษาต่อ ลาคลอด หรือลาพักผ่อน 6) ไม่มีปัญหาสุขภาพ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอนการศึกษา 2) มีปัญหาสุขภาพทางกายและทางจิต 3) การโยกย้ายสถานที่ทำงานหรือเปลี่ยนตำแหน่ง ต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา 4) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกจากการศึกษา (Discontinuing criteria) คือ 1) กลุ่มตัวอย่างขอยกเลิก/ปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาต่อไป 2) มีการโยกย้ายสถานที่ทำงานหรือเปลี่ยนตำแหน่ง 3) มีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดได้ 4) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ประเมินผลในการนำโปรแกรมฯ ไปใช้ มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้สามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยการสอนงาน (Donner et al., 2009) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งจะคำนึงถึงประสบการณ์เดิมของผู้ปฏิบัติงานและส่งเสริมให้เกิดทักษะการคัดแยกผู้ป่วยโดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยแบ่งกลุ่มตามคะแนนทดสอบความรู้ก่อนการอบรม กลุ่มที่ 1 คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (ระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม) จำนวน 8 คน และกลุ่มที่ 2 คะแนนอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ (ความรู้ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) จำนวน 13 คน 2) กิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาทักษะฯ ดำเนินการอบรมกลุ่มที่ 1 จำนวน 1 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 3 ชม. ต่อเนื่องรวม 3 สัปดาห์ และดำเนินการอบรมกลุ่มที่ 2 จำนวน 1 วัน/สัปดาห์ ครั้งละ 3 ชม. ต่อเนื่องรวม 4 สัปดาห์ โดยแพทย์ผู้เป็นประธานทีมนำทางคลินิกเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย/สร้างความเข้าใจแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย มีการออกแบบเอกสารคู่มือแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยและนำเครื่องมือการคัดแยกผู้ป่วยตามแนวทางปฏิบัติมาใช้ประกอบ หลังจากนั้นประเมินความรู้หลังการอบรม 3) ฝึกปฏิบัติโดยการนำสถานการณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตามสาเหตุต่าง ๆ และให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกการคัดกรองประเภทผู้ป่วยโดยชี้ให้เห็นถึงจุดสำคัญในการตัดสินใจแยกประเภทผู้ป่วยจากการประเมินแรกรับ 4) ฝึกปฏิบัติ ณ จุดคัดกรองผู้ป่วยโดยผู้สอนงาน ได้แก่ พยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ใช้เวลา 1 สัปดาห์

ผู้สอนงานจะดำเนินการสอนงานตามแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย ผู้เข้าอบรมได้รับมอบหมายให้ฝึกประเมินผู้ป่วยจำนวน 3 รายและผู้สอนงานมีการให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด มีการสะท้อนข้อควรพัฒนาในการคัดแยกผู้ป่วยทุกราย 5) ปฏิบัติงานคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติเรื่องการคัดกรองและแยกประเภทผู้ป่วย และการประเมินทักษะปฏิบัติโดยผู้เข้าอบรมได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย 1 ราย 6) จัดให้มีช่องทางการสื่อสาร ให้คำปรึกษา สร้างการเรียนรู้ผ่านระบบ Line โดยแพทย์และหัวหน้างาน เพื่อสะท้อนปัญหา/อุปสรรคที่พบขณะปฏิบัติงานร่วมกับการให้ความช่วยเหลือระหว่างปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรองผู้ป่วย 2) แบบวัดความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (เทพิรัตน์ เทศประสิทธิ์, 2564) คะแนนตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิด = 0 คะแนน รวมจำนวน 25 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน ระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ คะแนนรวมน้อยกว่า 15 คะแนน ปานกลาง คะแนนรวม 15-19 คะแนน และ สูง คะแนนรวมตั้งแต่ 20 คะแนน 3) แบบบันทึกการสังเกตทักษะปฏิบัติตามหลักการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยอ้างอิงมาจาก MOPH ED (รัฐพงษ์ บุรีวงศ์, 2561) และการทบทวนวรรณกรรม (เขาวลักษณ์ ผุ่ยหัวโนน, จุไรพร กนกวิจิตร, และลักขณา ไทยเครือ, 2564; สุรัตน์ สุขสว่าง, 2561) จำนวน 14 ข้อ ครอบคลุม การประเมินภาวะคุกคามชีวิต ในเวลา 3-5 วินาที สังเกต ABCD (Airway-Breathing-Circulatory-Disability) ครบ สามารถแยกผู้ป่วยโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจออกจากผู้ป่วยทั่วไป ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซักประวัติได้ครอบคลุม

ประเมินสภาพเบื้องต้นถูกต้อง วัดสัญญาณชีพและประเมินผล กำหนดความรุนแรง ส่งต่อผู้ป่วยที่คัดแยกไปยังแผนกรักษาที่เหมาะสมทันเวลา ให้การพยาบาลเบื้องต้นกับผู้ป่วยในพื้นที่รอตรวจ เฝ้าระวังและติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ การสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ รวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูล มีการประสานงานในแผนกที่ส่งต่อ ระดับการให้คะแนน 2 ระดับ คือ 0=ปฏิบัติไม่ถูกต้อง/ปฏิบัติไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ประเมิน และ 1=ปฏิบัติถูกต้องและครบถ้วน มีจำนวน 14 ข้อ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-14 คะแนน แบ่งระดับทักษะการปฏิบัติในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยเป็น 3 ระดับได้แก่ ระดับต่ำ คะแนนรวมน้อยกว่า 9 คะแนน ปานกลาง คะแนนรวม 9-11 คะแนน และสูง คะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป 4) แบบประเมินความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยประเภทผู้ป่วย พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม (มยุรีมานะงาน, 2563) ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า ระดับการให้คะแนน 1-5 โดย 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด และ 1 พึงพอใจน้อยที่สุด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งระดับความพึงพอใจออกเป็น 5 ระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ยได้แก่ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด 1.81-2.60 ระดับน้อย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง 3.41-4.20 ระดับมาก และ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด 5) แบบบันทึกผลการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ประกอบด้วย ความถูกต้องในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดขณะรอตรวจโดยใช้ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยมาทำการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบได้แก่แพทย์ประธานทีมนำทางคลินิก หัวหน้างาน การพยาบาลผู้ป่วยนอก และ หัวหน้างานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งจบเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกการสังเกตทักษะปฏิบัติตามหลักการคัดแยกผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจ แบบบันทึกผลการคัดแยกผู้ป่วยและโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาตามเทคนิค IOC และความเหมาะสมของการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ 1 ท่าน และพยาบาล 2 ท่าน ผลการคำนวณค่า IOC พบว่า ข้อคำถามทุกข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ .67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญมาแล้ว ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ แบบบันทึกการสังเกตทักษะปฏิบัติตามหลักการคัดแยกผู้ป่วยและแบบประเมินความพึงพอใจไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลแม่แตง จำนวน 30 คนและนำมาหาค่าความเชื่อถือของเครื่องมือโดยแบบสอบถามความรู้ใช้สูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .85 สำหรับแบบบันทึกการสังเกตทักษะปฏิบัติตามหลักการคัดกรองและแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .84 และ .96

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง ระยะทดลอง และระยะหลังทดลอง ดังนี้

4.1 ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดทำโปรแกรมฯ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นทำการขอรับรองจริยธรรมวิจัย

ในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ เมื่อได้รับการรับรองผู้วิจัยทำการขออนุญาตแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่แตง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงข้อมูล/รายละเอียดโครงการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และการคัดแยกผู้ป่วย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Pretest)

4.2 ระยะทดลอง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง และเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ

4.3 ระยะหลังทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และการคัดแยกผู้ป่วย และความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (Posttest)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ทักษะ การคัดแยกผู้ป่วย ความพึงพอใจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการเปรียบเทียบก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้วิจัยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่า มีการกระจายตัวแบบปกติ (Normal Distribution) จึงใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่ รหัส BCNCT07/2567 วันที่ 18 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย โดยชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย

ในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใด ๆ เช่น ผลการประเมินการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 21 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ร้อยละ 100 เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29 ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 38.1 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1-5 ปี ร้อยละ 28.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานประจำจุดคัดกรอง 1-5 ปี ร้อยละ 76.2

2. ความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.9 และระดับปานกลาง ร้อยละ 38.1 หลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 23.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ในขณะที่ทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยหลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.9 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 33.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.8 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยก่อน-หลังการร่วมโปรแกรมฯ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระดับความรู้และทักษะการปฏิบัติงานก่อนและหลังเข้าโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วย

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนร่วมโปรแกรม		หลังร่วมโปรแกรม		Paired t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
คะแนนความรู้	12.62	3.20	17.76	2.41	-6.162	<.001
คะแนนทักษะปฏิบัติ	9.19	2.44	11.0	1.67	-8.047	<.001

3. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

ภาพรวมในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.57, SD=.51) โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้ท่านสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น ($\bar{X}$ =4.71, SD=.46) รองลงมาได้แก่ โปรแกรมพัฒนา

ทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้การบริการในจุดคัดแยกมีประสิทธิภาพมากขึ้น ($\bar{X}$ =4.67, SD=.48) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้ท่านมีความมั่นใจในการจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ตามระดับความรุนแรงได้ ($\bar{X}$ =4.38, SD=.58) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย

รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้ท่านสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น	4.71	.46	มากที่สุด
2. โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาทักษะการคัดแยกบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆได้	4.57	.51	มากที่สุด
3. โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้ท่านมีความมั่นใจในการจำแนกประเภทผู้ป่วยได้ตามระดับความรุนแรงได้	4.38	.58	มากที่สุด
4. โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้ท่านสามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น	4.62	.50	มากที่สุด
5. โปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้การบริการในจุดคัดแยกมีประสิทธิภาพมากขึ้น	4.67	.48	มากที่สุด
6. ภาพรวมความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ	4.57	.51	มากที่สุด

4. ผลลัพธ์การให้บริการในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ถูกต้องมีแนวโน้มมากขึ้นเท่ากับร้อยละ 83.50 คัดแยกผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงเท่ากับร้อยละ 12.2 ผลการทบทวนประวัติผู้ป่วยจากการบันทึก แต่พบว่าคัดแยกผู้ป่วยสูงกว่าเกณฑ์ สูงขึ้นร้อยละ 4.3 เวชระเบียน 1 สัปดาห์ก่อนโดยมีจำนวน 180 ราย และ (ดังตารางที่ 3) หลังเข้าโปรแกรม จำนวน 115 ราย พบว่า คัดแยกผู้ป่วย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของการคัดแยกผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม N=180		หลังเข้าร่วมโปรแกรม N=115	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
คัดแยกถูกต้อง	136	75.6	96	83.50
คัดแยกไม่ถูกต้อง	44	24.4	19	16.50
- ต่ำกว่าเกณฑ์	38	21.1	14	12.2
- สูงกว่าเกณฑ์	6	3.3	5	4.3
อุบัติการณ์จากรายงานความเสี่ยงผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงหรือทบทวนระอตรวจ	1	-	0	-

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัย อภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานโดยการสอนงาน ช่วยพัฒนาความรู้ และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้สอนมีความเชี่ยวชาญ ในการคัดแยกผู้ป่วย อีกทั้งมีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และวิธีการปฏิบัติในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

2. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะ การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานโดยการสอนงาน ช่วยเสริมสร้างทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานผ่านการฝึกอบรมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจวิธีการปฏิบัติในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการที่จะพัฒนาศักยภาพของ ผู้ปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หัวหน้าหรือผู้ป่วยต้องทำหน้าที่จัดการให้เกิดการเรียนรู้ การสอน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน จัดทีมนิเทศงานที่สามารถให้การสอน แนะนำการปฏิบัติงานที่ถูกต้องไปพร้อมกับการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิผลที่ถูกต้อง (สุวสันต์ บุญยรัตน์, 2564) มีกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่ดีจะช่วยให้เกิดทักษะ การปฏิบัติงานที่ถูกต้อง (มยุรี มานะงาน, 2563)

3. หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคัดแยก ประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้องสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ การคัดแยกผู้ป่วยระดับความฉุกเฉิน สามารถจัดลำดับ ความฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (มยุรี มานะงาน, 2563) และประสิทธิผลการใช้รูปแบบการ คัดแยกผู้ป่วยความแม่นยำของการคัดแยกหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วัชรภรณ์ โต๊ะทอง, 2565) หลังการอบรมระบบการคัดแยกผู้ป่วย เจ้าหน้าที่สามารถประเมินได้ถูกต้องมากขึ้น (พิมพ์ วัระคำ และคณะ, 2562) และเมื่อพิจารณาตามประเด็น การพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยจากผลการศึกษา ครั้งนี้ยังพบทักษะที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยได้แก่ การประเมินภาวะคุกคามชีวิต การประเมินสภาพเบื้องต้น และการเฝ้าระวัง/การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ โดยทักษะในประเด็นดังกล่าวเป็นทักษะที่จำเป็น ซึ่งผู้ปฏิบัติหน้าที่ ณ จุดคัดแยกผู้ป่วยต้องสามารถ ประเมินอาการที่คุกคามต่อชีวิต ตัดสินความเร่งด่วน ของอาการฉุกเฉิน ติดตามอาการและจัดการให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษา ของมยุรี มานะงาน (2563) ซึ่งอธิบายถึงผลของการใช้ แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินงาน ผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ปฏิบัติงานยังไม่สามารถปฏิบัติเรื่องการเฝ้าระวัง อาการเปลี่ยนแปลงและการพยาบาลเบื้องต้นได้ครบ ทุกคนตามการนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ ซึ่งในการพัฒนา ทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ต้องคำนึงถึงประเด็นทักษะของการประเมินสภาพ และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยเพื่อลด ความคลาดเคลื่อนในการรักษา ส่งผลให้ส่งผู้ป่วยต่อไป ยังแผนกหรือ สถานบริการที่เหมาะสมกับความเร่งด่วน ผู้ป่วยได้รับบริการมีประสิทธิภาพ

4. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเข้าร่วม โปรแกรมฯ ในระดับมากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมพัฒนาทักษะ

การคัดแยกประเภทผู้ป่วยทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย จากการสอนงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยตามแบบคัดกรองได้อย่างแม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น มีความมั่นใจในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นิเวศทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉินมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (มยุรีมานะงาน, 2563)

โปรแกรมพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองผู้ป่วยโดยการสอนงานและฝึกปฏิบัติทำให้ผู้ปฏิบัติงานคัดแยกผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยสูงขึ้น หลังการดำเนินโปรแกรมฯ อัตราการคัดแยกประเภทผู้ป่วยที่ไม่ถูกต้องลดลง และไม่พบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือทรุดลงขณะรอตรวจ ถึงแม้จะพบว่าโปรแกรมฯ ก่อเกิดการพัฒนาทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามยังพบประเด็นที่ควรต้องพัฒนาด้านทักษะการคัดแยกผู้ป่วยให้สูงขึ้น เช่นการประเมินภาวะคุกคามชีวิต การประเมินสภาพเบื้องต้น และการเฝ้าระวัง/การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดคัดกรองมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรนำโปรแกรมพัฒนาทักษะพยาบาลวิชาชีพและเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินประจำจุดคัดกรองที่ศึกษาขยายเครือข่ายไปสู่พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเพิ่มทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยให้ถูกต้องโดยการอบรมและฝึกปฏิบัติเพื่อประสานส่งต่อผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

1.2 ผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำระบบการสอนงาน กำหนดเป็นนโยบายของกลุ่มงานการพยาบาล

เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้ยึดปฏิบัติเมื่อมีบุคลากรใหม่เข้ามาปฏิบัติงานในหน่วยงาน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินด้านทักษะประเมินภาวะคุกคามชีวิตและการติดตามการเปลี่ยนแปลงในภาวะเร่งด่วนโดยใช้ระยะเวลาที่รวดเร็วเกิดความแม่นยำ

2.2 ควรมีการศึกษาประสิทธิผลการนำโปรแกรมพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยในระยะยาว เช่น ระยะเวลารอคอย ระดับความรุนแรงฉุกเฉินผู้ป่วยที่จุดคัดกรอง

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา แดงสุวรรณ, ชฎาพร พองสุวรรณ, และกฤษฎนิ กมลมาตยกุล. (2558). การสอนงานพยาบาลใหม่ความท้าทายของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 35-44.
- ญวนใจ มุมกลาง. (2567). การพัฒนารูปแบบการคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลเกษตรวิสัย. *วารสารวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 445-456.
- เทพรัตน์ เทศประสิทธิ์. (2564). การพัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วยงานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลโชคชัย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36), 160-178.
- พิมพ์ วัระคำ, ศักนันทน์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, และพิชณุตม์ ภิญโญ. (2562). ประสิทธิภาพของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่สาย. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), 70-74.

- มยุรี มาณงาน. (2563). ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 52-65.
- เยาวลักษณ์ พุยหัวโนน, จุไรพร กนกวิจิตร, และลักขณา ไทยเครือ. (2564). ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 27(2), 69-83.
- รัฐพงษ์ บุรีวงศ์. (2561). *MOPH ED. Triage* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชรภรณ์ โต๊ะทอง. (2565). ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์การคัดกรองเร่งด่วนต่อระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ความแม่นยำ การคัดกรอง และการปฏิบัติตามบทของพยาบาล คัดกรองงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 1(2), 1-11.
- สมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์*, 11(2), 353-368.
- สุวสันต์ บุญรัตน์. (2564). ความแม่นยำของระบบการคัดกรองผู้ป่วยด้วยดัชนีความรุนแรงอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เทียบกับเกณฑ์คัดแยกและมาตรฐานความเจ็บป่วยแล่นแคนาดา ในผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *เชียงรายเวชสาร*, 13(3), 147-159.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2558). *การสอบงาน เปิดโลกทัศน์พัฒนาทุนมนุษย์*. สืบค้นจาก <https://learningportal.ocsc.go.th/learningspace/courses/1073>
- อภิตี นันทศุภวัฒน์. (2560). *ภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- Canadian Nurses Association. (2004). *Achieving excellence in professional practice: A guide to preceptorship and mentoring*. Ottawa: Canadian Nurses Association.
- Donner, G. J., Conseil international des infirmières, & Wheeler, M. M. (2009). *Coaching in nursing: An introduction*. International Council of Nurses: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International.



ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Predicting Factors of Health Literacy Among Older Adults with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus

จรียา ทรัพย์เรือง, ประ.ด., Jariya Supruang, Ph.D.¹

บุพผา วิริยรัตน์กุล, พย.ม., Buppar Viriyaratanakul, M.N.S.^{2*}

รมย์ธนิกา ฝ้ายหมื่นไวย, ศศ.ม., Romthanika Faimuenwai, M.A.³

นงนุช จิตร์นิวรร, พย.บ., Nongnut Jitniwon, B.N.S.⁴

นงา งามเหมาะ, ประ.ด., Nada Ngammoh, Ph.D.⁵

ณัฐรดา แฮคคำ, พย.ม., Natrada Haekham, M.N.S.⁶

¹อาจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

¹Lecturer, Ph.D., Faculty of Nursing, Huachiewchalermpraket University

²อาจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

²Lecturer, The School of Nursing, Mae Fah Luang University

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

³Lecturer, School of Nursing, Rangsit University

⁴พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่าน หมู่ 1

⁴Registered Nurse, Khlong Dan Moo 1 of Tambon Health Promoting Hospital

⁵พยาบาลวิชาชีพ ดร., โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

⁵Registered Nurse, Ph.D., Queen Savang, Vadhana Memorial Hospital

⁶อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

⁶Lecturer, Faculty of Nursing, Rambhai Barni Rajabhat University

*Corresponding Author Email: buppar.vir@mfu.ac.th

Received: July 25, 2024

Revised: September 12, 2024

Accepted: September 24, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) ศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 166 คน ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านครอบครัว 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านสภาพแวดล้อม 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าอยู่ในช่วง .83 - .88 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ ทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจได้ค่า KR 20 เท่ากับ .82 และทดสอบองค์ประกอบทักษะความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .82, .84, .86 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบทีละขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ($M=48.27$, $SD=8.88$) จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและรายได้สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 44.20 ($R^2=.442$) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ และให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

Abstract

This study aimed to the level of health literacy and investigating the factors predicting health literacy in the elderly with type 2 diabetes mellitus who cannot control their blood sugar levels. The purposively selected sample was 166 elderly people with type 2 diabetes mellitus who could not control their blood sugar levels from Bang Bo District, Samut Prakan Province. The instruments employed in the research were 1) personal information questionnaires, 2) family information questionnaires, 3) questionnaires on environment, 4) community participation questionnaires, and 5) health literacy questionnaires by the approval of test contents from five experts with a score in the range of .83 - .88 and reliability test of the questionnaire on 6 components of the health literacy questionnaires; the knowledge and understanding at KR 20 equal to .82 and Cronbach's alpha coefficients of the access skill, community skill, self-management skill, decision skill and media literacy skill questionnaires equal .82, .82, .84, .86, and .88, respectively. Data analysis employed descriptive statistics and Stepwise multiple regression analysis. The findings revealed that the sample had basic health literacy

(M=48.27, SD=8.88). The number of times they participated in community activities and their income could predict health literacy 44.2% ($R^2=0.442$). This study suggested that nurses or health team personnel should systematically inform patients about diabetes and have patients interact more with each other every time they attend a community event.

Keywords: Health literacy, Older adults, Uncontrolled type 2 diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่พบมากที่สุดโดยคิดเป็นร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด (International Diabetes Federation, 2021) จากสถานการณ์ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการรายงานข้อมูลสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติพบว่า ปีพ.ศ. 2560 มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั่วโลกจำนวน 425 ล้านคนและเพิ่มขึ้นเป็น 463 ล้านคนในปีพ.ศ. 2562 และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2022) สำหรับในประเทศไทยพบข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 6 ปีพ.ศ. 2562 - 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2564 พบว่าความชุกของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.5 เป็นร้อยละ 8.6 ทำให้ภาระด้านค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งสิ้น 3,984 ล้านบาทต่อปี (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 802,017 ครั้ง และคิดเป็นอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ 1,233.35 ต่อแสนประชากร (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565)

จังหวัดสมุทรปราการพบอัตราป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ไม่ได้ในปีพ.ศ. 2560 - 2565 ร้อยละ 7.41, 7.36, 7.24, 7.52 และ 7.81 ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2565; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2566) ถึงแม้ว่าอัตราป่วยโดยรวมของจังหวัดต่ำกว่าอัตราป่วยเฉลี่ยของทั่วประเทศ แต่มีอัตราการตายจากโรคเบาหวานระหว่างปีพ.ศ. 2560 - 2565 สูงถึง 13.71, 6.73, 8.28, 8.10 และ 8.35 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งพบสาเหตุจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ออกกำลังกายไม่เพียงพอ ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และไม่มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2566)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าปัจจัยด้านอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ทางสุขภาพของบุคคล (ฉันทิทิพย์ พลอยสุวรรณ, สุพร วงศ์ประทุม, ชวิศา รัตนกมลกันต์, พรรณี ปานเทวัญ, และฐานิตา พึ่งฉิ่ง, 2564) จากการศึกษาของเกษดาพร ศรีสุวอ (2564) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สุขภาพ ผู้ที่มีรายได้มากจะมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ที่รายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ ซึ่งความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามประสบการณ์การดูแลตนเอง รวมทั้งการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว ในการช่วยเหลือกิจกรรมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านให้คำปรึกษา เป็นต้น จึงย่อมส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (มนตรีนรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฌโนมพันธ์, 2562) และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการ และจำนวนครั้งในการมารับบริการที่เอื้อต่อการมารับบริการที่มีความสะดวก รวดเร็ว การมารับบริการสม่ำเสมอ ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนได้สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรทางการแพทย์เป็นประจำ ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย (จริยาน พเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ, 2563) และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนซึ่งประกอบด้วย ความถนัดในการเข้าร่วมลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ทำให้ได้พบปะและมีการแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยกลุ่มเดียวกัน จึงเป็นการส่งต่อข้อมูลต่างๆ รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (เกษดาพร ศรีสุวอ, 2564)

จากความสำคัญของแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จึงมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ปัจจุบันพบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากปัญหาการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย ทำให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพไม่ประสบความสำเร็จ ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องเหมาะสม (เกษดาพร ศรีสุวอ, 2564) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ Nutbeam (2008) ซึ่งจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ คือการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง

และแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ได้แก่ ทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรรณญาณ ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น ดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองได้อย่างเข้มแข็ง (Nutbeam, 2008) ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยคาดว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

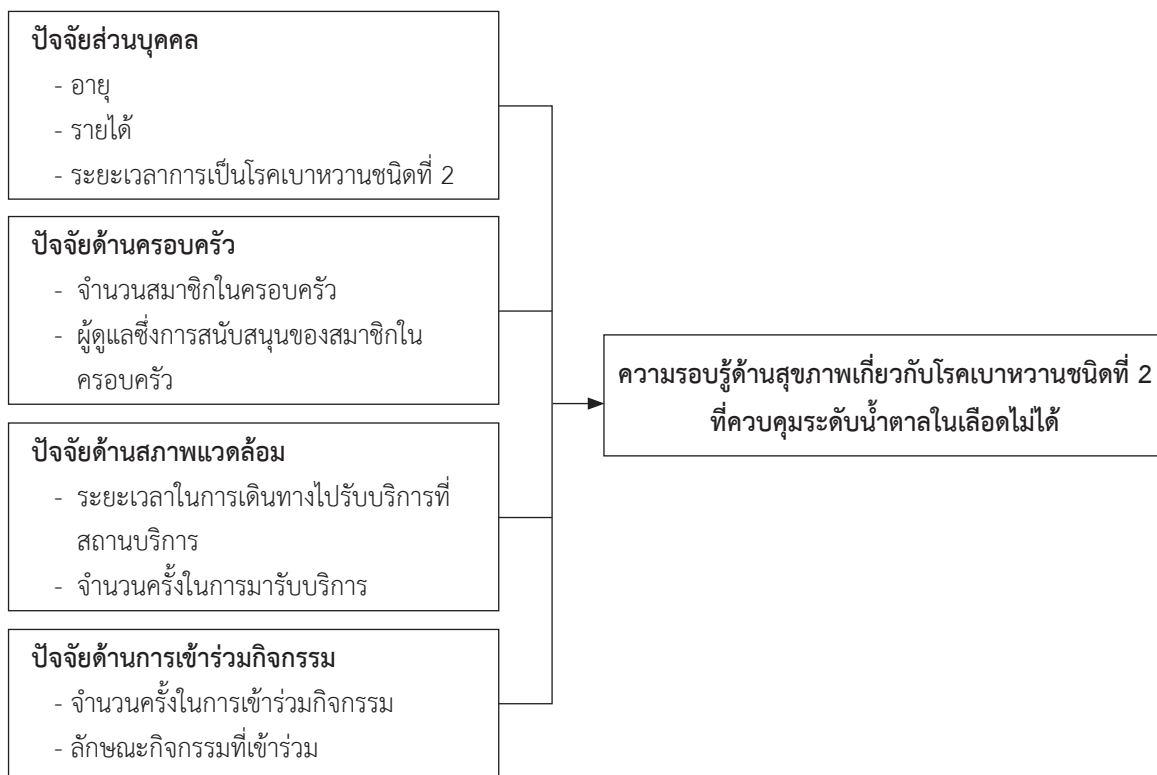
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) (Concept Model of Health Literacy) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ซึ่งจำแนกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ และการจัดการตนเอง ซึ่งแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น

3 ระดับ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ร่วมกับปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน โดยแต่ละปัจจัยจำเป็นต้องคำนึงถึง เพื่อให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองที่ดีและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิด (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยนี้ได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ (เอกสารเลขที่ HCU-EC1352/2566) สถานที่วิจัยคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่านหมู่ 1 อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 6 ตำบล จำนวนทั้งหมด 8,116 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* Power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = .15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of Predictors) 9 ตัวแปร (Ellis, 2010) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 166 คน

1.2.1 เกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง

1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
2) มีการรับรู้ปกติโดยการประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini-Cog) ประกอบด้วย 2 ส่วน จำนวน 6 ข้อ คือ การทวนซ้ำคำ 3 คำ และการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่เวลา 11.10 น. โดยมีคะแนนค่าละ 1 คะแนน ส่วนการวาดหน้าปัดนาฬิกาที่ถูกต้องและครบถ้วนมี 2 คะแนน คะแนนรวมตั้งแต่ 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน คือ คะแนน 0-2 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่องทางการรู้คิด และคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด (สุภาพ อารีเอื้อ และ

พิชญ์ประอร ยังเจริญ, 2563) และ 3) สามารถสื่อสารได้ปกติ

1.2.2 เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

คือ มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ หัวใจ สมอแขน ขา ตา ไต และระบบประสาทที่เท้า

การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

1) สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จากแต่ละตำบล ในเขตอำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ โดยขนาดใหญ่มีจำนวน 3 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 8 แห่ง และขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง หลังจากนั้นคำนวณตามสัดส่วนขนาดใหญ่: ขนาดกลาง: ขนาดเล็กเท่ากับ 1:2:1 แล้วดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยหยิบสลากแบบไม่คืน เพื่อให้ได้จำนวนตามสัดส่วนจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 4 แห่ง

2) สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง โดยวิธีการหยิบสลากแบบไม่คืน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 166 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การอยู่อาศัย สิทธิในการรักษาพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

2.2 แบบสอบถามด้านครอบครัว จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ

2.3 แบบสอบถามด้านสภาพแวดล้อม จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการ และจำนวนครั้งในการไปรับบริการ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด

2.4 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดและแบบเลือกตอบ

2.5 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและจำแนกตามองค์ประกอบของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) ซึ่งเป็นแบบสอบถามจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มข้อความ โดยให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ (Best, 1977) คือ คะแนนเฉลี่ย 1-1.66 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับการปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติทุกครั้ง และการจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบวัด โดยข้อความทุกด้านแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ การแปลผลความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ระดับการเรียนรู้ ระดับต่ำ คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 50 (6-16 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนรวมร้อยละ 50-79 (17-27 คะแนน) และระดับสูง คะแนนรวมมากกว่าร้อยละ 80 (28-38 คะแนน)

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางด้านอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชา

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้จัดการรายการนิโรคเบาหวาน จำนวน 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คือ .83 - .88 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบ คือ ทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจ ได้ค่า KR 20 เท่ากับ .82 และทดสอบองค์ประกอบทักษะความรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ การจัดการตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82, .82, .84, .86 และ .88 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่ HCU-EC1352/2566 (13/07/2566) ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองด่าน หมู่ 1 อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ มีผู้ป่วยครบเกณฑ์ 166 คน ในงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และมีผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน ซึ่งผู้วิจัยขอความร่วมมือทั้ง 3 คน ให้เป็นผู้ช่วยวิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ทำความเข้าใจแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ เป็นรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าเก็บข้อมูลกับผู้ป่วย โดยแนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การพิทักษ์สิทธิโดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งชี้แจงว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม เมื่อผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15-20 นาที ถ้าผู้ป่วยทำแบบสอบถามเองไม่ได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับด้านครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับด้านสภาพแวดล้อม ปัจจัยเกี่ยวกับด้านการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบทีละขั้นตอน (Stepwise)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.40 มีอายุเฉลี่ย 75.50 ปี ($SD=8.35$) อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 52.10 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 88.72 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.45 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวคือ 8,236.73 บาท ($SD=2.45$) อยู่ในช่วง 1,001-5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 64.10 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว มากที่สุด ร้อยละ 75.45 กลุ่มตัวอย่างอยู่อาศัยในครอบครัวจำนวน 1-2 คน ร้อยละ 39.50 สิทธิประกันสุขภาพ ร้อยละ 82.50 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.81 ปี ($SD=5.10$) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.30

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.48$, $SD=2.38$) แต่เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่มากที่สุดเป็นอันดับแรกคือด้านการสื่อสารข้อมูล ($M=8.30$, $SD=2.50$) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือด้านการจัดการตนเอง ($M=6.80$, $SD=1.86$) อยู่ในระดับปานกลาง และองค์ประกอบที่น้อยที่สุดคือด้านการตัดสินใจ ($M=5.20$, $SD=2.10$) อยู่ในระดับต่ำ ($M=28.27$, $SD=4.28$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n=166)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	5.75	2.80	ต่ำ
ด้านความรู้ความเข้าใจ	6.50	1.86	ปานกลาง
ด้านการสื่อสารข้อมูล	8.30	2.50	ปานกลาง
ด้านการตัดสินใจ	5.20	2.10	ต่ำ
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	6.35	1.89	ปานกลาง
ด้านการจัดการตนเอง	6.80	3.10	ปานกลาง
องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	6.48	2.38	ปานกลาง

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=34.71, 6.50) แต่เมื่อพิจารณาองค์ประกอบพบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M=48.45, 8.88) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n = 166)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
ระดับพื้นฐาน	48.45	8.88	สูง
ระดับปฏิสัมพันธ์	34.20	7.47	สูง
ระดับวิจารณ์ญาณ	21.47	4.67	ปานกลาง
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	34.71	6.50	สูง

4. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่า ปัจจัยจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากที่สุด (Beta= .288) และรองลงมาได้แก่ รายได้ (Beta=.225) โดยทั้ง 2 ตัวแปรสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ร้อยละ 44.20 ($adj.R^2=.442$, $p=.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย 8.408 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (n=166)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta (β)	t
ค่าคงที่	37.356	1.588		28.758
จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน	1.588	.320	.288	4.535
รายได้	2.289	.585	.225	3.785
$R=.580, R^2=.442, adj.R^2=.128, F=18.586, SE_{est} = 8.408,$				

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

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ร้อยละ 48.45 พบในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 34.20 และระดับวิจารณ์ญาณ ร้อยละ 21.47 เมื่อจำแนกโดยรวมแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า องค์ประกอบส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องมาจากการมาพบแพทย์ตามนัดในแต่ละครั้งของแต่ละเดือน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมาพบแพทย์เดือนละ 2-3 ครั้ง และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับฟังคำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจากพยาบาลวิชาชีพ มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด ร้อยละ 68.10 รองลงมา มีการอ่านเอกสาร เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ โบชัวร์ที่แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 57.80 รวมทั้งมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง จากแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ

เป็นต้น ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการปฏิบัติในระดับพื้นฐาน แต่ทักษะการปฏิบัติในระดับปฏิสัมพันธ์และระดับวิจารณ์ญาณ พบว่า การปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยหรือแทบไม่ได้ปฏิบัติเลย เช่น การสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพทางระบบออนไลน์ หรือทางเอกสารจากสื่อต่าง ๆ การสอบถามข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งการตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ เป็นต้น ส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพื้นฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษดาพร ศรีสุวอ (2564) ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่มีความฉลาดทางสุขภาพระดับพื้นฐาน ร้อยละ 99.50 อยู่ในระดับปฏิสัมพันธ์ ร้อยละ 0.5 และไม่พบในระดับวิจารณ์ญาณ

2. ตัวแปรจำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนและรายได้ สามารถอธิบายความแปรปรวนของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ได้ร้อยละ 44.20 ($adj.R^2=.442, p=.000$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวแปรจำนวนครั้ง ในการเข้าร่วม

กิจกรรมชุมชนเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษดาพร ศรีสุวอ (2564) ที่พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นการบอกต่อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และหากบอก ที่มาของข้อมูลด้วยว่ามาจากแหล่งใด ก็จะทำให้ผู้รับฟัง มีความมั่นใจในการบอกเล่าข้อมูลมากขึ้น โดยเฉพาะ ข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญ มีความ น่าเชื่อถือ และมีความจำเป็นมากที่สุดกับผู้สูงอายุ ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ส่วนตัวแปรรายได้ของครอบครัวที่สามารถ ร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ นั่น เนื่องจากการที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอหรือมี ฐานะทางเศรษฐกิจที่ดี ทำให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่ง ประโยชน์ทางสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว ส่งผลให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีรายได้เฉลี่ย 8,236.73 บาท อยู่ในระดับเพียงพอ ในการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ ร้อยละ 64.10 สอดคล้อง กับการศึกษาของจันสุดา สืบพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก, และพัชรพร เกิดมงคล (2564) ที่ศึกษาผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงจะมีคะแนนความรอบรู้ ด้านสุขภาพโดยรวม และคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ อยู่ใน ระดับปานกลาง ถึงระดับสูง ซึ่งมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่มี รายได้ปานกลางและกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ

3. ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาเป็นโรค จำนวนสมาชิกในครอบครัวผู้ดูแล ระยะเวลาในการเดินทาง และลักษณะกิจกรรม ไม่สามารถ ทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 อายุไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 75.50 ปี (SD=8.35) โดยอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.10 ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้อยู่ใน ระดับต่ำ ($r=-.233$, $p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษา ของจริยา นพเคราะห์ และคณะ (2563) พบว่าเมื่ออายุ เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง บางราย อาจมีความจำเสื่อมลง จำอดีตได้แม่นยำจำสิ่งที่รับรู้ใน ปัจจุบันได้น้อย หรืออาจมีความบกพร่องในการติดต่อ สื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดซ้ำ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กอบกุล มาติศาน, นงนุช โอบะ และ ปิ่นหทัย ศุภเมธพร (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($r=-.345$, $p<.001$) เมื่ออายุ เพิ่มขึ้นจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง

3.2 ระยะเวลาเป็นโรคไม่สามารถทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการเป็นโรคเฉลี่ย 7.8 ปี โดย อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 45.30 ($M=7.81$, $SD=5.28$) ระยะเวลาการเป็นโรคที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ ข้อมูลพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านระยะเวลาเป็นโรค มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระดับต่ำ ($r=-.218$, $p=.030$) สอดคล้องกับการศึกษาของฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ และคณะ (2564) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลา ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานกว่าจะมีพฤติกรรม

ความรอบรู้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาป่วยน้อย ($r=-.547$, $p<.05$) แต่ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2564) ที่พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($r=-.109$, $p<.05$) เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่มากขึ้น จะพบว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพลดลง อาจเพราะผู้ป่วยที่มีระยะการเป็นโรคเบาหวานมานาน จะปฏิบัติตัวตามที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำมากกว่าการหาความรู้ต่าง ๆ เอง ตรงกันข้ามกับผู้ที่เริ่มเป็นโรคเบาหวาน จะพยายามหาข้อมูลเพื่อดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

3.3 จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะขั้นพื้นฐานของแต่ละบุคคลในการทำความเข้าใจ วิเคราะห์ ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ประกอบกับปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังทำให้ต้องมีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน ร้อยละ 39.50 และลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 75.45 จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.216$, $p<.05$) ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษดาพร ศรีสุวอ (2564) พบว่าการอยู่อาศัยที่มีผู้อื่นอาศัยอยู่ร่วมด้วย ตั้งแต่ 1-3 คนขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.118$, $p<.05$)

3.4 ผู้ดูแลไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 91.22 ไม่มีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 8.78 จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.175$, $p<.05$) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น

สามีหรือภรรยาที่มีอายุมากขึ้นทั้งคู่ ทำให้ความสามารถที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลตนเองอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอานนท์ สังฆะพงษ์, ชนัญชิตา दुष्ฎี ทูลศิริ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2563) ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุมากขึ้นอยู่ในระดับไม่ดี ($M=61.37$, $SD=12.72$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปานกลาง ($M=13.08$, $SD=3.56$)

3.5 ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการที่สถานบริการไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาเดินทางไปรับบริการเฉลี่ย 20.55 นาที ร้อยละ 42.50 ($M=8.48$, $SD=5.62$) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.225$, $p<.05$) ซึ่งมีความสะดวกในการมารับบริการที่อาจเป็นบุตรหลานหรือคู่สมรสมาส่งและมารับได้ แต่จำนวนเวลาการเดินทางมาหน่วยบริการในชุมชนจะมากหรือน้อยก็ไม่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เกษดาพร ศรีสุวอ (2564) ที่พบว่าระยะเวลาในการเดินทางไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งระยะทางการเดินทางไม่เป็นอุปสรรคในการมารับบริการเนื่องจากมีญาติผู้ดูแลคอยดูแลมารับและส่ง จึงไม่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.185$, $p<.05$)

3.6 ลักษณะกิจกรรมไม่สามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุที่ชุมชนจัดขึ้นเช่น กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางวัฒนธรรมชุมชน จึงไม่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 52.50 ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้

พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.188$, $p<.05$) และผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวรารัตน์ ทิพย์รัตน์ (2563) ที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมจะเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาหรือทางสังคม ซึ่งผลจากการจัดกิจกรรมไม่ได้มีผลต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับความรอบรู้ทางสุขภาพ ($r=.228$, $p<.05$) ดังนั้นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิชาชีพจึงต้องส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมชุมชน พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างเป็นระบบ และให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน การวิจัยครั้งต่อไป พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพควรพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปใช้กำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้เป็นกลยุทธ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเป็นแนวทางในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนในระยะยาวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2565). *รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1186620211005081047.pdf>

กอบกุล มาติคน, นงนุช โอปะ, และปิ่นหทัย สุเมธพร. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 14(1), 1-15.

เกษดาพร ศรีสุวอ. (2564). การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่แน่นท์ ตำบลหนองไผ่ อำเภอมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*, 4(2), 35-44.

จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และทศพร คำผลศิริ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *พยาบาลสาร*, 47(2), 251-261.

จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *สวรรค์ประชากรเวชสาร*, 18(2), 142-155.

- จันสุตา สืบพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก, และพัชรภาพร เกติมงคล. (2564). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. *วารสารสมาคมพยาบาลไทย*, 14(1), 109-124.
- ฉันททิพย์ พลอยสุวรรณ, สุพร วงศ์ประทุม, ชวิศา รัตนกมลกันต์, พรณี ปานเทวัญ, และฐานิดา พึ่งฉิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 14(2), 53-64.
- มนตรี นรสิงห์, และสุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์. (2562). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตกรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์. *วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์*, 10(1), 35-50.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. (2563). ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตที่มีโรคร่วม จังหวัดตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), 26-38.
- สุภาพ อารีเอื้อ, และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 26(2), 188-202.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2566). รายงานประจำปี 2560-2565. สืบค้นจาก <https://spk.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- อานนท์ สังฆะพงษ์, ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ทางสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 55-62.
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2022). Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*, 45(1), S60-S82.
- Best, John W. (1977). *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas*. (10thed). International Diabetes Federation, Brussels. Retrieved from <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving Concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.



ภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข
ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสกลนคร
หลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโรคโควิด 19

**Burnout and Mental Health of Public Health Workers In
Sub-district Health Promoting Hospital Sakon Nakhon Province
After the Severe Outbreak Situation of COVID-19**

จรินทร์ทิพย์ ชมชายผล, ส.ด., Jarinthip Chomchaipon, Dr.P.H.¹

ธรรมวัฒน์ อูปวงษาพัฒน์, ป.ร.ด., Dhammawat Ouppawongsapat, Ph.D.^{2*}

¹อาจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

¹Lecturer, Dr.P.H., Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

²อาจารย์ ดร., คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา²

²Lecturer, Ph.D., Faculty of Public Health, Burapha University

*Corresponding Author Email : Dhammawat.buu@gmail.com

Received: July 10, 2024 Revised: September 9, 2024 Accepted: September 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติในเขตจังหวัดสกลนคร และเพื่อหาแนวทางส่งเสริมป้องกันภาวะหมดไฟและสุขภาพจิต เก็บข้อมูลในช่วงมีนาคม-มิถุนายน ปี 2566 ทำการศึกษาสองระยะ ระยะแรก ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 274 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินภาวะหมดไฟ และแบบประเมินภาวะสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่สอง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีคะแนนภาพรวมภาวะหมดไฟในระดับต่ำ แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ ร้อยละ 86.5 ด้านการลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับสูง ร้อยละ 61.0 ภาวะสุขภาพจิตโดยจำแนกเป็น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และมีความเครียด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 62.8, 57.3 และ 90.5 ตามลำดับ สำหรับแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและ

การป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานได้แก่ ความสามารถด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติของชีวิต การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระบบงานสาธารณสุข การส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน การสื่อสารในองค์กรที่ดีและรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ทำงาน การมองเห็นคุณค่าของคนทำงานร่วมกัน และการสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างเป็นธรรม ความสามารถในการปรับตัวภาวะวิกฤติชีวิต การสนับสนุนจากระบบสาธารณสุข การทำงานเป็นทีม การสื่อสารที่ดี การสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟ ภาวะสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

This descriptive study aims to investigate the levels of burnout and mental health among public health workers in Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPH) in Sakon Nakhon Province. The second objective was to study strategies for promoting and preventing burnout and mental health issues. The data was collected during March to June 2023 divided in two phases study. The first phase, a multi-stage random sampling method was employed, resulting in a sample size of 274 public health workers. Data were collected using a burnout assessment scale and a mental health status assessment tool. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. In the second phase, a purposive sampling method was used to select 25 key informants for qualitative data collection, which involved in-depth interviews and focus group discussions. The qualitative data were analyzed using content analysis. The study found that the majority of personnel had an overall burnout score at a low level. However, when categorized by specific aspects, it was found that 86.5% of personnel had a low level of emotional exhaustion, 82.5% had a low level of depersonalization and 61.0% had a high level of personal accomplishment. Regarding mental health status, which was categorized into depression, anxiety, and stress, the majority were within normal levels at 62.8%, 57.3% and 90.5%, respectively. Key strategies for promoting mental health and preventing burnout included crisis adaptation abilities, support from the healthcare system, teamwork, effective communication and professional development opportunities.

Keywords: Burnout, Mental Health, Public Health Worker

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ได้ระบุว่า “ภาวะหมดไฟ” เป็นภาวะที่ต้องได้รับการดูแลและรักษา ซึ่งถูกระบุในคู่มือการวินิจฉัยและจัดประเภทของโรคระหว่างประเทศ ฉบับที่ 11 (World Health Organization, 2019) โดยกลุ่มอาชีพที่ต้องเผชิญต่อภาวะหมดไฟนั้น เกิดได้ในทุกอาชีพ และหนึ่งในนั้นคือ อาชีพบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งมีการปฏิบัติงานลักษณะที่มีความเร่งด่วนและเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤติชีวิตคน ย่อมส่งผลต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทางสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ข้อมูลรายงานระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โดยรวมของประเทศไทย ในช่วงสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่ผ่านมาระหว่างมกราคม 2563 ถึง ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงการระบาดสูงสุด มีการปิดประเทศ มีการออกกฎหมายให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ส่งผลให้กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ไทยมีความเครียดสูง ร้อยละ 5.75 เสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.25 และเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.44 (กรมสุขภาพจิต, 2565) ผลการวิจัยเชิงสำรวจพบมีภาวะหมดไฟเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.2 (Tunthanathip, Laeheem, Buayom, Khwanthong, & Osotpromma, 2021; Apisarnthanarak et al., 2020) รวมทั้งพบปัญหาความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งในต่างประเทศด้วยเช่นกัน (Thatrimontrichai, Weber, & Apisarnthanarak, 2021) ซึ่งภายหลังสถานการณ์การระบาดรุนแรงของโควิด 19 มีการศึกษาพบว่าบุคลากรในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนนทบุรี มีภาวะหมดไฟโดยสะท้อนผ่านระดับความเหนื่อยล้าจากการทำงานภาพรวมระดับสูงอยู่ที่ ร้อยละ 17

(นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2566) ซึ่งสาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟจากงานมีหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านงาน และปัจจัยระดับองค์กร (นฤมล สุธีรวิทย์, 2558; Maslach & Leiter, 2016) ซึ่งหากบุคลากรทางสาธารณสุขเกิดภาวะหมดไฟมากขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดูแลเอาใจใส่ต่อผู้รับบริการ ส่งผลต่อครอบครัว และส่งผลกระทบต่อองค์กร

จากการข้อมูลรายงานสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เขตสุขภาพที่ 8 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 รุนแรง ตั้งแต่มกราคม 2563-ธันวาคม 2564 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเครียดสูง ร้อยละ 6.92 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.20 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 2.75 โดยจังหวัดสกลนคร ในช่วงเวลาดังกล่าว พบความเครียดสูง ร้อยละ 8.42 เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.01 และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.01 ถือว่าสูงกว่าระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพที่ 8 เล็กน้อยเมื่อเทียบกับในช่วงเวลาดังกล่าว (กรมสุขภาพจิต, 2565) ต่อมาในช่วงกลางปี 2565 หลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ลดระดับความรุนแรงลง แต่จังหวัดสกลนครยังมีสถิติจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 สูงเป็นอันดับสองของเขตสุขภาพที่ 8 (เขตสุขภาพที่ 8, 2565) ซึ่งจากจำนวนสถิติผู้ป่วยที่สูงนี้ ย่อมอาจส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่อาจทำให้ปฏิบัติงานที่ทำให้เกิดภาวะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตอื่นและโดยเฉพาะภาวะหมดไฟจากการทำงาน ซึ่งแม้ในปี 2566 การระบาดของโรคโควิด 19 จะไม่รุนแรงเท่าช่วงสถานการณ์ปี 2563-2564 และกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โควิด 19 เป็นเพียงโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง แต่อย่างไรก็ดี ยังพบการระบาดเป็นระลอกในช่วงปี 2565-2566 ซึ่งยังคงต้องเฝ้าระวังอยู่ โดยบุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ยังคงเป็นบุคลากรด่านหน้าที่ต้องทำงานเชิงรุกในชุมชนต่อเนื่อง

จากการทบทวนวิจัยพบว่ายังไม่มีการศึกษาภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตรงในเขตภาคอีสาน ซึ่งคาดว่าจะแตกต่างกับส่วนงานสาธารณสุขอื่นและเขตภูมิภาคอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงหลังการระบาดรุนแรง ยังไม่พบการศึกษาระดับภาวะหมดไฟและภาวะสุขภาพจิตอื่นว่าเหมือนหรือแตกต่างจากในช่วงการระบาดรุนแรงหรือไม่อย่างไร ข้อมูลจากการศึกษานี้จะนำมาสู่การเสนอแนะให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคลากรได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติหน้าที่ในเขตจังหวัดสกลนครในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติในเขตจังหวัดสกลนครในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อหาแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) สองระยะ ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) ในระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้ช่วยเภสัชกรใช้ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย

ระหว่างเดือนมกราคม ถึง ธันวาคม 2563 รวมจำนวนทั้งสิ้น 1,248 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

1.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1

ด้วยการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1.1.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 1,248 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตจังหวัดสกลนคร ทั้ง 170 แห่ง กำหนดค่าช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% กำหนดความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 กำหนดค่าสัดส่วนภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าในการศึกษาในอดีต ร้อยละ 65 (ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วัลลภ ใจดี, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนธ์ และ นิภา มหารัชพงษ์, 2564) คำนวณโดยสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร (บุญญพัฒน์ ไชยมะล, 2556) ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 274 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำหนด 2. ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่จังหวัดสกลนคร 3. มีการรับรู้สเต็มปัญญะดี สามารถสื่อสารเข้าใจ 4. มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมานานน้อยกว่า 1 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการบาดเจ็บด้วยโรคทางจิตใจ หรือภาวะเครียดซึมเศร้า 3. มีภาวะเจ็บป่วย เช่นติดเชื้อโควิด 19 หรือประสบอุบัติเหตุ 4. อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวช

1.2 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ในระยะที่ 2

ด้วยการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

เป็นบุคคลกรที่ประสบการทำงาน

อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไปและหรือเป็นกลุ่มหัวหน้างาน/ผู้บริหารงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร มีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ ความพึงพอใจต่อรายจ่าย ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข ฉบับเผยแพร่ที่พัฒนาโดยศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (นันทาดี รวรสวัสดิ์, 2564) จำนวน 22 ข้อ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า 0-6 ตามลำดับ การแปลผลรายด้านจำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำ ปานกลาง และสูง ดังนี้ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ 9 ข้อ (0-18, 19-26, ≥ 27 คะแนน) ด้านการลดความเป็นบุคคล 5 ข้อ (0-6, 7-9, ≥ 10 คะแนน) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล 8 ข้อ (0-33, 34-39, ≥ 40 คะแนน) สำหรับการพิจารณาภาวะหมดไฟในภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ (1) ภาวะหมดไฟระดับต่ำ (คือผู้ตอบมีคะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลต่ำ ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลสูง) (2) ภาวะหมดไฟระดับปานกลาง (คือผู้ตอบมีคะแนนทั้ง 3 ด้านปานกลาง) และ (3) ภาวะหมดไฟระดับสูง (ผู้ตอบมีคะแนนอาการอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลสูง ส่วนความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ) (Maslach & Jackson, 1986)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต – Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)

เป็นแบบสอบถามประเมินระดับอารมณ์ด้านลบของตนเอง 3 ด้าน คือ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด มีข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ โดยฉบับภาษาไทยพัฒนาโดย (Oei, Sawang, Goh, & Mukhtar, 2013) โดยมีมาตรวัด 4 ระดับตั้งแต่ 0-3 คือ จากผลรวมของคะแนนในแต่ละส่วนแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ระดับปกติ (ภาวะซึมเศร้า 0-4 คะแนน; วิตกกังวล 0-3 คะแนน; ความเครียด 0-7 คะแนน) ระดับเล็กน้อย (ภาวะซึมเศร้า 5-6 คะแนน; วิตกกังวล 4-5 คะแนน; ความเครียด 8-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (ภาวะซึมเศร้า 7-10 คะแนน; วิตกกังวล 6-7 คะแนน; ความเครียด 10-12 คะแนน) ระดับสูง (ภาวะซึมเศร้า 11-13 คะแนน วิตกกังวล; 8-9 คะแนน ความเครียด; 13-16 คะแนน) และระดับรุนแรง (ภาวะซึมเศร้า; 14 คะแนนขึ้นไป; วิตกกังวล 10 คะแนนขึ้นไป; ความเครียด 17 คะแนนขึ้นไป)

2.2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วย

แนวคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มเพื่อข้อค้นพบอื่นและแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 แบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยแบบประเมินภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุข ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective Congruence) ระหว่าง .6-1.00 แบบประเมินภาวะหมดไฟในเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบความเชื่อมั่น .83 แบบสอบถามวัดภาวะสุขภาพจิต (DASS-21) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ .78 และความเครียด เท่ากับ .69

3.2 แนวคำถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิง

คุณภาพ

เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guide) ลักษณะคำถาม ปลายเปิด ซึ่งคำถามสามารถขยายสู่ข้อคำถามย่อยอื่นได้ เพื่อได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้ง ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทางสาธารณสุขจำนวน 3 ท่าน สอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .6-1.00

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

4.1.1 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อแนะนำโครงการวิจัยและขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลกับอาสาสมัคร 2. อาสาสมัครที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์โครงการ แนวทางการเก็บข้อมูล แสดงความยินยอม วิธีการเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ กำหนดเวลา พร้อมนัดหมาย 3. ผู้วิจัย ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.2.1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ถูกคัดเลือก รายบุคคล จะถูกสัมภาษณ์เชิงลึกผ่านการสัมภาษณ์ออนไลน์โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ใช้เวลาประมาณ 10-30 นาที

4.2.2 ผู้ให้ข้อมูลจะถูกเชิญสนทนา กลุ่มออนไลน์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง ทำการสัมภาษณ์กลุ่มสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มละ 8-10 คน ครั้งละ 30-60 นาที จำนวน 2-3 ครั้ง ต่อกลุ่มการประชุม ผ่านการประชุมกลุ่มแบบออนไลน์

4.2.3 เก็บข้อมูลวิจัยจนกว่าจะเห็นว่า ข้อมูลไม่เปลี่ยนแปลง และไม่พบข้อค้นพบใหม่อื่น ซึ่งสะท้อนถึงภาวะอิ่มตัว (Saturated)

4.3 ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลช่วง

มีนาคม-มิถุนายน 2566

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

5.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์การทำงานนาน เคยผ่านการทำงานหลายจุดงานรวมถึงเป็นหัวหน้างานหรือผู้บริหาร ที่สามารถรับรู้บริบทขององค์กรเป็นอย่างดี ทำให้เพิ่มความถูกต้องของข้อมูล (Credibility)

5.2 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) คือการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลายวิธีทั้งการสัมภาษณ์ สังเกต จดบันทึก และดำเนินการเก็บข้อมูลสามรอบ มีการทดสอบกับวรรณกรรม (Literature Triangulation) และสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบข้อมูล และมีการสังเกต สอบถามเพิ่มจากบุคคลอื่นในหน่วยงานกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5.3 การตรวจสอบโยงผู้ให้ข้อมูล (Member checks) คือการตรวจสอบผลวิเคราะห์ข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลจำนวนอย่างน้อย 3 คน เพื่อยืนยันว่าสิ่งนั้นเป็นประสบการณ์ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูล หรือเป็นข้อเท็จจริงตรงกับผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

5.4 การตรวจสอบความคงที่ ความสอดคล้องกับข้อมูล (Dependability) ด้วยการดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและขั้นตอนแสดงให้เห็นถึงเส้นทางการวิจัยที่ย้อนรอยกลับได้ (Audit Trail) ข้อค้นพบได้รับการยืนยันร่วมกันในทีมวิจัยและที่ปรึกษาโครงการ

5.5 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmatory) มีการรวบรวมข้อมูลไว้อย่างเป็นระบบทั้งการสัมภาษณ์ การถอดเทป การตรวจสอบด้วยการฟังซ้ำ การจัดกลุ่มข้อมูล การจัดกลุ่มประเด็นหลัก และการอ้างคำพูด (Quotation) ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยกระทำร่วมกันกับผู้วิจัยร่วม 2 คน และผู้ช่วยวิจัย 2 คน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล คณะแผนกเวชสุขภาพจิต และคะแนนรวมของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากร วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการนำข้อมูลมาถอดเทปคำต่อคำ (Transcribed Verbatim) จากนั้นอ่านคำสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มในประเด็นย่อย (Categories) แล้วจำแนก จัดหมวดหมู่ข้อมูล เชื่อมโยงข้อมูลขยาย ความสรุปประเด็น (Theme) ตรวจสอบข้อค้นพบในประเด็นหลักและย่อย ก่อนสรุปเนื้อหา ข้อความเห็น (Braun & Clarke, 2006)

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศ เฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านการรับรอง จากจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร หมายเลข HE66-018 โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ เปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระในการ เข้าร่วมและสามารถถอนตัวจากการให้ข้อมูลได้

ตลอดเวลา ข้อมูลวิจัยไม่ระบุตัวตนผู้ให้ข้อมูล เก็บเป็น ความลับ นำเสนอข้อมูลในเชิงภาพรวมและใช้ประโยชน์ ในทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบคำถามเป็น เพศหญิง ร้อยละ 83.5 มีอายุเฉลี่ย 39.27 มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.0 มีประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 14.6 ปี มีชั่วโมง การทำงานต่อสัปดาห์เฉลี่ย 43.37 ชั่วโมง มีรายได้ 26,657 บาท/เดือน โดยส่วนใหญ่รายได้เพียงพอ ต่อรายจ่าย ร้อยละ 46.4

2. ภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดสกลนคร

ภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่ ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมมีระดับ ภาวะหมดไฟในระดับต่ำ ร้อยละ 89.79 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.39 และระดับสูง ร้อยละ 1.82

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะหมดไฟ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.5 ด้านความลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะหมดไฟภาพรวมของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดสกลนคร (n=274)

ภาวะหมดไฟ	ระดับภาวะหมดไฟ		
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	237 (86.5)	27 (9.9)	10 (3.6)
ด้านการลดความเป็นบุคคล	226 (82.5)	37 (13.5)	11 (4.0)
ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล	48 (17.5)	59 (21.5)	167 (61.0)
ภาวะหมดไฟภาพรวม	246 (89.79)	23 (8.39)	5 (1.82)

3. ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 62.8 มีความวิตกกังวลในระดับปกติ ร้อยละ 57.3 และมีความเครียดในระดับปกติ ร้อยละ 90.5 นอกจากนี้ยังพบว่าบุคลากรบางส่วนมีความวิตกกังวลในระดับสูง และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.8 และ 3.6 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตจังหวัดสกลนคร จำแนกตามประเภทและระดับความรุนแรงของภาวะสุขภาพจิต (n=274)

ระดับภาวะ	ประเภท					
	ภาวะซึมเศร้า		ความวิตกกังวล		ความเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับ						
ระดับปกติ	172	(62.8)	157	(57.3)	248	(90.5)
ระดับเล็กน้อย	51	(18.6)	45	(16.4)	16	(5.8)
ระดับปานกลาง	41	(15.0)	46	(16.8)	6	(2.2)
ระดับสูง	8	(2.9)	16	(5.8)	4	(1.5)
ระดับรุนแรง	2	(.7)	10	(3.6)	0	0

4. แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการสัมภาษณ์และการสนทนาและสนทนากลุ่ม พบบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตจังหวัดสกลนคร มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานดังนี้

4.1 ความสามารถด้านการปรับตัวต่อสถานการณ์วิกฤติของชีวิต

“สถานการณ์โควิด 19 เป็นสถานการณ์ที่หนักมาก ตั้งตัวไม่ทันในปีแรกเครียดมาก แต่เนื่องจาก

สถานการณ์ยาวนานหลายปี ก็ปรับตัวกันมาเรื่อย ๆ ทั้งด้านงาน ครอบครัว” (ชาย, 50 ปี)

“ชีวิตต้องปรับตัวค่ะ ปัญหาที่ทำให้แกร่งขึ้น” (หญิง, 44 ปี)

“ไม่เคยได้อยู่นิ่ง ทำนั่นนี่ตลอด เหมือนโควิด 19 คืออะไรที่หนักที่สุดแล้วที่เคยเจอมาในหน้างานสาธารณสุข ถัดไปจากนี้คิดว่าไม่มีอะไรหนักกว่านี้แล้วเหมือนเราแข็งแกร่งขึ้น ทำอะไรได้มากกว่าที่คิดเจออะไรหนัก ๆ ต่อไปคงรับได้” (ชาย, 39 ปี)

4.2 มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากระบบงานสาธารณสุข

“ทางระบบสาธารณสุขก็มีแนวทางดูแลสุขภาพจิตบุคลากรอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ช่วงโควิด 19 แต่ก็ไม่ชัดเจนนัก แบบประเมินทางสุขภาพจิตเขาก็มีให้ประเมินเป็นระยะในระบบออนไลน์ของทางกรมก็มีเช่น *mental health check* พวกนี้แล้วแต่ใครสนใจก็ไปทำ บางทีก็มีอบรมให้เข้าร่วม” (ชาย, 50 ปี)

“ทางหน่วยงานก็ดูแลในเรื่องนี้อยู่เฟ้าวาระวังอยู่มีกิจกรรมมีแบบประเมินมาให้ทำเรื่อย ขวัญกำลังใจก็ดี นื่องๆ หลายๆ คนได้บรรจุเพราะโควิด 19 นี้แหละค่ะ เขาก็ไม่ได้ทอดทิ้งเสียทีเดียว” (หญิง, 44 ปี)

4.3 ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีในการทำงาน

“ควรมีการสร้างบรรยากาศในการทำงานให้อบอุ่น มีความเป็นทีมงาน เป็นครอบครัวกัน” (ชาย, 49 ปี)

“อยากให้ช่วยกัน และมีระบบการทำงานแบบบัดดี้ หรือทีมครับ จะทำให้มีประสิทธิภาพขึ้น” (ชาย, 40 ปี)

“เราควรดึงชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาเป็นทีมร่วมมากขึ้นหรือขยายโอกาสให้อสม ทำงานร่วมแบบมีอาสาสมัครมากขึ้น” (หญิง, 43 ปี)

4.4 มีการสื่อสารในองค์กรที่ดีและรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ทำงาน

“งานหนักพอทนได้ ถ้ามันชัดเจนนะ การสั่งงานการบอกงาน กำหนดเวลาต่างๆ มีความชัดเจนไม่ทำให้สับสน บางทีนะมันแค่คุยกัน แค่สื่อสารให้ถูกต้องเหมาะสมสม่ำเสมอ งานจะออกมาดี สัมพันธภาพต่างๆ ก็จะได้ด้วย (หญิง, 50 ปี)

“หากคนในที่ทำงานมีการพูดคุย สื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอก็จะช่วยให้มีความเข้าใจกัน เกิดการร่วมแรงร่วมใจในการทำงาน” (หญิง, 39 ปี)

“อยากให้มีระบบรับเรื่องร้องเรียนภายในที่มีประสิทธิภาพขึ้นกว่า และมี *feedback*

แจ้งกลับแก่ผู้ร้องเรียน แม้ปัจจุบันนี้มี แต่ยังไม่ *active* และระบบ *feedback* ยังไม่ดี” (หญิง, 52 ปี)

“ให้โอกาสทุกคนได้เสนอความคิดเห็น ต่องาน เพื่อลดความขัดแย้ง และ เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ ได้มีโอกาสจัดการบริหารงานตนเองอย่างอิสระ ซึ่งแต่ละคนจะมีสไตล์การทำงานที่ไม่เหมือนกันและมีข้อจำกัดไม่เหมือนกัน แต่ต้องอยู่บนพื้นฐานว่า การบริหารจัดการนั้นต้องไม่กระทบงานส่วนรวม” (หญิง, 59 ปี)

4.5 มองเห็นคุณค่าของคนทำงานร่วมกัน

“การสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เจ้าหน้าที่ มันเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะช่วยให้เค้าอยากทำงาน และ ช่วยให้เขาทำงานอย่างเป็นสุข” (ชาย, 50 ปี)

“บางทีไม่ต้องให้เป็นเงินทองอะไรหรอก แค่อุปการะเกียรติดูแลเล็กๆ ก็ดีใจแล้ว มันมีค่าต่อจิตใจนะ ยิ่ง อสม. หรือชาวบ้านนี้ ได้ใบประกาศเขาก็ดีใจ เพราะเราเห็นคุณค่าเขา มันสำคัญตรงการให้เกียรติเห็นค่ากัน” (หญิง, 49 ปี)

“ควรมอบหมายงานให้เหมาะสมกับ บทบาทหน้าที่วิชาชีพ และความถนัด ความสามารถ งานจะออกมาดีและมีความสุข และถือว่าให้เกียรติกันด้วย ถือว่ายอมรับในความสามารถกันและกัน” (ชาย, 50 ปี)

4.6 สนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาชีพอย่างเป็นธรรม

“สนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพของผู้ร่วมงาน โดยมีการประเมินเลื่อนขั้นอย่างเหมาะสม เป็นธรรม และยังมีน้องๆ ที่ยังไม่ได้บรรจุอีกจำนวนมาก บางคนรอมานาน อยากให้ผู้ใหญ่ในกระทรวงหรือรัฐบาล พิจารณารองรับในเรื่องการกำหนดตำแหน่งเพิ่มเติม” (หญิง, 39 ปี)

5. บทสรุป : ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และประชุมกลุ่ม พร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม ได้เสนอแนะแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟสำหรับบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร ดังนี้

5.1 องค์กรควรจัดการะงานอย่างเหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ เพื่อให้บุคลากรมีเวลาในการจัดการเรื่องส่วนตัวได้ดูแลตนเอง และครอบครัว

5.2 ผู้นำองค์กรส่งเสริมการทำงานเป็นทีมและสร้างสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี มีวิสัยทัศน์และมีแนวทางสร้างระบบการทำงานที่กระตุ้นการทำงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.3 องค์กรควรมีการสื่อสารองค์กรที่ชัดเจนสม่ำเสมอเพื่อลดความสับสนของข้อมูล

5.4 เปิดโอกาสรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ และมีการนำความคิดเห็นมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงการทำงานให้เหมาะสม

5.5 องค์กรมีความใส่ใจและเห็นคุณค่าของสิ่งที่บุคลากรทำ และให้เครดิตกับผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับชั้น สร้างขวัญและกำลังใจในทุกโอกาส จะช่วยเสริมพลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานได้

5.6 สนับสนุนและผลักดันให้บุคลากรมีโอกาสนในการพัฒนาความก้าวหน้าในวิชาชีพ หรือด้านวิชาการเพื่อเป็นการพัฒนาตนเองและสามารถนำศักยภาพที่นำมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงานได้

อภิปรายผลการวิจัย

ภาวะหมดไฟของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตจังหวัดสกลนคร โดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟภาพรวมในระดับต่ำ (ร้อยละ 89.79) เมื่อพิจารณารายด้านก็พบว่าด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.5 ด้านความลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 82.5 สอดคล้องกับทิพรัตน์ บำรุงพินิจาวรร และคณะ (2564) ที่ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่พบด้านความอ่อนล้าในการทำงานส่วนใหญ่

อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน (ร้อยละ 65.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลหลายวิชาชีพ เมื่อพิจารณาภาวะหมดไฟภาพรวม และรายด้านของความอ่อนล้า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40 ขึ้นไป) (ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ, อีระวุธ ธรรมกุล และ ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565 ; กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย และปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565; กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย, และปกกมล เหล่ารักษาวงษ์, 2565) อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างกับการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานเมื่อศึกษาเฉพาะภาวะหมดไฟเฉพาะวิชาชีพแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมาเก็บข้อมูลในช่วงมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2563 ที่พบว่าในช่วงเวลานั้นแพทย์ส่วนใหญ่มีภาวะหมดไฟในระดับที่สูง สะท้อนผ่านรายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง (ร้อยละ 43.7) และด้านการลดความเป็นบุคคลในระดับสูง (ร้อยละ 45.5) (นครินทร์ ชุนงาม, 2563) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่มีการสัมผัสคนไข้โดยตรง ปริมาณสัดส่วนแพทย์น้อยในขณะที่ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคมียาจำนวนมาก ซึ่งในช่วงสถานการณ์ที่เก็บข้อมูลดังกล่าวนั้นก็สู่การระบาดรุนแรงของโควิด 19 ในประเทศไทยแล้ว อีกทั้งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการประกาศให้โควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ของประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2563) ที่ต้องใช้มาตรการควบคุมป้องกันโรคสูงสุด ปริมาณคนไข้ที่เพิ่มขึ้นของโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและปริมาณมาก ขณะที่ในการศึกษาอื่นที่พบระดับภาวะหมดไฟที่ต่ำกว่านั้นเป็นการศึกษาในบุคลากรสาธารณสุขหลากหลายอาชีพ และหลายการศึกษาเป็นสถานการณ์ในช่วงท้ายเช่นปลายปี 2564 ปี 2565 หรือปี 2566 ที่สถานการณ์ลดระดับความรุนแรงและบุคลากรมีการปรับตัวแล้วเมื่อเทียบกับช่วงการระบาดที่รุนแรง

เมื่อพิจารณาเฉพาะระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาพบว่าภาวะหมดไฟภาพรวมของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสกลนครในระดับสูงพบเพียงร้อยละ 1.82 ขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดนนทบุรีมีความเหนื่อยล้าจากงานภาพรวมของบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับสูงร้อยละ 17 (นิตยา เพ็ญศิริภา, 2566) ซึ่งสูงกว่าจังหวัดสกลนครทั้งนี้อาจมาจากระยะเวลาการศึกษาที่แตกต่างกัน ความแตกต่างของภูมิภาค ภาวะปัญหาสาธารณสุขเฉพาะในพื้นที่นั้น ๆ จำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบและสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยต่อพื้นที่อันอาจมีผลต่อความเหนื่อยล้าจากงาน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลนั้นพบส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำสอดคล้องกับผลการศึกษาในจังหวัดสกลนครที่พบส่วนใหญ่ทั้งสองด้านนั้นอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

ค้นพบความสามารถการปรับตัวของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสกลนครที่ค่อย ๆ ปรับตัวปรับใจในการทำงานได้ดีขึ้น เกิดภาวะภูมิคุ้มกันทางใจดีขึ้น นอกจากนี้การศึกษาระดับของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดสกลนครเป็นการศึกษาในช่วงปี 2566 สถานการณ์หลังการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ซึ่งปัจจุบัน ประกาศกระทรวงสาธารณสุขลดระดับเป็นเพียงโรคติดต่อเฝ้าระวังตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน 2565 นั้น (กรมควบคุมโรค, 2563) จะเห็นได้ว่าบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่มีระดับภาวะหมดไฟภาพรวมในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังสถานการณ์หลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 บุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ได้รับค่าเสี่ยงภัยโควิด 19 จากการปฏิบัติงานเป็นการตอบแทน และบางส่วนได้รับเข้าบรรจุราชการจึงทำให้เกิดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับข้อมูลรายด้านความสำเร็จส่วนบุคคลที่พบส่วนใหญ่ในระดับสูงร้อยละ 61

ส่วนภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตจังหวัดสกลนคร พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล และมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ มุลศรีสุข และคณะ (2566) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดระดับต่ำ และจากการศึกษานี้พบว่า การประสบกับภาวะสุขภาพจิตไม่ดีของบุคลากรสาธารณสุขมีในสัดส่วนที่ลดลงและสอดคล้องกับการศึกษาของเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563) ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป อีกทั้งภายหลังจากการประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง มีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการควบคุมป้องกันโรค และสามารถควบคุมการระบาดที่เพิ่มขึ้นได้รวมทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มลดลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสาธารณสุขควรได้รับทักษะการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นประจำในทุกปี อย่างเหมาะสมกับทุกระดับช่วงวัยทำงาน อันได้แก่ ทักษะการจัดการอารมณ์ ทักษะการสื่อสารเพื่อความเข้าใจและการเสริมสร้างความยืดหยุ่นทางจิตใจ รวมถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิตการทำงาน รวมถึงระบบและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานเป็นต้น ตลอดจนควรมีระบบติดตามเฝ้าระวังข้อมูลภาวะสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมกับบุคคลกรสาธารณสุข เพื่อสร้างระบบเฝ้าระวังภาวะหมดไฟและสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงควรมีการพัฒนา

โปรแกรมเสริมภูมิคุ้มกันทางใจและทักษะชีวิตรวมถึง
นวัตกรรมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตในบุคลากร
สาธารณสุขโดยเฉพาะ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยพื้นฐาน
สำหรับบุคลากร สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัย
ราชภัฏสกลนคร

เอกสารอ้างอิง

- กษามาส วิชัยดิษฐ์, อารยา ประเสริฐชัย, และปกกมล
เหล่ารักษาวงษ์. (2565). ภาวะหมดไฟในการทำงาน
ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาล
ของรัฐในจังหวัดชุมพร. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย*, 30(3), 211-221.
- กรมควบคุมโรค. (2563). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย
(ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563*. สืบค้นจาก [https://ddc.
moph.go.th/uploads/files/156202209
26033355.PDF](https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15620220926033355.PDF)
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *Mental health check in*.
สืบค้นจาก [https://checkin.dmh.go.th/
dashboards/dash01](https://checkin.dmh.go.th/dashboards/dash01)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือการ
ปฏิบัติงานที่มช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบ
ภาวะวิกฤตในกรณีการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นจาก
[https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/
view.asp?id=1](https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=1)
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
(2565). *รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขปี 2565*.
เขตสุขภาพที่ 8. (2022). *Covid 19*. สืบค้น
จาก [https://r8way.moph.go.th/r8way/
covid-19](https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19)
- ณัฐนันท์ ฤทธิ์สำเร็จ, ชีระวุธ ธรรมกุล และ ปกกมล เหล่า
รักษาวงษ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรใน
โรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัด
ชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*,
17(1), 87-99.
- ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร, วัลลภ ใจดี, เอ็มอัชมา วัฒน
บุรณนธ์ และนิภา มหารัษฎพงศ์. (2564). ปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน
ของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของ Covid-19.
วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา, 17(1),
100-110.
- นครินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟ
ในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(4), 348-359.
- นฤมล สุธีรุฒ. (2558). ภาวะหมดไฟ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
และแนวทางในการป้องกัน. *วารสารการวัดผล
การศึกษา*, 32(91), 16-25.
- นันทาวดี วรวิสุต. (2564). การพัฒนารูปแบบการสร้าง
เสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแล
ใจคนทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขต
สุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model). *วารสารวิจัยและ
พัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 603-613.

- นิตยา เพ็ญศิริธินภา. (2566). ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรีในช่วงโรคโควิด 19 ระบาด. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 84-96.
- บุญญพัฒน์ ไชยมะล. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 16(2), 9-18.
- สุรศักดิ์ มูลศรีสุข, พงศ์ศักดิ์ ธรรมกุลศักดิ์, ฉันทนา เคหะ, วรภัทร์ รัตอามา, ญัฐฐา สายเสวย, และจุฑาหวดี หล่อตระกูล. (2566). ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในบุคลากรทางการแพทย์ด้านหน้าที่ปฏิบัติงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. *วารสารการพยาบาล*, 25(1), 15-25.
- เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์, และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 400-408.
- Apisarnthanarak, A., Apisarnthanarak, P., Siripraparat, C., Saengaram, P., Leeprechanon, N., & Weber, D. J. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 41(9), 1093-1094.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach burnout inventory manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Oei, T. P., Sawang, S., Goh, Y. W., & Mukhtar, F. (2013). Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1018-1029. doi: 10.1080/00207594.2012.755535
- Thatrimontrichai, A., Weber, D. J., & Apisarnthanarak, A. (2021). Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. *Journal of the Formosan Medical Association*, 120(6), 1296-1304.
- Tunthanathip, S., Laeheem, K., Buayom, P., Khwanthong, V., & Osotpromma, C. (2021). Lockdown stress and burnout of public health personnel during the coronavirus disease 2019 outbreak in Southern Thailand. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(3), 181-187.

World Health Organization. (2019). *Burn-out an occupational phenomenon: International classification of diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก ต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง

Effectiveness of Catholic Spiritual Development Program on Spiritual Strength of Palliative Elderly Caregivers

วนิดา ศรีวรกุล, พย.ม., Wanida Sriworakul, M.N.S.^{1*}

สุวรรณา อนุสันติ, ประ.ด., Suwanna Anusanti, Ph.D.²

พรรณวิภา บรรณเกียรติ, ประ.ด., Panvipa Bannakiet, Ph.D.³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Saint Louis College

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

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

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

³Assistant Professor Ph.D., Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

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

Received: June 4, 2024

Revised: July 25, 2024

Accepted: October 2, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองจากโรงพยาบาลคาทอลิกแห่งหนึ่ง จำนวน 30 ราย ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก เป็นเวลา 4 สัปดาห์ ทดสอบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบที (Dependent t-test) ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 ดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 76.67 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะผู้ดูแลที่ได้รับว่าจ้าง คະແນນการปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ขึ้นปรับกระบวนคิด และตระหนักในตน ภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ส่วนขั้นพิจารณาตนเอง พบว่าไม่มีความแตกต่าง ส่วนคะแนนของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) สรุปและข้อเสนอแนะ โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกส่งผลต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ดังนั้นพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกมาพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุตามชุมชน หรือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง, ความเชื่อคาทอลิก, ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ

Abstract

The research design was quasi-experimental one group pretest-posttest design. The purpose was to investigate the effectiveness of the Catholic Spiritual Development Program on Spiritual Strength of Palliative Elderly Caregivers. Thirty Caregivers from the Catholic Hospital were selected to participate the Catholic Spiritual Development Program. They took pretest and posttest. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test. The results revealed that 90% of the participants were female, 73.33% were Buddhist, 80% were caregivers who have offered caring for more than a year, 76.67% were hired caregivers. The caregivers who participated the Catholic Spiritual Development Program had a higher achievement score on the posttest than the pretest ($p < .05$). Conclusion and recommendations, the Catholic Spiritual Development Program on Spiritual Strength of Palliative Elderly Caregivers significantly developed and enhanced the spiritual strength of caregivers. It should be supported and extended to all palliative elderly caregivers, not only in the hospitals but also in the communities.

Keywords: Elderly Caregivers, Palliative Elderly, Catholic Spiritual, Strength Spiritual

บทนำ

ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วส่งผลต่ออัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากโรคเฉียบพลันเป็นโรคเรื้อรัง ร่วมกับการถดถอยของอวัยวะในร่างกาย ประชากรผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพมากกว่า 1 โรค ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ต้องการ

การดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น (กัลยาภรณ์ เขยโพธิ์, 2566; ณัฏฐา หลงผาสุข, สุปริดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์, 2561) การดูแลผู้สูงอายุ เป็นการดูแลของสมาชิกในครอบครัวหรือเรียกว่า ญาติผู้ดูแล ซึ่งเดิมอยู่วัยเดียวกัน ปัจจุบันนิยมญาติผู้ดูแลหรือผู้ดูแลที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวมากกว่า ที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ดูแลที่จ้างมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน หรือโรงพยาบาล โดยให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทั้งร่างกาย

จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งผู้ดูแลเองสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนให้ดีขึ้น (กมลรัตน์ อัมพวา, 2567; ณัชศพา หลงผาสุข และคณะ, 2561; วนิดา ศรีวรกุล, 2557)

การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถหายป่วยได้ และคาดว่าผู้สูงอายุมีชีวิตเหลืออยู่ไม่นาน ในการดูแลจึงมุ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมาน มีความสุขทุกด้าน ได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการของผู้สูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (วรรณข วงค์เจริญ, ทัศนมินทร์ รัชดาธนรัชต์, และพิสิษฐ์ สมงาม, 2563; จิรพรรณ บุญทองมาก, 2560) ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้สูงอายุจากความโศกเศร้า เนื่องจากการสูญเสีย ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองจึงต้องดูแลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การดูแลจึงมุ่งเน้นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยหวังให้ผู้สูงอายุได้จากไปอย่างไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลัง ซึ่งก็คือ ตายดี ตายอย่างมีศักดิ์ศรี (วรรณข วงค์เจริญ และคณะ, 2563; วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมชาย วิริริรมย์กุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และเสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล, 2560)

ศาสนาคริสต์ กล่าวถึง ความสัมพันธ์ของมนุษย์กับพระเจ้า คริสตชนเชื่อว่ามนุษย์ถูกสร้างให้เป็นพระฉายา มีความเหมือนกับพระเจ้า ดังนั้นคุณค่าและความหมายของมนุษย์อยู่ที่การจากพระเจ้าและมุ่งสู่พระเจ้า คาทอลิกดำเนินชีวิตตามแนวทางพระคัมภีร์ ตามการตลใจของพระจิต ดังนั้นจิตวิญญาณของคาทอลิก จึงมีรากฐานจากชีวิตของพระเยซู พระบิดา และพระจิต ผ่านทางคำภานาและการกระทำ ภานาพื้นฐานคือ พิธีบูชามิสซา ซึ่งเป็นการฉลองชุมชนแห่งความเชื่อโดยที่พระเยซูทรงสอนไว้ว่า “จงทำดังนี้เพื่อระลึกถึงเรา” ดังนั้นพิธีกรรม

เป็นพิธีศักดิ์สิทธิ์ซึ่งผสมผสานธรรมชาติ ความเป็นบุคคล การสวดภาวนาเป็นความหนึ่งเดียวแบบองค์รวมของ คริสตชน ทำให้ก้าวหน้าสู่ความศักดิ์สิทธิ์ เป็นหนทางที่นำไปสู่พระเจ้าได้ การดูแลชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางคาทอลิก จึงเป็นการดูแลทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลชีวิตที่พระเป็นเจ้าให้มา ให้มีความสุข รู้สำนึกถึงความรักของพระเจ้า ดำเนินชีวิตด้วยความรักในพระเจ้า และรักเพื่อนมนุษย์เหมือนรักตนเอง เช่นเดียวกับชุมชนคาทอลิกดั้งเดิม (ชัยยะ กิจสวัสดิ์, 2565; สมชัย พิทยาพงศ์พร, 2561; วนิดา ศรีวรกุล, 2557)

ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณตามพระคัมภีร์กล่าวว่าเราเข้มแข็งขึ้นโดย “ผู้ที่สามารถ” กล่าวอีกนัยหนึ่ง พระองค์ทรงกำหนดให้เราโดยฤทธิ์อำนาจของพระ (2 โครินธ์ 9:8; เอเฟซัส 3:20; 2 ทิโมธี 1:12) พระเจ้าผู้ทรงอำนาจยิ่งใหญ่ เป็นผู้ปกครองเรา การปกครองเป็นไปตามที่ทรงเลือก และไม่สามารถขัดขวางแผนการของพระองค์ได้ เราจึงมั่นใจว่า พระเจ้าทรงสร้างเรา ด้วยความดีของพระองค์ พระหัตถ์แห่งพลกำลังสำเร็จจุล่ง เมื่อเราเชื่อในพระองค์ เราจะมี ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ (คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อคริสตศาสนธรรม แผนกพระคัมภีร์, 2015) เพิ่มความแข็งแกร่งได้ด้วยการเรียนรู้และฝึกฝน สามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์ จิตใจปรับตัว และมีทักษะในการจัดการ พร้อมทั้งจะยืนหยัดและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ จนสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ฉะนั้นความแข็งแกร่งทางจิตวิญญาณจึงหมายถึงระดับที่ความเชื่อภายในของคนที่ดำรงอยู่ (ดลฤดี ทับทิม, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และอรพินทร์ ชูชม, 2563; กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, และเสาวลักษณ์ คงสนิท, 2562)

การสร้าง ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการเสริมสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกัน

เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหา หรืออุปสรรค และก้าวผ่านไปได้อย่างแข็งแกร่ง ทำให้ผู้ดูแลเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว (ดลฤดี ทับทิม และคณะ, 2563) องค์ประกอบของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดของโวลิน และโวลิน (Wolin and Wolin) คือ 1) การตระหนักในตนเอง 2) การเป็นอิสระ 3) สัมพันธภาพ 4) การเป็นผู้ริเริ่ม 5) การมีความคิดสร้างสรรค์และอารมณ์ขัน และ 6) การมีศีลธรรมจรรยา (Wolin, S. J. & Wolin, S., 1993) และองค์ประกอบตามแนวคิดของเดวิส (Davis) คือ 1) ความสามารถด้านกายภาพ 2) ความสามารถทางสังคมและสัมพันธภาพ 3) ความสามารถด้านอารมณ์ 4) ความสามารถด้านคุณธรรม 5) ความสามารถด้านการรู้คิด และ 6) ความสามารถด้านจิตวิญญาณ (Davis, 1999) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของโวลิน และโวลิน ในเรื่องการตระหนักในตนเอง สัมพันธภาพ และการมีศีลธรรมจรรยา และแนวคิดของเดวิส ในเรื่องความสามารถด้านกายภาพ ความสามารถทางสังคมและสัมพันธภาพ ความสามารถด้านอารมณ์ ความสามารถด้านคุณธรรม และความสามารถด้านจิตวิญญาณมาสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้

จากความสำคัญดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองจำเป็นต้องมีความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณเป็นพื้นฐานที่สำคัญ จึงจะส่งผลให้เกิดพลังในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะดำเนินโครงการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง โดยพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกประกอบด้วยขั้นพิจารณาตนเอง ปรับกระบวนคิด และตระหนักในตน เพื่อส่งผลให้มีความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง เกิดภูมิคุ้มกันสามารถเผชิญปัญหา หรืออุปสรรค และเป็นกำลังสำคัญ

ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก

นิยามศัพท์

ผู้ดูแลผู้สูงอายุ Caregiver หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือผู้ดูแลที่จ้างมาดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลทำหน้าที่ดูแลแทนญาติ โดยให้การดูแลญาติที่เจ็บป่วย หรือจากการสูงอายุ ที่ไม่สามารถดูแลตนเอง ในกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นได้

ผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถหายป่วยได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่ไม่นาน ในการดูแลจึงมุ่งทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมาน มีความสุขทุกด้าน ได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตามความต้องการของผู้สูงอายุจนกระทั่งเสียชีวิต

ความเชื่อคาทอลิก คือ มนุษย์มีความสัมพันธ์กับพระเจ้า โดยผ่านทาง การสวดภาวนา ความเป็นหนึ่งเดียวกันในพิธีกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นหนทางนำไปสู่พระเจ้า จึงเป็นการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดูแลชีวิตที่พระเจ้าให้มา ให้มีความสุข รู้สำนึกถึงความรักของพระเจ้า ดังนั้นคุณค่าและความหมายของมนุษย์อยู่ที่การเป็นมนุษย์ที่มาจากพระเจ้าและมุ่งสู่พระเจ้า

ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ หมายถึง การยอมรับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล ความรู้สึกยินดีต่อหน้าที่ ความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และ

ความรู้สึกเป็นสุขเมื่อได้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ซึ่งเกิดจากระดับความเชื่อภายในบุคคล สามารถฝึกฝน เรียนรู้ และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก คือ การนำคำสอนจากพระคัมภีร์ คำภาวนา และบทเพลงของคาทอลิก จัดทำเป็นคู่มือพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก ประกอบด้วย บทภาวนาพื้นฐานในพิธีบูชามิสซา บทสวดภาวนาสายประคำแม่พระ บทสวดภาวนาสายประคำพระเมตตา บทเพลงในพิธีบูชามิสซา บทเพลงแม่พระ

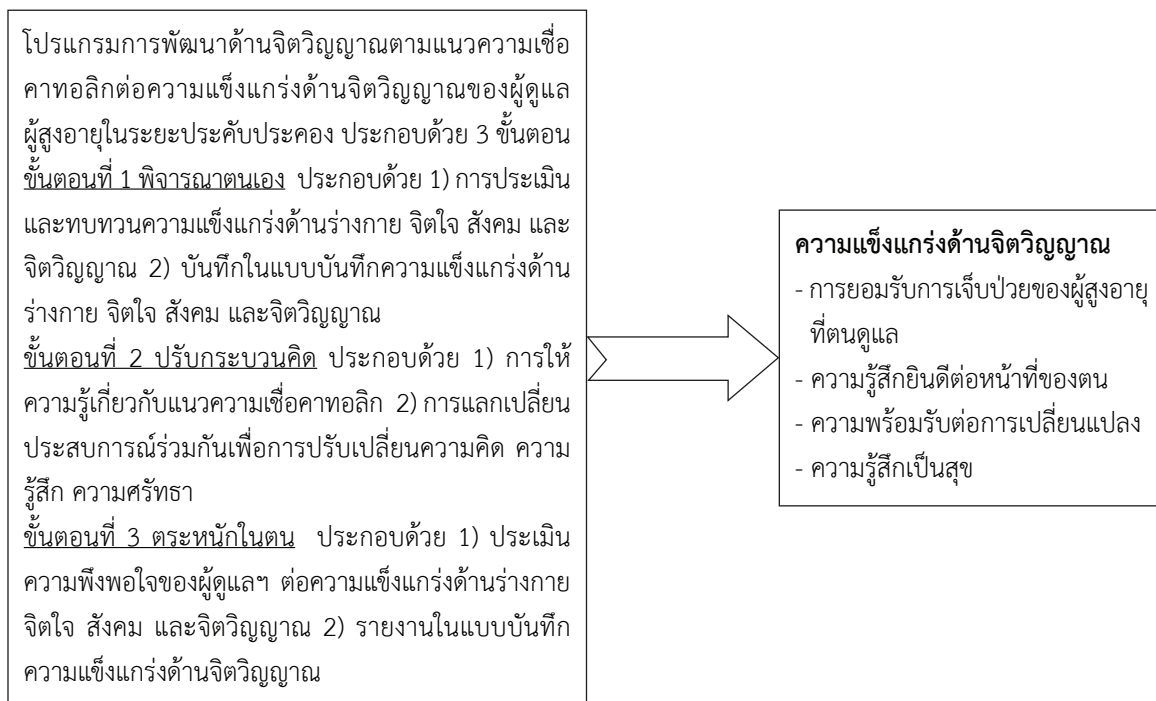
มี 3 ขั้นตอน ได้แก่ พิจารณาตนเอง ปรับกระบวนคิด และตระหนักในตน

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

(Wolin, & Wolin, 1993) และ (Davis, 1999)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design) ชนิดกลุ่มเดียวประเมินก่อน และหลังการทดลอง (One Group Pretest and Posttest Design)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลคาทอลิกแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม-เดือนธันวาคม 2566 จำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคัดเลือกให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลคาทอลิกแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม-เดือนธันวาคม 2566

$$\text{คำนวณโดยใช้สูตร } n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

ผู้ดูแล ปี 2565 มีจำนวน 32 คน

$$\frac{32}{1.08} = 29.6 = 30$$

โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้า 1. เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่มีอายุ 18-59 ปี ทั้งเพศชายหรือหญิง 2. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 3. มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองอย่างน้อย 2 เดือน 4. ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยครบ 4 สัปดาห์ และเกณฑ์การคัดเลือกรับ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่ครบ 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง

ผู้วิจัยพัฒนาจากคำสอนในพระคัมภีร์ คำภาวนา และบทเพลงของคาทอลิก จัดทำเป็นคู่มือพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย บาทหลวงคาทอลิก และอาจารย์พยาบาล ได้ค่าเท่ากับ .87

เนื้อหาในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย บทภาวนา พื้นฐานในพิธีบูชามิสซา บทสวดภาวนาสายประจำแม่พระ บทสวดภาวนาสายประจำพระเมตตา บทเพลงในพิธีบูชามิสซา บทเพลงแม่พระ บทเพลงคาทอลิก ฯลฯ ในรูปแบบของตัวอักษร และ QR Code มีเพิ่มบทสวดภาษาจีนแต้จิ๋ว และเพิ่มเพลงคริสเตียนในสัปดาห์ที่ 2

โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกต่อความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาตนเอง ประกอบด้วย

1) การประเมินและทบทวนความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) บันทึกในแบบบันทึกความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขั้นตอนนี้ใช้แบบประเมินและทบทวนความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ขั้นตอนที่ 2 ปรับกระบวนคิด ประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เกี่ยวกับแนวความเชื่อคาทอลิก 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันเพื่อการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก ความศรัทธา ขั้นตอนนี้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติตนของความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ขั้นตอนที่ 3 ตระหนักในตน ประกอบด้วย

1) ประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ต่อความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) รายงานในแบบบันทึกความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ ขั้นตอนนี้ใช้แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองต่อความแข็งแกร่งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

2. แบบบันทึก และแบบประเมิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง จำนวน 2 ท่าน และบาทหลวงผู้มีความเชี่ยวชาญด้าน แนวความเชื่อคาทอลิกและการอภิบาลผู้สูงอายุในระยะ ประคับประคองจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบ ความสมบูรณ์ ของเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และภาษา ผู้วิจัยมีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ .87 และมีความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีความสอดคล้อง ภายใน Cronbach's alpha coefficient = 0.80 จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะ ประคับประคอง ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมี รายละเอียดดังนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ดูแล ความสัมพันธ์ ศาสนา สถานภาพ

2.2 แบบบันทึกความแข็งแรงด้าน จิตวิญญาณ มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การยอมรับ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ตนดูแล ความรู้สึกยินดี ต่อหน้าที่ของตน ความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลง และความรู้สึกเป็นสุข

2.3 แบบประเมินและทบทวนความแข็งแรง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือด้าน ร่างกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ รวม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Likert Scale 5 ระดับ

2.4 แบบประเมินการปฏิบัติตนของความ แข็งแรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ คือ ด้านร่างกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ

รวม 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบ Likert Scale 5 ระดับ ออกแบบโดยผู้วิจัยและผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่า IOC=0.87

การแบ่งคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

1.00-1.80 น้อยที่สุด

1.81-2.60 น้อย

2.61-3.40 ปานกลาง

3.41-4.20 มาก

4.21-5.00 มากที่สุด

2.5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในระยะประคับประคองต่อความแข็งแรง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รูปแบบเป็น มาตรฐานประมาณค่า (rating scale) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จำนวน 3 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 3 ข้อ ด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจระดับน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน จนถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน โดยมีเกณฑ์การ แปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1997) รายละเอียดดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 พึงพอใจ ระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 พึงพอใจ ระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 พึงพอใจ ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 พึงพอใจระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 พึงพอใจระดับมากที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัย ดำเนินการส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัย และ ขี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลจาก กลุ่มตัวอย่าง

3.1 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นัดหมายการประชุม เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ของการวิจัย โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ

ตามแนวความเชื่อคาทอลิก และให้สมัครใจลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยประชุมร่วมกับพยาบาลแผนกผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

3.3 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกและแบบประเมินก่อนการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกและแบบประเมินหลังการได้รับโปรแกรมฯ

3.4 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้และตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบบันทึกและแบบประเมิน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่และร้อยละ

4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบแบบที่ (Dependent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์ (เลขที่ E.003/2566 ลว. 23 มกราคม 2566) การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ และขอคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง โดยลงนามในใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย การรายงานข้อมูลเป็นภาพรวม และระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการใด ๆ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 46.67 อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.67 รายได้มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 53.33 ระยะเวลาดูแลผู้สูงอายุมากกว่า 1 ปี ร้อยละ 80 มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้ดูแลที่ได้รับว่าจ้าง ร้อยละ 76.67 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.33 คาทอลิกและคริสเตียน ร้อยละ 13.33 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ร้อยละ 46.67 สมรส และหม้าย ร้อยละ 36.67 และร้อยละ 16.67 ตามลำดับ

2. เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก ด้วยการทดสอบสถิติ t-test พบว่า คะแนนการปฏิบัติตามขั้นตอนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ขึ้นปรับกระบวนคิด และตระหนักในตน ภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) ส่วนขั้นพิจารณาตนเอง พบว่าไม่มีความแตกต่าง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตามขั้นตอนก่อนและหลังของการได้รับโปรแกรมการพัฒนาด้านจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกรายชั้นและโดยรวม (n=30)

โปรแกรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t - test	p-value
ชั้นพิจารณาตนเอง				
ก่อนการได้รับ	4.28	.38	-1.40	.17
หลังการได้รับ	4.37	.38		
ชั้นปรับกระบวนคิด				
ก่อนการได้รับ	3.72	.68	-2.98	.01*
หลังการได้รับ	4.05	.64		
ชั้นตระหนักในตน				
ก่อนการได้รับ	4.20	.47	-2.59	.02*
หลังการได้รับ	4.42	.44		
รวม 3 ชั้นก่อนการได้รับ	4.06	.44	-2.76	.01*
หลังการได้รับ	4.28	.44		

* $p < .05$

ส่วนคะแนนของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลฯ ก่อนและหลังของการได้รับโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก (n=30)

ความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t - test	p-value
ก่อนการได้รับโปรแกรม	4.41	.56	-2.83*	.01*
หลังการได้รับโปรแกรม	4.69	.31		

* $p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย

1. โปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองมีความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ ภายหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้เป็นเพราะแนวความเชื่อคาทอลิกเป็นชีวิตแห่งการภาวนา ประกอบด้วยภาวนาทำวัตรเช้า-เย็น-ค่ำ ภาวนาแบบเพ่งพินิจหรือจิตภาวนาภาวนาด้วยสายประคำ ฯลฯ การยกจิตใจภาวนาถึงพระเจ้าบ่อยๆ ทำให้สัมพันธ์กับครอบครัว กับเพื่อน โดยใช้บทภาวนาของคาทอลิก หรือภาวนาจากใจด้วยคำพูดของตนเอง ทำให้มีความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ (สมชัย พิทยาพงศ์พร, 2561) สอดคล้องกับงานวิจัยของวีรยุทธ แก้วใจ (2564) พบว่าความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ เป็นการหาพันธกิจแบบองค์รวมครอบคลุมจิตวิญญาณ จิตใจ และร่างกาย การมีประสบการณ์ส่วนตัวกับพระเจ้า การมีสัมพันธ์ภาพที่ดี ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าเมื่อได้ทำงานรับใช้พระเจ้าและสังคม

นอกจากนี้ความแข็งแกร่งเป็นพลังที่สามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ด้วยตัวเองหรือจากผู้อื่น ชุมชนของบุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตหรือด้านจิตวิญญาณจึงเป็นชุมชนที่มีความสุข เกื้อกูลกัน และสามารถดูแลกันเองได้ (แวนดาว พิมพ์พันธุ์ดี, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิชูไรดา นิมุ, กาญจน์สุนักส์ บาลทิพย์, และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร (2564) พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ศรัทธาต่ออัลลอฮ์ ด้วยความบริสุทธิ์ใจ นำศาสนาเป็นวิถีแห่งการดำเนินชีวิต ทำให้เข้าใจความจริงของชีวิต รู้จักปล่อยวาง และทำให้รู้สึกสงบ และสอดคล้องกับงานวิจัยของแวนดาว พิมพ์พันธุ์ดี (2562) พบว่าพุทธศาสนิกชนสูงอายุในเขตระยองเศรษฐกิจภาคตะวันออก มีความแข็งแกร่งในชีวิต จากการได้ทำบุญ ฟังธรรมะ และสวดมนต์ เกิดความมั่นคงทาง

จิตวิญญาณ ปฏิบัติตามหลักคำสอนทางศาสนา เกิดความแข็งแกร่งทั้งกาย จิต มีสัมพันธ์ภาพที่ไว้วางใจ ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและผู้อื่น

2. คะแนนเฉลี่ยของความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก มีความแตกต่างกับก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ และคณะ (2562) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตระดับบุคคลของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรังกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และงานวิจัยของดลฤดี ทับทิม และคณะ (2563) พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถมีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น โปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองได้รับ ทำให้ผู้ดูแลฯ มีความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณดีขึ้นกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม ฯ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกมาพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุตามชุมชน หรือกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป

พยาบาลสามารถนำ โปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิก ไปใช้ในการเพิ่มทักษะด้านจิตวิญญาณกับนักศึกษาในสถาบันการศึกษา กับผู้ดูแลในโรงพยาบาล และอาสาสมัครในชุมชนได้ต่อไป

โปรแกรมการพัฒนาจิตวิญญาณตามแนวความเชื่อคาทอลิกนี้ ควรเพิ่มการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุในระยะประคับประคองด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ อัมพวา. (2567). ประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 9(1), 753-761.
- กรรณิกา เรืองเดช ขาวสวนศรีเจริญ, ไพบุลย์ ขาวสวนศรีเจริญ, และเสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราพื้นที่ภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 65-79.
- กัลยาณณ์ เชยโพธิ์. (2566). การฝึกความเชี่ยวชาญ (Faculty Practice) การปฏิบัติด้านการพยาบาล ชุมชนของอาจารย์พยาบาล โดยใช้กระบวนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ: กรณีศึกษา การดูแลผู้สูงอายุติดเตียงและการรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 31(3), 426-438.
- คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อคริสตศาสนธรรม แผนกพระคัมภีร์. (2015). *พระคัมภีร์คาทอลิกภาคพันธสัญญาใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ปิตินาธิช.
- จิรวรรณ บุญทองมาก. (2560). ผลการใช้รูปแบบการพยาบาลเจ้าของไข้ต่อสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเซนต์หลุยส์.
- ชัยยะ กิจสวัสดิ์. (2565). *บทเทศน์โอกาสสมโภชพระตรีเอกภาพ*. สืบค้นจาก catholic.or.th/main/our-services/homilyfrchaia/15515-บทเทศน์สอนวันอาทิตย์สมโภชพระตรีเอกภาพ
- ณัชศพา หลงผาสุข, สุปรีดา มั่นคง, และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2561). ภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 97-109.
- ดลฤดี ทับทิม, อังคินันท์ อินทรกำแหง, และอรพินทร์ ชูชม. (2563). ความเข้มแข็งทางใจของญาติผู้ดูแลสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(1), 1-16.
- นิชูไรดา นิมู, กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์, และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร์. (2564). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเรื้อรังระยะกลับเข้าสู่การดำเนินชีวิตปกติตามวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสงขลา*, 41(1), 88-103.
- วนิดา ศรีวรกุล. (2557). *ประสบการณ์การปฏิบัติตนด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคาทอลิก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรรณช วงค์เจริญ, ทศนรินทร์ รัชดาธนรัชต์, และพิสิษฐ์ สมงาม. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลปง จังหวัดพะเยา. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*, 14 (2), 26-37.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมชาย วิริภิมย์กุล, รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และเสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบประคับประคอง จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 15 (ฉบับเพิ่มเติม), 38-59.

- วีรยุทธ แก้วใจ. (2564). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุช่วง 70-79 ปี กรณีศึกษาคริสตจักรชัยสวัสดิ์ มหาวิทยาลัยพายัพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ.
- แววดาว พิมพ์พันธ์ดี. (2562). การพัฒนาแนวทางการเสริมพลังความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตระเบียบเศรษฐกิจ ภาคตะวันออก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ.
- สมชัย พิทยาพงศ์พร. (2561). พัฒนาการวิถีชีวิตจิตคริสตชน (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ปิตินาณ.
- Davis, N. J. (1999). *Resilience: Status of the research and researchbased programs*. United States: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Wolin, S. J. & Wolin, S., (1993). *The Resilience Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity*. New York: Villard Books.



ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
**Relationships Between Barthel ADL Index and Quality of Life of
Elderly at LatYai Sub-District, Mueang District,
Samut Songkhram Province**

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์, ปร.ด., Puangtip Chaiphibalsarisdi, Ph.D.¹

สุระพรรณ พนมฤทธิ์, ค.ม., Surapan Panomrit, M.E.d.²

พัชรา สมชื่อ, พย.ม., Patchara Somchoe, M.N.S³

ศศิมา คงศิริ, วท.บ., Sasima Kongsiri, B.Sc.⁴

นฤมล ดวงภูเมศ, วท.บ., Narumon Duangphumet, B.Sc.⁵

¹รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

¹Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Shinawatra University

²รองคณบดีฝ่ายบริหาร, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

²Deputy Dean for Administration, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

³อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

³Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

⁴นักวิชาการสาธารณสุข สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข

⁴Public Health Technical Officer, Bureau of Elderly Health, Ministry of Public Health

⁵นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

⁵Public Health Technical Officer, Samut Sakhon Provincial Public Health Office

*Corresponding Author Email: surapan.pan@kbu.ac.th

Received: April 20, 2024

Revised: August 15, 2024

Accepted: October 2, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ดัชนีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีโควตา โดยสุ่มตัวอย่างจำนวน 125 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทิกปัจจัย

ส่วนบุคคล ดัชนีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และแบบสอบถาม WHOQOL BREF THAI วิเคราะห์ข้อมูล คุณภาพชีวิตโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Chi-square และทดสอบ Fisher exact ผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 96.60) คะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 66.40, 70.40, 73.60 และ 68.00 ตามลำดับ ปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว และดัชนีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลการศึกษาสามารถใช้ข้อมูลผู้สูงอายุ ในการปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับประเพณี บริบท อัตลักษณ์ และสภาพความเป็นอยู่ในพื้นที่

คำสำคัญ: ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the quality of life and examine the relationship between personal factors, Barthel ADL index and the Quality of life of Elderly at LatYai Sub-District, Mueang District, Samut Songkhram Province. The sample of 125 elderly with quota sampling. The research instruments included the personal factors record, Barthel ADL Index and WHOQOL BREF THAI questionnaires. The data were analyzed by using descriptive statistics for personal factors and ADL data. In addition, the data of quality of life were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square test and Fisher exact test. The results of the study revealed that overall quality of life of the elderly was at the good level (69.60 %). The scores of the quality of life of physical, psychological, social relationship and environmental domains also were at the good level with the percent of 66.40, 70.40, 73.60 and 68.00 relatively. In addition, the personal factors including age, marital status, residence, have diseases and Barthel ADL index had a significant correlation with the quality of life of the elderly ($p < .01$). The results of the study can use data on the elderly. To improve and develop the quality of life of the elderly in accordance with the traditions, context, identity, and living conditions in the area.

Keywords: ADL, Quality of Life, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 ของเอเชีย และอันดับ 2 ของอาเซียน ในปี พ.ศ. 2562 (วัชรภรณ์ ชิวโสภิชฐ, 2562) และกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยคาดว่าภายใน ปี พ.ศ. 2574 จะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด โดยข้อมูลในปี 2565 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.86 ของประชากรทั้งหมด โดย 10 อันดับแรกของจังหวัดต่าง ๆ มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ตามลำดับ ดังนี้ จังหวัดลำปาง ร้อยละ 26.20 จังหวัดแพร่ ร้อยละ 25.75 จังหวัดลำพูน ร้อยละ 25.67 จังหวัดสิงห์บุรี ร้อยละ 25.65 จังหวัดชัยนาท ร้อยละ 24.65 จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 24.39 พะเยา 24.23 อ่างทอง 23.81 อุตรดิตถ์ 23.59 และพิจิตร 22.79 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยแท้จริงขึ้นอยู่กับความสามารถของปัจเจกบุคคลซึ่งเป็นพลังขับเคลื่อนสู่ความผาสุกของชีวิตได้ โดยมีองค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ให้การสนับสนุน เมื่ออายุ 60 ปี แล้วคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยต่อไปอีกประมาณ 22 ปีจากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียง คือ อยู่ในสภาวะพิการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะติดบ้าน คือ มีปัญหาการเคลื่อนไหวไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก การสำรวจเดียวกันนี้ พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมา ได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจร้อยละ 3 และสติปัญญาร้อยละ 2 การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยของผู้สูงอายุยังพบว่าเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 18 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556)

เนื่องจากสภาพร่างกาย และความเสื่อมตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อที่จำเป็นต้องมีการดูแลบำบัดรักษาในระยะยาว โดยพบว่าสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคไต อัมพาต ปอดอักเสบ และอุบัติเหตุ ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิต ทั้งนี้ผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าใด จะมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเท่านั้น ดังนั้น จึงจำเป็นต้องเตรียมการรับมือกับจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง โดยการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครวมถึงการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลเพื่อลดภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ตลอดจนการให้ความรู้เพื่อการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สอดคล้องกับมติดองค์การสหประชาชาติ ในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพร่างกายที่ดีและมีความมั่นคง (Active Aging) ซึ่งจะสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ สุขภาพร่างกายที่ดี ความมั่นคงในชีวิต ทรัพย์สิน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ครอบครัว ชุมชน และสังคม (วิไลพร ขาวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานปัญญา, และจิตาภา ศิริปัญญา, 2554)

จังหวัดสมุทรสงครามซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัด ที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีโดยพบว่าปี 2566 จำนวนของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามติด 1 ใน 10 ของจังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด ปี 2566 ผู้สูงอายุในตำบลลาดใหญ่ มีโรคและปัญหาการเจ็บป่วยที่สำคัญ ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง/หลอดเลือดหัวใจ และมีโรคประจำตัวหลายโรคโดย เป็นโรคเรื้อรังที่

ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ ยังเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว และการเข้าสังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2558) จากปัญหาต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจและเล็งเห็นความสำคัญในการที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินแนวทางใน การส่งเสริมผู้สูงอายุในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดียาวนาน ต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

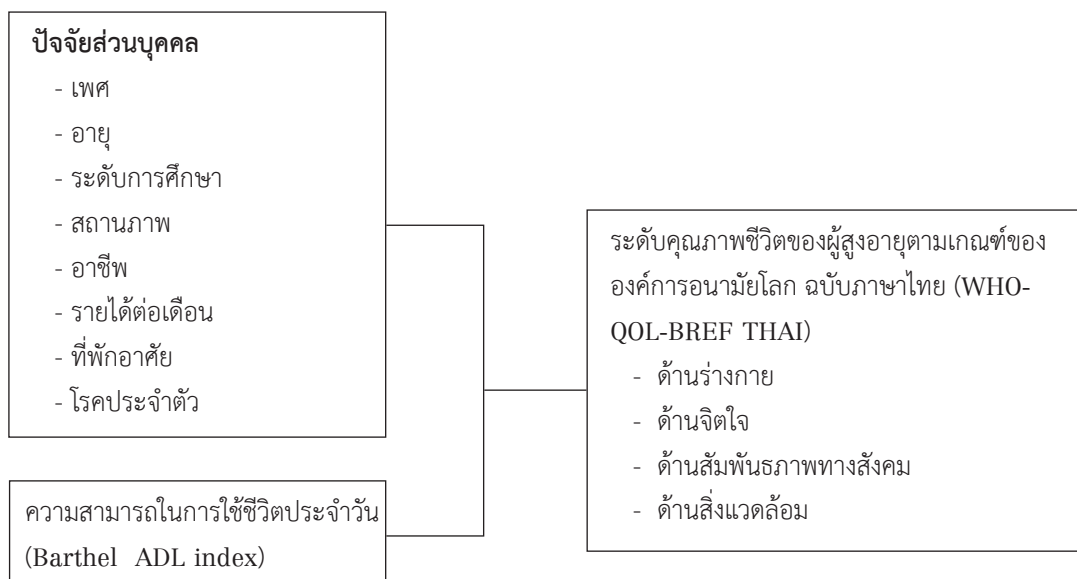
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพ ที่พักอาศัย โรคประจำตัว และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ของ Mahoney & Barthel (1965) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณี พรมานะรังกุล (2545) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้าน 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มผู้สูงอายุในตำบลลาดใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม ได้แก่ หมู่บ้านหมู่ 6 บ้านตะวันตก หมู่ 8 บ้านสุขนันทอน หมู่ 10 บ้านเขตเมือง ขจำนวน 516 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 332 คน และเพศชาย 184 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง สถิติสัมพันธ์สมบรูณ์ สามารถได้ยิน สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจบุคคลที่มี

อายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงสถิติสัมพันธ์สมบรูณ์ สามารถได้ยิน สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ เลือกตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น (Probability sampling) การเลือกแบบกำหนดโควต้า (Quota sampling) โดยการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นตามสัดส่วน คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงในตำบลลาดใหญ่ อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสงคราม ผู้สูงอายุ จำนวน 125 คน โดยแบ่งเป็น ชาย 40 คน หญิง 85 คน ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม พูดโต้ตอบได้ดี และผู้สูงอายุอ่านหนังสือได้

1.2.2 เกณฑ์คัดออก

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่พักอาศัย และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL index) ของ Mahoney & Barthel (1965). แบบประเมิน จำนวน 10 ข้อ มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน มีเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้ 0-4 คะแนน พึ่งตนเองไม่ได้ 5-11 คะแนน ดูแลตนเองได้บ้าง และ >12 คะแนน พึ่งตนเองได้

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ชุดย่อภาษาอังกฤษแล้วแปลเป็นภาษาไทย (WHOQOL BREF) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2545) ประกอบด้วย ข้อคำถามชีวิตคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ มีข้อคำถามถึงประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน จำนวน 7 ข้อ รวมคะแนน 35 คะแนน 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ รวมคะแนน 30 คะแนน 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ รวมคะแนน 15 คะแนน 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ รวมคะแนน 40 คะแนน

คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย มีข้อเลือก 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย/ รู้สึกไม่พอใจมาก/ รู้สึกแย่มาก เล็กน้อย หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง/ รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย/ รู้สึกแย่ ปานกลาง หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง/ รู้สึกพอใจปานกลาง/ รู้สึกแย่ปานกลาง มาก หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ/ รู้สึกพอใจมาก/ รู้สึกดี และมากที่สุด หมายถึง มีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ/

รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด/ รู้สึกดีมาก

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสมของภาษา ประกอบด้วย จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .70 (บุญใจ ศรีสถิตย่นารกุล, 2550) ได้ปรับแก้ข้อคำถามและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) แบบภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.90

3.2 การหาค่าความเที่ยง ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดที่ได้ปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุ ในหมู่ 9 ตำบลบ้านตะวัน จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ ครอนบาช (alpha's Cronbach coefficient) โดยได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ .92 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ .90 จึงนำไปใช้เก็บข้อมูล

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.2 จัดทำหนังสือขอความร่วมมือ ไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านเขตเมือง ตำบลลาดใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้

4.3 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

4.4 ซึ่แจ้งวัตถุประสงค์การมาเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัยกับอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้านเพื่อขอความร่วมมือและการอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

4.5 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนครบ และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ร้อยละ และความความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการทดสอบ Pearson Chi-square และทดสอบ Fisher exact

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อนุมัติผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ COA.1-066/2563 เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนระยะเวลาการเก็บข้อมูล ลักษณะของข้อมูลจะถูกแปลงเป็นรหัสมีการรักษาความลับของข้อมูลเป็นอย่างดี

ผลการศึกษาจะแสดงในภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หรือสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล หากไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาที่พึงได้รับการฉีดยาที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงนามแสดงความยินยอมในเอกสารอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษรก่อนตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามทุกชุดจะถูกทำลายโดยผู้วิจัยทันทีเมื่อผลการวิจัยเผยแพร่

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล: ส่วนมากเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-73 ปี จำนวน 71 คน (ร้อยละ 68) การศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 97 คน (ร้อยละ 77.60) สถานภาพสมรส จำนวน 68 คน (ร้อยละ 54.40) ไม่มีงานทำ จำนวน 96 คน (ร้อยละ 96.00) รายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 109 คน (ร้อยละ 87.20) อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน จำนวน 93 คน (ร้อยละ 74.40) มีโรคประจำตัว 71 คน (ร้อยละ 56.00)
2. ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลลาดใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า (คะแนน < 12) ร้อยละ 3.20 (คะแนน $\geq$ 12) ร้อยละ 96.80 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของผู้สูงอายุในด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (n = 125)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ (0-4 คะแนน)	1	.80
ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง (5-11 คะแนน)	3	2.40
ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (>12 คะแนน)	121	96.80
รวม	125	100.00

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี สิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับดี 66.40 70.40 73.60 และ ร้อยละ 69.60 และคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 โดเมน 68.00 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 125)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ร้อยละ	Mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิต
1. ด้านสุขภาพกาย	66.40	30.26	6.84	ดี
2. ด้านจิตใจ	70.40	23.98	4.50	ดี
3. ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม	73.60	12.26	2.08	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	68.00	32.26	8.33	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	69.60	101.01	17.68	ดี

4. ผลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย มีโรคประจำตัว และคะแนน (ค่า $p < .01$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n=125)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คุณภาพผู้สูงอายุ				X ²	p-value
	ระดับน้อยและปานกลาง		ระดับดี			
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ		
เพศ						
- ชาย	15	37.50	25	62.50	.15	.811
- หญิง	30	35.30	55	64.70		
อายุ						
- 60-70 ปี	13	18.31	58	81.69	20.00	.000**
- 71-80 ปี	14	35.00	26	65.00		
- >80	11	78.57	3	21.43		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	คุณภาพผู้สูงอายุ				X ²	p-value
	ระดับน้อยและปานกลาง		ระดับดี			
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
- ไม่เคยเรียน	6	33.33	12	66.67		
- ประถมศึกษา	29	29.89	68	70.11	.10	.992
- มัธยมศึกษาขึ้นไป	3	30.00	7	70.00		
สถานภาพสมรส						
- โสด	14	74.40	29	25.60		
- คู่	15	21.10	53	79.90	9.93	.006*
- หม้าย/หย่าร้าง	9	64.30	5	35.70		
อาชีพ						
- ชาวนา, ชาวสวน	13	43.33	17	56.67		
- รับจ้าง	3	30.00	7	70.00	2.74	.252
- ไม่ทำงาน	23	23.96	73	76.04		
รายได้						
≤ 5,000 บาท	33	30.28	76	69.72	.09	.937
> 5,000 บาท	5	31.23	11	68.77		
ที่อยู่อาศัย						
- อยู่คนเดียว	14	63.64	8	36.36		
- อยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน	17	18.28	76	81.72	25.36	.000**
- อยู่กับคนอื่น	7	70.00	3	30.00		
โรคประจำตัว						
- ไม่มี	6	11.76	48	88.24		
- มี	35	49.30	36	50.70	8.22	.004*
ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน						
- < 12	4	100.00	0	.00		.008*
- ≥ 12	4	3.30	117	96.70	9.46	

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

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย มีโรคประจำตัว และความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$)

อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อภิปรายได้ว่าวัยที่ต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่างกัน ตัวบ่งชี้อายุใช้เพื่อกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง อายุที่มากขึ้นส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิต การดูแลตนเองจะลดลงเมื่อผู้คนเข้าสู่กระบวนการสูงวัยและพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สำหรับกิจกรรมประจำวัน ดังนั้น คุณภาพชีวิตจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Samadarshi, Taecha-boonsermsak, Tipayamongkholgul, and Yodmai (2020) การศึกษาภาคตัดขวางในประเทศเนปาล Wijesiri, Wasalathanthri, Weliange, and Wijeyaratne (2022) การศึกษาภาคตัดขวางโดยชุมชนในผู้สูงอายุที่อยู่บ้านซึ่งอาศัยอยู่ในเขตโคลัมโบ ศรีลังกา และ Doosti-Irani, Nedjat, Nedjat, Cheraghi, and Cheraghi (2018) การทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาดาต้าในประชากรผู้สูงอายุชาวอิหร่านจากการศึกษา พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวข้างต้น พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง

สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$) อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพดี ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับคู่รักและบุตร คู่สมรสเป็นปัจจัยทางสังคมเพิ่มเติมที่บ่งบอกถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตของ WHO (1997) อธิบายว่า การรับรู้ความสัมพันธ์และการสนับสนุนจากผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Gondodiputro, Wiwaha, Lionthina, and Sunjaya (2021) และ Daely, Nuraini, Gayatri

and Pujasari, (2022) จากการศึกษาข้างต้น พบว่า การมีคู่สมรสมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุไม่มีคู่สมรส

ที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$) อภิปรายได้ว่า ลักษณะการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน และการจัดที่อยู่อาศัย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตที่ดีส่วนใหญ่ คือ การอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตร (ร้อยละ 81.72) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Henning-Smith, 2016) นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อาศัยการอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า ด้านความเป็นอิสระ และการมีส่วนร่วมทางสังคม ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับเด็ก และผู้อื่น การประเมินการทำงานของประสาทสัมผัสที่ลดลง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบันและอนาคต การมีส่วนร่วมทางสังคม และความใกล้ชิด ส่วนกลุ่มการจัดที่อยู่อาศัยประเภทอื่น การประเมินด้านความใกล้ชิดที่ลดลง (Torres, Helmstetter, Kaye, & Kaye 2015)

การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$) อภิปรายได้ว่า การเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก (Barnett, Mercer, Norbury, Watt, Wyke, & Guthrie, 2012) การศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.24) หากผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในปัจจุบันจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง การศึกษาคุณภาพชีวิตนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (Hongthong, Somrongthong, & Paul, 2015; Wijesiri et al., 2022) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคลดลง

ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิต ($p < .01$) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 96.80) มีคะแนนกิจกรรมการใช้ชีวิตประจำวันในระดับดี

(ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ≥ 12) นอกจากนี้ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด (เฉลี่ย = 71.20 ปี SD=9.35) และด้วยเหตุนี้จึงยังสามารถ เพื่อช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่มีคะแนนความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน ต่ำทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตไม่ดีถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ (วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ใจยังยืน, และเพ็ญรุ่ง วรรณดี, 2562) ระบุว่าความสามารถในการกระทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันเป็นตัวทำนายคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีนัยสำคัญ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุ ควรมีแนวทางในการปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับประเพณี บริบท อัตลักษณ์ และสภาพความเป็นอยู่ในพื้นที่

2. ควรมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และนำไปสู่การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยที่เป็นการร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งพัฒนาระบบการเงินการคลังสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อัมรินทร์คอร์เปอร์เรชั่นส์ จำกัด.
บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาธิวิทยา*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2556).

รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด.

วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตติมา ดวงแก้ว, อุมกร ใจยังยืน, และเพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 67-81.

วิไลพร ขาวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานปัญญา, และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 32-40.

วัชรกรณ์ ชิวโคภิษฐ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาจุฬานาครพรรณ์*, 6(1), 38-54.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. (2558). *แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ*. นนทบุรี: บริษัท อีส ออกัส จำกัด.

สุวัฒน์ มหัตนรินทรกุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และ วราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย*. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2562). *รายงานสถิติจังหวัดสมุทรสงคราม 2562*. สมุทรสงคราม: สำนักงานสถิติจังหวัดสมุทรสงคราม.

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.

- Daely, S., Nuraini, T., Gayatri, D., & Pujasari, H. (2022). Impacts of age and marital status on the elderly's quality of life in an elderly social institution. *Journal of public health research*, 11(2), doi: 10.4081/jphr.2021.2731
- Doosti-Irani, A., Nedjat, S., Nedjat, S., Cheraghi, P., & Cheraghi, Z. (2018). Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 24(11), 1088-1097. doi: 10.26719/2018.24.11.1088
- Gondodiputro, S., Wiwaha, G., Lionthina, M., & Sunjaya, D. K. (2021). Reliability and validity of the Indonesian version of the World Health Organization quality of life-old (WHOQOL-OLD): a Rasch modeling. *Medical Journal of Indonesia*, 30(2), 143-151.
- Henning-Smith, C. (2016). Quality of life and psychological distress among older adults: The role of living arrangements. *Journal of applied gerontology*, 35(1), 39-61.
- Hongthong, D., Somrongthong, R., & Paul, W. A. R. D. (2015). Factors influencing the quality of life (Qol) among Thai older people in a rural area of Thailand. *Iranian journal of public health*, 44(4), 479-485.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Samadarshi, S. C. A., Taechaboonsermsak, P., Tipayamongkholgul, M., & Yodmai, K. (2021). Quality of life and associated factors amongst older adults in a remote community, Nepal. *Journal of Health Research*, 36(1), 56-67.
- Torres, P. A., Helmstetter, J. A., Kaye, A. M., & Kaye, A. D. (2015). Rhabdomyolysis: pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Ochsner Journal*, 15(1), 58-69.
- Wijesiri, H. S. M. S., Wasalathanthri, S., Weliange, S. D. S., & Wijeyaratne, C. N. (2023). Quality of life and its associated factors among home-dwelling older people residing in the District of Colombo, Sri Lanka: a community-based cross-sectional study. *BMJ open*, 13(4), e068773. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068773
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Retrieved from <https://iris.who.int/handle/10665/63482>



ประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่อความเจ็บปวดและความเร็วในการเดินในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง

Effectiveness of Back School Programs on Pain and Gait Speed in Patients with Chronic Non-specific Low Back Pain

จิรวัดน์ ทิววัฒนปกรณ์, วท.ม., Jirawat Tiwawatpakorn, M.Sc.^{1*}

ทวีศักดิ์ วงศ์ศิริติเมธาวี, วท.ม., Thawisak Wongkiratimethawi, M.Sc.²

สินีนาง สุซุบล, วท.ม., Sineenart Sukubol, M.Sc.³

พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์, ประ.ด., Pattanasin Areeudomwong, Ph.D.⁴

¹นักกายภาพบำบัดชำนาญการ, งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

¹Professional physical therapist, Department of Physical Therapy, Hat-yai Hospital

²นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ, งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

²Operating physical therapist, Department of Physical Therapy, Hat-yai Hospital

³นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ, งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

³Expert physical therapist, Department of Physical Therapy, Hat-yai Hospital

⁴รองศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชากายภาพบำบัด สำนักวิชาการแพทยบูรณาการ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

⁴Associate Professor, Ph.D., Department of Physical Therapy, School of Integrative Medicine, Mae Fah Luang University

*Corresponding Author Email: pholamai.3012@gmail.com

Received: October 15, 2023

Revised: July 22, 2024

Accepted: October 18, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่อความเจ็บปวดและความเร็วในการเดินในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง จำนวน 60 คน (ชาย 12 คน หญิง 48 คน อายุเฉลี่ย 57.60 ± 6.86 ปี ดัชนีมวลกาย 22.27 ± 2.61 กก./ม²) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมจะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดิม ส่วนกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมอบรม 2 ครั้ง โดยมีคู่มือโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังและแบบบันทึกการติดตามการปฏิบัติตามโปรแกรม ทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง (แรกรับ และ 2 เดือน) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินระดับความเจ็บปวดขณะพักและความเร็วในการเดิน ในการศึกษาค้นครั้งนี้ใช้สถิติ Paired t-test

ในการทดสอบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติ Independent t-test ในการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 2 เดือน พบว่า อาสาสมัครกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดและความเร็วในการเดิน ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ส่วนควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ แต่ค่าเฉลี่ยความเร็วในการเดินของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมสรุปได้ว่าโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังมีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดและสามารถเพิ่มความเร็วในการเดินได้ โปรแกรมโรงเรียนปวดหลังนี้สามารถนำไปใช้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: อาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่เฉพาะเจาะจง โปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง อาการปวดขณะพัก ความเร็วในการเดิน ภาวะทุพพลภาพ

Abstract

This study was designed as a randomized controlled trial with control group to study the effectiveness of Back School programs on pain and gait speed in patients with chronic nonspecific low back pain. In 60 patients with Non-specific low back pain (12 males 48 female, mean age 57.60 ± 6.86 yr., BMI 22.27 ± 2.61 kg/m²), 30 randomized subjects, the control group received standard treatment. The experimental group participated in 2 training activities with a Back School program manual and program compliance record form. Data were collected 2 times (At baseline and 2 months). The tools for data collection were the Numerical Rating Scale (NRS) and Maximal 10-Meter Gait Speed (10-MGS). In this study, paired t-test statistics were used to test within the experimental and control groups, and independent t-test statistics were used to test between the experimental and control groups at 2 months. It was found that subjects of the experimental group had improvement on mean NRS and 10-MGS significantly ($p<.001$). The control group had improved on mean NRS significantly ($p<.001$), But the average Maximal 10-Meter Gait Speed (10-MGS) of the experimental group was better than the control group. Conclusion: The Back School program is effective in reducing pain and improve gait speed. This school program can be applied to the context of a community hospital or Sub-District Health Promoting Hospital with similar contexts

Keywords: Nonspecific Low Back Pain, Back School Program, Numerical Rating Scale (NRS), Maximal 10-Meter Gait Speed

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (Bardin, King, & Maher, 2017) จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในหนึ่งช่วงชีวิตของประชากรจะมีอาการปวดหลังมากถึงร้อยละ 90-95 อาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่เฉพาะเจาะจงเป็นอาการปวดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุทางพยาธิวิทยาและกายวิภาคศาสตร์ ตลอดจนไม่มีอาการและอาการแสดงที่ร้ายแรง (Maher, Underwood, & Buchbinder, 2017; Oliveira et al., 2018) ความชุกของอาการปวดหลังส่วนล่างที่ไม่เฉพาะเจาะจงมีประมาณ ร้อยละ 18 และพบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะพัฒนาไปสู่อาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง

การศึกษาที่ผ่านมาบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจงมีพฤติกรรมการเดินที่เปลี่ยนไปจากรูปแบบปกติ มีลักษณะการเดินด้วยความเร็วที่ช้ากว่าคนที่มีสุขภาพแข็งแรง (Müller, Ertelt, & Blickhan, 2015) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจงจะมีระยะก้าวเดินที่สั้นกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง (Müller et al., 2015) ลักษณะการเดินที่เปลี่ยนไปของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง การเดินช้าลงสะท้อนให้เห็นถึงความเจ็บปวดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงความกลัว (Müller et al., 2015) ผู้ป่วยมักจะมีอาการเชื่อว่า การเดินทำให้อาการปวดหลังส่วนล่างแย่ลง ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสามารถในการเดินตามปกติด้วยความเร็วที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยอาจมีการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เชื่อว่าจะทำให้โครงสร้างกระดูกสันหลังเสียหายและทำให้ความเจ็บปวดรุนแรงขึ้น (Du et al., 2018) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจงยังมีข้อจำกัดในการควบคุมมอเตอร์และกลยุทธ์ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหว (Van Dieën, Reeves,

Kawchuk, Van Dillen, & Hodges, 2019; Ebrahimi, Kamali, Razeghi, & Haghpanah, 2017) มีการศึกษาที่พบว่า การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแกนกลางของลำตัวสามารถเพิ่มความมั่นคงของโครงสร้างหลังส่วนล่างมีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของกระดูกเชิงกรานและระยางค์ล่างอย่างเป็นพลวัต การเปลี่ยนแปลงกลไกของข้อต่อกระดูกสันหลังอาจส่งผลกระทบต่อข้อต่อส่วนอื่นได้ เช่น ข้อสะโพก กระเบนเหน็บ (Rahimi, Arab, Nourbakhsh, Hosseini, & Forghany, 2020) การศึกษาที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางพลศาสตร์ของระยางค์ล่างในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจงระหว่างการเดิน แสดงให้เห็นการเคลื่อนไหวของสะโพกที่ลดลงอย่างมาก (Müller et al., 2015; Rahimi et al., 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังที่ถูกคิดค้นขึ้นโดย Mariane Zachrisson Forssell ประเทศสวีเดน ในปี 1969 มีเป้าหมายเพื่อดูแลและการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปวดหลังซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โดยจะประกอบด้วยโปรแกรมการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาค ระบาดวิทยา หลักการยศาสตร์ ปัจจัยด้านชีวกลศาสตร์ การเคลื่อนไหวที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของโครงสร้างหลังส่วนล่าง จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีอาการปวดลดลง อีกทั้งยังช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวหรือการใช้ชีวิตประจำวัน (Rahimi et al., 2020) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังที่มีผลต่อความเร็วในการเดิน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่อความเจ็บปวดและความเร็วในการเดิน ของผู้ป่วย

ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง ซึ่งนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย : เป็นการศึกษาทดลองแบบสุ่มมีการควบคุม (Randomized controlled trial) และมีการปิดบังผู้วัด (assessor-blinded randomized controlled trial) โดยมีการประเมินตัวชี้วัดจำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อน และที่ 2 เดือน จากได้รับโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง ช่วงมกราคม พ.ศ. 2562 - เมษายน พ.ศ. 2563

2. ประชากรและตัวอย่าง

2.1 ประชากร ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อเข้ารับการรักษาทายกายภาพบำบัด โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

2.1.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ

- ช่วงอายุ 18-65 ปี ที่มีอาการมากกว่า 12 สัปดาห์
- มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่างโดยไม่เฉพาะเจาะจง (ที่มีระดับความเจ็บปวดมากกว่า 3)

2.1.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ

- มีข้อห้ามและข้อควรระวังในการออกกำลังกาย
- มีประวัติการหักของกระดูกสันหลังได้รับ การกระแทกอย่างรุนแรงบริเวณกระดูกสันหลัง การเคลื่อนหลุดของกระดูกสันหลัง การผ่าตัดบริเวณกระดูก สันหลัง มีอาการกดทับของรากประสาทหรือไขสันหลัง

- ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เป็น โรคหัวใจและปอด ในระดับรุนแรง

- กำลังตั้งครรภ์
- มีโรคประจำตัว เช่น

โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวานที่ยังควบคุมไม่ได้

- ได้รับยา Steroid บริเวณหลังภายใน 2 สัปดาห์ก่อนการเข้าร่วมงานวิจัย

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้จะกำหนดอำนาจการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของระดับความรุนแรงของอาการปวด ซึ่งประเมินโดย Numerical Rating Scale (NRS) ไว้อย่างน้อย 80 โดยมีขนาดของความแตกต่างที่น้อยที่สุดที่มีนัยสำคัญทางคลินิกเท่ากับ 2 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการคำนวณของ Independent t-test เพื่อคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ขนาดของตัวอย่างต่อกลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตร

ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม

$$(n) = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

โดยที่ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม

Z_{α} คือ ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่

ตรงกับระดับนัยสำคัญ .05 โดยที่ $Z_{\alpha/2} = 1.96$

Z_{β} คือ ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่

ตรงกับอำนาจการทดสอบ 80% โดยที่ $Z_{\beta} = .84$

σ^2 คือ ค่าความแปรปรวนร่วม

(pooled variance estimate) คำนวณได้จากการศึกษาของ Ribeiro et al., 2008 ซึ่งเท่ากับ 5.2

d^2 คือ ผลต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตามระหว่างสองกลุ่มที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและยอมรับได้ทางคลินิกที่น้อยที่สุด (minimally clinically

significant difference) ของระดับความรุนแรงของอาการปวด เท่ากับ 2 หน่วย (Ostelo et al., 2008)

แทนค่า d^2 ค่า σ^2 ค่า $Z_{\alpha/2}$ และค่า Z_β ลงในสูตร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่ม (n/group)
= 20.38 ~ 21 คน

การศึกษานี้ได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 15 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

2.3 วิธีการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกสุ่มเข้าสู่กลุ่มการศึกษาโดยผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 2 ปี โดยวิธีการสุ่มแบบ Block randomized allocation โดยมีจำนวนของอาสาสมัครเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังร่วมกับการรักษาตามมาตรฐานเดิม และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเดิมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยผู้ให้โปรแกรมจะเป็นนักกายภาพบำบัดที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี

3. เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คู่มือการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉาะเจาะจง และแบบบันทึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง การรักษาอื่น และการใช้ยาในแต่ละวัน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

3.1 แบบประเมินอาการปวดขณะพัก (Numerical rating scale): การศึกษาครั้งนี้ใช้มาตรวัดระดับความรุนแรงของอาการปวดมีลักษณะเป็นเส้นตรง ซึ่งมีเส้นแบ่งสเกลทั้งหมด 11 เส้น โดยเส้นแบ่งสเกลมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งเลข 0 คือไม่มีอาการปวดเลย และเลข 10 คือ มีอาการปวดมากที่สุดในชีวิต โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยชี้จุดตำแหน่งบนแถบ เส้นตรงนี้

เทียบจากอาการปวดของตนเองขณะพักอยู่นิ่งๆ ประมาณ 10 นาทีที่ตรงกับความรู้สึกปัจจุบัน จากการศึกษาในอดีตพบว่าแถบวัดอาการปวดขณะพัก มีค่าความน่าเชื่อถือที่ระดับสูง (ICC=.96)

3.2 ความเร็วในการเดินสูงสุด 10 เมตร (Maximal 10-Meter Gait Speed): ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำสั่งให้ “เดินให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้อย่างปลอดภัย” ทำการเดินในระยะ 14 เมตร โดย 2 เมตรแรกผู้วิจัยเดินด้วยความเร่งปกติ จากนั้น 10 เมตร ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเดินให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้อย่างปลอดภัย (ในระยะนี้จะมีการจับเวลาสำหรับการวัดความเร็วการเดินสูงสุด 10 เมตร) และ 2 เมตรสุดท้ายผู้เข้าร่วมวิจัยเดินด้วยความเร่งปกติ

3.3 วิธีการรักษา

- โปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง: ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการรักษา 2 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 ในแต่ละครั้งจะใช้เวลา ประมาณ 3-3.5 ชั่วโมง และผู้วิจัยจะร้องขอให้ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้านอย่างน้อย วันละ 1 ครั้งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที โปรแกรมในการรักษาแสดงในตารางข้างล่าง และทำการจดบันทึกการออกกำลังกายในแต่ละวัน (ดังตารางที่ 1)

- การรักษาตามมาตรฐานเดิม: ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดิมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้แก่ การดัดหลัง การรักษาด้วยความร้อนทั้งต้นและลึก และการใช้กระแสไฟฟ้าเพื่อลดปวด ผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกนัดมาได้รับการรักษาที่ห้องการรักษาด้วยเครื่องมือไฟฟ้าทางกายภาพบำบัด งานกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู สัปดาห์ละ 2-3 วัน ในการรักษาแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-1.5 ชั่วโมง

การวิจัยนี้จะไม่จำกัดการใช้ยาของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งอนุญาตให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถใช้ยา

ในปริมาณเท่าเดิมตลอดช่วงการวิจัย ตามใบสั่งยาของแพทย์เจ้าของไข้ ผู้วิจัยได้จัดแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกการใช้ยา เพื่อให้ทราบถึงความสม่ำเสมอ รูปแบบและการเปลี่ยนแปลงของการใช้ยา นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกร้องขอไม่ให้เข้าร่วมการศึกษาหรือการออกกำลังกายอื่นที่นอกเหนือจากการรักษาที่ได้รับ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงการใช้ยา หรือได้รับการรักษาอื่นใด ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกการออกกำลังกาย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีการติดตามตามอาสาสมัครในการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง

4. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการทดลองโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง ที่ได้ผ่านการดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ($icc=.96$) (จิรวุฒิ ทิววัฒน์ปกรณ์, ทวีศักดิ์ วงศ์กิตติเมธาวิ, และสินินา สุขอุบล, 2565) ซึ่งประกอบด้วยโปรแกรมการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาค ระบาดวิทยา การยศาสตร์ ปัจจัยด้านชีวกลศาสตร์การเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลัง และการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของโครงสร้างหลังส่วนล่าง ส่วนกลุ่มควบคุมได้โปรแกรมการรักษาที่เป็นมาตรฐานในการรักษาเดิมเพียงอย่างเดียว ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนกระบวนการสุ่มเข้ากลุ่มการวิจัย จากนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยถูกบันทึกการประเมินข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของตัวชี้วัดต่าง ๆ ได้แก่ ระดับความเจ็บปวดขณะพัก (NRS) และความเร็วในการเดินสูงสุด 10 เมตร (Maximal 10-Meter Gait Speed) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมแต่ละบุคคล (baseline assessment) โดยผู้ช่วยวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสุ่มและการรักษา

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บบันทึกข้อมูลจะถูกกระทำโดยผู้ร่วมวิจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษาในทั้ง 2 กลุ่ม โดยผู้ร่วมวิจัยจะทำการบันทึกข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งแรกก่อนการรักษา/ได้รับโปรแกรม จะเก็บบันทึกข้อมูลประวัติทั่วไป ระดับความเจ็บปวดขณะพักและความเร็วในการเดินสูงสุด 10 เมตร ครั้งที่ 2 คือ เดือนที่ 2 หลังจากได้รับโปรแกรมการรักษาจะทำการเก็บข้อมูลระดับความเจ็บปวดขณะพักและความเร็วในการเดินสูงสุด 10 เมตร นับจากเริ่มทำการเก็บข้อมูลครั้งแรก

6. การวิเคราะห์ข้อมูล:

- ข้อมูลเชิงพรรณนาของการศึกษาที่เป็นข้อมูลแบบต่อเนื่อง (continuous data) เช่น อายุ น้ำหนัก และส่วนสูง เป็นต้น แสดงในรูปของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนของข้อมูลแบบแจกนับ (categorical data) เช่น เพศ และอาชีพ เป็นต้น ถูกแสดงในรูปของจำนวนและค่าสัดส่วนที่เป็นร้อยละ

- สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าตัวแปรต่าง ๆ นำเสนอในลักษณะของ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงความเชื่อมั่น ที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval) ข้อมูลทั้งหมดมีการทดสอบกระจายตัวโดยใช้สถิติ Shapiro Wilk test ใช้สถิติ paired t-test ในการทดสอบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้สถิติ Independent t-test ในการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ 2 เดือน

7. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง:

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ 46/2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับเอกสารและการชี้แจงข้อมูล (participant Information Sheet) รวมถึงลงนามแสดง ความยินยอมก่อนการเข้าร่วมงานวิจัย (informed consent form)

ตารางที่ 1 รายละเอียดการรักษาด้วยโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง (จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์ และคณะ, 2565)

โปรแกรมการรักษา	โปรแกรมการออกกำลังกายเองที่บ้าน
สัปดาห์ที่ 1 (กิจกรรมที่ 1) - มีการนำเสนอวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ความเป็นมา และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับงานวิจัย - กายวิภาคศาสตร์และกลศาสตร์การเคลื่อนไหวของหลัง - ระบาดวิทยาของโรค - การทำงานของกล้ามเนื้อและผลที่เกิดขึ้นต่อหลัง - พยาธิวิทยาของโรคทั่วไปที่มีผลเสียต่อหลัง - เครื่องมือทั่วไปที่ใช้ในการรักษาอาการปวดหลัง - ท่าทางที่ผ่อนคลาย - สอนขั้นตอนการฝึกหายใจ - ยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ยืดกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง - มีการแนะนำการออกกำลังกายเองที่บ้าน	- ฝึกหายใจโดยใช้กระบังลม - ยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง - ยืดกล้ามเนื้อหน้าท้อง - ยืดกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว - ยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า - ยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง
(กิจกรรมที่ 2) - ความแตกต่างของแรงเชิงกลต่อการเคลื่อนไหวแบบต่าง ๆ ของหลัง - การแนะนำท่าทางในท่านั่งและท่านยืน - ฝึกออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว และกล้ามเนื้อสะโพก - มีการแนะนำการออกกำลังกายเองที่บ้าน	- ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าท้อง - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลัง - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพก - หมายเหตุ - โปรแกรมกิจกรรมที่ 1 และ 2 ทำต่อเนื่อง - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าท้อง - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อหลัง - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว - ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

โปรแกรมการรักษา	โปรแกรมการออกกำลังกายเองที่บ้าน
สัปดาห์ที่ 2 - สังเกตการณ์ผลของการออกกำลังกายเองที่บ้าน (กิจกรรมที่ 1) - ทบทวนการยืดกล้ามเนื้อในสัปดาห์ที่ 1 - เพิ่มความยากในการฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อหลัง กล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว และกล้ามเนื้อสะโพก - ทบทวนการออกกำลังกายและเทคนิคที่ให้ทั้งหมด - มีการแนะนำการออกกำลังกายเองที่บ้าน (กิจกรรมที่ 2) - แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย	

ผลการวิจัย

อาสาสมัครทั้งหมด 30 คน ทั้งกลุ่มที่ได้รับ การวิจัย และจากลักษณะข้อมูลพื้นฐาน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง และกลุ่มที่ได้รับการรักษาทาง ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าตัวชี้วัดที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ ภายภาพบำบัด สามารถเข้าร่วมงานการวิจัยจนเสร็จสิ้น $p>.05$ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	ความถี่	(ร้อยละ)	ความถี่	(ร้อยละ)	
เพศ					
ชาย	7	(23.34)	5	(16.73)	.74
หญิง	23	(76.72)	25	(83.32)	
อายุ (Mean $\pm$ SD) ปี	46.70 $\pm$ 7.48		49.21 $\pm$ 6.39		
31-40 ปี	7	(23.32)	2	(6.71)	.18
41-50 ปี	12	(40.97)	16	(53.34)	
51-60 ปี	11	(36.68)	12	(40.02)	
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	22.98 $\pm$ 2.48		22.47 $\pm$ 2.34		.47

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P-value
	ความถี่	(ร้อยละ)	ความถี่	(ร้อยละ)	
อาชีพ					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	(23.33)	8		
เกษตรกร/ประมง	2	(6.68)	3		
พนักงานบริษัท	2	(6.71)	2		.95
รับจ้าง	11	(36.67)	8		
ค้าขาย	5	(16.68)	4		
อื่น ๆ	3	(10.02)	5		
NRS* (Mean ± SD)	6.63±1.40		6.07±1.74		.17
10-MGS** (Mean ± SD) (วินาที)	10.71±1.13		10.52±1.12		.51

NRS*; Numerical rating scale, 10-MGS**; Maximal 10-Meter Gait Speed

แสดงให้เห็นว่าเมื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มควบคุม มีระดับอาการปวดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเริ่มต้น ($t=5.19$; $p<.001$) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองที่ พบว่า มีระดับอาการปวดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเริ่มต้น ($t=6.30$; $p<.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความเร็ว

ในการเดินเมื่อเปรียบเทียบผลภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า กลุ่มควบคุม ระดับอาการปวดมีแนวโน้มที่ลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเริ่มต้น ($t=1.92$; $p=.07$) แต่ค่าเฉลี่ยในความเร็วการเดินของกลุ่มทดลอง มีค่าที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเริ่มต้น ($t=4.06$; $p<.001$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง ของคะแนนความเจ็บปวดและความเร็วในการเดินในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง และกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ตัวชี้วัด	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง		
	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Mean difference (95% CI)	Pre-test (Mean ± SD)	Post-test (Mean ± SD)	Mean difference (95% CI)
NRS	6.63 ± 1.40	4.40 ± 2.08	2.23 ± 2.36 (1.35 ถึง 3.11)*	6.07±1.74	3.60±1.99	2.47±2.15 (1.67 ถึง 3.27)*
10-MGS	10.52±1.12	10.09±1.23	.44±1.25 (-.03 ถึง .90)	10.71±1.13	10.20±1.15	.51±.68 (.25 ถึง .76)*

NRS; Numerical rating scale, 10-MGS;Maximal 10-Meter Gait Speed

* $p<.001$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยความเร็วในการเดินสูงสุด พบว่า ไม่มีความ และกลุ่มควบคุม ระดับความเจ็บปวดขณะพัก พบว่า แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p=.90$ (ดังตารางที่ 4) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ $p=.97$ เช่นเดียวกับ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างคะแนนความเจ็บปวดและความเร็วในการเดิน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมโรงเรียนปวดหลัง และกลุ่มที่ได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด

ตัวชี้วัด	Pre-test Mean difference (95% CI)	Post-test Mean difference (95% CI)
NRS	.57 ± .41 (-.25 ถึง 1.38)	.80 ± .53 (-.25 ถึง 1.85)
10-MGS	-.19 ± .29 (-.77 ถึง .39)	-.12 ± .31 (-.74 ถึง .50)

NRS; Numerical rating scale, 10-MGS; Maximal 10-Meter Gait Speed

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่อประสิทธิภาพของการเดินในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง (Ebrahimi et al., 2017; Müller et al., 2015; Rahimi et al., 2020) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงมีความมั่นใจยิ่งขึ้น จึงมีผลต่อความเร็วการเดินที่ดีขึ้น (Müller et al., 2015, Du et al., 2018) ทำให้บุคลิกภาพและเดินมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดขณะพักภายในกลุ่มควบคุมและทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดขณะพักดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสองกลุ่ม อาจเป็นผลจากการรักษาทางกายภาพบำบัดที่เป็นมาตรฐานเดิมและโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังมีความสามารถช่วยลดอาการปวดได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sahin, Albayrak, Durmus, and Ugurlu (2011) ที่พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังทั้งสองกลุ่มมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อประเมินผลที่ 3 เดือน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะไม่พบความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง

สำหรับผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเร็วในการเดินสูงสุด เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกันภายในกลุ่ม แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเร็วในการเดินสูงสุดของกลุ่มทดลองพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจจะเป็นผลจาก อาสาสมัครกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรม

การใช้งานหลังที่ถูกต้อง อีกทั้งยังมีการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และความมั่นคงของโครงสร้างหลังส่วนล่าง ส่งผลทำให้ความเร็วในการเดินสูงสุดดีขึ้น (Ampiah, Moffatt, Diver, & Ampiah, 2022; จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ์ และคณะ, 2565; พิชรินทร์ น้อยสุวรรณ, วีระพร ศุทธากรณ์, และวันเพ็ญ ทรงคำ, 2562) แม้ว่าผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะไม่พบความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยความเร็วในการเดินของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลง

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ การติดตามผลระยะสั้น ขาดการวิเคราะห์ต้นทุน และเกณฑ์การประเมินผลน้อยมาก จากการติดตามผลระยะสั้นอาจทำให้ไม่ทราบถึงประสิทธิผลของผลการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่แท้จริงได้ การศึกษาในครั้งต่อไปอาจจะต้องออกแบบในการติดตามผลการศึกษาให้นานยิ่งขึ้นอย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปีเพื่อให้เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังสามารถเพิ่มประสิทธิผลของความเร็วในการเดินสูงสุดได้ สามารถเพิ่มศักยภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจงมีความมั่นใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังสามารถช่วยลดระดับความเจ็บปวดขณะพัก และเพิ่มความเร็วในการเดินสูงสุดได้ แม้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังเป็นโปรแกรมที่ใช้ทรัพยากรน้อยสามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย และเวลาของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางเข้ามารับรักษาในหน่วยบริการทางสุขภาพ อีกทั้งยังช่วยลดความแออัดในสถานพยาบาลได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลสัมฤทธิ์โดยการนำโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังครั้งนี้ไปใช้ และมีการทบทวนถอดบทเรียน เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงาน พัฒนาระบบบริการให้เป็นรูปธรรมในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังที่ไม่เฉพาะเจาะจง ในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน หรือในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือศูนย์แพทย์ชุมชน อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในการศึกษา คือการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถ ติดตามพฤติกรรมได้ตลอดเวลา ลักษณะการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวันของผู้เข้าร่วมวิจัยในแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

- กวีวิจน์ จักสมศักดิ์ และประสาร มาลากุล ณ อยุธยา. (2565). ผลของโปรแกรมการสอนการปรับโครงสร้างและท่าทางที่ผิดปกติโดยใช้การปรับพฤติกรรมทางปัญญาด้วยเทคนิคการแก้ปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.)*, 28(1), 31-46.
- จิรวัดน์ ทิววัฒน์ปกรณ, ทวีศักดิ์ วงศ์กิริติเมธาวิ, และสินีนาง สุขอุบล. (2565). การพัฒนาและประสิทธิผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังขนาดใหญ่ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. *วารสารกายภาพบำบัด*, 44(1), 29-46.
- พัชรินทร์ น้อยสุวรรณ, วีระพร ศุทธาภรณ์, และวันเพ็ญทรงคำ. (2562). ผลของโปรแกรมโรงเรียนปวดหลังต่ออาการปวดหลังส่วนล่างและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของเกษตรกรชาวนา. *พยาบาลสาร*, 46(3), 142-156.
- Ampiah, J. A., Moffatt, F., Diver, C., & Ampiah, P. K. (2022). Understanding how patients' pain beliefs influence chronic low back pain management in Ghana: a grounded theory approach. *BMJ open*, 12(12). doi: 10.1136/bmjopen-2022-061062
- Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *Medical journal of Australia*, 206(6), 268-273.
- Chiarotto, A., & Koes, B. W. (2022). Nonspecific low back pain. *New England Journal of Medicine*, 386(18), 1732-1740.
- Du, S., Hu, L., Bai, Y., Dong, J., Jin, S., Zhang, H., & Zhu, Y. (2018). The influence of self-efficacy, fear-avoidance belief, and coping styles on quality of life for Chinese patients with chronic nonspecific low back pain: A multisite cross-sectional study. *Pain Practice*, 18(6), 736-747.
- Ebrahimi, S., Kamali, F., Razeghi, M., & Haghpanah, S. A. (2017). Comparison of the trunk-pelvis and lower extremities sagittal plane inter-segmental coordination and variability during walking in persons with and without chronic low back pain. *Human movement science*, 52, 55-66.

- Maher, C., Underwood, M., & Buchbinder, R. (2017). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 389(10070), 736-747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9
- Müller, R., Ertelt, T., & Blickhan, R. (2015). Low back pain affects trunk as well as lower limb movements during walking and running. *Journal of biomechanics*, 48(6), 1009-1014.
- Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C. W. C., Chenot, J. F., ... & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, 27(11), 2791-2803. doi: 10.1007/s00586-018-5673-2
- Rahimi, A., Arab, A. M., Nourbakhsh, M. R., Hosseini, S. M., & Forghany, S. (2020). Lower limb kinematics in individuals with chronic low back pain during walking. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 51, 102404. doi: 10.1016/j.jelekin.2020.102404
- Sahin, N., Albayrak, I., Durmus, B., & Ugurlu, H. (2011). Effectiveness of back school for treatment of pain and functional disability in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Journal of rehabilitation medicine*, 43(3), 224-229.
- Van Dieën, J. H., Reeves, N. P., Kawchuk, G., Van Dillen, L. R., & Hodges, P. W. (2019). Motor control changes in low back pain: divergence in presentations and mechanisms. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49(6), 370-379.
-

การศึกษบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม A Study of Hemodialysis Specialist Nurse Roles

อัมรินทร์ อรัญญากานนท์, พย.บ., *Amarin Aranyakanon, B.N.S.*^{1*}

วาสิณี วิเศษฤทธิ์, ประ.ด., *Wasinee Wisesrith, Ph.D.*²

กัญญดา ประจุกิลป์, Ph.D., *Gunyadar Prachusilpa, Ph.D.*³

¹นิสิต, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

¹*Student, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

²รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

³*Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University*

**Corresponding Author Email: amarinaew31@gmail.com*

Received: September 8, 2024

Revised: October 12, 2024

Accepted: October 24, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และเพื่อให้สอดคล้องต่อความต้องการของผู้รับบริการและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคต การศึกษานี้จึงใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เชี่ยวชาญด้านงานไตเทียมจำนวน 18 คน วิจัยดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และขั้นที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมยืนยันคำตอบ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้อีกมาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์อีกครั้ง เพื่อสรุปเป็นบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ผลการวิจัยพบว่า บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ประกอบด้วย 6 บทบาท ดังนี้ 1) ด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม จำนวน 40 ข้อ 2) ด้านผู้สอนและให้คำปรึกษา จำนวน 11 ข้อ 3) ด้านผู้ประสานงานและสื่อสาร 7 ข้อ 4) ด้านผู้จัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง 10 ข้อ 5) ด้านผู้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยไตเทียม 12 ข้อ และ 6) ด้านผู้ริเริ่มนวัตกรรมและเทคโนโลยี 7 ข้อ จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ควรมีบทบาททั้ง 6 ด้าน ดังที่กล่าวมาเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาล

ในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม และเป็นแนวทางในการพัฒนาความก้าวหน้าของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study the role of hemodialysis specialist nurse by using the Delphi technique. Participants were 18 experts. The delphi technique consisted of 3 steps: Step 1: Interview experts about the role of hemodialysis specialist nurse; Step 2: Analyze the data from the interviews and create a questionnaire for the experts to estimate the importance of the role of hemodialysis specialist nurse; and Step 3: Calculate the median and interquartile range from the data from the second round and return the questionnaire to the same group of experts to confirm their answers. The data was then used to calculate the median and interquartile range again to summarize the role of hemodialysis specialist nurse. The results of the research found that: The role of the hemodialysis specialist nurse consists of 6 roles as follows: 1) The role of hemodialysis nurse practice 40 items; 2) The role of education and consultation 11 items; 3) The role of coordination and communication 7 items; 4) The role of safety and risk management manager, 10 items; 5) The role of developer of nursing quality in caring for hemodialysis patients, 12 item and 6) The role of innovation and technology initiator, 7 items. From this research, it was found that Hemodialysis specialist nurse should have roles in all 6 areas as mentioned above to serve as a guideline for nursing administrators in determining roles that are consistent with the expertise of Hemodialysis specialist nurse and as a guideline for the further development of Hemodialysis specialist nurse.

Keyword: Hemodialysis specialist nurse, Role

บทนำ

โรคไตเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลก เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2553 องค์การอนามัยโลกพบว่าโรคไตเรื้อรังมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 27 ของโรคทั้งหมด (age-standardized annual death rate 1.57

ต่อประชากร 100,000 คน) แต่มีเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่ 18 (1.63 ต่อ 100,000) และอัตราการสูญเสียชีวิตก่อนระยะเวลาอันควรเพิ่มขึ้นเป็นเป็นอันดับ 3 รองจากการติดเชื้อ HIV (ร้อยละ 96) และเบาหวาน (ร้อยละ 93) (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังมี

มูลค่าที่สูง โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ในวัยที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ค่าใช้จ่ายของการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยเฉลี่ยประมาณ 20,000-22.000 บาทต่อเดือน (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566) พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 1,046,251 ราย ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 1,007,251 ราย และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 977,692 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) และมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 129,724 ราย พ.ศ. 2564 จำนวน 85,114 ราย และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 86,463 ราย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่การฟอกเลือดเพิ่มมากขึ้น เช่นการเพิ่มความชุกโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้ไตเสื่อม เช่นการใช้ยา NSAIDs การได้รับโลหะหนักหรือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2565) จำนวนพยาบาลไตเทียมในประเทศไทยทั้งหมดจำนวน 5,716 คน และเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 3,247 คน (สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566) เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความเฉพาะเจาะจงและซับซ้อนจากโรคไตเรื้อรังและโรคร่วมอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นต้องมีความรู้ความชำนาญรวมทั้งประสบการณ์ในการทำงาน ด้วยการเข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง การบำบัดทดแทนไตตามที่สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสภาการพยาบาลรับรอง (สภาการพยาบาล, 2563)

ในประเทศไทยพยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พยาบาลไตเทียม คือพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านหลักสูตรการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขา

การบำบัดทดแทนไตหรือสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ การบำบัดทดแทนไต (การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม) จากสภาการพยาบาลโดยให้การพยาบาลผู้ป่วยไตวายเฉียบพลันและเรื้อรังที่ต้องรับการบำบัดทดแทนไต (สภาการพยาบาล, 2563) และ 2) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม คือพยาบาลไตเทียมที่สอบผ่านได้รับประกาศนียบัตรเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ได้รับการรับรองฐานะเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม จากอภิปกรณ์ของโรคไตเรื้อรังและโรคไตวายระยะสุดท้ายที่เพิ่มสูงขึ้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในการดูแลในทุกมิติทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู อีกทั้งเป็นผู้มีความชำนาญและมีทักษะในการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ ในการบำบัดรักษา ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค/เฉพาะทาง ประเมินและวินิจฉัยปัญหาความต้องการ กำหนดแผนการพยาบาล ประสานการดูแลในระบบบริการ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและตอบสนองของผู้ป่วยต่อการพยาบาล การบำบัดรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ รวมทั้งช่วยสอน กำกับ และให้คำปรึกษาแก่สหสาขาวิชาชีพ (สภาการพยาบาล, 2561)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ได้แก่ ขอบเขตและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมประเทศสหรัฐอเมริกา (Gomez, Castner, Hain, Latham, & Cahill, 2022) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมสมาคมพยาบาลโรคไตประเทศสหรัฐอเมริกา (Bednarski, & Painter, 2023) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมสมาคมพยาบาลโรคไตและการปลูกถ่ายไตแห่งยุโรป/สมาคมโรคไตแห่งยุโรป (Maria, Marie, & Debbie, 2018) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมสมาคมโรคไตนานาชาติ (Ng et al., 2023) แนวคิดการปรับกระบวนการทบทวนในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในประเทศญี่ปุ่นของ

Mimura et al. (2023) ผลการวิจัยบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมของ Rocha et al. (2017) ผลการวิจัยบทบาทของความรู้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมในประเทศออสเตรเลียของ Bonner (2007) และผลการวิจัยสมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของรวงทอง เพิ่มจอมมงคล (2551) ผู้วิจัยได้บูรณาการเป็นแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการศึกษารoles บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม 2) ด้านผู้สอนและการให้คำปรึกษา 3) ด้านผู้ประสานงานและการสื่อสาร 4) ด้านผู้นำและการจัดการ และ 5) ด้านผู้ทบทวนและประยุกต์ใช้งานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จะเห็นได้ว่าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมเป็นพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาลด้านการบำบัดทดแทนไต มีลักษณะงานที่มีความพิเศษเฉพาะเจาะจง และในต่างประเทศที่เป็นประเทศชั้นนำของโลกเช่น สหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ได้มีการกำหนดบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมที่ชัดเจน สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ และสมรรถนะที่เพิ่มสูงขึ้น ขณะที่ในประเทศไทยมีการศึกษาสมรรถนะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของรวงทอง เพิ่มจอมมงคล ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นการศึกษานานมากกว่า 10 ปี และสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงในอนาคตทั้งด้านเศรษฐกิจ โครงสร้างประชากร เทคโนโลยี ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การกำหนดบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมที่สอดคล้องกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง จะเป็นแนวทางแก่ผู้บริหารทางการพยาบาลในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญ และเป็นแนวทางในการพัฒนา

ความก้าวหน้าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน โดยกำหนดจำนวนขนาดกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ตามการศึกษาของ MacMillan (1971) จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงและความคลาดเคลื่อนเริ่มคงที่ คือ 0.02 ซึ่งในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากประวัติการศึกษา ผลงานวิจัย ประสบการณ์การทำงาน และจากการสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยเทคนิคการบอกต่อ (snowball technique) ประกอบด้วย 5 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์อายุรแพทย์โรคไต จำนวน 2 คน 2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นหัวหน้าหน่วยไตเทียม จำนวน 4 คน 3) กลุ่มคณะกรรมการสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย จำนวน 3 คน 4) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคณะกรรมการผู้รับผิดชอบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต จำนวน 3 คน และ 5) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม จำนวน 6 คน

2. เครื่องมือการวิจัย

งานวิจัยนี้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 1 ชุด และแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนาข้อคำถามการสัมภาษณ์ตามกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

กับบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวัน โดยศึกษาค้นคว้าแนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันจากข้อมูลตำรา วารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องใช้แนวคิดของ 1) ขอบเขตและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันประเทศสหรัฐอเมริกา (Gomez et al., 2022) 2) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันสมาคมพยาบาลโรคไตประเทศสหรัฐอเมริกา (Bednarski, & Painter, 2023) 3) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันสมาคมพยาบาลโรคไตและการปลูกถ่ายไตแห่งยุโรป/สมาคมโรคไตแห่งยุโรป (Maria et al., 2018) 4) แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันสมาคมโรคไตนานาชาติ (Ng et al., 2023) 5) แนวคิดการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตในประเทศญี่ปุ่นของ Mimura et al. (2023) 6) ผลการวิจัยบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม Rocha et al. (2017) 7) ผลการวิจัยบทบาทของความรู้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันในประเทศออสเตรเลีย Bonner (2007) และ 8) ผลการวิจัยสมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันของรวงทอง เพิ่มจอมมงคล (2551) และคำถามการวิจัยเป็นข้อคำถามปลายเปิดให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระถึงบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันว่า ควรมีการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างไร และมีรายละเอียดในแต่ละด้านเป็นอย่างไร

2.2 แบบสอบถามรอบที่ 2 ชื่อแบบสอบถามชุดที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามจากประเด็นสำคัญที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระเดียวกันไว้ด้วยกัน เพื่อกำหนดข้อความเป็นบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวัน จัดทำแบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาสรุปเป็นข้อคำถามของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต้หวันในแต่ละด้านเป็นแบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (จาก 5 ถึง 1) โดย 5 หมายถึงระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึง 1 หมายถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุดตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามรอบที่ 3 ชื่อแบบสอบถามชุดที่ 2 สร้างขึ้นจากแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยนำคำตอบที่ได้รับจากแบบสอบถามรอบที่ 2 ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อคำถาม และปรับปรุงข้อความ รวมข้อความ และเพิ่มข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากรอบที่ 2 ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ และส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบแบบสอบถาม เพื่อพิจารณายืนยันคำตอบตามความคิดเห็นเดิมหรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความน่าจะเป็นให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หากผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบ จะต้องทำการแสดงความคิดเห็นของการเปลี่ยนแปลงคำตอบนั้น ๆ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟายเป็นการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรงจำนวน 18 คน โดยตรงและผลลัพธ์ที่เป็นคำตอบนั้นเป็นความคิดเห็นที่ผ่านการถามย้ำจากผู้เชี่ยวชาญได้มีโอกาสตรวจสอบและสามารถแก้ไขสำนวนในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งได้ทำให้การสัมภาษณ์ได้ถูกตรวจสอบความตรงของเนื้อหาควบคู่

ไปด้วยกับการตอบแบบสัมภาษณ์และการตรวจสอบความเที่ยง ว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ซึ่งคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงว่ามีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553) ยืนยันคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเมื่อตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 สามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ ถือได้ว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Linstone, & Turoff, 1975)

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษารั้งนี้ใช้เทคนิคการวิจัยเดลฟายจำนวน 3 รอบ ได้แก่

4.1 รอบที่ 1 นิตหมายสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญตามวัน เวลา และสถานที่ตามที่คุณผู้เชี่ยวชาญสะดวกโดยเป็นการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตนเองแบบเผชิญหน้าจำนวน 3 คน และสัมภาษณ์ผ่านทางโปรแกรมระบบ ZOOM meeting จำนวน 14 คน ข้อคำถามเป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นโดยอิสระใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และวิธีการเขียนตอบทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์จำนวน 1 คน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 11 มิถุนายน ถึงวันที่ 7 กรกฎาคม 2567 หลังจากนั้นดำเนินการถอดเทปบันทึกเสียงขณะที่สัมภาษณ์เป็นรายบุคคลทันทีหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ นำเนื้อหาที่รวบรวมได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในแต่ละด้านโดยเอาความหมายที่เหมือนกันมาจัดระบบหมวดหมู่ ร่วมกับบูรณาการเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา จนได้ประเด็นสำคัญของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยม สรุปเป็นข้อรายการเป็นแบบสอบถามชุดที่ 1 ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

4.2 รอบที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถาม

ชุดที่ 1 ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 18 คน โดยนำส่งทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 18 คน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความน่าจะเป็นของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยมในแต่ละด้าน คือ บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยมแต่ละข้อมีความน่าจะเป็นอยู่ในระดับใดตั้งแต่ระดับมากที่สุดไปจนถึงน้อยที่สุด (จาก 5 ถึง 1) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม ถึง 10 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มาคำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รวมถึงมีการปรับแก้ข้อความในแบบสอบถามและเปลี่ยนแปลงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ สรุปข้อรายการเป็นแบบสอบถามชุดที่ 2 ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แต่เพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ

4.3 รอบที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมอีกครั้งเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันความน่าจะเป็นของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 14 สิงหาคม ถึง 5 กันยายน 2567 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเช่นเดียวกับรอบที่ 2 คำนวณค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์พบว่า บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยมในแต่ละข้อรายการมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันจำนวน 87 ข้อรายการ คือค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.5 และจากการคำนวณการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ คิดเป็นร้อยละ 3.21 ซึ่งพบว่า คำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linstone, & Turoff, 1975) ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัย

ระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) และแปลค่ามัธยฐานเท่ากับ 4.50-5.00 แสดงว่ามีระดับความสำคัญมากที่สุด ค่ามัธยฐานเท่ากับ 3.50-4.49 แสดงว่ามีระดับความสำคัญมาก ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2.50-3.49 แสดงว่ามีระดับความสำคัญปานกลาง ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.50-2.49 แสดงว่ามีระดับความสำคัญน้อย ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1.00-1.49 แสดงว่ามีระดับความสำคัญน้อยที่สุด และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 คน มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553) ในรอบที่ 3 เพิ่มข้อรายการในบทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยม จำนวน 1 ข้อ และเพิ่มข้อรายการในบทบาทด้านผู้จัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง จำนวน 1 ข้อ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ได้บทบาทย่อย จำนวน 87 ข้อรายการ โดยมีค่ามัธยฐาน อยู่ในช่วง 4.59-4.75 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ อยู่ในช่วง 0.25-0.57 หมายความว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าข้อรายการนั้นๆ มีระดับความสำคัญมากที่สุด

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการวิจัย 670068 เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขออนุญาตบันทึกเทปเสียง การสนทนา และทำลายเทปเสียงรวมถึงแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์และนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไต่เต๋ยม 6 ด้าน ประกอบด้วย ค่ามัธยฐาน (Md) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) และระดับความเป็นไปได้ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) โดยเรียงลำดับข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด 3 ลำดับในแต่ละด้าน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่ามัธยฐาน (MD) ค่าพิสัยควอไทล์ (IR) และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
จำแนกตามข้อมูลรอบที่ 3 (ค่าเหนือเส้นประ) และข้อมูลรอบที่ 2 (ค่าใต้เส้นประ) โดยเรียงเรียงลำดับ
ข้อรายการที่มีค่ามัธยฐานสูงสุด 3 ลำดับในแต่ละด้าน

บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโตเทียม	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลเชี่ยวชาญโตเทียม			
1.1 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากปัญหาที่เกิดขึ้น	4.75	.25	มากที่สุด
	4.73	.30	มากที่สุด
1.2 วางแผนกิจกรรมการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนด	4.75	.25	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
1.3 เตรียมความพร้อมของระบบน้ำบริสุทธิ์	4.75	.25	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
2. ด้านผู้สอนและให้คำปรึกษา			
2.1 ให้คำปรึกษาโดยสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการจัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม	4.75	.28	มากที่สุด
	4.67	.26	มากที่สุด
2.2 ร่วมกับเภสัชกรให้ความรู้เรื่องยาแก่ผู้ป่วย ให้คำแนะนำการจัดการยาของผู้ป่วย	4.75	.26	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
2.3 สอน นิเทศงานบุคลากรใหม่ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีเทคนิคในการถ่ายทอด จัดให้มีรูปแบบการสอนที่ชัดเจน	4.75	.28	มากที่สุด
	4.67	.26	มากที่สุด
3. ด้านประสานงานและสื่อสาร			
3.1 สื่อสารชั้นนำทีมได้ มีทักษะในการนำ ช่วยทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	4.75	.25	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
3.2 สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เทคนิคการสื่อสารที่เข้าใจง่าย	4.73	.26	มากที่สุด
	4.71	.27	มากที่สุด
3.3 สื่อสารกับทีมสหสาขาโดยใช้องค์ความรู้และประสบการณ์ในการสื่อสาร	4.73	.26	มากที่สุด
	4.73	.26	มากที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
4. ด้านผู้จัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง			
4.1 สร้างวัฒนธรรมการบริหารความเสี่ยง เชิงบวกให้กับทีมเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.75	.25	มากที่สุด
	-	-	-
4.2 จัดทำแผนการปฏิบัติงานและซ่อมแผนปฏิบัติงานเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน	4.73	.26	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
4.3 รวบรวมข้อมูลความเสี่ยง จัดทำบัญชีความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงเชิงป้องกัน	4.73	.26	มากที่สุด
	4.73	.25	มากที่สุด
5. ด้านพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไตเทียม			
5.1 นำองค์ความรู้ ผลงานวิจัยที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์	4.73	.26	มากที่สุด
	4.73	.26	มากที่สุด
5.2 เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยไตเทียม บนเวทีต่างๆ	4.73	.26	มากที่สุด
	4.67	.30	มากที่สุด
5.3 เก็บรวบรวมข้อมูลและจัดการข้อมูล นำไปวิเคราะห์และพัฒนาต่อยอดการดูแลผู้ป่วย	4.73	.26	มากที่สุด
	4.70	.30	มากที่สุด
6. ด้านผู้ริเริ่มนวัตกรรมและเทคโนโลยี			
6.1 ศึกษาค้นคว้าและเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้เข้ากับนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ	4.73	.26	มากที่สุด
	4.73	.26	มากที่สุด
6.2 ผลักดันในการทำนวัตกรรมให้เกิดผลสำเร็จจนเป็นนวัตกรรมที่หน่วยงาน	4.73	.26	มากที่สุด
	4.71	.28	มากที่สุด
6.3 ริเริ่มนวัตกรรมในหน่วยงาน เป็นผู้นำความคิดให้มองเห็นช่องว่างทางความรู้	4.71	.28	มากที่สุด
	4.71	.28	มากที่สุด

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า บทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

อภิปรายได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนบำบัดทดแทนไตและเมื่อเข้าสู่อำนาจบำบัดทดแทนไตและรวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2566) ทุกระยะของบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (สภาการพยาบาล, 2563) สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมของสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา ANNA (2023) มีบทบาทที่เป็นวิชาชีพเฉพาะทั้งบทบาทอิสระและบทบาทที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตทั้งไตวายเฉียบพลันและโรคไตเรื้อรังโดยใช้กระบวนการพยาบาลรวมทั้งให้ข้อมูลการประเมินกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และจัดการการพยาบาลขั้นสูงเพื่อแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือฟื้นคืนชีพเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤติ และในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ (clinical unstable) มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ความชำนาญรวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557) รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยไตเทียม (รงทอง เพิ่มจอมมงคล, 2551) การร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองพยาบาลและการสนับสนุนจากผู้ดูแล/ครอบครัว (Metzger, Yoder, Fitzgibbon, Blackhall, & Abdel-Rahman, 2021) จากการสะท้อนถึงการยกระดับมาตรฐานการดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยโรคไตองค์รวมชนิดประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ซับซ้อนและ

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต (กัลป์หา โชติสกุล และแสงทอง ชีระทองคำ, 2563) นอกจากผู้บริหารทางการพยาบาลมอบหมายงานพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมให้สอดคล้องกับความรู้ความเชี่ยวชาญแล้ว ควรให้การส่งเสริมทักษะและเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดประคับประคองให้แก่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

2. ด้านผู้สอนและให้คำปรึกษา อภิปรายได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม เป็นงานที่มีความเฉพาะด้าน การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น สอดคล้องสมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (2567) การให้โปรแกรมการให้คำปรึกษาและให้ความรู้ เสริมสร้างแรงจูงใจ เป็นรายบุคคล กระตุ้นให้เกิดการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานะของโรค อันส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนลดลง (จิราภรณ์ ชูวงศ์ และเจียมจิต โสภณสุขสถิต, 2554) การสอนงานหรือนิเทศงานให้แก่บุคลากรใหม่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เป็นไปตามมาตรฐาน ควรเลือกใช้รูปแบบในการให้ความรู้หรือการสอนที่เหมาะสม (จุฬารัตน์ หัวหาญและอรชร อินทองปาน, 2558) รวมถึงการมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนผู้เข้าอบรมหลักสูตรการพยาบาลไตเทียม ดังนั้นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาจึงเป็นภารกิจหลักที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากที่พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมพึงมีและตระหนักถึงความสำคัญอยู่เสมอ

3. ด้านผู้ประสานงานและสื่อสาร อภิปรายได้ว่า การปฏิบัติงานของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม บทบาทในการประสานงานกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และเป็นผู้ประสานความเข้าใจเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและ ให้ผู้ป่วยได้ทราบสิทธิประโยชน์ในการรักษาของผู้ป่วยในด้านสิทธิการรักษา

ของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง (อัจฉริ คมกฤษ และอารีวรรณ อ่วมตาณี, 2564) นอกจากนี้ในการสื่อสารและสัมพันธภาพสามารถถ่ายทอด สื่อสารกับทีมงานได้อย่างเหมาะสม (สภาการพยาบาล, 2561) การใช้รูปแบบการสื่อสารทางการพยาบาลแบบไร้รอยต่อโดยใช้เทคนิค SBAR เกิดการสื่อสารมีความครบถ้วน สมบูรณ์ การสื่อสารมีความชัดเจน (รัชนิ ศิริวัฒน์ และคณะ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เสนอว่าพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ควรมีบทบาทในการสื่อสารการส่งต่ออาการผู้ป่วยกับทีมสหสาขา ใช้เทคนิคสื่อสาร SBAR เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและครบถ้วน และนอกจากนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมเป็นผู้มีทักษะในการสื่อสาร โน้มน้าวให้บุคลากร ภายใต้อำนาจรับผิดชอบ ปฏิบัติตามเป้าหมายขององค์กรและหน่วยงานได้ (รวงทอง เพิ่มจอมมงคล, 2551) เพื่อช่วยทำให้ทีมดูแลผู้ป่วยเป็นในทิศทางเดียวกัน และได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4. ด้านผู้จัดการความปลอดภัยและบริหารความเสี่ยง อภิปรายได้ว่า การจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงในหน่วยไตเทียมควรครอบคลุมทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเตรียมหน่วย การดูแลผู้ป่วย การควบคุมการติดเชื้อ และการประสานงานทีมสุขภาพ สอดคล้องกับเกณฑ์และแนวทางการตรวจรับรองมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุงปี 2557 (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2557) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมควรมีการจัดการเฉพาะหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับหน่วยไตเทียมเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยในเชิงบวก นอกจากนี้จำเป็นต้องค้นหาความเสี่ยงไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงเชิงรุกหรือความเสี่ยงเชิงรับเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดหรือลดความรุนแรงของผลกระทบ (คันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย, 2554) จัดทำสถิติการประเมินผลความเสี่ยง และมีการปรับปรุงเกี่ยวกับ

การเฝ้าระวังและป้องกันความเสี่ยงติดเชื้อในหน่วยไตเทียม อยู่เสมอ (สมาคมพยาบาลโรคแห่งประเทศไทย, 2566) ควรมุ่งเน้นการพัฒนางานทุกส่วนเพื่อนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้น (พัฒธิดา สุภิสุทธิ์, 2550) เพื่อสร้างความมั่นใจในการให้บริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ

5. ด้านผู้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไตเทียม อภิปรายได้ว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมควรได้รับการฝึกอบรมและเข้าร่วมการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการรักษาไตเทียม การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีความเข้าใจหลักการนำไปใช้ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา, รัชนิกรณ์ ทรพย์กรานนท์, และประนอม โอทกานนท์, 2559) และต้องมีการนำกระบวนการ R2R ตามหลักการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานของบุคลากรที่ทำทุกวันให้เป็นผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง (วัลลัรัตน์ พบศิริ, ศศิธร ตีคล้าย, และสมชาติ ไตรรักษา, 2564) รวมถึงเป็นผู้ผลักดันงานประจำสู่งานวิจัยได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ทำให้เห็นปัญหาในการปฏิบัติการพยาบาลและนำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยไตเทียมได้ นอกจากนี้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานพยาบาล และการทบทวนมาตรฐานการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (อรนุช ท้าวอนนท์, ไพรินทร์ ยอดสุบัน, และเรืองอุไร อมรไชย, 2566) ดังนั้นควรส่งเสริมให้พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยไตเทียมให้ได้มาตรฐานและอยู่ในขอบเขตการปฏิบัติงานของวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น

6. ด้านผู้ริเริ่มนวัตกรรมและเทคโนโลยี อภิปรายได้ว่า พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมเป็นผู้มีบทบาทในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ (Mimura et al., 2023)

สามารถนำความรู้ความชำนาญเฉพาะทางและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยไตเทียมในการประยุกต์ใช้และกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม (Jónsdóttir, & Lazo, 2022) และในปัจจุบันเทคโนโลยีได้ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วปัญญาประดิษฐ์เข้ามามีบทบาททางการแพทย์ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ในสาขาโรคไต สนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกโดยเฉพาะในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ณัฐพฒิ บุญวิสุทธิ และชจร ตีรณธนากุล, 2567) การเปลี่ยนแปลงในยุคเทคโนโลยีพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมควรสร้างบรรยากาศในการทำงานให้ตระหนักถึงคุณภาพในการบริการ ส่งเสริมนวัตกรรมและนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและสร้างคุณค่าในวิชาชีพของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ผู้บริหารทางการแพทย์บาลใช้เป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทให้สอดคล้องกับความเชี่ยวชาญของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

1.2 ผู้บริหารทางการแพทย์บาลควรมีการเตรียมความพร้อมและให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมชนิดระดับประคับประคอง ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

1.3 พยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียมใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองในการปฏิบัติตามบทบาททำให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาชีพของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษารูปแบบการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

2.2 พัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม

เอกสารอ้างอิง

กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. (2565). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *กรมควบคุมโรค รณรงค์ วันใดโลก 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc>

กัลปิงหา โซสิวสกุล และแสงทอง ชีระทองคำ. (2563). การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต: กรณีศึกษา. *วารสารสภากาพยาบาล*, 35(4), 5-17.

จิราภรณ์ ชูวงศ์ และเจียมจิต โสภณสุขสถิตย์. (2554). ผลของการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(2), 41-50.

จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และอรชร อินทองปาน. (2558). การวิจัยและพัฒนากระบวนการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการบริการสุขภาพ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(1), 167-177.

ณัฐพฒิ บุญวิสุทธิ และชจร ตีรณธนากุล. (2567). ปัญญาประดิษฐ์ในโรคไต : ความก้าวหน้า โอกาส และข้อกังวลในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย*, 30(3), 168-184.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒธิดา สุภิสุทธิ์. (2550). *การบริหารความเสี่ยงในองค์กรพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนที่คัสสร.* (การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รวงทอง เพิ่มจอมมงคล. (2551). *การศึกษาศมรรถนะของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญไตเทียม (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).* กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดาวัลย์ พุทธิรักษา, รัชนิภรณ์ ทรัพย์กรานนท์, และ ประนอม โอทกานนท์. (2559). ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(3), 94-103.
- วัลลัธิตน์ พบศิริ, ศศิธร ดีคล้าย, และสมชาติ ไตรักษา. (2564). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬารณ. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 15(3), 162-171.
- คันสนีย์ รุ่งรัตน์ธวัชชัย. (2554). *การบริหารความเสี่ยงสำหรับพยาบาล.* กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องนโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล.* สืบค้นจาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/003(1).pdf)
- สภาการพยาบาล. (2563). *ราชกิจจานุเบกษา ข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์* (ฉบับที่ 6) พ.ศ. 2563. (ด้านการบำบัดทดแทนไต (การล้างไตทางช่องท้อง). สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th > news>
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2557). *เกณฑ์การตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ฉบับปรับปรุงปี 2557* แพทย์สภา. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). *ข้อแนะนำเวชปฏิบัติ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พ.ศ. 2565* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- สมาคมพยาบาลโรคไตแห่งประเทศไทย (2566). *ข้อแนะนำการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดและผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2566). *ตำราโรคไตเรื้อรัง เล่ม 2* . (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- อัจฉริ คมกฤษ, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2564). การศึกษาบทบาทของพยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(2), 149-158.
- อรนุช ท้าวอนนท์, ไพรินทร์ ยอดสุบัน, และเรืองอุไร อมรไชย. (2566). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารกองการพยาบาล*, 50(3), 185-200.

- Bednarski, D., & Painter, D. (2023). American Nephrology Nurses Association Revised Position Statements: 'The Role of the Registered Nurse in Nephrology' and 'Delegation of Nursing Care Activities'. *Nephrology Nursing Journal*, 50(1). doi: 10.37526/1526-744X.2023.50.1.23
- Bonner, A. (2007). Understanding the role of knowledge in the practice of expert nephrology nurses in Australia. *Nursing & Health Sciences*, 9(3), 161-167.
- Jónsdóttir, A. A., & Lazo, G. R. (2022). Nephrology Nurses' Perspectives for the Designs of Mobile Hemodialysis Devices: A Human Factors Engineering Approach. *Nephrology Nursing Journal*, 49(6), 481-530.
- Junior colleges associations committee on research and development. Ca: Monterey.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (Eds.). (1975). *The delphi method* (pp. 3-12). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Macmillan, T.T. (1971). The delphi technique. Paper presented at the annual meeting of the California
- Maria, S., Marie, R., & Debbie, F. (2018). *The profile of nephrology nursing*. Switzerland: EDTNA/ERCA.
- Metzger, M., Yoder, J., Fitzgibbon, K., Blackhall, L., & Abdel-Rahman, E. (2021). Nephrology and palliative care collaboration in the care of patients with advanced kidney disease: Results of a clinician Survey. *Kidney medicine*, 3(3), 368-377.
- Mimura, N., Takuwa, Y., Tamura, Y., Kawamura, H., Nishimura, M., & Yamaguchi, N. (2023). Sustainable development goals in nephrology nursing to support social development for Japan's changing population: recommendations for a new paradigm. *Renal Replacement Therapy*, 9(1), 27. doi: 10.1186/s41100-023-00483-2
- Ng, M. S. N., Brown, E. A., Cheung, M., Figueiredo, A. E., Hurst, H., King, J. M., ... & Bennett, P. N. (2023). The Role of Nephrology Nurses in Symptom Management-Reflections on the Kidney Disease: Improving Global Outcomes Controversies Conference on Symptom-Based Complications in Dialysis Care. *Kidney International Reports*, 8(10), 1903-1906.
- N. J., Castner, D., Hain, D. J., Latham, C., & Cahill, M. (2022). Nephrology Nursing Scope and Standards of Practice: Take Pride in Practice. *Nephrology Nursing Journal*, 49(4), 313-327. doi: 10.37526/1526 -744X.2022.49.4.313
- Rocha, M. T. F. B., Oliveira, C. M. D., Fecury, A. A., Dendacsk, C., Dias, C. A. G. M., & Oliveira, E. D. (2017). The role of nursing in the hemodialysis session. *Multidisciplinary Scientific Journal*, 2(11), 39-52.

การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน :
กรณีศึกษาตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
**Promoting the Use of Herbs to Relieve Constipation
for the Elderly in the Community: A Case Study of Boonrueang
Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province**

สุวนันท์ แก้วจันทา, พท.ด., Suwanan Kaewjantha, D.TM.¹

จิราพร หัตถะผะสุ, พท.ม., Jiraporn Hattapasu, M.TM.²

วนิษา ปันฟ้า, วท.ด., Wanisa Punfa, Ph.D.³

พรพรรณ มณีวรรณ, พท.ม., Pornphun Maneewan, M.TM.⁴

นิศรา ชัยวงศ์, พท.ด., Nissara Chaiwong, D.TM.^{1*}

¹อาจารย์ ดร., วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

¹Lecturer, D.TM., School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University

²อาจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

²Lecturer, School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

³Assistant Professor, Ph.D., School of Traditional and Alternative Medicine,
Chiang Rai Rajabhat University

⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์, วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

⁴Assistant Professor, School of Traditional and Alternative Medicine, Chiang Rai Rajabhat University

*Corresponding Author Email: news_doctor@hotmail.com

Received: September 27, 2024

Revised: October 22, 2024

Accepted: October 29, 2024

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มีการศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกในตำราการแพทย์แผนไทย และสมุนไพรที่พบในตำบลบุญเรือง โดยจัดสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 12 คน คัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแล้วตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของสมุนไพร

ด้วยเทคนิคครกเลขผิวบาง (Thin-Layer chromatography, TLC) และตรวจหาปริมาณสารฟีนอลิกรวม จากนั้นพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า สมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุมี 3 ชนิด ได้แก่ สมอไทย ขี้เหล็กบ้าน และชุมเห็ดเทศ เมื่อตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของสมุนไพรที่คัดเลือกเทียบกับสมุนไพรที่ใช้ทำยาเป็นประจำของโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทยและคลินิกการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก พบว่า สมุนไพรทั้ง 3 ชนิดมีค่า Rf ใกล้เคียงกับสมุนไพรต้นแบบ ผลการทดสอบหาปริมาณสารฟีนอลิกรวมพบว่า ผลสมอไทยมีปริมาณสารฟีนอลิกรวมมากที่สุด รองลงมาคือใบขี้เหล็กบ้าน และใบชุมเห็ดเทศ ตามลำดับ โดยแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องสมุนไพร และสาธิตวิธีการทำยาสมุนไพรอย่างง่ายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้วิธีการทำยาสมุนไพรรักษาอาการท้องผูก

คำสำคัญ: ท้องผูก ผู้สูงอายุ สมุนไพร

Abstract

This article aimed to study guidelines for promoting the use of herbs to relieve constipation for the elderly in Boonrueang Subdistrict, Chiang Khong District, Chiang Rai Province. This study was conducted in relieving constipation herbs in Thai traditional medicine textbooks and the Boonruang Subdistrict. The focus group discussions with 12 key informants were used to select herbs to relieve constipation for the elderly. The chemical identification of the herbs was examined using Thin-Layer chromatography and the total phenolic content was determined. The approach was developed to promote the use of relieve constipation herbs for the elderly in the community. The results found that 3 types of herbs were suitable for treating constipation for the elderly, including *Terminalia chebula* Retz., *Senna siamea* (Lam.) Irwin & Barneby., and *Cassia alata* L. When comparing the chemical identification between the selected herb and the herbs regularly used in the Thai Traditional Medicine Demonstration Hospital and Clinic of the School of Traditional and Alternative Medicine, it was found that 3 types of herbs had Rf values similar to the original herbs. The extract from *Terminalia chebula* Retz. had the highest total phenolic content, followed by *Senna siamea* (Lam.) Irwin & Barneby., and *Cassia alata* L., respectively. The approach to promoting the use of herbs to treat constipation for the elderly in the community is to provide the elderly with the herbal knowledge and demonstrating simple methods of making herbal medicine so that the elderly can learn how to make herbal medicine to treat constipation.

Keywords: Constipation, Elderly, Herbs

บทนำ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปัจจุบันที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 13,956,000 คน หรือร้อยละ 21.18 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2567) และได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุย่อมกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่ต้องเปลี่ยนแปลงเสื่อมลงตามวัย โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารที่เกิดการเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ การย่อยของเยื่อบุทำให้กลืนอาหารลำบาก การย่อยอาหารลดลง ลำไส้มีการเคลื่อนตัวช้าลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกได้ง่ายกว่าคนในวัยอื่น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ประกอบกับยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏเพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “เป็นสถาบันแห่งการบูรณาการองค์ความรู้สร้างนวัตกรรมถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาท้องถิ่นอย่างยั่งยืน” วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ได้สานต่อและต่อยอดการดำเนินการพัฒนาท้องถิ่นในพื้นที่เทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย มาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 4 ปี ซึ่งได้เห็นถึงศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพด้านสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย โดยตำบลบุญเรืองเป็นตำบลที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในระดับสุดยอด (Super-aged society) จากการลงพื้นที่ในการสำรวจอาการเจ็บป่วยผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบุญเรืองพบว่า มีผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกถึงร้อยละ 9.49 ของผู้สูงอายุที่สำรวจได้ทั้งหมดจำนวน 1,043 คน จึงเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นการช่วยลดปัญหาที่ต้องทานยาระบายเพื่อแก้อาการท้องผูกให้สามารถนำสมุนไพรในชุมชนมาใช้ดูแลตนเองได้ ประกอบกับหากมีอาการท้องผูกสม่ำเสมอและไม่ได้รับ

การดูแลรักษาอาจนำมาสู่ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา เช่น โรคกรดไหลย้อน ทวารหนัก ลำไส้อุดตัน โรคมะเร็งลำไส้ เป็นต้น

ประกอบกับศักยภาพในชุมชนที่มีกลุ่มวิสาหกิจชุมชนที่เป็นเครือข่ายการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรให้กับวิทยาลัยการแพทย์ฯ เพื่อนำมาผลิตเป็นยาสมุนไพรเพื่อใช้ดูแลสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ภายใต้คลินิกสูงวัยเทศบาลตำบลบุญเรือง ทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเริ่มจากการศึกษาสมุนไพรในตำราการแพทย์แผนไทยและคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกหรือระบายท้องที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนปลูกพืชสมุนไพร รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพพืชสมุนไพรที่มีการปลูกในชุมชน เพื่อให้ได้วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้คุณภาพในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีทางเลือกในการรักษาอาการเจ็บป่วย และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการสุขภาพของภาครัฐ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปขยายผลในการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรสำหรับสร้างรายได้ให้กับคนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) เพื่อศึกษาแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ตำบลบุญเรือง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ แพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ แพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก โดยพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 12 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ ต้องเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและการผลิตยา ซึ่งอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลสาธิตการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย มาอย่างน้อย 5 ปี

2. เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทย มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและการผลิตยา เพื่อวิเคราะห์พืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยแก้ท้องผูกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) ของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์แพทย์แผนไทยและอาจารย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (Pre-clinic) ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Object Congruence: IOC) ผลทดสอบคำถามแต่ละข้อได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ได้ทำการทดสอบการใช้เครื่องมือวิจัย และปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้สมบูรณ์

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ศึกษารวบรวมข้อมูลพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในตำราการแพทย์แผนไทย โดยศึกษาจากการศึกษาอิสระเรื่องการศึกษาพืชสมุนไพรที่ปรากฏในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์และตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไปของกองการประกอบโรคศิลปะ (กวิณนา นามติวงศ์, 2565)

3.2 จัดสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลสำคัญซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการรักษาโรคในคลินิกการแพทย์แผนไทย มีความเชี่ยวชาญด้านสมุนไพรและการผลิตยาเพื่อวิเคราะห์และคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3.3 ศึกษาข้อมูลพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่พบในพื้นที่ตำบลบุญเรือง และนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่พบในตำราการแพทย์แผนไทย เพื่อคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบุญเรือง

3.4 ตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของพืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่คัดเลือกโดยใช้เทคนิค Thin-Layer chromatography (TLC) และตรวจสอบสารสำคัญในกลุ่มฟีนอลิกของสมุนไพรที่คัดเลือกด้วยวิธี Folin-Ciocalteu

3.4.1 การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของพืชสมุนไพรที่คัดเลือกมาจากชุมชนตำบลบุญเรืองเปรียบเทียบกับสมุนไพรมาตรฐาน (Standard; Std) ที่มีฤทธิ์ยาที่ใช้ในวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นสมุนไพรที่นำมาทำเป็นยารักษาโรคแล้วมีประสิทธิภาพในการรักษาโรคได้ดี อีกทั้งยังมีการตรวจสอบชนิดและคุณภาพของพืชสมุนไพรตามเกณฑ์ที่วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกพัฒนาขึ้นมาจากการศึกษาวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษา ทั้งหมด 6 แนวทาง ได้แก่

1) การตรวจสอบชื่อเรียกสมุนไพร 2) การตรวจสอบรูปโดยใช้การสังเกตจากลักษณะภายนอกของพืชสมุนไพร 3) การตรวจสอบจากสี 4) การตรวจสอบจากกลิ่น 5) การตรวจสอบจากรส และ 6) การตรวจสอบจากแหล่งที่อยู่ของพืชสมุนไพร (พรพรรณ ก่อใจ, 2562) โดยนำตัวอย่างพืชสมุนไพรที่คัดเลือกมาทำการสกัดด้วย 80% เอทานอล เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นทำการทดสอบโดยเทคนิค TLC ซึ่งดัดแปลงวิธีการจาก Patel, Amin, Patwari, & Shah (2017) โดยใช้เฟสเคลื่อนที่ (Mobile phase) คือ Toluene: Ethyl Acetate: Formic Acid ในอัตราส่วน 5:4:1 จากนั้นนำมาส่องภายใต้แสงธรรมชาติ แสง UV 254 nm และแสง UV 366 nm เพื่อตรวจวัดและคำนวณหาอัตราส่วนระหว่างระยะทางที่ตัวละลายเคลื่อนที่กับระยะทางที่ตัวทำละลายเคลื่อนที่ (Rf)

3.4.2 การตรวจสอบสารสำคัญในกลุ่มฟีนอลิกของสมุนไพรที่คัดเลือก โดยการสกัดพืชสมุนไพรที่คัดเลือกนำมาบดให้เล็กลง นำไปแช่ใน 70% เอทานอล ปริมาตร 500 มิลลิลิตร เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จากนั้นนำมารองด้วยผ้าขาวบาง 1 รอบ ก่อนจะกรองด้วยกระดาษกรอง แล้วจึงนำสารสกัดที่ผ่านการกรองแล้วไประเหยด้วยเครื่อง Evaporator จนได้สารสกัดเข้มข้น ขั้นตอนสุดท้ายจึงนำไปทำ Freeze-dry ให้ได้ออกมาเป็นสารสกัดผงแห้ง เก็บไว้ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส การทดสอบหาปริมาณสารฟีนอลิกรวมในสารสกัดพืชสมุนไพรที่คัดเลือก โดยดัดแปลงวิธีจาก ฤทธิพันธ์ รุ่งเรือง และอรทัย โกกิลกนิษฐ (2563) โดยเติมสารสกัดที่ความเข้มข้น 0, 50, 100, 200 $\mu\text{g/mL}$ หรือสารมาตรฐานกรดแกลลิก ความเข้มข้น 0, 1.25, 2.5, 5, 10 และ 20 $\mu\text{g/mL}$ ปริมาณ 20 ไมโครลิตร ผสมกับ 10% Folin-ciocalteu's reagent 100 ไมโครลิตร ใน 96-well plate เป็นระยะเวลา 7 นาทีแล้วเติม 7.5% Na_2CO_3 80 ไมโครลิตร ผสมและตั้งทิ้งไว้ในที่มืดที่

อุณหภูมิห้อง 60 นาที จากนั้นนำมาวัดค่าการดูดกลืนแสงด้วยเครื่อง Microplate reader ที่ความยาวคลื่น 760 นาโนเมตร เทียบกับสารมาตรฐานกรดแกลลิก แสดงหน่วยเป็น mg GAE/g extract

3.5 สรุปแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ตำบลบุญเรือง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์พืชสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยแก้ท้องผูกที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ออกมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่ตำบลบุญเรือง

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารเลขที่ COE.P2-006/2566 ลงวันที่ 1 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิการยินยอมของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องและข้อมูลที่จะได้จากการวิจัยจะใช้เพื่อศึกษาตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ในตำราทางการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 ตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับพระยาพิศณุประสาทเวชและตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป โดยกองการประกอบโรคศิลปะ ได้มีการบันทึกสรรพคุณของสมุนไพรเดี่ยวที่ช่วย

ในการเฝ้าระวังรักษาอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ (กวินนา นามดิวงศ์, 2565) โดยพบข้อมูลสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณช่วยการระบายท้องโดยตรงหรือร่วมกับ

- | | | | |
|-----------------|-----------------|------------------|---------------|
| 1. กัลปพฤกษ์ | 14. ตองแตก | 27. มะตูมยาว | 40. สมอเทศ |
| 2. โกฐน้ำเต้า | 15. ตาตุ่ม | 28. มะระขี้นก | 41. สมอไทย |
| 3. ข่อย | 16. ถอบแถบ | 29. มะขามเครือ | 42. สมอทะเล |
| 4. ขี้เหล็กบ้าน | 17. นุ่น | 30. ยาดำ | 43. สลอด |
| 5. ขี้กาขาว | 18. ปิบ | 31. ราชพฤกษ์ | 44. สลอดน้ำ |
| 6. คำไทย | 19. ผักเป็ดแดง | 32. รักใหญ่ | 45. สลัดได |
| 7. คำฝอย | 20. เพกา | 33. รงทอง | 46. สำโรง |
| 8. โศกกระออม | 21. มะขามกระดาน | 34. ละหุ่งขาว | 47. สารพัดพิษ |
| 9. จิกนา | 22. มะขามขี้แมว | 35. ละหุ่งแดง | 48. สบู่แดง |
| 10. ชุมเห็ดเทศ | 23. มะขามแขก | 36. ว่านงาช้าง | 49. หัวไชเท้า |
| 11. ชุมเห็ดไทย | 24. มะดัน | 37. ส้มเขียวหวาน | |
| 12. เชือกเขาไฟ | 25. มะตูมกลม | 38. ส้มเช้า | |
| 13. ชองแมว | 26. มะตูมนิ่ม | 39. สมอติ่ง | |

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกสมุนไพรที่จะนำไปใช้เป็นยาระบายท้องเพื่อรักษาอาการท้องผูกในผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) สมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกหรือเป็นยาระบายท้อง 2) เป็นสมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น 3) มีวิธีการใช้ที่ง่ายสะดวก 4) มีราคาถูกหรือต้นทุนต่ำ และ 5) ไม่มีความจำเพาะ/ข้อควรระวังของสมุนไพรที่เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ เมื่อจัดประชุมกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญและคัดเลือกสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่า สามารถคัดเลือกสมุนไพรที่เป็นไปตามเกณฑ์ทั้ง 5 ข้อ มีสมุนไพรที่เข้าเกณฑ์ จำนวน 3 ชนิด ได้แก่ ขี้เหล็กบ้าน ชุมเห็ดเทศ และสมอไทย

จากการสำรวจสมุนไพรในชุมชนตำบลบุญเรือง พบว่ามีสมุนไพรทั้ง 3 ชนิดที่พบในชุมชนตำบลบุญเรือง ได้มีการนำตัวอย่างสมุนไพรสามชนิดจากในพื้นที่มาตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีด้วยเทคนิค TLC และการตรวจปริมาณสารฟีนอลิกรวม

การรักษาอาการอื่น ๆ โดยพบสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณช่วยการระบายท้องจำนวน 49 ชนิด ดังนี้

ว่าเป็นสมุนไพรที่มีคุณภาพสามารถใช้ทำยาได้ โดยนำมาตรวจสอบเอกลักษณ์ของสมุนไพรเทียบกับสมุนไพรที่ใช้ทำยาเป็นประจำของโรงพยาบาลสาธารณสุขการแพทย์แผนไทยและคลินิกการแพทย์แผนไทยของวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย โดยได้ผลการศึกษาดังนี้

1.1 การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใบขี้เหล็กบ้านโดยเทคนิค TLC

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใบขี้เหล็กบ้าน ภายใต้แสงธรรมชาติ ตรวจพบแถบของสารจำนวน 4 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง สำหรับการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใบขี้เหล็กบ้าน ภายใต้แสง UV254 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 3 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง และการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใบขี้เหล็กบ้านภายใต้แสง UV366 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 6 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง โดยใบขี้เหล็กบ้าน ทั้ง 2 ตัวอย่าง

มีค่า Rf ใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีการตรวจพบสาร ใยซีเหล็กบ้านที่เก็บตัวอย่างมาจากชุมชนสามารถองค์ประกอบทางเคมีที่คล้ายกันหรือใกล้เคียงกัน แต่ นำมาใช้ปรุงเป็นยารักษาโรคได้ (ดังตารางที่ 1) อาจมีความเข้มของสารแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ดังนั้น

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใยซีเหล็กบ้าน

Detection	Spot	ค่า Rf	
		ใยซีเหล็กบ้าน Std.	ใยซีเหล็กบ้านจากชุมชน
Normal lighting	1	.53	.55
	2	.57	.59
	3	.64	.66
	4	.93	.93
UV254	1	.11	.10
	2	.51	.50
	3	.93	.91
UV366	1	.10	.10
	2	.25	.22
	3	.39	.37
	4	.52	.53
	5	.60	.59
	6	.93	.92

1.2 การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใยซีไหม้เกิดเตศโดยเทคนิค TLC

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใยซีไหม้เกิดเตศภายใต้แสงธรรมชาติ ตรวจพบแถบของสารจำนวน 4 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง สำหรับการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใยซีไหม้เกิดเตศภายใต้แสง UV254 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 5 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง และการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมี

ของใยซีไหม้เกิดเตศภายใต้แสง UV366 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 7 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง โดยใยซีไหม้เกิดเตศทั้ง 2 ตัวอย่าง มีค่า Rfใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีการตรวจพบสารองค์ประกอบทางเคมีที่คล้ายกันหรือใกล้เคียงกัน แต่อาจมีความเข้มของสารแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ดังนั้นใยซีไหม้เกิดเตศที่เก็บตัวอย่างมาจากชุมชนสามารถนำมาใช้ปรุงเป็นยารักษาโรคได้ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของใบชุมเห็ดเทศ

Detection	Spot	ค่า Rf	
		ใบชุมเห็ดเทศ Std.	ใบชุมเห็ดเทศจากชุมชน
Normal lighting	1	.53	.52
	2	.58	.57
	3	.70	.69
	4	.93	.92
UV254	1	.51	.51
	2	.57	.57
	3	.61	.61
	4	.71	.70
	5	.91	.92
UV366	1	.20	.22
	2	.43	.44
	3	.51	.51
	4	.59	.58
	5	.70	.68
	6	.82	.82
	7	.93	.92

1.3 การตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของผลสมอไทยโดยเทคนิค TLC

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของผลสมอไทยภายใต้แสงธรรมชาติ ไม่พบแถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง สำหรับการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของผลสมอไทยภายใต้แสง UV254 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 2 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง

และการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของผลสมอไทยภายใต้แสง UV366 ตรวจพบแถบของสารจำนวน 4 แถบสารทั้ง 2 ตัวอย่าง โดยผลสมอไทย ทั้ง 2 ตัวอย่าง มีค่า Rf ใกล้เคียงกัน แสดงว่ามีการตรวจพบสารองค์ประกอบทางเคมีที่คล้ายกันหรือใกล้เคียงกัน ดังนั้นผลสมอไทยที่เก็บตัวอย่างมาจากชุมชนสามารถนำมาใช้ปรุงเป็นยารักษาโรคได้ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของผลสมอไทย

Detection	Spot	ค่า Rf	
		ผลสมอไทย Std.	ผลสมอไทยจากชุมชน
UV254	1	.32	.31
	2	.47	.47
UV366	1	.34	.33
	2	.58	.57
	3	.66	.66
	4	.93	.92

1.4 การตรวจสอบสารสำคัญในกลุ่มฟีนอลิกของสมุนไพรมะขามเทศที่มีฤทธิ์ระคายเคือง

ผลของการสกัดสมุนไพรมะขามเทศทั้งหมด 3 ตัวอย่าง ได้แก่ ผลสมอไทย ใบมะขามเทศ และใบขี้เหล็ก ด้วยตัวทำละลายคือ 70% เอทานอล พบว่าปริมาณผงแห้งที่สกัดจากผลสมอไทยได้ผลผลิตมากที่สุดเท่ากับ 8.15 กรัม คิดเป็น %yield เท่ากับ 40.75% รองลงมา ได้แก่ ปริมาณผงแห้งที่สกัดจากใบมะขามเทศเท่ากับ 2.25 กรัม คิดเป็น %yield เท่ากับ 11.25% และปริมาณผงแห้งที่สกัดจากใบขี้เหล็กบ้านเท่ากับ 1.83 กรัม คิดเป็น %yield เท่ากับ 9.15% ตามลำดับ ผลการทดสอบหาปริมาณสารฟีนอลิกรวมในสารสกัดสมุนไพรมะขามเทศ 3 ตัวอย่าง พบว่า สารสกัดจากผลสมอไทยมีปริมาณสารฟีนอลิกรวมมากที่สุดเท่ากับ 231.39 ± 6.65 mg GAE/g extract รองลงมาคือ สารสกัดจากใบขี้เหล็กบ้าน มีปริมาณสารฟีนอลิกรวมเท่ากับ 126.42 ± 5.79 mg GAE/g extract และสารสกัดจากใบมะขามเทศ มีปริมาณสารฟีนอลิกรวมเท่ากับ 86.99 ± 1.36 mg GAE/g extract ตามลำดับ

2. แนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรมะขามเทศในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

ทางทีมวิจัยได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรมะขามเทศแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาชนในพื้นที่ตำบลบุญเรือง ซึ่งมีแนวทางในการส่งเสริมการใช้สมุนไพรมะขามเทศแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้

2.1 ประสานงานและร่วมกับเทศบาลตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย และผู้นำชุมชนในการเข้าพื้นที่จัดกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 ศึกษาสมุนไพรมะขามเทศในตำราการแพทย์แผนไทยและคัดเลือกสมุนไพรมะขามเทศแก้ท้องผูกหรือระคายเคืองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโดยแพทย์แผนไทย และอาจารย์แพทย์แผนไทย

2.3 ศึกษาข้อมูลสมุนไพรมะขามเทศจากการสำรวจสมุนไพรมะขามเทศในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกหรือระคายเคือง และตรงตามชนิดสมุนไพรมะขามเทศในตำราการแพทย์แผนไทย

2.4 จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกหรือระบายท้องที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้าใจและทักษะในการใช้สมุนไพรได้อย่างถูกต้อง ประกอบกับการมีสื่อที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้ง่าย ได้แก่ สื่อวีดิทัศน์ คู่มือและแผ่นพับเกี่ยวกับสมุนไพรในชุมชนที่สามารถนำมาดูแลตนเองได้ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสรรพคุณสมุนไพรแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสาธิตวิธีการทำยาอย่างง่าย มีวิธีการปรุงยาด้วยตนเอง ดังนี้

2.4.1 ขี้เหล็ก ส่วนที่ใช้ ใบ วิธีปรุงยาอย่างง่าย นำใบขี้เหล็ก 2-3 กำมือ ต้มในน้ำปริมาณ 600 มิลลิลิตร หรือให้ท่วมตัวยาคั่ว ต้มนาน 10 นาที แล้วรินเอาน้ำทิ้ง ทำซ้ำอีก 2 ครั้ง แล้วนำน้ำต้มรอบที่ 3 มากรองเอาแต่น้ำรับประทานครั้งละ 100 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

ข้อควรระวัง 1) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และอาจมีผลต่อทำให้ลำไส้ใหญ่ขึ้นต่อยารวมถึงระบบขับถ่ายผิดปกติ 2) ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์

2.4.2 ชุมเห็ดเทศ ส่วนที่ใช้ ใบ วิธีปรุงยาอย่างง่าย นำใบสดหรือใบแห้ง จำนวน 3-5 ใบ หั่นแล้วนำไปต้มในน้ำปริมาณ 600 มิลลิลิตรหรือให้ท่วมตัวยาคั่ว ต้มนาน 10 นาที แล้วกรองเอาแต่น้ำรับประทานครั้งละ 100 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ อาจทำให้เกิดอาการปวดมวนท้อง เนื่องจากการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือปวดท้องได้ในบางราย

ข้อควรระวัง 1) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานเพราะส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ และอาจมีผลต่อทำให้ลำไส้ใหญ่ขึ้นต่อยารวมถึงระบบขับถ่ายผิดปกติ 2) ไม่ควรใช้ในหญิงตั้งครรภ์

2.4.3 สมอไทย ส่วนที่ใช้ ผล วิธีปรุงยาอย่างง่าย นำผลสมอไทย 5-10 ลูก ล้างน้ำให้สะอาดแล้วทุบเอาแต่เนื้อ แล้วนำไปต้มในน้ำปริมาณ 600 มิลลิลิตร หรือให้ท่วมตัวยาคั่ว ต้มนาน 15 นาที แล้วกรองเอาแต่น้ำรับประทานครั้งละ 100 มิลลิลิตร วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน

ข้อควรระวัง ไม่พบข้อควรระวัง

การใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาเท่านั้น ยังต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีอาการท้องผูกร่วมด้วย การส่งเสริมการแพทย์ทางเลือกโดยเฉพาะการแพทย์แผนไทยที่ถือเป็นการแพทย์ที่มีองค์ความรู้มาจากภูมิปัญญาท้องถิ่นไทย ให้กลับมามีบทบาทในการช่วยแก้ปัญหาให้กับประชาชนในชุมชน เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับประชาชนในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้

2.5 ส่งเสริมให้ชุมชนปลูกพืชสมุนไพร ในบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ รวมทั้งในบริเวณคลินิกสูงวัย ตำบลบุญเรือง เพื่อใช้ในการดูแลรักษาสุขภาพตนเองเบื้องต้น และมีโอกาสสร้างรายได้ นอกจากนี้ยังมีการฝึกอบรมให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้เรียนรู้การควบคุมคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพร และการออกแบบผลิตภัณฑ์ประกอบกับตำบลบุญเรืองมีกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ที่สนใจปลูกสมุนไพรเพื่อเสริมสร้างรายได้ จึงเกิดเป็นกลุ่มวิสาหกิจชุมชนบุญเรือง THAI HERB

2.6 ตรวจสอบคุณภาพพืชสมุนไพรที่มีการปลูกในชุมชน เพื่อให้ได้วัตถุดิบสมุนไพรที่ได้คุณภาพ

จากผลการศึกษาการคัดเลือกสมุนไพรเดี่ยวที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโดยคัดเลือกสมุนไพรได้ทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ ขี้เหล็กบ้าน ชุมเห็ดเทศ และสมอไทย ซึ่งได้มีการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของสมุนไพร พบว่า สมุนไพรจาก

ชุมชนทั้ง 3 ชนิดมีคุณภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้
ท้องผูกได้

การส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักพึ่งตนเอง
ในด้านสุขภาพ ที่นำเอาองค์ความรู้และทรัพยากร
ที่มีอยู่ในท้องถิ่นไปใช้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและ
เหมาะสม เป็นการช่วยอนุรักษ์และรักษาความหลากหลาย
ทางชีวภาพ ช่วยอนุรักษ์พันธุ์พืชสมุนไพรในท้องถิ่น
ที่ใกล้สูญพันธุ์ สร้างสมดุลระหว่างการใช้สมุนไพรกับ
การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เพื่อความยั่งยืนในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่การศึกษาแนวทางการ
ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับ
ผู้สูงอายุในตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
ผลการศึกษาพบว่าสมุนไพรในตำราการแพทย์แผนไทยที่มี
สรรพคุณแก้ท้องผูกมี 49 ชนิด และคัดเลือกสมุนไพร
ที่มีสรรพคุณแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุได้ 3 ชนิด ได้แก่
สมอไทย ขี้เหล็กบ้าน และชุมเห็ดเทศ ซึ่งยาสมุนไพร
ทั้ง 3 ชนิด มีสารกลุ่มฟีนอลิกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ
โดยชุมเห็ดเทศในทางการแพทย์แผนไทยมีสรรพคุณ
แก้กระษัยเส้น แก้ท้องผูก และขับปัสสาวะ สำหรับใน
ทางวิทยาศาสตร์ได้กล่าวถึงสรรพคุณของชุมเห็ดเทศใน
ด้านการใช้เป็นยาระบาย ซึ่งมีข้อมูลพบว่าใบชุมเห็ดเทศ
มีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญหลายชนิด เช่น Anthra-
quinone aglycones, Glycosides, Kaempferol,
β-Sitosterol และ Sennosides เป็นต้น (กรมวิทยาศาสตร์
การแพทย์, 2564) สอดคล้องกับงานศึกษาวิจัยของ
ฉัตรชัย สวัสดิไชย และสุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม (2560) ที่ได้
กล่าวว่าในชุมเห็ดเทศ มีองค์ประกอบทางเคมีที่สำคัญ
หลายชนิดคือสารกลุ่มแอนทราควิโนน (Anthraqui-
none) ซึ่งเป็นกลุ่มสารประกอบฟีนอลิก มีฤทธิ์ต่อ
การบีบตัวของลำไส้ จึงมีฤทธิ์ในการระบายสามารถ
ใช้แก้อาการท้องผูก และมีการศึกษาทางคลินิก พบว่า

ยาชุมเห็ดเทศมีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษาอาการ
ท้องผูก ซึ่งฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของใบชุมเห็ดเทศพบว่า
มีฤทธิ์เป็นยาระบาย โดยมีการทดลองในกลุ่มอาสาสมัคร
ที่มีอาการท้องผูกจำนวน 80 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้
รับยาของใบชุมเห็ดเทศที่มี Hydroxyl-anthracene
0.04 กรัม ก่อนนอน ให้ผลในการรักษาอาการท้องผูก
โดยอาสาสมัครสามารถขับถ่ายภายใน 24 ชั่วโมง
ได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอก นอกจากนี้ยังมีการศึกษา
พบว่าสารสกัดด้วยน้ำจากชุมเห็ดเทศขนาดเทียบเท่า
ผงชุมเห็ดเทศ 5 มิลลิกรัม/Physiological 1 มิลลิตร
มีผลทำให้เกิดการหดตัวของลำไส้ในหนูตะเภาได้ร้อยละ
25 เมื่อเทียบกับยามาตรฐาน (Histamine) (เพ็ญภา
เจริญวิวัฒน์กิจ, 2560)

สมอไทยในทางการแพทย์แผนไทย มีสรรพคุณ
ระบายอ่อนๆ คุมธาตุ แก่ลมจุกเสียด รู้ผายธาตุ รู้ระบาย
รู้ถ่ายอุจจาระ ถ่ายพิษไข้ แก้ไข้เพื่อเสมหะ แก้พิษร้อน
ภายใน ซึ่งสมอไทยมีสารประกอบประเภทฟีนอล ได้แก่
ฟีนอลิก แทนนิน และฟลาโวนอยด์ในปริมาณสูง (ปิยนุช
พรมภมร และคณะ, 2565) สอดคล้องกับงานศึกษา
ของณพัชร บัวจูน และคณะ (2561) ที่พบว่า สมอไทย
มีสารประกอบที่สำคัญ คือ สารฟีนอลิกในปริมาณที่สูง
เช่น Gallic acid, Ellagic acid, Chebulic acid และ
Corilagin เป็นต้น โดยพบว่า ในสารแทนนินที่พบใน
ผลสมอไทยที่ใช้ผลอ่อนทำยา มีรสเปรี้ยว สรรพคุณ
มีฤทธิ์เป็นยาระบาย ถ่ายเสมหะ และขับลมในลำไส้
(พรทิพย์ เดิมวิเศษ, 2564) สำหรับใบขี้เหล็กบ้านใน
ทางการแพทย์แผนไทยมีสรรพคุณแก้ระดูขาว แก้นิว
ขับปัสสาวะ แก้กระษัย ถ่ายพิษไข้ พิษเสมหะ และถ่าย
พรรตึกช่วยระบายท้อง โดยใช้ส่วนที่ทำยา คือ ใบอ่อน
พบว่ามีสารแอนทราควิโนนที่มีฤทธิ์ในการระบาย
(ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข, พิมลวรรณ ทัญทุพพิจารณ์, และ
ธริส วิทยะนันท์, 2543)

ทั้งนี้ในงานศึกษาวิจัยของ สมศักดิ์ นวลแก้ว

(2542) ได้มีการเปรียบเทียบปริมาณแอนทราควิโนนและรูปแบบไซโมแกรมของไอโซไซมโนพิซสกูลแคสเซีย พบว่าใบชี้เหล็กมีปริมาณแอนทราควิโนนร้อยละ .12 ส่วนในสมอไทย พบว่า ในผลสมอไทยมีปริมาณฟีนอลิกรวมสูง ซึ่งหนึ่งในสารที่พบคือสารกลุ่มแอนทราควิโนนซึ่งมีฤทธิ์ระบายท้องสามารถแก้ท้องผูกได้เช่นกัน (Khan, Khali-lullah, Akhtar, & Elhasan, 2015) ดังนั้น สมุนไพรทั้ง 3 ชนิด จึงสามารถนำไปส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้อาการท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในตำบลบุญเรืองได้ ทั้งนี้การใช้ยาสมุนไพรเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษา ยังต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้สูงอายุร่วมด้วย โดยสอดคล้องกับงานศึกษาของโบนัน แสนสุขสวัสดิ์, พรหมวดี พุฒธนะ และสุภาพ อารีเอื้อ (2550) ที่มีการศึกษาโปรแกรมการจัดการอาการท้องผูกโดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการท้องผูก การรับประทานอาหารตามโปรแกรมโดยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อ เน้นอาหารและผลไม้ที่มีกากใยสูง ต้มเครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ เช่น น้ำมะขาม น้ำลูกพรุน หรือน้ำชุมเห็ดเทศ เป็นต้น ต้มหนึ่งแก้วต่อวัน ออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหว และฝึกขับถ่ายอุจจาระ

จากการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด 3 ชนิด ได้แก่ ชี้เหล็กบ้าน ชุมเห็ดเทศ และสมอไทย ซึ่งเป็นสมุนไพรที่สามารถพบได้ในพื้นที่ โดยแนวทางนี้สอดคล้องกับงานศึกษาของนคร จันตะวงษ์, รุสนี มามะ, โชคชัย แสงว้าง, ศิวพงษ์ ตันสุวรรณวงศ์, และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ (2564) ที่มีการศึกษาแนวทางให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือ

ในพื้นที่ชุมชนที่มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาล สาธิตการแพทย์แผนไทย และคลินิกเครือข่าย ตำบลบ้านคู อำเภอมือ จังหวัดเชียงราย โดยส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาทางการแพทย์แผนไทย โดยใช้ประโยชน์จากพืชสมุนไพรพื้นฐานที่ผู้สูงอายุสามารถปลูกได้ มาดูแลตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกเสียด อาการท้องผูก อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย อาการไข้หวัด ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และโรคผิวหนัง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เฉพาะตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย หากมีการนำผลการศึกษาไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น อาจต้องมีการตรวจสอบเอกลักษณ์ทางเคมีของสมุนไพรในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อยืนยันสายพันธุ์และคุณภาพที่สามารถนำไปใช้ทำยาที่มีสรรพคุณที่ดี

2. ควรมีการติดตามผลการใช้สมุนไพรแก้ท้องผูกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 3 ชนิด และควรขยายผลการใช้สมุนไพรไปสู่ประชาชนวัยอื่น ๆ ในพื้นที่ตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และทุนในการจัดทำบทความฉบับนี้ ขอขอบคุณทีมอาจารย์แพทย์แผนไทยทุกท่านที่ได้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญในครั้งนี้นั้นทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

(2564). *ตำรามาตรฐานยาสมุนไพรไทย (Thai Herbal Pharmacopoeia)* ฉบับปี ค.ศ. 2021.

กรุงเทพฯ: ศูนย์และสื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

กวินนา นามติวงศ์. (2565). *การศึกษาพืชสมุนไพรที่ปรากฏในตำราแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์และตำราการแพทย์แผนโบราณทั่วไปของกองการประกอบโรคศิลปะ (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต)*. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

ฉัตรชัย สวัสดิไชย และสุรศักดิ์ อิ่มเอี่ยม. (2560). ชุมเห็ดเทศ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิกโรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 34(4), 352-355.

นคร จันดีวงษ์, รุสนี มามะ, โชคชัย แซ่ว่าง, ศิวพงษ์ ต้นสุวรรณวงศ์, และชัยนรินทร์ เรือนเจริญ. (2564). การพัฒนานวัตกรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 10(1), 245-256.

โบทัน แสนสุขสวัสดิ์, พรรณวดี พุฒธนะ และสุภาพ อารีเอื้อ. (2550). การป้องกันและการจัดการอาการท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 13(2), 106-124.

ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข, พิมลวรรณ ทัญญูพิจารณ์, และธริส หิญาธิระนันท์. (2543). การศึกษาฤทธิ์ทำให้วังหลับในคนของยาสมุนไพรแปรรูปสกัดจากใบขี้เหล็ก. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(3), 251-259.

ปิยนุช พรหมภมร, ขวัญจิต อิศระสุข, กัลยาภรณ์ จันตรี, จรัสฟ้า โหมตสุวรรณ, จิตรวดี ตั้งหิรัญรัตน์ และทัศนีย์ พาณิชกุล. (2565). การประเมินการใช้สารสกัดสมอไทยในการเป็นสารกันเสียธรรมชาติสำหรับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง. *วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา*, 27(1), 542-561.

พรทิพย์ เดิมวิเศษ. (2564). หนังสือภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยใกล้ตัว (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์.

พรพรรณ ก่อใจ. (2562). *การศึกษาและพัฒนาแนวปฏิบัติการตรวจสอบชนิดและคุณภาพของพืชสมุนไพร กรณีศึกษาขมิ้นชันและไพล (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต)*. เชียงราย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.

เพ็ญนภา เจริญวิวัฒนกิจ. (2560). *ยาสมุนไพรที่มีฤทธิ์ระบายชนิดกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้*. สืบค้นจาก <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=302>

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2567 (ปีที่ 33: มกราคม 2567). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*, 33(1), 1-2.

สมศักดิ์ นวลแก้ว. (2542). *การเปรียบเทียบปริมาณแอนทราควิโนนและรูปแบบไซโมแกรมของไอโซไซม์ในพืชสกุลแคสเซีย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ฤทธิพันธ์ รุ่งเรือง และอรทัย โกกิลกนิษฐ. (2563). องค์ประกอบทางพฤกษเคมีและฤทธิ์ทางชีวภาพของน้ำมันหอมระเหยและสารสกัดหยาบผักเป็ดไทย. *วารสารวิจัยและพัฒนา มจร.*, 43(4), 441-456.
- Khan, M. U., Khalilullah, H., Akhtar, J. A. W. E. D., & Elhasan, G. O. (2015). Terminalia chebula: an ephemeral glance. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 7(2), 40-43.
- Patel, A.A., Amin, A.A., Patwari, A.H., & Shah, M.B. (2017). Validated high performance thin layer chromatography method for simultaneous determination of quercetin and gallic acid in *Leea indica*. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 27, 50-53. doi: 10.1016/j.bjp.2016.05.017



ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี Factors Affecting Quality of Life among of Muslim Older: Minburi

สุระพรรณ พนมฤทธิ์, ค.ม., Surapan Panomrit, M.Ed.¹

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี, ประ.ด., Puangtip Chaiphibalsarisdi, Ph.D.^{2*}

นฤมล พรหมภิบาล, ค.ม., Narumol Prompibal, M.Ed.¹

พัชรา สมชื่อ, พย.ม., Patchara Somchoe, M.N.S.¹

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

¹Lecturer, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

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

*Corresponding Author Email: puangtip.c@siu.ac.th

Received: August 24, 2024

Revised: October 8, 2024

Accepted: October 30, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในชุมชนมินบุรี จำนวน 230 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมโดยใช้ Multiple linear regression ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง และ 2) ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี ได้แก่ ภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต รายได้ และอายุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนปัจจัยด้านอายุ มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ข้อเสนอแนะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีทางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม และเป็นข้อมูลพื้นฐานการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมินบุรี

Abstract

The purpose of this descriptive research is to Study the level of quality of life and factors related to the quality of life of the Muslim elderly: Minburi community. The sample group consisted of 230 elderly people in the Minburi community. The sample was selected by simple random sampling. The tools used to collect data include personal information. General health status questionnaire regarding mental health and questionnaire on quality of life of the elderly World Health Organization Brief Thai Edition (WHOQOL-BREF-THAI) which has been checked for accuracy by experts and calculate confidence using the Cronbach alpha coefficient. The reliability value was 0.81. Data analysis was obtained. By distributing frequencies, percentages, means, and standard deviations. Analyze the relationship to the quality of life of Muslim elderly using Multiple linear regression. The results of the research found that 1) The level of overall quality of life in terms of physical, mental, and social relationships and environmental is at a moderate level and 2) Factors that have a statistically significant effect ($p < .05$) on the quality of life of Muslim elderly people: Minburi Community including mental health conditions, income, and age, affecting overall quality of life in terms of social relationships. and environmental As for the age factor Affects the quality of life in terms of physical Suggestions: Relevant agencies can use this as a guideline in promoting health among Thai Muslim elderly. To be consistent with the cultural lifestyle of Thai Muslim elders and is basic information for further research on related issues.

Keywords: *Quality of Life, Muslim Older, Minburi Communities*

บทนำ

การสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ในศตวรรษที่ผ่านมา ประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ส่วนประเทศกำลังพัฒนามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้ประชากรโลกมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรโลก 7,875 ล้านคน เป็น “ผู้สูงอายุ” อายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยปลาย” ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป 151 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งมีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ในประเทศไทยมีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5.00 (กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) เป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญและอาศัยมานาน จนทำให้เกิดความหลากหลายขึ้นในสังคมพหุวัฒนธรรม ทั้งด้านเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เครื่องแต่งกาย อาหารรวมถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของกลุ่มคนเหล่านั้น การทำความเข้าใจถึงวิถีชีวิตวัฒนธรรม และหลักการของศาสนาอิสลามมีส่วนช่วยให้

เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างสันติ บนพื้นฐานความหลากหลาย ภายใต้นโยบายหลักของประชาคมอาเซียนในด้านวัฒนธรรม ที่มุ่งเน้นให้เกิดความเป็นเอกภาพและความมั่นคงของประชาคมโลก โดยวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของคนที่มีนิกายศาสนาอิสลามหรือชาวมุสลิมจะผูกพันอยู่กับความศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์) และปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนา ดังนั้น ในชุมชนมุสลิมแต่ละแห่งจะมีมัสยิด (Mosque) เป็นศูนย์กลางของชุมชน เป็นสถานที่ในการปฏิบัติศาสนกิจ (การนมาซ หรือละหมาด) นอกจากนี้มัสยิดยังเป็นสถานที่สำหรับสอน อัลกุรอาน (คัมภีร์ที่ประทานมาจากพระเจ้า) และหลักการศาสนา สถานที่ที่ชุมชนพบปะ ประชุม แลกเปลี่ยนความรู้ เติมน้ำมันทำบุญสถานที่จัดพิธีสมรส รวมถึงสถานที่พักพิงของผู้สัญจรผู้ไร้ที่พำนักอีกด้วย จำนวนมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด 196 แห่ง เมื่อนำมาจำแนกตามรายเขต 50 เขต พบว่า เขตหนองจอก มีจำนวนมัสยิดมากที่สุด จำนวน 49 แห่ง รองลงมา คือ เขตมีนบุรี จำนวน 16 แห่ง และจำนวนครอบครัวที่เป็นสมาชิกของมัสยิดในแต่ละเขตรวมกัน พบว่า เขตหนองจอกมีจำนวนครอบครัวมากที่สุด จำนวน 9,667 ครอบครัว และรองลงมา คือ เขตมีนบุรี จำนวน 5,659 ครอบครัว จำนวนครอบครัวน้อยที่สุด ได้แก่ เขตดุสิต จำนวน 22 ครอบครัว (กองนโยบายและแผนงาน สำนักงานการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร, 2564) สำหรับอัตราพึงพิงวัยสูงอายุในกลุ่มมุสลิมก็มีแนวโน้มสูงขึ้นจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นประเทศไทยเริ่มมีแนวทางในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุ แต่ที่ผ่านมาการศึกษาเกี่ยวกับกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวม ประชากรต่างกลุ่มวัฒนธรรมยังได้รับความสนใจน้อยโดยเฉพาะประเด็นผู้สูงอายุ เนื่องจากประเทศไทยเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทั้งทางด้านศาสนาและวัฒนธรรม การจัดการด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุ

มีปัญหาที่แตกต่างกันไปตามสภาพร่างกาย ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ความเอาใจใส่ดูแลของบุคคลรอบข้าง การยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของผู้สูงอายุเองรวมถึงคุณภาพชีวิต และสามารถส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ (Lee, & Newberg, 2005)

ชุมชนมีนบุรีมีประชากรนับถือศาสนาอิสลามส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม (กองนโยบายและแผนงาน สำนักงานการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร, 2564) และครอบครัวเริ่มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตในลักษณะสังคมจะมีเทคโนโลยีเริ่มเข้ามามีอิทธิพลต่อวิถีชีวิต จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า โดยแนวทางการดำเนินชีวิตในศาสนาอิสลามอย่างเคร่งครัดในชุมชนนั้น จะเป็นจุดสำคัญในการแก้ปัญหาสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องของคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุมุสลิมและผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความเข้าใจ และให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมจะเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสภาพจิตใจ ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุไม่เป็นภาระและปัญหาต่อสังคม มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี สามารถดำรงชีวิตตามวิถีชีวิตในสังคมของตนอย่างมีความสุข จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา งานวิจัยในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกจำนวน 5 จังหวัด พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับดี โดยมีปัจจัยมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่นของสมาชิกในครอบครัว ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และช่วยเหลือทางด้านจิตใจเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาคับข้องใจครอบครัวและผู้ดูแลจะเป็นหลักสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อย่างมีความสุข (จิรัชยา เกล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี, 2560; พัทธราภรณ์ พัฒนะ, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี” เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมภาวะสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมินบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และภาวะสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมินบุรี

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และ ภาวะสุขภาพ ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมินบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว การปฏิบัติทางศาสนา และ ภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต ของ Goldberg (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่างๆ มากกว่า 36 ภาษา ส่วน Thai GHQ ได้พัฒนา โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ, 2539) ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1997) ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ของสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และวราณี พรมานะรังกุล (2545) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาคครั้งนี้ ได้นำแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการศึกษา ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี มีขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุมุสลิม ในชุมชนมินบุรี 16 มัสยิด ในชุมชนมินบุรี มีผู้สูงอายุจำนวน 2,539 คน ในมัสยิดอิศฮาด์อุลุมุดดีน จำนวน 253 คน และมัสยิดอัสดีกัว จำนวน 292 คน รวมประชากร 545 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุมุสลิมที่อาศัยในชุมชนมินบุรี ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ของยามาเน (Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 230 คน จากมัสยิดอิศฮาด์อุลุมุดดีนจำนวน 107 คน และมัสยิดอัสดีกัวจำนวน 123 คน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสะดวกวิธี (convenience sampling)

1.2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

นับถือศาสนาอิสลามที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.2.2 เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

ขอลอนตัวจากการวิจัยในครั้งนี้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) โดยพัฒนาจากการศึกษา แนวคิดจากทฤษฎี เอกสาร ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ส่วนบุคคล โรคประจำตัว ข้อปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม และสุขภาพทั่วไป ด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะสุขภาพด้านสุขภาพจิต
(General Health Questionnaire, GHQ) คือ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีผู้แปลเป็นภาษาต่าง ๆ มากกว่า 36 ภาษา ส่วน Thai GHQ ได้พัฒนา โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ประกอบด้วย คือ 1) ความรู้สึกไม่เป็นสุข 2) ความวิตกกังวล 3) ความบกพร่องเชิงสังคม และ 4) ความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรค การแปลผล เกณฑ์ในการตัดสินว่ามีความผิดปกติทางจิตเวชของ Thai GHQ-12 โดยคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไปถือว่าผิดปกติ หมายความว่า บุคคลใดก็ตาม รายงานข้อความที่เป็นบวก ตั้งแต่ 2-12 ข้อ ให้ถือว่าเป็นผู้ที่มีแนวโน้ม ผิดปกติทางสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-
BRIEF THAI) (สุวรรณ นพัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545)
ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้
สภาพทางร่างกายของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน
จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพ
ทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้
ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พิจารณาความถูกต้องตามเนื้อหา
ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความเหมาะสม
ของภาษา จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข

ให้สมบรูณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำมา คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่า .70 (บุญใจ ศรีสถิตยन्नากูร, 2553) ผู้วิจัยได้ ปรับแก้ข้อคำถามและนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรง ตามเนื้อหา (CVI) แบบภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.80

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ
นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลอง
ใช้กับผู้สูงอายุมุสลิม ในมัสยิดนูรุลฮุดา จำนวน 30 ราย
หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้
สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาช (Alpha's Cronbach
coefficient) ได้ค่าความเที่ยง แบบสอบถาม
ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.84
และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.82

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ R014/66X ลงวันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ต่อมาขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะ โดยผู้วิจัยชี้แจงบอกวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุจะเก็บเป็นความลับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยมอบและรับแบบสอบถามคืนจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และแบบสอบถามถูกทำลายหลังการวิเคราะห์ข้อมูล และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ประสานงานกับสำนักงานคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง

ที่มีสยดอิตฮาดร้อลุ่มุดตีน และม้สยดอิตฮาดร้อลุ่มุดตีน ระหว่างวันที่ 1-30 มกราคม 2567 และนำผลการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ก่อนลงข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ด้วยสถิติ Pearson correlation วิเคราะห์ Eta correlation และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุด้วยสถิติ Multiple linear regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $<.05$

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุมุสลิม ในชุมชนมินบุรี ประเทศไทย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี ประเทศไทย จำนวน 230 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.48 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 58.70 ส่วนมากมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.13 รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 62.17 ส่วนมากมีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.35 โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 76.80 รองลงมา

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.34 และโรคต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 58.70 ร้อยละ 80.87 ถือคือตลอดปีตั้งแต่ 30 วัน ร้อยละ 72.17 บริจาคชะกาต ร้อยละ 58.70 และส่วนมากไม่ได้ไปประกอบพิธีฮัจญ์ ร้อยละ 72.17

1.2 ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต ของ

ผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี ประเทศไทย พบว่า ส่วนมากมีสุขภาพจิตปกติดี (0-1 คะแนน) ร้อยละ 56.52 ส่วนกลุ่มที่สุขภาพจิตมีแนวโน้มผิดปกติ (≥ 2 คะแนน) ร้อยละ 43.48 โดยมีคะแนน 7-12 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 12.18

1.3 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม

ในชุมชนมินบุรี ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 85.22 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 13.04 พบว่า ด้านร่างกาย ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 92.17 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 6.96 ด้านจิตใจส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 98.70 อยู่ในระดับดี เพียงร้อยละ .43 ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.74 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.96 และด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 58.26 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 36.96 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี (n = 230)

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4 (1.74)	196 (85.22)	30 (13.04)
ด้านร่างกาย	2 (0.87)	212 (92.17)	16 (6.96)
ด้านจิตใจ	2 (0.87)	227 (98.70)	1 (0.43)
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	26 (11.30)	119 (51.74)	85 (36.96)
ด้านสิ่งแวดล้อม	11 (4.78)	134 (58.26)	85 (36.96)

1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี

คุณภาพชีวิตโดยรวม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.250$), สถานภาพสมรส ($\eta = .152$), รายได้ต่อเดือน ($r = .317$) จำนวนโรคประจำตัว ($r = .140$) และภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.415$)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คือ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.189$)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ พบว่า ไม่มีปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.208$) รายได้ต่อเดือน ($r = .253$) และ ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.390$)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.243$), สถานภาพสมรส ($\eta = .225$) รายได้ต่อเดือน ($r = .316$) และ ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.425$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์				
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ด้านสิ่งแวดล้อม
เพศ	$\eta = .023$	$\eta = .047$	$\eta = .101$	$\eta = .048$	$\eta = -.040$
อายุ (ปี)	$r = -.250^{**}$	$r = -.189^{**}$	$r = -.002$	$r = -.208^{**}$	$r = -.243^{***}$
สถานภาพสมรส	$\eta = .152^{**}$	$\eta = .114$	$\eta = .092$	$\eta = .143$	$\eta = .225^*$
รายได้ต่อเดือน (บาท)	$r = .317^{***}$	$r = .043$	$r = .010$	$r = .253^{***}$	$r = .316^{***}$
จำนวนโรคประจำตัว	$r = .140^*$	$r = .006$	$r = .100$	$r = .119$	$r = .110$
การปฏิบัติทางศาสนา	$r = .073$	$r = .092$	$r = .028$	$r = .030$	$r = .056$
ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต	$r = -.415^{***}$	$r = -.118$	$r = -.019$	$r = -.390^{***}$	$r = -.425^{***}$

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, r = Pearson correlation, η = Eta correlation

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการการวิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย และ สมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เจ็บป่วยได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่น สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนเคย มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นอุปสรรคไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้เหมือนเดิม ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีโอกาสดำเนินกิจกรรมกับเพื่อนบ้านหรือสังคมลดลง ทำให้เกิดความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในระดับปานกลาง เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคูณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุอิสลาม

(มันโซร์ ดอเลาะ, 2559) จำนวน 289 ราย ใช้เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อย ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เช่นเดียวกัน พบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนมาโนช ชันทพิริยา (2560) ได้ศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน จำนวน 159 ราย ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตดั่งข้างต้น พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้านทั้ง 4 ด้าน ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยด้านเพศมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี ประเทศไทย ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.70

เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ทั้งเพศชายและหญิง เพราะยังไม่มีความเสี่ยงตามวัยชัดเจน (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรพเก้า, 2564) ประกอบกับผู้สูงอายุทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกัน และส่วนมากมีการปฏิบัติทางศาสนาอิสลาม ร้อยละ 58-97 ซึ่งการได้รับการอบรมสั่งสอนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตั้งแต่วัยเยาว์วัย มีการปลูกฝังเรื่องหลักศาสนา จนยากที่จะแยกออกจากกันได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุมุสลิมมีความเสมอภาคในการปฏิบัติทางศาสนาทั้งเพศชายและหญิง โดยมีความเชื่อและศรัทธาต่ออัลลอฮ์ เชื่อว่าเป็นผู้สร้างทุกสิ่งในโลกนี้ ความเชื่อดังกล่าวส่งผลให้มุสลิมมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดยไม่แบ่งแยกเพศ (วราพัชร จันทรเส่ง, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬามาศ วงจันทร์, สุวรรณาวุฒิธรณฤทธิ์, และลัดดา เหลืองรัตนมาศ (2565) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 ในผู้สูงอายุจำนวน 437 ราย พบว่าปัจจัยนำด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านอายุมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม ชุมชนมินบุรี พบว่า ปัจจัยด้านอายุที่มากขึ้น มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า อายุมากขึ้นเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของการเข้าสู่การเสื่อมและการถอย (Wear and tear theory) กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติเมื่อเซลล์มีการใช้งาน เซลล์จะผลิตสารเหลือใช้สะสมไว้เมื่อมีอายุมากขึ้น พบว่า มีการสะสมที่หัวใจและหน่วยประสาท หากมีการสะสมถึงระดับหนึ่งเซลล์จะทำงานไม่ได้ หรือทำงานลดลงเป็นเหตุให้เซลล์มีการเสื่อมถอย และอวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลงโดยการเสื่อมถอยต่าง ๆ จะทวีสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

(อรวรรณ แผนคง, 2553) นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างสารภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกันต่าง ๆ เสื่อมสภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อระบบร่างกายทั้งมวลของผู้สูงอายุ (อมรรัตน์ จำเนียรทรง และประเสริฐ สายเชื้อ, 2559) สอดคล้องกับการศึกษาที่ Gondodiputro, Wiwaha, Lionthina, and Sunjaya (2021) ศึกษาปัจจัยทำนายด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษา ต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท ประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 88 ราย ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF พบว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป ประเมินคุณภาพชีวิตตนเองโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี

4. ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 58.70 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการปฏิบัติทางศาสนาที่มีสยิดได้ปกติ ทำให้มีโอกาสได้พบปะสังคมนอกบ้าน รวมทั้งอาจเนื่องมาจากสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันเปิดกว้าง การยอมรับการมีคู่ชีวิตที่เป็นครอบครัวและการหย่าเพิ่มมากขึ้น สังคมให้คุณค่าของบุคคลที่เท่าเทียมกันเพิ่มขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต (อภิรดี ไชนิรัตน์, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และศรียามน ติรพัฒน์, 2563) รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่กับลูกหลาน จึงส่งผลให้ระยะของการทำใจยอมรับมีระยะเวลาที่สั้นและปรับตัวได้ดีขึ้น (เปตมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบุลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ Krishnappa, Gadicherla,

Chidambaram, and Murthy (2021) โดยศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบท จำนวน 482 ราย และเขตเมือง จำนวน 495 ราย ภาคใต้ประเทศอินเดีย พบว่า สถานภาพสมรสคู่เมื่อเทียบกับ สถานภาพโสด/หม้าย/หย่า/แยก ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองและเขตชนบท

5. ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุมุสลิมในชุมชนมินบุรี พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต การมีรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้ผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานได้อย่างเพียงพอ มีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงกลุ่มทางสังคมต่างๆ รวมทั้งมีโอกาสได้ไปประกอบพิธีฮัจญ์ตามความเชื่อทางศาสนาอิสลาม กล่าวได้ว่า รายได้ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ดังนั้น รายได้ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา หลวงพิทักษ์, จิตมา ดวงแก้ว, อุมาร ใจยังยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี (2562) โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อไทย พบว่า ส่วนมากมีรายได้ระหว่าง 500-1000 บาท เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรด้านรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี

6. ปัจจัยด้านโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี พบว่า ปัจจัยด้านโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า การศึกษาครั้งนี้แม้ว่าส่วนมากผู้สูงอายุ ร้อยละ 84.35 จะมีโรคประจำตัว

มากกว่า 1 โรค แต่ส่วนมากเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิต ประกอบกับการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุที่รักษาและรับยาประจำ จึงไม่มีค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) รายงานว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมือง ใกล้กับสถานบริการสุขภาพ ทำให้ไม่ต้องเป็นภาระในการเดินทาง การศึกษาที่ได้ผลแตกต่างครั้งนี้ เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อยู่เจริญ, และปานเพชร สกุลสุข (2564) อธิบายว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดอาศัยในเขตชนบท ห่างไกลจากสถานบริการที่รับยาประจำ อาจเป็นภาระทั้งบุคคลในครอบครัวในการรับส่งหรือในกรณีไม่มีบุตรหลานอาจไม่มีความสะดวกในการเดินทางหรือต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น แม้จะมีสิทธิด้านประกันสุขภาพ แต่จะมีค่าใช้จ่ายด้านอื่นที่สูงกว่าในการไปรับยาประจำ

7. ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนามีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี พบว่า ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนาไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามตามสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมุสลิมส่วนมากมีการปฏิบัติทางศาสนาที่ค่อนข้างเคร่งครัด ได้แก่ การปฏิญาณตน ร้อยละ 97.39 การละหมาด 5 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 80.87 และการถือศีลอดต่อปี 30 วัน ร้อยละ 72.17 ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้จึงอาจยังไม่พบความแตกต่างของปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนา ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิม การศึกษาของ Uddin, Soivong, Lasuka, and Juntasopeepun (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศบังคลาเทศ จำนวน 280 ราย ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ WHOQOL-BREF พบว่า ปัจจัยด้านศาสนาของผู้สูงอายุอิสลาม มีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ทั้งนี้ Uddin และคณะ ได้อภิปรายว่า น่าจะเกิดจาก

หนังสือทางศาสนา คือ อัลกุรอานซึ่งเขียนเป็นภาษาอาหรับ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ดังนั้นจึงไม่สามารถเข้าใจหนังสือศาสนาภาษาอาหรับ เป็นผลให้ต้องอาศัยแหล่งข้อมูลที่ไม่เป็นทางการจากผู้นับถือศาสนาอิสลามด้วยกัน อาจไม่ถูกต้องหรือครอบคลุม และอาจทำให้เกิดความสับสนได้ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งของความสัมพันธ์เชิงลบนี้

8. ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมชุมชนมินบุรี พบว่าภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิต มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ อธิบายได้ว่า ในสุขภาพจิตผู้สูงอายุมีแนวโน้มผิดปกติ (≥ 2 คะแนน) ร้อยละ 43.48 ซึ่งพบใกล้เคียงกับกลุ่มปกติ ทั้งนี้ความสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับความเสื่อมและภาวะถดถอยของร่างกายในหลาย ๆ ด้าน ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะฟุ้งฟิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน (ซัซวาล วงศ์สารี, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของเกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, และนิพนธ์ รัตนคช (2562) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงจำนวน 35 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดในเรื่องของความวิตกกังวล ถัดมาจะถูกทอดทิ้ง ถัดมาว่าจะไม่มีคนดูแล มากกว่าร้อยละ 50.0 ตลอดจนมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยครั้ง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ และสถาบันการศึกษาในชุมชน ควรมีการประสานความร่วมมือในการกำหนดมาตรการในการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และกลุ่มที่ภาวะสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพผิดปกติ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของผู้สูงอายุมุสลิม: ชุมชนมินบุรี และเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากระดับปานกลางเป็นระดับดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทยภายใต้วัฒนธรรมของผู้สูงอายุอิสลามที่มีความหลากหลายและชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรมีการวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพทั่วไปด้านสุขภาพจิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอิสลาม

เอกสารอ้างอิง

กองนโยบายและแผนงาน สำนักงานการวางผังและพัฒนาเมืองกรุงเทพมหานคร. (2564). รายงานการศึกษาการกระจายตัวของมัสยิดใน เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2563. สืบค้นจาก https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/354/aboutcpud/study%20report/2564/ปี%2064/1.การกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร%20พ.ศ.%202563.pdf

- กองสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ, และนิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(6), 1014-1020.
- จิรัชยา เคล้าดี, สุภชัย นาคสุวรรณ, และจักรวาล สุขไมตรี. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารราชพฤกษ์*, 15(1), 27-32.
- จุฑามาศ วงจันทร์, สุวรรณ วุฒิธรณฤกษ์, และลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 6. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 12(1), 32-49.
- ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). บทบาทพยาบาลกับการส่งเสริมครอบครัวในการชะลอภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้นใน ผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 4(21), 102-111.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- เนตรนภา กาบมณี, สิริลักษณ์ อู่เจริญ, และปานเพชร สุกุลคุ. (2564). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 11(1), 27-39.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปัทมา ผ่องศิริ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, นันทริยา โลหะไพบูลย์กุล, สอาด มุ่งสิน, และพิสมัย วงศ์สง่า. (2561). คุณภาพชีวิตภาวะสุขภาพจิตและความสามารถในการช่วยเหลือ ตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตเมือง อุบลราชธานี. *วารสารเกื้อการณย์*, 25(2), 137-151.
- พัชรภรณ์ พัฒนะ. (2560). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี* (การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มันโซร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ยะลา: มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.
- มานอช ชันทพริยา. (2560). *ได้ศึกษาการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต ตำบลไชยสถาน อำเภอมือฉ่าง จังหวัดน่าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วราพัชร จันทรเส้ง. (2563). *การศึกษาการทำงานของผู้สูงอายุชาวมุสลิมในจังหวัดสงขลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา หลวงพิทักษ์, จิตมา ดวงแก้ว, อุมากร ใจยังยืน และเพ็ญรุ่ง วรรณดี. (2562). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(38), 67-81.

- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สืบค้นจาก <https://online.fliphtml5.com/bcbgj/znee/#p=1>
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วีระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ และวราณี พรมานะรังกุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชดย่อฉบับภาษาไทย. *โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่* ปี พ.ศ. 2545. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
- อมรรัตน์ จำเนียรทรง และประเสริฐ สายเชื้อ. (2559). การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 16(2), 285-296.
- อรวรรณ แผนคง. (2553). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- อภิรติ์ ไชนิรัตน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, คณินิจ พงศ์ถาวรกุล และศรียามน ตีรพัฒน์. (2563). ปัจจัยทำนายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 95-110.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. Oxford U. Press.
- Gondodiputro, S., Wiwaha, G., Lionthina, M., & Sunjaya, D. K. (2021). Reliability and validity of the Indonesian version of the World Health Organization quality of life-old (WHOQOL-OLD): a Rasch modeling. *Medical Journal of Indonesia*, 30(2), 143-151.
- Krishnappa, L., Gadicherla, S., Chidambaram, P., & Murthy, N. S. (2021). Quality of life (QOL) among older persons in an urban and rural area of Bangalore, South India. *Journal of family medicine and primary care*, 10(1), 272-277.
- Lee, B. Y., & Newberg, A. B. (2005). Religion and health: A review and critical analysis. *Zygon*, 40(2), 443-468.
- Uddin, M. A., Soivong, P., Lasuka, D., & Juntasopeepun, P. (2017). Factors related to quality of life among older adults in Bangladesh: A cross sectional survey. *Nursing & health sciences*, 19(4), 518-524.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed). New York: Harper and Row.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุในชุมชน
**Effect of the Perceived Health Belief Promoting Program on
Preventive Behaviors Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)
in Community-Dwelling Older Adults**

ชไมพร จันจุ้ย, พย.บ., Chamaipron Janjuy, B.N.S.¹

วารี กังใจ, พย.ด., Waree Kangchai, D.N.S.^{2*}

พรชัย จุลเมตต์, Ph.D., Pornchai Jullmate, Ph.D.³

¹นักศึกษา, หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Student, Master's Degree of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing,
Burapha University

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Assistant Professor, D.N.S., Faculty of Nursing, Burapha University

³รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Burapha University

*Corresponding Author Email: wareek@buu.ac.th

Received: September 12, 2024

Revised: October 25, 2024

Accepted: October 31, 2024

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงมีความจำเป็นต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมและต่อเนื่อง การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 50 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 รายด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโปรแกรม

ส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที่แบบ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{24} = 12.05, p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48} = 2.75, p < .01$) ในขณะที่ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($t_{48} = 1.35, p = .18$) ข้อเสนอแนะบุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนสามารถ นำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Abstract

Coronavirus disease is an important public health problem that affects older adults physical, mental, social, and economic Therefore, it is necessary to encourage older adults to have preventive behaviors. Coronavirus disease 2019 is appropriate and continuous. This quasi-experimental study aimed to evaluate the effectiveness of a health belief promoting program on preventive behaviors coronavirus disease 2019. Fifty eligible participants were selected for both the experimental and control groups using random assignment into the experimental group (n = 25) and control groups (n = 25). The experimental group received the health belief promoting program, while the comparison group received standard care. Data collection occurred pre- and post-intervention, utilizing questionnaires on personal information, prevention behaviors coronavirus disease 2019, and the health belief promoting program. The analysis involved descriptive statistics paired t-test and independent t-test statistics. Results revealed a significant increase in prevention behavior coronavirus disease 2019 scores post-intervention compared to pre-intervention within the experimental group ($t_{24} = 12.05, p < .01$). Additionally, the experimental group exhibited significantly higher post-intervention prevention behavior scores compared to the comparison group ($t_{48} = 2.75, p < .01$). In conclusion, the health belief promoting program effectively enhanced preventive behaviors against coronavirus disease 2019. Therefore, it is recommended for adoption by community caregivers to instill health beliefs and promote preventive behaviors among older persons.

Keywords: Health Belief Promoting Program, Preventive Behaviors, Coronavirus Disease 2019, Elderly, Health Belief Model

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เริ่มมีการแพร่ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกประเทศทั่วโลก และในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2562-2565 มีผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 4,650,919 ราย และมีผู้เสียชีวิต 32,303 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากอัตราการเสียชีวิตพบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เสียชีวิตร้อยละ 82 และกลุ่ม 608 คือ กลุ่มเสี่ยงที่มีอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคอ้วนโรคเบาหวาน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เสียชีวิตจำนวน 26 ราย (ศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, 2565) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราการเสียชีวิตจะพบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำลง เมื่อติดเชื้อจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น (World Health Organization, 2023)

เมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด 19 จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย พบว่า ร้อยละ 20 มีสุขภาพแย่ลงในช่วงการระบาด เนื่องจากไม่ได้ไปพบแพทย์ตามนัด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การจำกัดบริเวณอยู่ในบ้านเป็นเวลานานติดต่อกันหลายเดือน ส่งผลให้สภาพร่างกายและสมองของผู้สูงอายุถดถอยลงจนเกิดภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ผลกระทบทางด้านจิตใจพบอาการมากที่สุด ได้แก่ วิตกกังวลเหงา และไม่มีความสุข

(กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น (รังสรรค์ โหมยา และกรรณิกา พันธุ์ศรี, 2563) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรงของโรคไม่คำนึงถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง (วิลาสินี หล้าน้อย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบุลย์ และธรรมวัฒน์ อุบวงษาพัฒน์, 2566) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock (1997) เป็นแบบแผนหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงจากการเป็นโรค อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาในชุมชนเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ถูกจัดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางให้บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง
2. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

3. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ปัจจัยอื่น และความสามารถตนเอง ดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรายกลุ่ม จำนวน 10 กิจกรรม แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย (ดังแผนภาพที่ 1)

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ดำเนินกิจกรรมโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) จำนวน 10 กิจกรรม ดังนี้

- กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ
- กิจกรรมที่ 2 การประเมินความรู้ที่มีต่อโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 3 การสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 4 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพโดยยึดหลัก 5 อ.
- กิจกรรมที่ 7 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 8 การลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 9 การส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19
- กิจกรรมที่ 10 การส่งเสริมสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19

พฤติกรรม
การป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019
ในผู้สูงอายุ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest design with nonequivalent groups) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำนวน 50 ราย โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of Test) .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) .05 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางที่สามารถลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burn & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical Power Table ของ Burn and Grove (2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งสิ้น 50 ราย

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวนกลุ่มละ 25 ราย ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยกลุ่มอย่างที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้เข้าใจ มีการรับรู้วัน เวลา และบุคคลตามปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ มีอาการกำเริบของโรคประจำตัวที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติกิจกรรม ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น หายใจเหนื่อยและ

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนของการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือการวิจัยมี 3 ประเภทดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

2.1.1 แบบทดสอบความผิดปกติทางการรับรู้ 6CIT ของ ศตวรรษ อุตราศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และ นัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2561) แปลผลโดย 0-7 คะแนน หมายถึง การรับรู้ปกติ

2.1.2 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของ Collin, Wade, Davies, and Home (1988) ได้ปรับปรุงและพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะชุมชนที่อยู่อาศัย บุคคลที่พกอยู่อาศัยด้วย การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด การติดเชื้อโควิด สถานที่รักษาเมื่อติดเชื้อโควิด โรคประจำตัวและยาที่รับประทานเป็นประจำในปัจจุบัน

2.2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยยึดหลัก DMHT ตามประกาศของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2565) เป็นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ และการตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีการเข้าข่าย แบบสอบถามนี้มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย และไม่ได้ปฏิบัติ คะแนนระหว่าง 0-60 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 อยู่ในระดับมาก

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.3.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการดำเนินกิจกรรมที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock (1997) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

2.3.2 คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 เนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโควิด 19 และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19

ส่วนที่ 2 เมนูอาหารเสริมภูมิคุ้มกันด้าน covid-19 สำหรับผู้สูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วยแนวทางด้านโภชนาการเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันด้านเชื้อโควิด 19 และเมนูอาหารเสริมภูมิคุ้มกัน

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .89 และนำไปตรวจสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบางเตย ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และคู่มือส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 ภายหลังการตรวจสอบเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒินำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเหมาะสมในการปฏิบัติจริง

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงร่าง

วิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นตอนการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1.1 เตรียมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 ท่าน คือ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน มีหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ช่วยนักวิจัยทำความเข้าใจการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ และสามารถใช้อุปกรณ์ได้ตรงกับผู้วิจัย และพยาบาลวิชาชีพประจำรพ.สต.บ่อเงิน จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม และดูแลความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

4.1.2 เตรียมตัวแบบผู้สูงอายุโดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่ถูกต้องเหมาะสม อาศัยอยู่ในชุมชน และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1 คน ทบทวนพฤติกรรมจากผู้วิจัยเป็นเวลา 1 ชั่วโมง เพื่อเป็นผู้นำสาธิตปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19

4.2 ขั้นตอนการทดลอง

4.2.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการทดลอง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะดำเนินการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) เริ่มในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19 (Pre-test) ระยะดำเนินการทดลอง (Intervention) จัดกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ระยะเวลา 2 วัน ณ ชมรมผู้สูงอายุ

ตำบลบ่อเงิน จังหวัดปทุมธานี หลังจากนั้นสัปดาห์ที่ 2,3,4,5,6 กระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่บ้านเองเป็นเวลา 6 สัปดาห์ และระยะหลังการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 7 (Post-test) รายละเอียดกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 ประเมินความรู้ที่มีต่อโรคติดเชื้อโควิด 19

กิจกรรมที่ 3 สร้างเสริมความรู้โรคติดเชื้อโควิด 19 โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุบอกปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้และอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพโดยการส่งเสริมความรู้เรื่องการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยยึดหลัก 5 อ.

กิจกรรมที่ 7 ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ตามหลัก DMHT

กิจกรรมที่ 8 ลดการรับรู้อุปสรรคโดยอภิปรายถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ร่วมกันแก้ไขข้อมูล

กิจกรรมที่ 9 ส่งเสริมความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคติดเชื้อโควิด 19 โดยผู้สูงอายุตัวแบบสาธิต การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การตรวจหาเชื้อโควิด 19 และให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2,3,4,5,6 กิจกรรมที่ 10 ส่งเสริมสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 โดยกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุทุกคนทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

4.2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินการทดลอง 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลอง ดังนี้ ระยะก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 (Pre-test) ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 และนัดหมายผู้สูงอายุในสัปดาห์ที่ 7 (Post-test)

5. การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

5.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.00 อายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 44.00 รองลงมา อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และการศึกษาในระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 60.00 ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ส่วนตัวร้อยละ 100 บุคคลที่พักอาศัยด้วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 56.00 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม 3 เข็ม และ 4 เข็ม เท่าๆ กัน ร้อยละ 24.00 ไม่เคยติดเชื้อโควิด ร้อยละ 60.00 สถานที่รักษาเมื่อติดเชื้อโควิดคือ กักตัวที่บ้าน ร้อยละ 90.00 มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.00 พบมากที่สุด คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 64.00 ยาที่รับประทานเป็นประจำมากที่สุด คือ กลุ่มยาลดไขมัน ร้อยละ 64.00

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.00 อายุ อยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 60.00

สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.00 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และการศึกษาในระดับประถมศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 รองลงมา อาชีพค้าขาย ร้อยละ 24.00 ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเดี่ยวส่วนตัวร้อยละ 100 บุคคลที่พักอาศัยด้วยเป็นคู่สมรส ร้อยละ 56.00 ได้รับวัคซีน 2 เข็ม และ 3 เข็ม เท่าๆ กัน ร้อยละ 44.00 ไม่เคยติดเชื้อโควิด ร้อยละ 60.00 สถานที่รักษาเมื่อติดเชื้อโควิดคือ กักตัวที่บ้าน ร้อยละ 90.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.00 พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.00 ยาที่รับประทานเป็นประจำมากที่สุด คือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 52.00

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน ($t_{48} = 1.35, p = .18$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25	45.20	2.93	1.35	48	.18
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	47.04	6.14			

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = 12.05, p < .01$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	25	45.20	2.93	12.05	24	<.01
หลังการทดลอง	25	50.92	2.13			

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48} = 2.75$, $p < .01$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)

กลุ่มตัวอย่าง	n	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25	50.92	2.13	2.75	48	<.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	47.92	5.01			

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่าในระยะก่อนการทดลอง 50.92 (SD = 2.13) และ 45.20 (SD = 2.93) ($t_{24} = 12.05$, $p < .01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของกลุ่มทดลอง ในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($t_{48} = 2.75$, $p < .01$) ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 50.92 (SD = 2.13) และ 47.92 (SD = 5.01) ในขณะที่ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($t_{48} = 1.35$, $p = .18$) ทั้งนี้เกิดจากการที่ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วยกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการประเมินความรู้ของผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบของปัจจัยอื่น (Other Variables) คือ ความรู้ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และอุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรม (Stretcher & Rosenstock, 1997) อีกทั้งผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับ

โรคติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งเป็นองค์ประกอบด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มีผลต่อการชักนำผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นหรือจูงใจให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติ นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่เหมาะสม

ส่วนการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 อธิบายได้ว่า เป็นความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรู้สึกว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ของตนเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ผู้สูงอายุจะพยายามหลีกเลี่ยงการเกิดโรค โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Stretcher & Rosenstock, 1997) ซึ่งผู้สูงอายุในงานวิจัยนี้ได้รับการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อโควิด 19 จากโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุจึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อีกทั้งการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อความรุนแรงของโรคว่ามีอันตรายต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต เสียเงินในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้วจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (Stretcher & Rosenstock, 1997) จากกิจกรรมผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 สามารถอธิบายได้ว่า เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประโยชน์ และผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดผลกระทบทางสุขภาพ (Stretcher &

Rosenstock, 1997) จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์เป็นการกระทำที่มีประโยชน์ ผู้สูงอายุจึงให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค อีกทั้งผู้สูงอายุลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 สามารถอธิบายได้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ผู้สูงอายุจะต้องประเมินถึงประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรคที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ได้ (Stretcher & Rosenstock, 1997) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมความสามารถตนเองประกอบด้วย ประสพการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีประสพการณ์ตรงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วประสพความสำเร็จ การได้เห็นแบบหรือประสพการณ์ผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุ จดจำและเลียนแบบตามตัวแบบ เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง การชักจูงด้วยคำพูด ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสพความสำเร็จในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เมื่อมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจที่ผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น และด้านสิ่งชักนำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 นั้นผู้สูงอายุได้รับการติดตามการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สามารถอธิบายได้ว่าเป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ขึ้นอยู่กับความรู้สึกหรือความคิดเห็นถึงความรุนแรงของโรค โดยพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุนั้นแสดงออกมา จำเป็นต้องมีการกระตุ้น และการเตือนทำให้เกิดการรับรู้และทราบถึงปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติต่อบ้านอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และ

พูนสุข ช่วยทอง (2566) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($t_{28}=4.71, p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาลิยา ไชยะสิต, นุชรัตน์ มังคละศิริ, และเดชา ทำดี (2566) พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การมารับวัคซีนภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ($p=.002$) และคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ที่เหมาะสม ช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้น จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผลเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม ฯ และความคงอยู่ของพฤติกรรมการป้องกันโรค

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จาก ผศ.ดร.วารี กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรศ.ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้สละเวลาให้คำปรึกษาดูแลจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ covid-19 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310865.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โควิดป้องกันด้วย DMHT. สืบค้นจาก <https://www.ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=28696&deptcode=odpc5>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). กลุ่มเสี่ยง 608 เสี่ยงอาการรุนแรงจากโควิด 19. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=34871&deptcode=odpc5#>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก <https://covid19.anamai.moph.go.th>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>
- ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์ และพูนสุข ช่วยทอง. (2566). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*, 25(1), 26-38.
- ปาลิยา ไชยะสิต, นุชรัตน์ มังคละศิริ, และเดชา ทำดี. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และการมารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดสระบุรี. *สพ.ป.ลาว. วารสารพยาบาลทหารบก*, 25(1), 248-256.

- รังสรรค์ โฉมยา และกรรณิกา พันธุ์ศรี. (2563). ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19) : การเปรียบเทียบระหว่างวัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 39(6), 71-82.
- วิลาสินี หลัวน้อย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบุลย์ และธรรมวัฒน์ อุปงษาพัฒน์. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(2), 307-407.
- ศตวรรษ อุตศาสตร์, พรชัย จุลเมตต์ และนัยนา พิพัฒน์ วนิชชา. (2561). *ภาระของผู้ดูแลชายที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์* (การประชุมสัมมนาวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “ราชธานี ครั้งที่ 3). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. (2565). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310865.pdf
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.
- Colin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10(9), 61-63.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmai het thangphaet*, 77(5), 231-238.
- Stretcher, V., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In Glanz K., Lewis F. M., & Rimer B. K., (Eds.). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization. (2023). *Who is most at risk of severe illness from COVID-19*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
ประชาชนวัยทำงานตอนปลาย
ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง
**Effectiveness of a Health Behavior Modification Program Among
Late Working-Age People
in Muang District, Chaiyaphum Province with Central Obesity**

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน, ประ.ด., Suwimolrat Robrujen, Ph.D.^{1*}

สมจิต แดงสีแก้ว, ประ.ด., Somjit Daenseekaew, Ph.D.²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

¹Assistant Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²รองศาสตราจารย์ ดร., คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

²Associate Professor, Ph.D., Faculty of Nursing, Nakhonratchasima College

*Corresponding Author Email: suwimolrat.1967@gmail.com

Received: October 24, 2024 Revised: November 13, 2024 Accepted: November 26, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลองชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต และได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.92, 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติการทดสอบค่าทีกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระกัน (Independent Samples t-test) และทดสอบค่าทีกรณีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มมีการทดสอบก่อนหลัง (Paired Samples t-test) ผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม

มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 กลุ่มควบคุม ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ภายหลัง การทดลอง พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ดัชนีมวลกายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เส้นรอบเอวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการจัดการ ความเครียด และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม กลุ่มทดลอง มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะอ้วนลงพุง ประชาชนวัยทำงานตอนปลาย

Abstract

This research study was a quasi-experimental study with two groups of pre- and post-test measures. This study compared the clinical outcomes, preventive behaviors, quality of life within the experimental and control groups and between the experimental group and the control group in working-age people with central obesity. The standard selected by simple random sampling. 30 people in each group. Experimental instruments are a program among late working-age people with central obesity for a duration of 8 weeks . Preventive behaviors questionnaire, quality of life assessment and clinical outcome record. Cronbach's alpha coefficients were 0.88 0.91 and 0.92 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, independent samples t-test and paired samples t-test for 2 sample groups with pre- and post-tests. The results showed after using the health behavior modification program, body mass index and waist circumference. The experimental group had a statistically significant decrease ($p<.001$). Overall health behavior scores were statistically significantly increased ($p<.001$). In terms of exercise and stress management, scores increased significantly ($p<.001$). Food consumption remains unchanged. Overall quality of life scores were statistically significantly increased ($p<.001$). For the mental and environmental dimensions, the scores were statistic significantly increased ($p<.05$). The control group's BMI and waist circumference scores, overall health behavior scores, and overall and individual quality of life scores remained unchanged. and the results showed a comparison of clinical outcomes, preventive behaviors, and quality of life between the experimental and control groups. After the experiment, it was found that the health behavior modification program impacted clinical outcomes, and body mass index. There was no statistically significant difference ($p>.05$); however, waist circumference decreased significantly more in the experimental group compared to the control group ($p<.05$).

The preventive behavior scores in stress management were significantly higher in the experimental group than in the control group ($p<.01$). The physical, mental, social relationships, and environmental quality of life scores of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($p<.01$).

Keywords: Health behavior modification program, Quality of life, Central Obesity, Late Working-Age People

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนนับเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพของผู้คนทั่วโลก โดยในสหรัฐอเมริกา พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินของประชากรมีมากขึ้น (Flegal, Kruszon-Moran, Carroll, Fryar, & Ogden, 2016) ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคเมตาบอลิก (Wang, Yang, Chen, & Gou, 2016) สำหรับประเทศไทยพบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ร้อยละ 55 และการสำรวจประชาชนจากการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) พบว่า ความชุกของปัญหาสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน โรคเบาหวาน หรือภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูงโดยโรคจากพฤติกรรมทางสุขภาพ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากรายงานของกองโรคไม่ติดต่อ (กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) พบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชากร ช่วงอายุระหว่าง 30 ถึง 69 ปี คือ โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3

สำหรับในภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยทำงาน (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ, 2565) อายุ 45 ถึง 59 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ทำให้เกิดผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม

ผลสำรวจข้อมูลประชาชนที่อยู่ในวัยแรงงาน จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในจำนวนผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีจำนวน 476,080 คน (สำนักงานสถิติ จังหวัดชัยภูมิ, 2560) และข้อมูลด้านสุขภาพประชาชนวัยทำงานทุกอำเภอสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 18.20 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 23.79 และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 7.0 ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังพฤติกรรมที่พึงประสงค์ กลุ่มวัยทำงาน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2564) ซึ่งมีดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ ไม่แตกต่างจากจังหวัดอื่นในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น จังหวัดยโสธร และจังหวัดบุรีรัมย์ เป็นต้น จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของผลกระทบที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในกลุ่มประชาชนวัยแรงงาน จึงได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) ซึ่งกล่าวถึงความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้
ความสามารถของตนเอง 4) กิจกรรมและความเกี่ยว
เนื่องผลที่ได้ 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) อิทธิพล
ของสถานการณ์ สำหรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
(health promoting behavior) การรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน (Bandura, 1997) รวมถึงการประยุกต์
ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen, 1988)
ในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ
ประชาชนวัยแรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และพัฒนา
เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
ของประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วน
ลงพุง โดยทำการศึกษาที่อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทาง
ให้ประชาชนวัยทำงานตอนปลายสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมให้มีสุขภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีร่างกายที่
แข็งแรง เพื่อเป็นกำลังสำคัญของชุมชนและประเทศชาติ
ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรม
สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรม
สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลัง
การได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรม
สุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

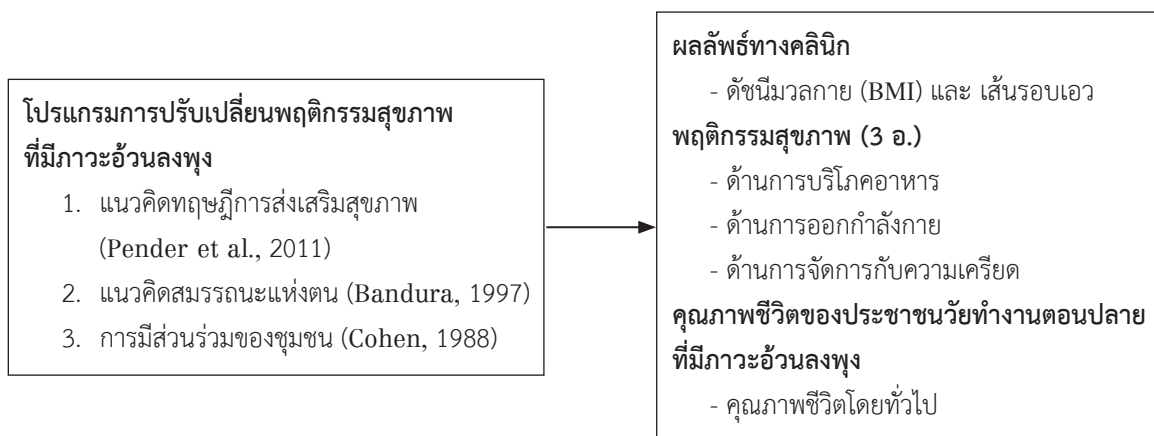
1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมี
ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรม
สุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วม
โปรแกรมฯ

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนน
พฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต ของ
กลุ่มควบคุม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่เปลี่ยนแปลง

3. กลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
ค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต
สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎี
การส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons,
2011) โดยเพนเดอร์นิยามไว้ว่ามีความคาดหวังใน
ผลลัพธ์ของการกระทำและทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพโดยใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านการบริโภคอาหาร
2) ด้านการออกกำลังกาย และ 3) ด้านการจัดการ
กับความเครียดซึ่งผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดสมรรถนะแห่งตน
(Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน และการมีส่วนร่วมของชุมชน
(Cohen, 1988) ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ลงมือ
ปฏิบัติการ เพื่อผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์
ส่วนบุคคล และร่วมมือในการประเมินผลโดยได้อธิบาย
ตามกรอบแนวคิด (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Two-group Pretest and Post-test design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมตามที่ผู้วิจัยกำหนด ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับกิจกรรมตามปกติ มีระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนมกราคม-ตุลาคม 2567 ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีอายุ 45-59 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 86,646 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2564)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานตอนปลาย โดยมีขนาดอัตรากำลังในกลุ่มตัวอย่างใช้การคำนวณ จากสูตรของ (Glass, 1976) ด้วยการใช้โปรแกรมคำนวณของ G* โดยใช้อำนาจทดสอบ (Power) = 0.80 และ ระดับความมีนัยสำคัญ = 0.05 โดยคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 48 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 20 ตามแนวคิดของ (Frisson, & Procock, 1992) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งหมด 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นแรกผู้วิจัยเลือกกลุ่มตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 18 ตำบล ได้มา 2 ตำบล คือตำบลนาเสียว และตำบลนาฝาย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตตำบลนาเสียวและนาฝาย มาจำนวน 2 หมู่บ้าน ที่มีพื้นที่ในการศึกษาที่มีความเหมือนกันมากที่สุดทั้งในสภาพแวดล้อมเดียวกัน และใช้เวลาเดียวกัน โดยวิธีการจับสลากโดยไม่ใส่คืนให้ได้จำนวน 2 หมู่บ้าน คือ บ้านตาโตน และบ้านนาสีนวล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ วุฒิภาวะทางอารมณ์และเขาวัยปัญหาเหมือนกัน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่รายบุคคลโดยจับคู่บุคคลที่มีความเหมือนและเท่าเทียมมาจับคู่กันแล้วแยกออกไปเป็นคนละกลุ่มจนครบตามจำนวน เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเฉพาะตามคุณสมบัติที่กำหนดให้ได้กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน โดยการนัดหมายมาพร้อมกันทั้งสองตำบล โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นประชาชนวัยทำงานไม่จำกัดเพศที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมีอายุ 45-59 ปี 2) ไม่ได้รักษาด้วยยาลดน้ำหนัก 3) ไม่อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์ 4) สามารถเข้าใจภาษาไทยอ่านออกเขียนได้ รับรู้การสื่อสารได้ปกติ 5) เป็นประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย 7) กลุ่มตัวอย่างที่มี BMI อยู่ระหว่าง 23.00-29.9 กก./ตร.ม.มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ชาย ≤ 90 ซม.และ หญิง ≤ 80 ซม.)

เกณฑ์การคัดออก 1) เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยได้น้อยกว่าร้อยละ 80 2) เกิดเจ็บป่วยกะทันหัน 3) ย้ายภูมิลำเนาออกจากอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 เครื่องมือในการเก็บรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพท์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วนลงพุง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ และ 3) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นการปฏิบัติที่ปฏิบัติใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการประมาณค่า (Likert scale) จำนวน 4 ระดับ แบ่งคะแนนดังนี้ 4 คะแนน = ปฏิบัติด้วยความสม่ำเสมอ, 3 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง, 2 คะแนน = ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง

และ 1 คะแนน = ไม่มีการปฏิบัติ รวมคะแนนตั้งแต่ 30-120 คะแนน โดยแปลผลคะแนนรวมเพิ่มขึ้นสูงกว่าหมายถึง กลุ่มอาการอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมการป้องกันดีกว่าคะแนนที่ลดลงต่ำกว่า แปลผลคะแนนใช้วิธีการศึกษาของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2556) พฤติกรรมการป้องกันแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับน้อย มีคะแนนรวม 30-60 คะแนน การแปลผลการมีพฤติกรรมการป้องกันระดับปานกลาง รวมคะแนนอยู่ในช่วง 61-90 คะแนน การแปลผลการมีพฤติกรรมการป้องกันระดับสูง รวมคะแนนอยู่ในช่วง 91-120 คะแนน การแปลผลการมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของประชาชนวัยทำงานที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นฉบับย่อชุดภาษาไทย เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลก (โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่, 2545) ประกอบด้วยจำนวน 4 ด้าน คือ 1) ด้าน สุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบประมาณค่าจำนวน 5 ระดับ ได้แก่ 1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติเลย, 2 คะแนน = เล็กปฏิบัติบ้าง, 3 คะแนน = ปฏิบัติปานกลาง, 4 คะแนน = ปฏิบัติมาก, 5 คะแนน = ปฏิบัติมากที่สุด รวมคะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน แปลผลเป็นคะแนนรวมที่สูง การแปลผลมีคะแนนรวมคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นสูงกว่าคะแนนรวมที่ลดลงต่ำกว่า คุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย ระดับน้อย มีคะแนนรวม 26-60 คะแนน การแปลผลเป็นการมีคุณภาพชีวิต ระดับน้อยระดับปานกลาง คะแนนรวม 61-95 คะแนน การแปลผลเป็นการมีคุณภาพชีวิต ระดับปานกลาง และ ระดับสูง คะแนนรวม 96-130 คะแนน การแปลผลการมีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับสูง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ

ประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วนลงพุง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิด พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen, 1988) และมีระยะเวลาดำเนินการทดลอง 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 180 นาที การจัดกิจกรรม จำนวน 5 กิจกรรม

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตอนปลาย ในอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ทำการตรวจสอบความถูกต้อง เนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ได้แก่ นักวิชาการ สาธารณสุข 1 ท่าน พยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง 2 ท่าน โดยดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 2) แบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถาม คุณภาพชีวิต คำนวณหาค่า CVI ได้เท่ากับ 0.88 คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก, แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถาม คุณภาพชีวิตได้คะแนนเท่ากับ 0.92, 0.88, 0.91 ตามลำดับ

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม สอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการป้องกัน และคุณภาพชีวิต วัดรอบเอว ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง (Pre test) เพื่อเป็นข้อมูลก่อนทำการทดลอง

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วนลงพุง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กำหนดการทดลองไว้ 5 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 180 นาที

กลุ่มควบคุม ได้รับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเสียว เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และ บริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ

เมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเข้าพบ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อทำการรวบรวมข้อมูล อีกครั้ง (Post test) ด้วยแบบสอบถาม พฤติกรรมการ ป้องกัน แบบสอบถามคุณภาพชีวิตซึ่งใช้ชุดเดียวกันกับ ชุดแบบสอบถามก่อนการทดลอง รวมถึงการวัดส่วนสูง, ชั่งน้ำหนัก และทำการวัดรอบเอว

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ แจกแจงความถี่

5.2 ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุง ของประชาชนวัยทำงาน และคุณภาพชีวิต ทำการวิเคราะห์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง ด้วยสถิติที่มี อิสระต่อกัน (Independent t-Test) และการเปรียบเทียบ 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน ด้วยสถิติ Paired sample t- test และใช้ Kolmogorov Smirnov test ในการ ทดสอบการกระจายของข้อมูลซึ่งผลการแจกแจงเป็น แบบโค้งปกติ

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการ พิจารณาการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ใบรับรอง HE 66-1-027 ลงวันที่ 4 มกราคม 2567 โดยก่อน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนโครงการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ

โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และการนำเสนอเผยแพร่ข้อมูลเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วน มีข้อมูลส่วนบุคคลโดยรวมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.3 มีอายุเฉลี่ย 53 ปี (SD = 5.1) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด ร้อยละ 73.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.7 อาชีพเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในสถานประกอบการ ร้อยละ 50.0 มีรายได้ต่ำกว่า 15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 68.3 และเคยตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 55.0 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 30.26 เส้นรอบเอว เฉลี่ย 96.46 เซนติเมตร

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมป้องกัน และคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ดัชนีมวลกาย ($t = 7.056$, $p < .001$) และเส้นรอบเอว ($t = 4.075$, $p < .001$) ลดลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ โดยรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.430$, $p < .001$) สำหรับด้านการออกกำลังกาย ($t = -2.729$, $p = .011$) และด้านการจัดการความเครียด ($t = -3.516$, $p = .001$) มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการบริโภคอาหารไม่เปลี่ยนแปลง ($t = -1.311$, $p = .200$) คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.120$, $p < .001$) สำหรับด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.064$, $p = .005$, $t = -2.076$, $p = .047$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรมป้องกัน และคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ผลลัพธ์ทางคลินิก						
ดัชนีมวลกาย	30.26	4.89	29.06	4.62	7.056	<.001**
เส้นรอบเอว	96.46	10.01	93.96	9.50	4.075	<.001**
พฤติกรรมสุขภาพ	100.43	5.09	103.43	5.90	-1.430	<.001**
การบริโภคอาหาร	26.93	3.00	30.43	13.88	-1.311	.200
การออกกำลังกาย	26.80	5.95	39.90	4.45	-2.729	.011**
การจัดการความเครียด	27.76	5.69	42.36	5.34	-3.516	.001**

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คุณภาพชีวิตโดยรวม	113.43	12.07	116.43	12.07	-4.120	<.001**
ด้านร่างกาย	23.26	3.66	28.63	3.22	-.540	.593
ด้านจิตใจ	20.26	4.71	32.63	4.67	-3.064	.005*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.50	2.34	16.60	2.38	-.177	.861
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.76	5.67	39.06	5.69	-2.076	.047*

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

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวไม่เปลี่ยนแปลง ($t = 2.00$, $p = .055$, $t = 1.720$, $p = .096$ ตามลำดับ) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลง ($t = -1.185$, $p = .998$) ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด ไม่เปลี่ยนแปลง ($t = -.571$, $p = .573$, $t = .00$, $p = .999$, $t = -1.223$, $p = .23$) คะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมมีคะแนนไม่เปลี่ยนแปลง ($t = -3.453$, $p = .33$) ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ไม่เปลี่ยนแปลง ($t = -3.972$, $p = .5$, $t = -2.268$, $p = .31$, $t = -3.231$, $p = .3$, $t = -3.252$, $p = .3$)

4. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม พบว่า ดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($t = -.360$, $p = .720$) ส่วนเส้นรอบเอว กลุ่มทดลองมีเส้นรอบเอวลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.063$, $p = .046$)

คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่ม ทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.427$, $p < 0.001$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่า ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และด้านการ จัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.407$, $p < 0.001$, $t = -3.784$, $p < 0.001$, $t = -9.551$, $p < .001$)

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.320$, $p < .001$) เมื่อแบ่งรายด้านพบว่า ด้านร่างกาย ($t = -4.225$, $p < .001$) ด้านจิตใจ ($t = -7.388$, $p < .001$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($t = -6.362$, $p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($t = -5.492$, $p < .001$) สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ผลลัพธ์ทางคลินิก						
ดัชนีมวลกาย	30.26	4.89	30.62	2.68	-.360	.720
เส้นรอบเอว	96.46	10.01	100.50	3.78	-2.063	.046*
พฤติกรรมสุขภาพ	100.43	5.09	81.50	10.99	-8.427	<.001**
การบริโภคอาหาร	26.93	1.75	30.36	3.00	-5.407	<.001**
การออกกำลังกาย	26.80	3.68	31.63	5.95	-3.784	<.001**
การจัดการความเครียด	27.76	1.88	38.23	5.69	-9.551	<.001**
คุณภาพชีวิต	113.43	12.07	93.60	16.80	-6.320	<.001**
ด้านร่างกาย	23.26	1.86	26.48	3.66	-4.225	<.001**
ด้านจิตใจ	20.26	2.71	27.60	4.71	-7.388	<.001**
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.50	1.79	13.93	2.34	-6.362	<.001**
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.76	5.22	34.50	5.67	-5.492	<.001**

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

เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($t = -1.536$, $p = .131$) ส่วนเส้นรอบเอวก่อนการทดลองมีเส้นรอบเอวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.413$, $p = .002$) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.530$, $p = .016$) เมื่อแบ่งเป็นรายด้านพบว่าด้านการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.886$, $p < .001$) ส่วนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายมีคะแนนไม่แตกต่างกัน ($t = -.065$, $p = .948$, $t = -1.650$, $p = .104$)

คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.630$, $p < 0.001$) เมื่อแบ่งรายด้านพบว่าด้านร่างกาย ($t = 6.402$, $p < .001$) ด้านจิตใจ ($t = -6.386$, $p < .001$) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ($t = -9.992$, $p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อม ($t = -8.061$, $p < .001$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	ก่อนทดลอง (n = 30)		หลังทดลอง (n = 30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ผลลัพธ์ทางคลินิก						
ดัชนีมวลกาย	29.06	4.62	30.56	2.65	-1.536	.131
เส้นรอบเอว	93.96	9.50	100.33	3.75	-3.413	.002**
พฤติกรรมสุขภาพ	103.43	5.90	81.50	16.40	-2.530	.016*
การบริโภคอาหาร	30.43	13.88	30.40	1.69	-0.065	.948
การออกกำลังกาย	39.90	4.45	31.63	3.64	-1.650	.104
การจัดการความเครียด	42.36	5.34	38.40	1.71	-5.886	<.001**
คุณภาพชีวิต	116.43	12.07	93.63	16.14	-8.630	<.001**
ด้านร่างกาย	28.63	1.38	27.75	3.22	-6.402	<.001**
ด้านจิตใจ	32.63	2.29	28.70	4.67	-6.386	<.001**
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	16.60	.18	14.93	2.38	-9.992	<.001**
ด้านสิ่งแวดล้อม	39.06	.97	37.56	5.69	-8.061	<.001**

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

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการทดลองที่พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิต แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่าการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนวัยทำงานตอนปลาย ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำโดยใช้การเรียนรู้ทางปัญญา ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับการบูรณาการแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถแห่งตนและแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีการให้ความรู้ ในด้านอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด โดยทำการฝึกทักษะในการพัฒนาการจัดการตนเอง และ ยังได้รับการกระตุ้นจาก

การมีส่วนร่วมของชุมชนทำการคัดเลือกยกย่องบุคคลต้นแบบพร้อมมอบประกาศเกียรติคุณยกย่องและเชิดชูเกียรติบุคคลที่สามารถลดน้ำหนักและเส้นรอบเอวที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งทุกสัปดาห์มีกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิกโดยแกนนำบริเวณศาลากลางบ้านนานครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน มีกิจกรรมการส่งเสริมการจัดการความเครียด โดยการนั่งสมาธิและสวดมนต์ก่อนนอน โดยได้ทำการปฏิบัติทุกวันก่อนนอนและกิจกรรมการวัดรอบเอวและการชั่งน้ำหนัก อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ยังได้รับแรงจูงใจในการควบคุมน้ำหนักจากกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดูแลสุขภาพคนกลุ่มวัยเดียวกัน มีการซักถามปัญหาทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ แบบกลุ่มและรายบุคคล ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก เป็นผลให้เกิดการควบคุมน้ำหนักได้สอดคล้องกับผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังในการดำเนินการพัฒนารูปแบบเพื่อลดภาวะอ้วน (เบญญทิพย์ พรหมศิลป์, วิรัตน์ ปานศิลา, และธนรุทธิ์ บุตรแสนคม, 2560) โดยใช้แนวคิดการวิจัยปฏิบัติการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะอ้วน ในด้านการบริโภคอาหาร และในด้านการออกกำลังกาย และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างทางสถิติ พบว่าการปฏิบัติตนเพื่อลดภาวะอ้วน ในด้านการบริโภคอาหาร และในด้านการออกกำลังกาย ภายหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

จากผลการทดลองที่พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลลัพธ์ทางคลินิก คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อธิบายได้ว่า

เนื่องจากกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมฯ และการจัดกิจกรรมใด ๆ ยังคงได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สุภาพร ทิพย์กระโทก และ ธนิตา ผาติเสนะ, 2563) ซึ่งพบว่า ความรู้ การลดน้ำหนัก การรับรู้ ความคาดหวัง พร้อมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก ของกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าดัชนีมวลกายและรอบเอว ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนเส้นรอบเอวก่อนการทดลองมีเส้นรอบเอวลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติ ($t = -3.413, p = .002$) อธิบายได้ว่าเป็นผลจากกิจกรรมในโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการเกิดอิทธิพลระหว่างบุคคลรวมถึงการเกิดอิทธิพลจากสถานการณ์ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และจากผลการศึกษาที่สอดคล้องกับศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง (สุภาพร ทิพย์กระโทก และ ธนิตา ผาติเสนะ, 2563)

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t = -2.530, p = .016$) และด้านการจัดการความเครียดมีคะแนนเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($t = -5.886, p < .001$) อธิบายได้ว่ากิจกรรมการปฏิบัติในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความเหมาะสม น้ำหนักของร่างกายลดลง ทำให้พฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการความเครียด ดีขึ้น ไม่มีภาวะเครียด สอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุพบว่ากลุ่มทดลองได้ใช้แนวปฏิบัติที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันภาวะเมตาบอลิกของผู้ใหญ่ในชนบทไทย ประเด็นด้าน ค่าความดันโลหิต, ดัชนีมวลกาย และรอบเอว โดยใช้โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ (ชมนาต วรรณพรศิริ และนิยม เล็กชูผล, 2559) พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะ เมตาบอลิกสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($t = -8.630, p < .001$) และรายด้าน ทุกด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ($t = -6.402, p < .001, t = -6.386, p < .001, t = -9.992, p < .001, t = -8.061, p < .001$) นั้น อธิบายได้ว่าเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กิจกรรมของโปรแกรมจากการได้รับทราบปัญหาและความต้องการที่ตรง ปัญหา เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการสนับสนุน ยกย่องจากชุมชน จึงทำให้เกิดสุขภาพกาย สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางสังคมและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) แนวคิดการมีส่วนร่วมของ

ชุมชน (Cohen, 1988) และสอดคล้องกับการศึกษาของ (ภาวดี วิลลพันธุ์ และชนิษฐา พิศฉลาด, 2559) โดยพบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาผู้ที่มีภาวะอ้วนคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

สำหรับผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลองผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($t = -1.536, p = .131$) โดยไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยของผู้วิจัย ตั้งไว้ อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในวัยทำงานตอนปลายเป็นช่วงวัยที่มีความรับผิดชอบดูแล ต่อครอบครัวจึงทำให้ไม่สะดวก ไม่มีเวลาในการปฏิบัติตามสมรรถนะแห่งตนดังกล่าว ดังนั้นจึงควรจัดโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การจัดการ ความเครียดโดยจัดให้มีกิจกรรมเหล่านี้ขึ้นในหน่วยงาน หรือสถานที่ทำงาน

ข้อจำกัดในงานวิจัย

งานวิจัยมีข้อจำกัดในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 หมู่บ้านซึ่งบริบทและสิ่งแวดล้อมรวมถึงการดำรงชีวิตมีความเป็นอยู่แต่ละหมู่บ้านมีความแตกต่างกันผู้วิจัยจึงดำเนินการควบคุมในขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยทำการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนให้มีค่าคงที่ ทำการควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีความแตกต่างกันน้อยที่สุดและทำการวิจัยในพื้นที่ที่มีความเหมือนกันมากที่สุด ทั้งในส่วนของสภาพแวดล้อมเดียวกัน และเวลาเดียวกัน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. งานวิจัยนี้มีส่วนสนับสนุนองค์ความรู้ สำหรับประชาชนวัยทำงานตอนปลายที่มีภาวะอ้วน ทั้งในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ ไม่มีความเครียดและช่วยสนับสนุนให้มีสุขภาพร่างกาย

แข็งแรงดีมีและคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งนั้นควรสนับสนุนให้จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย มีอาหารบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการและการจัดการความเครียดในหน่วยงาน

2. ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดอ้วน ลดพุง ลดโรค และโรคเรื้อรังกลุ่มวัยทำงานตอนต้น เพื่อศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มวัยทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ได้รับความกรุณาจากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิและได้รับอนุมัติทุนอุดหนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ปีงบประมาณ 2567 ขอขอบคุณประชาชนวัยทำงานในพื้นที่ตำบลนาฝาย และตำบลนาเสียว อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้เกิดความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ. (2565). รายงานประจำ ปี 2565 ฝ่ายระวังทางโภชนาการ. สืบค้นจาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eecca9.pdf

กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.

โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>

ชนชาติ วรณพรศิริ และนิยม เล็กชูผล. (2559). ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การป้องกันภาวะเมตาบอลิก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และ ความดันโลหิตของผู้ใหญ่ในชนบทไทย. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(4), 29-41.

บุญชม ศรีสะอาด. (2556). วิธีการวิจัยเชิงสถิติ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาธ.

เบญญทิพย์ พรหมศิลป์, วิรัตน์ ปานศิลา, และรณรุต บุตรแสนคม. (2560). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, 19(2), 108-123.

ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิเศษลาด. (2559). การพัฒนาแนวปฏิบัติในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 17(1), 115-123.

วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5425>

สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9, 14(34), 210-223.

- สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ. (2560). ผลการสำรวจ
ภาวะการทำงานของประชากร ไตรมาสที่
3/2560. สืบค้นจาก [https://chaiyaphum.
nso.go.th/chaiyaphum/news/event-news/
labor-force-survey-results-quarter-
3-2017.html](https://chaiyaphum.nso.go.th/chaiyaphum/news/event-news/labor-force-survey-results-quarter-3-2017.html)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. (2564). ข้อมูล
ประชากรจังหวัดชัยภูมิ. สืบค้นจาก [https://
cpho.moph.go.th/?page_id=13498](https://cpho.moph.go.th/?page_id=13498)
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy. The Exercise
of Control. New York: W.H. Freeman
and Company.
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for
the Behavioral Sciences (2nd ed.). NJ:
Lawrence Erlbaum Associates.
- Flegal, K. M., Kruszon-Moran, D., Carroll,
M. D., Fryar, C. D., & Ogden, C. L. (2016).
Trends in obesity among adults in
the United States, 2005 to 2014.
Jama, 315(21), 2284-2291.
- Frison, L., & Pocock, S. J. (1992). Repeated
measures in clinical trials: analysis using
mean summary statistics and its
implications for design. *Statistics in
medicine*, 11(13), 1685-1704.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and
meta-analysis of research. *Educational
researcher*, 5(10), 3-8.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A.
(2011). *Health promotion in nursing
Practice*. (6th ed.). Boston: Pearson
Education.
- Wang, J., Yang, D. L., Chen, Z. Z., & Gou, B. F.
(2016). Associations of body mass index
with cancer incidence among populations,
genders, and menopausal status:
a systematic review and meta-analysis.
Cancer epidemiology, 42, 1-8. doi:10.1016/
j.canep.2016.02.010



ปัจจัยทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

Factors predicting the Reaction to Stressors of Pregnant Women Encountering COVID-19

อัมพร เนียมกุลรักษ์, พย.ม., Amporn Niemkulrak, M.N.S.¹

กิตติยาพร ยืนนาน, พย.ม., Kittiyaporn Yuennan, M.N.S.^{2*}

นารี ญาณิสสร, วท.ม., Naree Yanissorn, M.S.²

สินี กระราลัย, พย.ม., Sinee Karalai, M.N.S.²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

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

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์มิชชั่น มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก เขตดุสิต กรุงเทพฯ

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

*Corresponding Author Email: kittiyaporn@apiu.edu

Received: October 17, 2024 Revised: November 15, 2024 Accepted: November 26, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และ เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล ที่มีต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์อายุ 20-45 ปี จำนวน 120 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple Stage Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และ 3) แบบสอบถามปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด มีความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise ผลการวิจัย พบว่า ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.67, SD = .62$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ

สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ โดยสามารถร่วมทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด ได้ร้อยละ 38.1 ($R^2 = .381$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและช่วยเหลือ หญิงตั้งครรภ์เมื่อต้องเผชิญกับโรคอุบัติใหม่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดโอกาสการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด เพิ่มประสิทธิภาพของการปรับตัวในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะเครียดลดลง และมีสุขภาพที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: สิ่งก่อความเครียด ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด การระบาดของโรคโควิด 19 หญิงตั้งครรภ์
ปัจจัยทำนาย

Abstract

The objective of this research is to study the reaction to stressors and factors predicting the reaction to stressors of pregnant women encountering COVID-19. The sample group consisted of 120 pregnant women aged 20-45, selected through multiple stage sampling. The research tools included basic demographic information, intrapersonal stressors, interpersonal stressors, external stressors, and the reaction to stressors questionnaires, with Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.89. Data analysis was conducted using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results revealed that the overall of the reaction to stressor was at a high level ($M = 3.67$, $SD = 0.62$), and significant predictors of reaction to stressors in pregnant women during the COVID-19 were intrapersonal stressors, education level, and the number of pregnancies, accounting for 38.1% ($R^2 = .381$) of the variance in the reaction to stressors, with statistical significance at the .05 level. These findings can be used to inform the planning of care and support for pregnant women facing new infectious diseases, to reduce the risk of stress, improve coping mechanisms, and enhance overall health outcomes for pregnant women.

Keywords: Stressors, Reaction to stressors, COVID-19 outbreak, Pregnant women, predictive factors

บทนำ

โรคโควิด 19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจนแพร่กระจายไปในหลายประเทศทั่วโลก สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านการสูดดมฝอยละอองที่มีเชื้อไวรัสปะปนจากผู้ติดเชื้อที่จาม หรือไอออกมา หรือสัมผัสพื้นผิวและสิ่งของที่ปนเปื้อนไวรัสจากผู้ติดเชื้อ จนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาการของโรคมีความแตกต่างกันออกไป ตั้งแต่ไม่แสดงอาการ อาการไม่รุนแรง และมีอาการรุนแรงมากจนถึงขั้นเกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลวจนเสียชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทุกช่วงวัย (รุจา แก้วเมืองฝาง, บุญตา สุขวดี, มนัสชนก กุลพานิชย์, พิมพ์ดา อนันต์ศิริเกษม, และสุภาพร ปารมย์, 2563) โดยเฉพาะผู้ที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ การติดเชื้อทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และมีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ (กรกนก เกื้อสกุล, 2564) และที่สำคัญพบว่าการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกได้ (เนตรรรชนี กมรัตน์นันท์, นิรัตน์ชญา ไชยงาม, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และกิตติวัฒนา ศรีวงศ์, 2563)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นสิ่งก่อความเครียดที่รบกวนและส่งผลกระทบกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว โดยจากการศึกษาเรื่องความเครียดพบว่า เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นได้คือ มีการเกร็งของกล้ามเนื้อและระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติกหลังสารนอร์อะดรีนาลีน (Sandman, Wadhwa, Chicx-Demet, Dunkel-Schetter, & Porto, 1997) และความเครียดยังทำให้เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มแรงในการบีบตัวของหัวใจ และความตึงตัวของหลอดเลือด มีผลทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูก

และทารกในครรภ์น้อยลง (กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุติมา ปัญญาพินิจนุกร, 2559) โดยการศึกษาของ โฮเบล และ บาร์เลส (Hobel, Goldstein, & Barrett, 2008) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเครียดในระหว่างการตั้งครรภ์ มีอัตราการเจ็บป่วย และการติดเชื้อได้สูงขึ้น ภาวะเครียดของหญิงตั้งครรภ์ก่อให้เกิดอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย มีความรู้สึกไม่คงที่ อาจมีการแยกตัวออกจากบุคคลอื่น (Keenan, Sheffield, & Boeldt, 2007) และก่อให้เกิดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว จนส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว และทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด พบว่า นิวแมน และฟอเซท (Neuman, & Fawcett, 2002) ได้นำแนวคิดทฤษฎีระบบของเบอร์ทาแลนฟี่ที่สะท้อนถึงธรรมชาติของสิ่งมีชีวิตว่าเป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยอธิบายว่าหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์และเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกตลอดเวลา โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 5 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ดังนั้นเมื่อมีสิ่งคุกคาม หรือสิ่งก่อความเครียด หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว จะรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดนั้นแตกต่างกันไป โดยสิ่งก่อความเครียดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล และอาจจะรบกวนระบบสมดุลของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลลัพธ์ทางลบหรือทางบวกขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการแปลความหมายของสิ่งเร้าในขณะนั้น หากสิ่งก่อความเครียดทำให้ระบบของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว เสียสมดุล ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดในขณะนั้นทำให้

มีการเจ็บป่วยขึ้น การพยาบาล จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว กลับคืนสู่ความสมดุลได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด ได้แก่ การรับรู้สิ่งก่อความเครียดทั้งภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล ในแง่มุมที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับสถานะความเป็นอยู่ และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลต่อความเครียดได้ (ขวัญตา บุญวาศ, ศศิธร คาพันธ์, และชุตติกาญจน์ แซ่ตัน, 2559) สำหรับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ พบว่าการมีประสบการณ์การตั้งครรภ์และการคลอด ทำให้สามารถดูแลตนเองและจัดการความเครียดได้ดีและมีระดับความเครียดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก (Schoch-Ruppen, Ehler, Uggowitzer, Weymerskirch, & La Marca-Ghaemmaghami, 2018)

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันโรคโควิด 19 ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วรวมถึงประเทศไทย ด้วย ซึ่งอาจสร้างความกลัว ความวิตกกังวลให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องเดินทางไปรับบริการฝากครรภ์ ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ ย่อมมีผลทำให้เกิดความเครียด จากผลกระทบดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ที่คงอยู่เป็นเวลาค่อนข้างนาน เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์จัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูง ในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เพิ่มความไวต่อการติดเชื้อและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษาครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับโรคอุบัติใหม่ที่อาจส่งผลกระทบต่อ

จิตใจของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อช่วยลดโอกาสการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียด และเพิ่มประสิทธิภาพในการปรับตัว ต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดทำให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล ที่มีต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19

สมมุติฐานการวิจัย

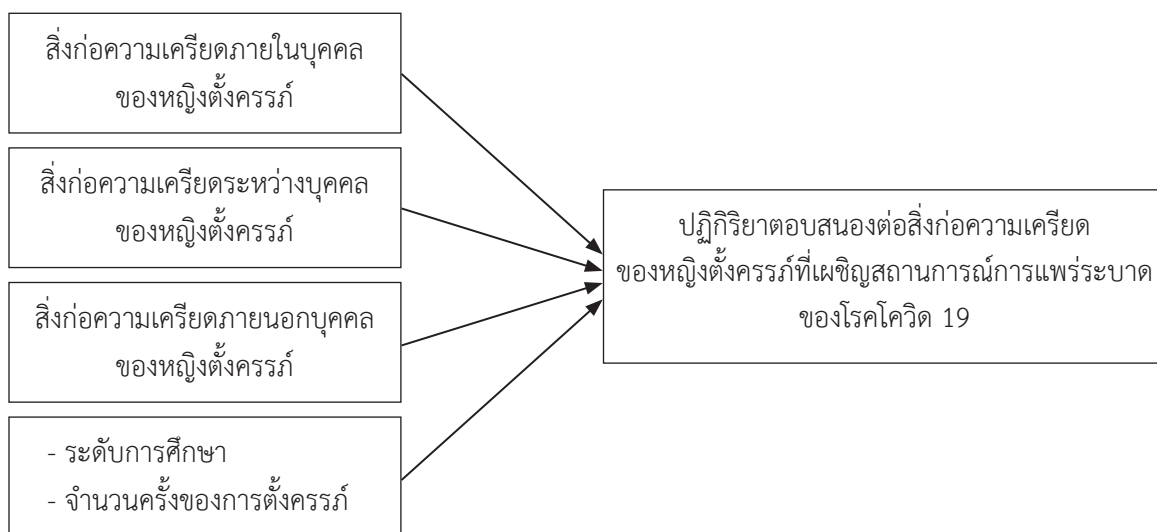
ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล สามารถร่วมกันทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบของนิวแมน (Neuman, & Fawcett, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษา สิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยสิ่งก่อความเครียดเป็นสิ่งเร้า เจริญไขหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ 1) สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม วัฒนธรรม และพัฒนาการ 2) สิ่งก่อความเครียด

ระหว่างบุคคล คือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และนอกครอบครัว 3) สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล คือสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนของผู้รับบริการ ในการวิจัยครั้งนี้อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ทางลบหรือทางบวกได้ขึ้นอยู่กับความรู้และธรรมชาติในการเผชิญกับสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์

ซึ่งเป็นตัวกำหนดว่าผลลัพธ์หรือผลกระทบของสิ่งก่อความเครียดนั้น ๆ เป็นโทษหรือเป็นประโยชน์ โดยแสดงออกมาเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แตกต่างกันไปและยังขึ้นกับระดับการศึกษาและจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ด้วย (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แผนผังแสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational) เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระหว่างบุคคล และภายนอกบุคคล ที่มีต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในเขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร จำนวน 120 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple Stage Sampling) โดยสุ่มมา 1 เขตจากทั้งหมด 50 เขต ได้แก่ เขตลาดกระบัง และสุ่มแขวงในเขตลาดกระบังจำนวน 6 แขวง ได้ แขวงคลองสองต้นนุ่น ซึ่งมีจำนวนประชากรหญิง 35,523 คน จากนั้นผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ = .05 อำนาจการทดสอบ Power = .85 และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .15 (Polit & Beck, 2012) มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 6 ตัว ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน จากนั้นผู้วิจัยจึงเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) อายุ 20-45 ปี 2) สามารถ สื่อสารด้วยการใช้ภาษาไทย พูด ฟัง อ่าน เขียนได้ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และการวางแผนการตั้งครรภ์ สร้างโดยผู้วิจัย โดยจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ แปลงคะแนน คือครรภ์แรก เท่ากับ 0 คะแนน และครรภ์หลัง เท่ากับ 1 คะแนน และระดับการศึกษา แปลงคะแนน คือ ต่ำกว่าปริญญาตรี เท่ากับ 0 คะแนน และปริญญาตรี เท่ากับ 1 คะแนน ความเพียงพอของรายได้ แปลงคะแนน คือ ไม่เพียงพอ เท่ากับ 0 คะแนน และเพียงพอ เท่ากับ 1 คะแนน การวางแผนการตั้งครรภ์ แปลงคะแนน คือ ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ เท่ากับ 0 คะแนน และมีการวางแผนการตั้งครรภ์ เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์ การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ผู้วิจัย ได้พัฒนาจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ จำนวน 34 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1 (รับรู้น้อยที่สุด) ถึง 5 (รับรู้มากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 34-170 แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

2.1 สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ คือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดภายในบุคคล มีจำนวน 11 ข้อ

2.2 สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ คือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และนอกครอบครัว มีจำนวน 14 ข้อ

2.3 สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ คือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชน มีจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ผู้วิจัยได้พัฒนาจากเอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คะแนน 1 (การตอบสนองน้อยที่สุด) ถึง 5 (การตอบสนองมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 และแบบสอบถามปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา (content validity) ประกอบด้วย สุนทรียแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านสุขภาพจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาแก้ไขปรับปรุงตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ และคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าความตรงเท่ากับ .85 ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 และแบบสอบถามปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด

ของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงร่างวิจัยและแบบสอบถามผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ (IRB) ของมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิกแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566 ดังนี้

4.1 ทำหนังสือขออนุญาตประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข 45 ร่มเกล้า เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร เพื่อขอเก็บข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์

4.2 นัด พบ กับ ผู้ช่วย วิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บข้อมูลวิจัย

4.3 ผู้วิจัยถามความสมัครใจ โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ ชี้แจงการรักษาสิทธิ และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ขณะกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และตอบข้อสงสัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที คณะผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบซ้ำข้อ หรือตอบไม่ครบ จะขอให้ตอบแบบสอบถามจนสมบูรณ์ เก็บแบบสอบถามแยกจาก consent form ใส่ตู้ล็อกกุญแจ คณะผู้วิจัยเท่านั้นจะเปิดได้ และรายงานผลการวิจัยในภาพรวม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.2 วิเคราะห์คะแนนการรับรู้สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล และปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

5.3 วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ต่อปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) แบบ stepwise

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ (IRB) และผ่านการพิจารณา เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2566 ตามมติที่ประชุมเลขที่ RRDC 2023-35 และจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ชี้แจงให้ทราบสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-45 ปี เฉลี่ย 30.27 ปี (SD = 6.32) อยู่ในช่วง 20-34 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 35-45 ปี (ร้อยละ 28.3) ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์แรก (ร้อยละ 58.3) โดยระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 72.5)

2. สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 พบว่า อยู่ในระดับมาก

3. ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของ ด้านพัฒนาการ อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านสังคม หนึ่งตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาด วัฒนธรรม และด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง โรคโควิด 19 โดยรวมและด้านร่างกาย ด้านจิตใจ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงระดับของสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล สิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล สิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล และปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดโดยรวมและรายด้าน (n = 120)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	แปลผล
สิ่งก่อความเครียด			
ภายในบุคคล	4.0	.74	ระดับมาก
ระหว่างบุคคล	3.72	.81	ระดับมาก
ภายนอกบุคคล	3.52	.82	ระดับมาก
ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด			
ด้านร่างกาย	3.69	.64	ระดับมาก
ด้านจิตใจ	3.78	.84	ระดับมาก
ด้านพัฒนาการ	3.90	.84	ระดับมาก
ด้านสังคมวัฒนธรรม	3.48	.82	ระดับปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	3.49	.98	ระดับปานกลาง
โดยรวม	3.67	.62	ระดับมาก

4. ปัจจัยที่สามารถทำนายปฏิกริยาตอบสนอง ต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับ สถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ สิ่งก่อความเครียดภายใน บุคคล ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตั้ง ครรภ์ โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายปฏิกริยา ตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญ กับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 38.1 ($R^2 = .381$) สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้ ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียด = $1.525 + .483 (X1) + .395 (X2) + .187 (X3)$ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างตัวแปรที่สามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ($n = 120$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p-value
สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล (X1)	.483	.062	.575	7.794	.000
ระดับการศึกษา (X2)	.395	.102	.284	3.863	.000
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (X3)	.187	.092	.148	2.023	.045
ค่าคงที่	1.525	2.67		5.714	.000
$R = .617, R^2 = 38.1, R^2_{adj} = .365, F(3,116) = , p < .05$					

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์สามารถร่วมกันทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 38.1 แสดงว่าสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนบางส่วน ซึ่งอธิบายได้ว่า สิ่งก่อความเครียดภายในบุคคล เป็นแรงรบกวนหรือสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมวัฒนธรรม และพัฒนาการ (ศรีพรหม กันธวัช, 2551) และเกิดปฏิกิริยาตอบโต้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด 19 หญิงตั้งครรภ์ซึ่งถูกจัดเป็นกลุ่มเปราะบางที่อาจได้รับผลกระทบที่รุนแรงหากติดเชื้อโควิด 19 หญิงตั้งครรภ์ จึงมีความเครียด วิตกกังวลมาก จากผลวิจัยในครั้งนี้ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดด้านร่างกาย หญิงตั้งครรภ์วิตกกังวลว่าถ้าติดเชื้อโควิด 19 อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่อตัวเองและอาจมีผลกระทบต่อบุตรในครรภ์ได้มากที่สุด ($M = 4.36, SD = .89$ และ $M = 4.33, SD = .94$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรนก เกื้อสกุล (2564) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 มารดาและทารกมีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และมีอัตราการผ่าตัดคลอด

ได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อ การติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและที่สำคัญพบว่ามีมารดาติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (เนตรรัชณี กมลรัตนานันท์ และคณะ, 2563) อาจส่งผลต่อความปลอดภัยของตัวมารดาเองและทารกในครรภ์ ซึ่งถ้าสตรีตั้งครรภ์มีการรับรู้ต่อสิ่งก่อความเครียดภายในบุคคลสูง ย่อมทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลสูง จึงมีผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 สูงตามไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ผกามาศ เชยกลิ่น, นาริรัตน์ บุญเนตร และตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี (2566) พบว่า ระดับความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่าเฉลี่ย ความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.97

ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สองที่สามารถร่วมทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 เนื่องจากระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสถานะความเป็นอยู่และความสามารถในการเข้าถึงแหล่งความรู้ที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษต่ำ จะส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ทำให้

ไม่มีอาชีพ จึงขาดรายได้หรือมีรายได้น้อย ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี อำนาจในการซื้อลดลงนำไปสู่การขาดโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งส่งผลต่อระดับความเครียดเพิ่มสูงได้ (ขวัญตา บุญวาส และคณะ, 2559) หญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาสูง จะสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสาธารณสุขได้มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า (เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์ หนูนารถ, และมลิวัดย์ บุตรดำ, 2563) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สูง จะเกิด กระบวนการคิดวิเคราะห์อย่างเป็นขั้นตอนและสามารถ จัดการกับปัญหาด้วยเชิงบวก ทำให้มีความเครียดต่ำกว่า (อรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ, และจิตติพร เรือนกุล, 2564)

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่สามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสโคลซ์-รัปเพน และคณะ (Schoch-Ruppen et al., 2018) พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ การตั้งครรภ์ และการคลอดทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถดูแลตนเองและจัดการความเครียดได้ดีและมีความเครียดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์แรก

ตัวแปรสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคล และสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคล เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลคือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และนอกครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านและจากการพูดคุยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างยังสามารถดำเนินชีวิตโดยไปตรวจครรภ์ไปตลาดพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้าน

ใกล้เคียงได้บ้าง โดยสวมผ้าปิดปากและจมูก แสดงถึงว่าสิ่งก่อความเครียดระหว่างบุคคลยังไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างมากจนก่อให้เกิดความเครียด โดยจากการวิจัยพบว่าการแพร่ระบาดโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างยังสามารถพูดคุยและมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเพื่อนบ้าน/เพื่อนสนิทได้ ($\bar{X} = 3.46$, $SD = 1.03$) และมีความวิตกกังวลเรื่องการระบาดของเชื้อโควิด 19 จากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ บ้านน้อยที่สุด ($\bar{X} = 3.20$, $SD = 1.44$) ส่วนตัวแปรสิ่งก่อความเครียดภายนอกบุคคลคือสิ่งที่เร้าที่เกี่ยวของกับแหล่งประโยชน์และสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนของผู้รับบริการ ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคพบว่า มีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งสามารถให้การดูแลช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง น่าจะมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนในแหล่งเดียวกัน จึงไม่เกิดความเครียดหรือรักษาสมดุลของระบบทำให้ระบบปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ โดยจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าไม่มี ปัญหาการติดเชื้อโรคภายในครอบครัว ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 1.00$) จากการที่สิ่งก่อความเครียดระหว่าง และภายนอกบุคคลไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างโดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถรักษาสมดุลของระบบและปรับตัวสู่ภาวะปกติได้ ทำให้ตัวแปรทั้ง 2 ตัวดังกล่าวไม่สามารถทำนายปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งก่อความเครียดของสตรีตั้งครรภ์ที่เผชิญสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอิสก้า และคณะ (Ilska et al., 2022) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีโอกาสความเสี่ยงต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 72.5) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของโมเยอร์ และคณะ (Moyer, Compton, Kaselitz, & Muzik, 2020) พบว่า การศึกษาที่ต่ำกว่า

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีผลต่อความวิตกกังวล
 $\beta = -0.08$

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่
แผนกฝากครรภ์ควรจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ให้การปรึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเครียดหรือ
วิตกกังวล จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19
ที่ยังมีการระบาดอยู่ประปราย เพื่อสร้างความมั่นใจและ
ลดความวิตกกังวล

1.2 ด้านผู้บริหารในสถานศึกษาพยาบาล
ควรใช้ผลการศึกษานี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ พัฒนา
กิจกรรมการเรียนการสอนและเพิ่มประสบการณ์
การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลในสาขาการพยาบาล
มารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ เรื่อง โรคติดเชื้อ
อุบัติใหม่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาผลกระทบในระยะยาว ของ
สตรีตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและทารกที่ติดเชื้อ
โควิด 19

2.2 ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการสนับสนุน
ด้านอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่
ระบาดของเชื้อโควิด 19

เอกสารอ้างอิง

กรกนก เกื้อสกุล. (2564). *วิถีใหม่ในการดูแลสุขภาพ
หญิงตั้งครรภ์ช่วงสถานการณ์ COVID-19*.
สืบค้นจาก [https://www.posttoday.com/
politic/columnist/650197](https://www.posttoday.com/politic/columnist/650197)

กาญจนา ศรีสวัสดิ์ และชุติมา ปัญญาพินิจนุสร. (2559).
ความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสาร
พยาบาลทหารบก*, 17(2), 7-11.

ขวัญตา บุญวาศ, ศศิธร คาพันธ์, และชุติกาญจน์ แซ่ตัน.
(2559). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับความเครียดของ
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนีนครทุ่งเทพ*, 32(3), 1-10.

เนตรรัชนี กมลรัตนานันท์, นิรัตน์ชญา ไชงาม, ศรีสุดา
วงศ์วิเศษกุล, และกิตติวัฒนา ศรีวงศ์. (2563). การ
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในช่วงวิกฤตโควิด 19. *วารสาร
เกื้อการุณย์*, 27(2), 175-185.

เบญจวรรณ ละหุการ, วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, ทศณีย์
หนูนารถ, และมลิวลย์ บุตรดำ. (2563). ความเครียด
ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อน
กำหนด. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*,
7(10), 1-14.

ผกามาศ เชยกกลิ่น, นารีรัตน์ บุญเนตร, และตติรัตน์ เตชะ
ศักดิ์ศรี. (2566). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตก
กังวลของหญิงตั้งครรภ์ในสถานการณ์การแพร่
ระบาดของโควิด 19. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์
และวิทยาการสุขภาพ*, 18(1), 60-69.

รุจา แก้วเมืองฝาง, บุญตา สุขวดี, มนัสชนกข์ กุลพานิชย์,
พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, และสุภาพร ปารมย์.
(2563). การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ
โควิด 19. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์*, 7(11),
370-383.

ศรีพรรณ กันธวัง. (2551). *ทฤษฎีระบบของนิวแมน:
การนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. เชียงใหม่:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อรทัย แซ่ตั้ง, จรรยา แก้วใจบุญ, และฐิติพร เรือนกุล.
(2564). ความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อ
ความเครียดของหญิงตั้งครรภ์อายุมาก. *วารสาร
วิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 22(3), 71-83.

- 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.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. M. Y., & Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(2), 333-348.
- Ilska, M., Brandt-Salmeri, A., Kołodziej-Zaleska, A., Preis, H., Rehbein, E., & Lobel, M. (2022). Anxiety among pregnant women during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *Scientific Reports*, 12(1), 8445.
- Keenan, K., Sheffield, R., & Boeldt, D. (2007). Are prenatal psychological or physical stressors associated with suboptimal outcomes in neonates born to adolescent mothers?. *Early human development*, 83(9), 623-627.
- Moyer, C. A., Compton, S. D., Kaselitz, E., & Muzik, M. (2020). Pregnancy-related anxiety during COVID-19: a nationwide survey of 2740 pregnant women. *Archives of women's mental health*, 23(6), 757-765.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model* (4th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). New York: J. B. Lippincott.
- Sandman, C. A., Wadhwa, P. D., Chicx-Demet, A., Dunkel-Schetter, C., & Porto, M. (1997). Maternal stress, HPA activity, and fetal/infant outcome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 814, 266-275.
- Schoch-Ruppen, J., Ehlert, U., Uggowitzer, F., Weymerskirch, N., & La Marca-Ghaemmaghami, P. (2018). Women's word use in pregnancy: Associations with maternal characteristics, prenatal stress, and neonatal birth outcome. *Frontiers in Psychology*, 9, 1234. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01234



ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดที่ส่งผลต่อ
ภาวะหมดไฟของพนักงาน: กรณีศึกษาบริษัทที่ประกอบธุรกิจ
ให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร
**Personal Factors, Personality Types, and Stress affecting
to Employees' Burnout:
A Case Study of a Food Service Company in Bangkok**

ชูเกียรติ จากใจชน, ศษ.ด., Chukiat Chakchaichon, Ed.D.^{1*}

จิราภรณ์ โภชกปรีภรณ์, ศศ.ม., Jiraporn Pochakaparipan, M.A.²

รุ่งฤดี กล้าหาญ, ศษ.ด., Rungudee Klaharn, Ed.D.³

ศุภมิตร บัวเสนาะ, ศศ.ม., Suppamitr Bousanoh, M.A.⁴

สุวัลลี สัตยาอภิธาน, ศศ.ม., Suvallee Sattayaapithan, M.A.²

¹อาจารย์ ดร., คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

¹Lecturer, Ed.D., Faculty of Psychology, Saint Louis College

²อาจารย์, คณะจิตวิทยา วิทยาลัยเซนต์หลุยส์

²Lecturer, Faculty of Psychology, Saint Louis College

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ดร., สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³Assistant Professor, Ed.D., Educational and Psychological Test Bureau, Srinakharinwirot University

⁴อาจารย์, คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

⁴Lecturer, Faculty of Humanities and Social Sciences, Suan Dusit University

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

Received: October 10, 2024

Revised: December 6, 2024

Accepted: December 17, 2024

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ คือ 1) เพื่อศึกษาประเภทของบุคลิกภาพ ระดับความเครียด และภาวะหมดไฟของพนักงาน 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟของพนักงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และรุ่นของคน 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประเภทของบุคลิกภาพ ความเครียดและภาวะหมดไฟของพนักงาน และ 4) เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะหมดไฟของพนักงาน

โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดของพนักงานร่วมกันเป็นตัวแปรพยากรณ์ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 77 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับบุคลิกภาพในงานพัฒนาตามแนวคิดของ John Holland แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน พัฒนาตามแนวคิดของ Maslach มีค่าความเชื่อมั่น .885, .828 และ .843 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า 1) ระดับความเครียดและภาพรวมของภาวะหมดไฟของพนักงานอยู่ในระดับมากและปานกลาง 2) พนักงานเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่แตกต่างกัน และพนักงานรุ่น Y กับรุ่น Z มีค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่แตกต่างกัน 3) บุคลิกภาพแบบ Artistic มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .283$ และ $.264$ ตามลำดับ) บุคลิกภาพแบบ Conventional มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาดความสามารถในการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .338$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.306, -.338, -.368$ และ $-.261$ ตามลำดับ) และ 4) บุคลิกภาพแบบ Artistic และความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ และร่วมกันพยากรณ์ภาวะหมดไฟของพนักงานได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 50.9%

คำสำคัญ: ประเภทของบุคลิกภาพ ภาวะหมดไฟของพนักงาน บริษัทที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหาร

Abstract

The objectives of this survey research were 1) to study personality types, the level of stress, and employees' burnout. 2) to compare the mean difference between stress and employees' burnout of male and female; to compare the mean difference between stress and employees' burnout of Generation Y and Z. 3) to study the intercorrelations among age, personality types, stress, and employees' burnout. 4) to study the causal factors of employees' burnout by using personal factors (age), personality types, and stress. The samples comprised 77 employees selected by simple random sampling. The research tools were: Holland's Six Vocational Personality Types questionnaire, a stress inventory, and a Maslach Burnout Inventory-(MBI) which had reliability .885, .828 and .843, respectively. The statistics used to analyze the data were arithmetic mean, standard deviation, Pearson's correlation, and multiple regression. The research results were: 1) the level of stress, and employees' burnout which they reported in the range between high and moderate levels. 2) there was not a statistically significant difference in stress, and burnout of male and female employees ; there was not a statistically significant difference in stress, and burnout of generation Y and Z. 3) Artistic

Personality Type was significantly positively correlated with emotional exhaustion and burnout ($r=.283$ and $.264$, $p<.05$); Conventional Personality Type was significantly positively correlated with professional efficacy ($r=.338$, $p<.01$) and significantly negatively correlated with stress, emotional exhaustion, cynicism and burnout ($r= -.306$, $-.338$, $-.368$, $p<.01$ and $-.261$, $p<.05$, respectively). 4) Artistic personality Type and stress were significant predictors of employees' burnout, explaining 50.9%.

Keyword: Personality Types, Employees' Burnout, Food Service Company

บทนำ

วัยทำงานเป็นวัยที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วย จากปัญหาสุขภาพจิตได้จากหลายปัจจัย โดยสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในวัยนี้ส่วนใหญ่เกิดจากการทุ่มเทเวลาส่วนใหญ่ในชีวิตไปกับการทำงาน โดยข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ในปี 2566 พบว่า คนวัยทำงานใช้เวลาถึง 1 ใน 3 ของแต่ละวันไปกับการทำงาน จากการจัดอันดับของบริษัท กิซ (Kisi) ซึ่งเป็นบริษัทเทคโนโลยีให้คำปรึกษาด้านการทำงาน ในปี 2565 พบว่า กรุงเทพฯ จัดอยู่ในอันดับที่ 5 จาก 100 เมืองของประเทศทั่วโลก ที่มีผู้คนทำงานหนักเกินไป (Most Overworked Cities) และมีพนักงานประจำกว่าร้อยละ 15.1 ทำงานล่วงเวลามากกว่า 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และการทำงานหนักนี้ส่วนใหญ่มีส่งผลให้เกิดปัญหาความเครียด ซึมเศร้า และหมดไฟในการทำงานได้ง่ายไปด้วย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2566) และข้อมูลของวิทยาลัยการจัดการ มหาวิทยาลัยมหิดล ยังพบว่า คนกรุงเทพฯ 7 ใน 10 มีอาการหมดไฟในการทำงาน

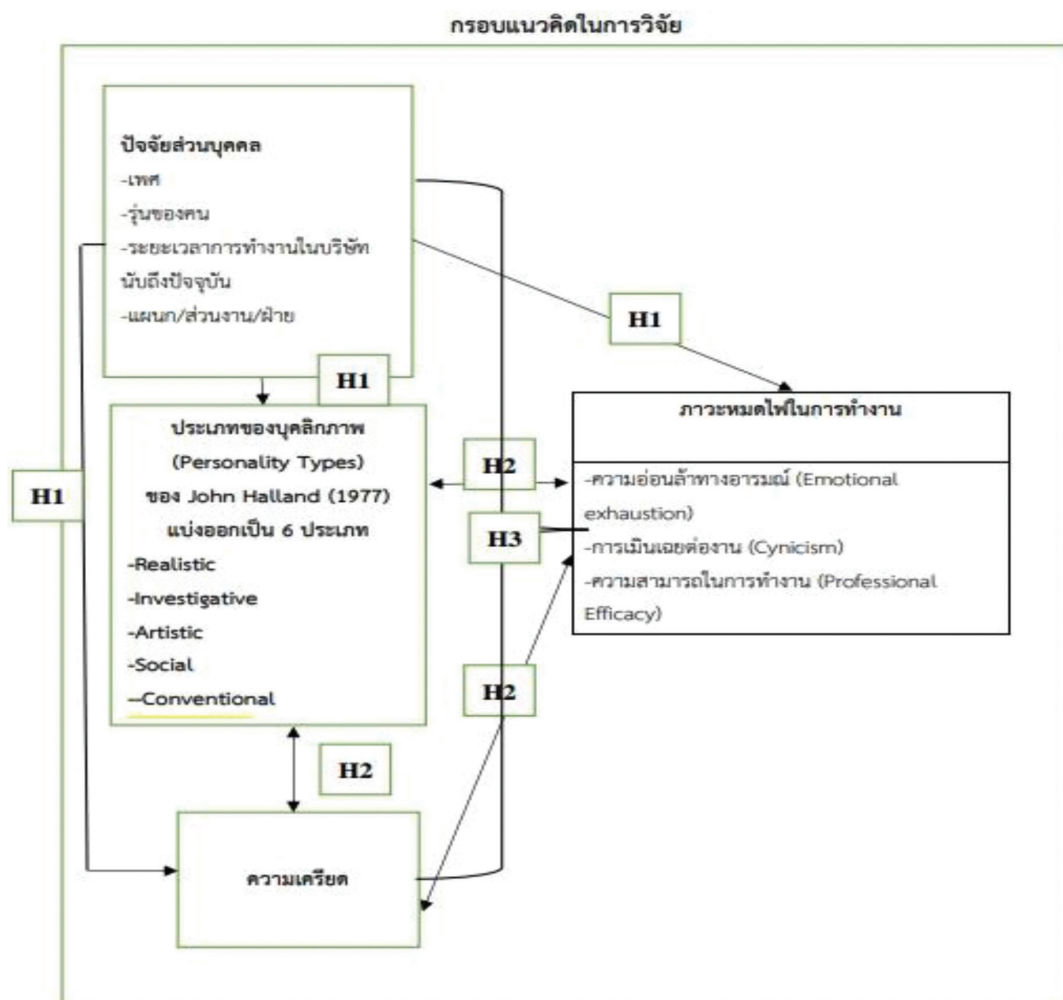
จากข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มคนวัยทำงานดังกล่าวข้างต้น จะพบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด (Stress) กับภาวะหมดไฟ (Burnout) โดยหากเกิดความเครียดเรื้อรัง จะนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน ในปัจจุบันประเด็นเรื่องภาวะหมดไฟนั้น ได้รับความสนใจ

จากสังคมและทางวิชาการเป็นอย่างมาก หากแต่จากการทบทวนวรรณกรรมจากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ กลับพบว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหมดไฟกับบุคลิกภาพโดยเฉพาะในแนวคิดของ Holland and Holland (1977) ยังมีการศึกษาไม่มากนัก (Swider & Zimmerman, 2010; Angelini 2023) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของพนักงานเพื่อให้ได้หลักฐานทางวิชาการมาสนับสนุนให้มากขึ้นว่า ประเภทของบุคลิกภาพในแนวคิดของ Holland and Holland (1977) นั้นเป็นตัวแปรพยากรณ์ภาวะหมดไฟได้หรือไม่ และจะรวมกันกับตัวแปรอื่น ๆ อธิบายความแปรปรวนของภาวะหมดไฟได้มากน้อยเพียงไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประเภทของบุคลิกภาพ ระดับความเครียด และภาวะหมดไฟของพนักงาน
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียด และภาวะหมดไฟของพนักงาน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และรุ่นของคน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประเภทของบุคลิกภาพ ความเครียดและภาวะหมดไฟของพนักงาน

4. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของภาวะหมดไฟ ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดของพนักงาน
ของพนักงาน โดยใช้ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ร่วมกันเป็นตัวแปรพยากรณ์



สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 ค่าเฉลี่ยของความเครียด
และภาวะหมดไฟของพนักงาน จำแนกตามปัจจัย
ส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รุ่นของคน มีความแตกต่างกัน
สมมติฐานการวิจัยที่ 2 มีความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลิกภาพ ความเครียด
และภาวะหมดไฟของพนักงาน

สมมติฐานการวิจัยที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคล
ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดใช้พยากรณ์
ภาวะหมดไฟของพนักงานได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ พนักงานของบริษัทที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานประจำถึงสิ้นเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 95 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานของบริษัทจำนวน 77 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางขนาดประชากรของยามาเน (Yamane, 1970) ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 11 สิงหาคม ถึง 20 สิงหาคม 2567 รวมเวลาทั้งสิ้น 10 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ รุ่นของคน ระยะเวลาการทำงานในบริษัทนับถึงปัจจุบัน ระดับตำแหน่งงานปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามบุคลิกภาพในงานตามแนวคิด/ทฤษฎีของ John Holland ที่พัฒนาโดย (ซูเกียริติ จากใจชน และพลภัทร เจริญเวียงเวทกิจ, 2557) แบบวัดนี้จะประเมินบุคลิกภาพทั้งหมด 6 แบบ ได้แก่ 1) แบบ Realistic คือ บุคคลชอบเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นรูปธรรม 2) แบบ Investigative คือ บุคคลที่ชอบใช้ความคิดแก้ปัญหา 3) แบบ Artistic คือ บุคคลที่ชอบศิลปะ ความงาม 4) แบบ Social คือ บุคคลที่ชอบสังคมกับบุคคลอื่น 5) แบบ Enterprising คือ บุคคลที่มีความทะเยอทะยาน ชอบมีอำนาจ และ 6) แบบ Conventional คือ บุคคลที่ชอบทำตามระเบียบแบบแผน (Conventional Type) อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแบ่งข้อคำถามเกี่ยวกับประเภทของบุคลิกภาพ แบบละ 5 ข้อ รวมจำนวน 30 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ ค่าความเที่ยงใช้ทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยมีค่า Cronbach's Alpha = .885

2.2 แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 15 ข้อ คุณภาพของเครื่องมือ โดยมีค่า Cronbach's Alpha = .828

2.3 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach โดย Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ แบ่งมิติย่อยออกเป็น ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) ด้านการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) และด้านความสามารถในการทำงาน (Professional Efficacy) มีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha = .843 ภาพรวมของคะแนนรวมทั้งฉบับหากคะแนนรวมยิ่งสูงจะบ่งชี้ว่าบุคคลมีภาวะหมดไฟในระดับสูง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยดำเนินการออกหนังสือแนะนำตัว คณะผู้วิจัยและขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลถึงเจ้าของสถานประกอบการ/ผู้บริหารบริษัทที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความอนุเคราะห์ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยแนบกำหนดการนัดหมายเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 11 สิงหาคม ถึง 20 สิงหาคม 2567 รวมเวลาทั้งสิ้น 10 วัน โดยผ่านหัวหน้างานทรัพยากรมนุษย์ของบริษัท เป็นผู้ให้ความอนุเคราะห์ช่วยแนะนำคณะผู้วิจัยได้พบปะกับพนักงาน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพนักงานโดยตรง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย เซนต์หลุยส์ เลขที่หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย E. 026/2567

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานของบริษัทที่ประกอบธุรกิจ ให้บริการด้านอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ปฏิบัติงานประจำถึงสิ้นเดือนสิงหาคม 2567 จำนวน 77 คน เป็นชาย 30 คน (ร้อยละ 39) และหญิง 47 คน (ร้อยละ 61) รุ่นของกลุ่มตัวอย่าง เป็น พนักงานรุ่น Y (เกิด ระหว่าง พ.ศ. 2523-2540) อายุ 27-44 ปี จำนวน 53 คน (68.8%) พนักงานรุ่น Z (เกิด พ.ศ. 2541 ขึ้นไป) อายุ 20-26 ปี จำนวน 24 คน (31.1%) ไม่มีพนักงานรุ่น X อายุเฉลี่ย 29.5 ปี อายุต่ำสุดของพนักงาน คือ 20 ปี และ

อายุมากที่สุด คือ 41 ปี อายุงานเฉลี่ย 1.5 ปี และอายุงาน มากสุด คือ 7 ปี

พนักงานส่วนใหญ่มีระดับความเครียดไม่เกินเกณฑ์ ปานกลาง แบ่งเป็น มีระดับความเครียดน้อย จำนวน 29 คน (37.7%) และระดับความเครียดปานกลาง 22 คน (28.6%) และมีระดับเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปานกลาง แบ่งเป็น มีระดับความเครียดมาก จำนวน 12 คน (15.6%) และ ระดับความเครียดมากที่สุด 14 คน (18.2%) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.64, SD = .77) ในมิติความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.55, SD = .86) ในมิติการเมินเฉยต่องาน (Cynicism) อยู่ใน ระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.47, SD = .77) มิติการขาดความสามารถ ในการทำงาน (Professional Efficacy) อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.15, SD = .82) และภาพรวมของภาวะหมดไฟอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.19, SD = .74) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงระดับความเครียดและภาวะหมดไฟของ กลุ่มตัวอย่าง (n = 77)

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความเครียด	3.64	.77	มาก
ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion)	3.55	.86	มาก
การเมินเฉยต่องาน (Cynicism)	3.47	.77	มาก
การขาดความสามารถในการทำงาน (Professional Efficacy)	3.15	.82	ปานกลาง
ภาพรวมของภาวะหมดไฟ	3.19	.74	ปานกลาง

พนักงานเพศชายและเพศหญิงมีค่าเฉลี่ย ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2)
ของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างพนักงานจำแนกตามเพศสภาพ

ตัวแปร	ชาย (n = 30 คน)		หญิง (n = 47 คน)		t	p- value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	6.7667	3.94517	5.7021	3.40022	1.273	.207
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	17.3667	9.89770	15.1915	8.47666	1.023	.310
การเมินเฉยต่องาน	10.2000	8.69165	9.1064	7.84700	.572	.569
ขาดความสามารถในการทำงาน	30.6333	5.90431	31.6383	5.16437	-.854	.396
ภาพรวมของภาวะหมดไฟ	58.2000	18.24432	55.9362	14.79630	.568	.572

พนักงานรุ่น Y กับรุ่น Z มีค่าเฉลี่ยของ ไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3)
ความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงานระหว่างพนักงานรุ่น Y กับพนักงานรุ่น Z

ตัวแปร	พนักงานรุ่น Y (n = 53 คน)		พนักงานรุ่น Z (n = 24 คน)		t	p- value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความเครียด	6.0189	3.70805	6.3043	3.61103	-.311	.757
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	15.7358	9.76483	16.7826	7.55559	-.506	.615
การเมินเฉยต่องาน	9.4151	8.84141	9.8261	6.66505	-.223	.825
ขาดความสามารถในการทำงาน	31.8868	4.81049	29.5652	6.54930	1.726	.088
ภาพรวมของภาวะหมดไฟ	57.0377	17.25149	56.1739	14.01185	.212	.833

อายุของพนักงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.723, .681$ และ $.697$ ตามลำดับ) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบุคลิกภาพแบบ Realistic มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาดความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .244$) บุคลิกภาพแบบ Investigative มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาดความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .571$) บุคลิกภาพแบบ Artistic มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .283$ และ $.264$ ตามลำดับ) บุคลิกภาพแบบ Social มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาดความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .327$) บุคลิกภาพแบบ Conventional มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาดความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .338$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.306, -.338, -.368$ และ $-.261$ ตามลำดับ) บุคลิกภาพแบบ Enterprising มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และการเมินเฉยต่องาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.373$ และ $-.230$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขาดความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .292$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประเภทของบุคลิกภาพ ความเครียดและภาวะหมดไฟของพนักงาน ($n = 77$)

	ความเครียด (X_8)	ความอ่อนล้า ทางอารมณ์ (Y_1)	การเมินเฉย ต่องาน (Y_2)	ขาดความสามารถ ในการทำงาน (Y_3)	ภาพรวม ภาวะหมดไฟ (Y)
อายุ (X_1)	-.155	-.272*	-.152	.225	-.154
REALISTIC (X_2)	-.141	-.127	-.155	.244*	-.067
INVESTIGATIVE (X_3)	-.175	-.165	-.159	.571**	.020
ARTISTIC (X_4)	.107	.283*	.182	.039	.264*
SOCIAL (X_5)	-.162	.032	-.145	.327**	.055
CONVENTIONAL (X_6)	-.306**	-.338**	-.368**	.338**	-.261*
ENTERPRING (X_7)	-.373**	-.180	-.230*	.292**	-.118
ความเครียด (X_8)	1	.723**	.681**	-.154	.697**

บุคลิกภาพแบบ Artistic และความเครียด และร่วมกันพยากรณ์ภาวะหมดไฟของพนักงานได้ โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 50.9% นั่นคือ ตัวพยากรณ์ทั้ง 2 ตัว ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ ภาวะหมดไฟได้ร้อยละ 50.9 ดังนั้น สมการถดถอย คือ $Y_1 = 26.866 + 1.138 (\text{Artistic Type}) (X_4) + 3.005 (\text{Stress}) (X_8)$ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ประเภทของบุคลิกภาพ และความเครียดที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟของพนักงาน

ตัวพยากรณ์	b	Sb	Beta	t	p
บุคลิกภาพแบบ (Artistic) (X_4)	1.138	.482	.676	8.310	.000
ความเครียด (X_8)	3.005	.362	.192	2.359	.000
R^2 ที่ปรับแล้ว = .509 ค่าคงที่ =26.866					

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 1 พบว่า ปฏิเสธสมมติฐาน โดยผลการวิจัยนี้พบว่า พนักงานเพศชาย และเพศหญิงค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่แตกต่างกันและพนักงานรุ่น Y กับรุ่น Z มีค่าเฉลี่ยของความเครียดและภาวะหมดไฟในการทำงาน ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บุคลากรของบริษัท ส่วนใหญ่เป็นคนช่วงอายุ 20-41 ปี เป็นคนวัยหนุ่มสาว โดยรุ่นของคน (Generation) และอายุ (Age) อยู่ใน ช่วงวัยที่ใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างกันมากนัก และจาก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ประเภทของบุคลิกภาพ ความเครียดและ ภาวะหมดไฟของพนักงาน พบว่า อายุของพนักงาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.272$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ นิซซูนันท์ ประสารพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก, และอรรธรณ แก้วบุญชู (2564) ที่ศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัย ที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ < 35 ปี ซึ่งผลการวิจัย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ที่มี อายุมากกว่ามักจะมีภาวะทางอารมณ์สูง ทำให้ สามารถมองชีวิตได้อย่างลึกซึ้งและเข้าใจ ส่งผลให้

สามารถปรับตัวได้เมื่อประสบกับความเครียด ในขณะที่ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะมีโอกาสประสบกับภาวะหมดไฟ ในการทำงานมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

2. จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 พบว่า ยอมรับสมมติฐาน ผลการวิจัยนี้พบว่า ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .723, .681$ และ .697 ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Tuna and Baykal (2014) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความเครียดในงานกับระดับภาวะหมดไฟของ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งผลการวิจัย พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างมิติย่อยของความเครียด ในงานกับระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่อาจส่ง ผลกระทบต่อพยาบาลวิชาชีพที่เป็นอาสาสมัครเข้าร่วม การวิจัยแสดงความประสงค์ที่จะโอนย้ายหน่วยงาน ประกอบกับอัตราของการลาออกจากการงานที่อยู่ในระดับสูง นอกจากนี้งานวิจัยนี้ยังพบว่า บุคลิกภาพแบบ Realistic บุคลิกภาพแบบ Investigative บุคลิกภาพแบบ Social บุคลิกภาพแบบ Conventional และบุคลิกภาพแบบ Enterprising มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการขาด ความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($r = .244, .571, .327, .338, .292$ ตามลำดับ)

ในขณะที่บุคลิกภาพแบบ Artistic มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ และภาพรวมของภาวะหมดไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .283$ และ $.264$ ตามลำดับ)

ส่วนบุคลิกภาพแบบ Conventional มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.306, -.338, -.368$ และ $-.261$ ตามลำดับ) และบุคลิกภาพแบบ Enterprising มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียด และการเมินเฉยต่องาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = -.373$ และ $-.230$)

สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Ahmadpanah, Torabian, Dastore, Jahangard, and Haghighi (2015) ที่พบว่า 15.4% ของบุคลากรมีความถี่บ่อยของความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง (เกิดเป็นประจำ) 14.5% ของบุคลากรมีความถี่บ่อยของการเพิกเฉยต่อบุคคลอยู่ในระดับสูง และ 10.2% ของบุคลากรรายงานว่ายังไม่ประสบความสำเร็จในตนเองอยู่ในระดับสูง ในประเด็นของประเภทบุคลิกภาพ พบว่าบุคลิกภาพแบบ Realistic มีภาวะหมดไฟเพียง 2% บุคลิกภาพแบบ Social มีภาวะหมดไฟ 41% บุคลิกภาพแบบ Investigative มีภาวะหมดไฟ 35% บุคลิกภาพแบบ Enterprising มีภาวะหมดไฟ 6% บุคลิกภาพแบบ Artistic มีภาวะหมดไฟ 13% และบุคลิกภาพแบบ Conventional มีภาวะหมดไฟ 3% นอกจากนี้บุคลากรที่มีบุคลิกภาพแบบ Social มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะหมดไฟในระดับต่ำที่สุด

3. จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 3 ที่พบว่า ยอมรับสมมติฐานบางส่วน โดยผลวิจัยพบว่า ประเภทบุคลิกภาพแบบ Artistic และความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ และร่วมกันพยากรณ์ภาวะหมดไฟ

ของพนักงานได้โดยมีประสิทธิภาพของการพยากรณ์ 50.9% ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลิกภาพแบบ Artistic นั้น เป็นคนที่ชอบแสดงออก รักความอิสระ ไม่ชอบอยู่ใต้บังคับของผู้อื่น ไม่ฟังพาดูอื่น ไม่คล้อยตามผู้อื่น ชอบริเริ่มไม่เอาอย่างผู้อื่น ไม่ชอบสัมพันธ์เป็นส่วนตัว โดยตรงกับผู้อื่น บุคคลที่มีบุคลิกภาพประเภทนี้อาจจะขาดทักษะ/สมรรถนะที่เกี่ยวข้อง/สัมพันธ์กับงานในบริบทของบริษัทที่ประกอบธุรกิจให้บริการด้านอาหาร และเมื่อบุคคลมีความเครียดร่วมด้วย จึงมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟซึ่งผลการวิจัยนี้มีความแตกต่างทั้งในบริบทและลักษณะงานของกลุ่มตัวอย่าง แต่มีผลการวิจัยสอดคล้องกับ Sadeghi, Ofoshi, Hussci, Nigafar, and Dadashi (2015) พบว่า บุคลิกภาพแบบ Realistic, Investigative และ Conventional มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะหมดไฟ ($r = -.15, r = -.84$, และ $r = -.19$) และในงานวิจัยของ Sadeghi et al. (2015) ยังพบว่า บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Realistic จะมีบุคลิกภาพความต้อร้อน ยืนกราน และเน้นการลงมือปฏิบัติ เป็นปกติที่บุคคลจะไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ เนื่องจากอุปนิสัย ความอดทน ความต้อตึงยืนกรานต่อเหตุการณ์ที่ไม่ขึ้นชอบในระดับสูง บุคลิกภาพของคนกลุ่มนี้มีภาวะหมดไฟน้อยกว่า ส่วนลักษณะ Investigative จะมีภาวะหมดไฟจะต่ำ โดยบุคคลกลุ่มนี้จะมีลักษณะเก็บตัว (Introvert) และคิดสร้างสรรค์ จะขึ้นชอบการทํากิจกรรมที่ตนเองชอบ ดังนั้นภาวะหมดไฟจะลดน้อยลง ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ Conventional จะมีลักษณะผูกพันในงาน มีวินัย และชอบบอกสังคม พวกนี้จะควบคุมตนเองได้ดีในสถานการณ์ที่มีความเครียดในอาชีพ และจะช่วยลดภาวะหมดไฟ นอกจากนี้ Lotfiniya (2010) พบผลผกผันในความสัมพันธ์ของบุคลิกภาพกับภาวะหมดไฟ โดยเฉพาะในบุคคลที่เป็นพวก Extrovert และมีความยืดหยุ่นมาก ภาวะหมดไฟจะลดลง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพจิต โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมให้บุคลากรในหน่วยงานเพิ่มบุคลิกด้าน Artistic ให้มากขึ้น ด้วยการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านศิลปะหรือความงาม และจัดกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดที่จะอาจจะส่งผลต่อภาวะหมดไฟของพนักงานได้ การพัฒนาเครื่องมือวัดภาวะหมดไฟที่มีความจำเพาะมากยิ่งขึ้น หรือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะหมดไฟในกลุ่มพนักงานของบริษัท

1.2 ดำเนินการประเมินประสิทธิผลของบุคลิกภาพของพนักงาน เพื่อเป็นฐานข้อมูลประกอบการบริหารจัดการ และวางตัวบุคคลให้เหมาะสมกับตำแหน่ง/ลักษณะงาน นอกจากนี้ อาจจัดให้มีการประเมินความเครียดและภาวะหมดไฟของพนักงานเป็นประจำทุก ๆ 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศประกอบการจัดการ/โครงการส่งเสริมและป้องกันเชิงสุขภาพจิตเพื่อลดความเครียดและภาวะหมดไฟให้กับพนักงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยเพิ่มเติมโดยใช้ตัวแปรอื่น ๆ เช่น ประสิทธิภาพของบุคลิกภาพตามแนวคิด Big five model personality traits และ/หรือทฤษฎีอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ และ/หรือสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะหมดไฟของพนักงานได้อีก

เอกสารอ้างอิง

- ชูเกียรติ จากใจชน และพลภัทร เจริญเวียงเวชกิจ. (2557) *การพัฒนาแบบประเมินบุคลิกภาพเพื่อการศึกษาต่อและการเลือกอาชีพ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม.
- นิชขุนนท์ ประสารพันธ์, เพลินพิศ บุญมาลิก, และ อรรพรรณ แก้วบุญชู. (2564). ภาวะหมดไฟในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรในโรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(3), 48-63.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). *รายงานประจำปี 2566 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/e-book/รายงานประจำปี-2566-สำนักงาน/>
- Angelini, G. (2023). Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC psychology*, 11(1), 49-84.
- Holland, J. L., & Holland, J. E. (1977). Vocational indecision: More evidence and speculation. *Journal of Counseling Psychology*, 24(5), 404-414.
- LotfiNiya, H. (2010). Investigating the Relationship between Personality Traits with Elementary Teachers' Burnout in Tabriz. *Physical Science*, 3(11), 93-106.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational behavior*, 76(3), 487-506. doi: 10.1016/j.jvb.2010.01.003
- Sadeghi, A., Ofoghi, N., Niyafar, G. H., & Dadashi, K. (2015). Survey of the relationship between personality types and burnout among teachers at first period (guidance school) and second period of high school (secondary school) in the city of rasht, Iran. *Creative Education*, 6(8), 835-845. doi: 10.4236/ce.2015.68086
- Tuna, R., & Baykal, Ü. (2014). The relationship between job stress and burnout levels of oncology nurses. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 1(1), 33-39.



ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย : การศึกษาเชิงคุณภาพมุ่งสร้างธีมด้วยการวิเคราะห์เชิงหัวข้อ **Artificial intelligence Leadership (AI-leadership) of Nursing Administrators at Private Hospitals in Thailand: A Qualitative Study at Generated Themes used Thematic Analysis Approach**

ทวีพงษ์ บุษผรัตน์, กจ.ม., Tawiphong Buboharat, M.M.¹

นันทิยา ปรีชาเสถียร, พย.ม., Nuntiya Preechastien, M.N.S.^{2*}

ชัชวาล วงศ์สารี, ปร.ด., Chutchavarn Wongsaree, Ph.D.³

¹อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

¹Lecturer, Faculty of Nursing Pathumthani University

²อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

²Lecturer, Faculty of Nursing North Bangkok University

³อาจารย์, ดร., รองคณบดีฝ่ายบริการวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ

³Lecturer, Ph.D., Deputy Dean for Academic Services, Faculty of Nursing North Bangkok University

*Corresponding Author Email: nuntiya.pr@northbkk.ac.th

Received: November 17, 2024

Revised: December 6, 2024

Accepted: December 18, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความหมายภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์และองค์ประกอบผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ ปัญหาและความต้องการการพัฒนาความสามารถเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือเป็นผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ระดับกลาง และระดับต้น คัดเลือกแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลบอกต่อจนข้อมูลอิ่มตัว การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลรายแรกแบบเจาะจง (Purposive selected) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนถัดไปใช้วิธีการบอกต่อ จำนวน 25 คน เป็นผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง บันทึกเทป ถอดเทปแบบคำต่อคำ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงหัวข้อดึงข้อมูลสำคัญด้วยโปรแกรม ATLAS ti 6.1 ในการสร้างหัวข้อหลักและหัวข้อย่อย ข้อค้นพบ ดังนี้ ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาล หมายถึง ความสามารถในการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีที่ขับเคลื่อนด้วยปัญญาประดิษฐ์เพื่อ

การตัดสินใจ การบริหารจัดการ และการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารทางการแพทย์ มุ่งใช้ข้อมูลในการสร้างกลยุทธ์ ส่งเสริมความโปร่งใส สร้างความร่วมมือในทีม และยกระดับคุณภาพการบริการ พร้อมทั้งสนับสนุนการพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีและสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วย เป็นไปอย่างครบถ้วนและมีมาตรฐานสูงสุด ประกอบด้วย 21 ประเด็นย่อย ใน 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. การจัดการ ข้อมูล การวิเคราะห์และตัดสินใจ 2. การพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพบริการ 3. การสร้างความร่วมมือและ การสื่อสารในทีม 4. การประเมินผลและการติดตามคุณภาพ 5. การสร้างกลยุทธ์และการบริหารจัดการ 6. การเป็น หุ้นส่วนร่วมพัฒนาคนและองค์กร

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน การวิเคราะห์เชิงหัวข้อ

Abstract

This qualitative study aimed to study the meaning of AI leadership and the components of AI leadership, the problems and needs of AI capability development. The participants included senior, mid-level, and junior nursing administrators, selected initially through purposive sampling and subsequently expanded through snowball sampling until data saturation was reached with key importance 25 participants across three private hospitals. Data were collected via in-depth, semi-structured interviews, audio-recorded, and transcribed verbatim. Data analysis employed thematic analysis approach and using ATLAS.ti 6.1 to identify major and sub-themes. The study findings: AI- leadership among nursing administrators refers to the ability to use data and AI-powered technologies for effective decision-making, management, and process improvement. Nursing administrators emphasized using data to develop strategies, enhance transparency, foster team collaboration, and improve service quality. They also supported skill development in technology use and fostered a data-driven culture to ensure comprehensive, high-standard patient care. The study identified 21 sub-themes within 6 major themes: 1) Data management, analysis, and decision-making; 2) Innovation and quality improvement; 3) Team collaboration and communication; 4) Quality assessment and monitoring; 5) Strategy development and management; and 6) Partnership in human and organizational development.

Keywords: AI- leadership, nursing administrators, private hospitals, thematic analysis

บทนำ

ปัจจุบันเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (AI) ได้รับความยอมรับในฐานะเครื่องมือที่สามารถเสริมศักยภาพในการทำงานและการตัดสินใจในหลากหลายอุตสาหกรรม รวมถึงการพัฒนาระบบการพยาบาล (Russell & Norvig, 2021; Brynjolfsson & McAfee, 2017) โดย AI ใช้โมเดลวิเคราะห์ข้อมูลและระบบจัดเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้การตัดสินใจในองค์กรทำได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ (Koller & Friedman, 2009) นอกจากนี้ การวิจัยยืนยันว่า AI สามารถยกระดับคุณภาพบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการบริหารจัดการและการตัดสินใจที่ซับซ้อน ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรได้เป็นอย่างดี (Elattar, Gupta, & Arora, 2023; Gupta et al., 2023) เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างประเทศพบว่า ประเทศพัฒนาแล้วมีการสนับสนุนการพัฒนา AI อย่างเป็นระบบ ในขณะที่ประเทศไทยยังเผชิญความท้าทายในการปรับ AI ให้เข้ากับระบบการพยาบาล แม้จะมีแนวโน้มการเติบโตจากการสนับสนุนของภาครัฐและเอกชน (Niracha Inthasiri, 2022) โดยเฉพาะในองค์กรการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่ง AI มีบทบาทในการสนับสนุนการทำงานได้หลากหลาย อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายและกฎเกณฑ์ในการใช้งาน AI อย่างสร้างสรรค์ ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติ

องค์กรการพยาบาลมีลักษณะเฉพาะตัวที่มีสมาชิกในองค์กรทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีหน้าที่หลักคือ ให้บริการทางการแพทย์สนองต่อปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการด้วยมาตรฐานระดับสูง ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งที่สามารถสร้างเม็ดเงินและทำกำไรให้กับโรงพยาบาลได้ (Smith, 2020) ผู้บริหารในองค์กรการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงในงานจะเป็นตำแหน่งผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลดูแลนโยบาย วิสัยทัศน์ และมาตรฐานการบริการ ตลอดจน

สนับสนุนนวัตกรรมและการใช้ AI เพื่อเพิ่มคุณภาพงาน (Jones, 2019; Brown, 2021) ผู้บริหารระดับกลาง เช่น ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าส่วนการพยาบาล เป็นต้น มีหน้าที่บริหารงานและประสานงานตามนโยบายองค์กร โดยใช้ AI เพื่อพัฒนามาตรฐานบริการและการประเมินผล (White, 2022; Davis, 2023) ผู้บริหารระดับต้นควบคุมการดำเนินงานในแผนก เช่น หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าเวร เป็นต้น จะทำหน้าที่ดูแลทีมพยาบาลและใช้ AI ในการจัดการเวรพยาบาลและทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ (Taylor, 2020; Miller, 2021) การทบทวนวรรณกรรมพบว่าโรงพยาบาลที่ประยุกต์ใช้ AI อย่างเป็นระบบสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานด้านการพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการจัดเก็บข้อมูลและการทำงานที่รวดเร็ว (Bai, Chen, & Smith, 2020; Zhang, Wu, & Wei, 2021; Wang, Li, & Zhao, 2023) ความสำเร็จนี้เกิดจากภาวะผู้นำที่สนับสนุนการใช้งาน AI อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พนักงานพร้อมปรับตัวและเปิดรับเทคโนโลยี AI (Chen, Zhao, & Wang, 2023) ทั้งนี้การที่องค์กรจะนำ AI มาใช้อย่างเป็นระบบได้นั้นย่อมสะท้อนให้เห็นว่าองค์กรนั้น ๆ มีความศรัทธามั่นใจในภาวะผู้นำของผู้ที่มีอิทธิพลต่อคนในองค์กรต้องปฏิบัติเกี่ยวกับ AI ไปในทิศทางเดียวกัน ผู้วิจัยได้ทบทวนและค้นคว้าเกี่ยวกับนิยามและเครื่องมือวัดภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ (AI-leadership) จากแหล่งข้อมูลออนไลน์ทั่วโลก เช่น Google Scholar และ Semantic Scholar อย่างไรก็ตาม ผลการค้นพบแสดงให้เห็นว่ายังไม่มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์โดยตรง

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยานี้ถึงแม้จะเป็นปรากฏการณ์ใหม่แต่ก็มีมิติย่อยของมโนทัศน์ที่ถูกพัฒนาขึ้นก่อนแต่ยังอธิบายในปรากฏการณ์ใหม่ไม่ครอบคลุมแบบองค์รวม (Holistic view) การศึกษา

ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี (Theoretical Framework) โดยผสาน 5 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะผู้นำ เพื่ออธิบายการเกิดขึ้นของภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ในผู้บริหารการพยาบาล พร้อมกับสกัดตัวแปรหลัก 5 ตัว ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะผู้นำและกระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงกลยุทธ์ เน้นการเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นสำหรับการใช้ AI สกัดตัวแปรนี้จากทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและเชิงกลยุทธ์ (Porter, 1996a); 2) การนำองค์กรเชิงปัญญาประดิษฐ์ เป็นการใช้ AI ในการบริหารจัดการและตัดสินใจในองค์กร สกัดตัวแปรนี้จากทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงการปรับตัว (Heckathorn, 2011) และภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Porter, 1996) 3) การสร้างความร่วมมือระหว่างมนุษย์และเทคโนโลยี มุ่งเน้นการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรและ AI สกัดตัวแปรนี้จากภาวะผู้นำเชิงเทคโนโลยี (Avolio & Kahai, 2003) และภาวะผู้นำดิจิทัล (Westerman et al., 2014) 4) การพัฒนาเครือข่ายแลกเปลี่ยนข้อมูล สร้างเครือข่ายสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรและ AI สกัดตัวแปรนี้จากทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงการปรับตัว (Heckathorn, 2011) 5) การเปิดรับและปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยี AI เป็นการใช้ที่ผู้บริหารทุกระดับเปิดใจยอมรับ AI พัฒนาคุณสมบัติและความสามารถตนเองให้เพียงพอกับการใช้งาน AI ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการประเมินและปรับปรุงมาตรฐานการปฏิบัติงานด้วย AI สกัดตัวแปรนี้จากภาวะผู้นำเชิงเทคโนโลยี (Avolio & Kahai, 2003) กรอบแนวคิดนี้สร้างจากการรวม 5 ทฤษฎีที่สนับสนุนการนำ AI มาใช้ในองค์กร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการปรับตัว ได้แก่ ทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ช่วยให้ผู้นำเห็นแนวทางในการใช้ AI ในกลยุทธ์องค์กร, ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง สนับสนุนการปรับตัววัฒนธรรมองค์กรให้เหมาะกับ AI ภาวะผู้นำเชิงเทคโนโลยี ส่งเสริมบทบาท AI

ในภาวะผู้นำ, ภาวะผู้นำดิจิทัล เน้นการสร้างวัฒนธรรมที่ยอมรับเทคโนโลยี และภาวะผู้นำเชิงการปรับตัว เตรียมผู้นำรับมือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบความหมายที่ชัดเจนของภาวะผู้นำปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารทางการแพทย์ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย ที่ตรงประเด็นกับบริบท ซึ่งผู้วิจัยสกัดตัวแปรจากทฤษฎีร่วมสมัยและได้ศึกษานำร่อง พบว่า ผู้บริหารการพยาบาลก็ยังไม่สามารถให้ความชัดเจนเกี่ยวกับความหมายภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ตลอดจนมิตีย่อยขององค์ประกอบ อีกทั้งปรากฏการณ์ภาพรวมของประเทศไทยในบริบทของนักบริหารทางพยาบาลการนำ AI มาประยุกต์ใช้ในงานยังอยู่ในระยะเริ่มต้นยังไม่สามารถชี้ชัดในแง่มุมของความหมาย มิต้องค์ประกอบซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงยังไม่ปรากฏหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในด้านนิยามศัพท์และองค์ประกอบที่เป็นระบบสำหรับ AI-leadership ในแวดวงวิชาการ จึงเป็นช่องว่างขององค์ความรู้ (Gap of Knowledge) ที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม ถึงการให้ความหมาย องค์ประกอบของภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาล ที่ชัดเจน ทั้งยังสามารถนำไปใช้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมตลอดจนใช้ในพัฒนาภาวะผู้นำแห่งยุค AI อันเป็นการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์อันหนึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยวิเคราะห์องค์ประกอบและการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ที่ผู้วิจัยจะศึกษาต่อเนื่องในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ (ความหมายและองค์ประกอบ) และปัญหาความต้องการเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เน้นการศึกษาด้านการรับรู้เชิงประสบการณ์ในบริบทการทำงานที่ผู้บริหารทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน เพื่ออธิบาย ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ มุ่งศึกษาองค์ประกอบและความหมายภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ตามการรับรู้ของผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับ **ด้านผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** คือ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าเวร รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก ผู้บริหารการพยาบาลระดับกลาง ทั้งนี้บุคคลข้างต้นต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก จึงคัดเลือกตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ขอบเขตด้านเวลา คือ วันที่ 25 ตุลาคม ถึง 7 พฤศจิกายน 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพที่ออกแบบตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจความหมายเชิงลึกของภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนตามมิติองค์ประกอบ ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดจากประสบการณ์จริงที่ลึกซึ้งและละเอียดอ่อนของผู้ให้ข้อมูล แนวทางการศึกษา: เลือกใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสม เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ 1) ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ได้แก่ หัวหน้าเวร รองหัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าแผนก 2) ผู้บริหารการพยาบาลระดับกลาง ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าส่วนทำการพยาบาล ระดับผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล และ 3) ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูง ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล ทั้งหมดนี้จะช่วยสะท้อนถึงประสบการณ์หลากหลายที่เชื่อมโยงกับการบริหารจัดการและการนำ

นวัตกรรมมาใช้ในองค์กรพยาบาลได้อย่างครบถ้วน

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลรายแรกแบบเจาะจง (Purposive selected) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคนถัดไปใช้วิธีการบอกต่อ (Snowball sampling technique)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหลักในการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ประเด็นที่สอดคล้องกับบริบท 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล อาทิ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ การศึกษาสูงสุด ประสบการณ์ในตำแหน่งบริหาร การผ่านการอบรมการใช้ AI ปัจจัยบ่งชี้ความสำเร็จในการใช้ AI ในงานบริหารการพยาบาล ปัญหาและความต้องการในการใช้ AI เป็นต้น

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) พร้อมกับการบันทึกเทปเสียงเพื่อความแม่นยำในการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกถอดความแบบคำต่อคำจนกว่าข้อมูลจะถึงจุดที่เรียกว่า “ความอิ่มตัวของข้อมูล” ทั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ จึงมุ่งความอิ่มตัวของข้อมูลเป็นสำคัญ งานวิจัยนี้ใช้ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 25 คน ใช้เวลาสัมภาษณ์ 30-45 นาที/ผู้ให้ข้อมูล และกรณีต้องข้อมูลเพิ่มเติม ผู้วิจัยจะนัดการสัมภาษณ์เพิ่มเติมทางโทรศัพท์ใช้เวลาไม่เกิน 20 นาที/คน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงหัวข้อและการตรวจสอบแบบสามเส้า ผู้วิจัยได้นำการวิเคราะห์เชิงหัวข้อ (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun and Clarke (2006) และ Naeem et al. (2023) มาใช้เพื่อระบุประเด็นสำคัญและให้ความหมายที่ชัดเจนในทุกมิติ ในการดำเนินการนี้ ผู้วิจัยได้รวมกิจกรรมที่ต้องทำในแต่ละขั้นตอนจากทั้งสองแนวคิดหลักเข้าด้วยกันและตั้งชื่อขั้นตอนใหม่ แบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอนสำคัญ และนำแนวคิด

การสร้างที่น่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ มาใช้ผ่านการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Data triangulation) เพื่อเสริมสร้างที่น่าเชื่อถือและ

ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบมี 3 ด้าน โดยประยุกต์แนวคิดของ Denzin (2009) ซึ่งขั้นตอนการวิเคราะห์เชิงหัวข้อตาม (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เชิงหัวข้อและการตรวจสอบแบบสามเส้า : แบบขั้นตอนต่อขั้นตอน

การวิเคราะห์เชิงหัวข้อและการบูรณาการกิจกรรม	กิจกรรมการตรวจสอบสามเส้า
1. การมุ่งความเข้าใจและความคุ้นเคยของข้อมูล (Understanding and data familiarity oriented) อ่านและทบทวนข้อมูลที่รวบรวมมาหลายครั้งจนเกิดความคุ้นเคย และทำการถอดความ (Transcription) จากเทปบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อให้ข้อมูลอยู่ในรูปแบบที่พร้อมสำหรับการวิเคราะห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการถอดเทปแบบวันต่อวัน แสดงข้อมูลและจัดกระทำกับข้อมูลด้วยโปรแกรม ATLAS ti. 6	1. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดความมาเปรียบเทียบกับบันทึกการสังเกตภาคสนามและบันทึกการสัมภาษณ์ เพื่อให้แน่ใจว่ามีการเก็บรายละเอียดที่ครบถ้วนถูกต้องและการแสดงพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในการสัมภาษณ์
2. การริเริ่มกำหนดคำสำคัญและรหัส (Generating Initial Codes) ทำการกำหนด “รหัส (Code)” เบื้องต้นให้กับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นหรือแนวคิดที่พบ ซึ่งอาจเป็นคำสั้น ๆ หรือประโยคที่สรุปใจความสำคัญของแต่ละส่วน	2. ใช้การตรวจสอบโดยผู้วิจัยร่วม (Peer check) หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญภายนอก เพื่อประเมินว่า “รหัส” ที่กำหนดนั้นมีความสอดคล้องและครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการศึกษาหรือไม่
3. การค้นหาประเด็นสำคัญและผสมผสานสร้างธีม (Finding key points and integrating themes) นำรหัสที่กำหนดมาจัดกลุ่ม เพื่อสร้างธีมหรือหัวข้อหลักที่ครอบคลุมกลุ่มรหัสนั้น โดยเน้นธีมที่สะท้อนประเด็นสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย	3. ตรวจสอบการสร้างธีมโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data Source Triangulation) เช่น ข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ หรือจากกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย เพื่อยืนยันว่าธีมที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับความจริงหลายด้าน
4. การทบทวนการจัดกลุ่มประเด็นสู่การสร้างหัวข้อ (Review of grouping issues into topic creation) ทำการทบทวนการจัดกลุ่มประเด็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์กัน การเข้ากันได้ในทิศทางความหมายและปรับแก้ธีมที่สร้างขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าแต่ละธีมมีความชัดเจนครอบคลุม และไม่ซ้ำซ้อนกัน โดยอาจมีการรวมธีมย่อยหรือแบ่งธีมหลักเพิ่มเติม	4. ใช้การตรวจสอบเชิงวิธีวิทยา (Methodological Triangulation) โดยนำข้อมูลที่ได้จากวิธีการอื่น ๆ ในบริบท เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ หรือการวิเคราะห์เอกสาร มาเปรียบเทียบกับเพื่อสนับสนุนหรือปรับแก้ธีมที่ได้

ตารางที่ 1 (ต่อ)

การวิเคราะห์เชิงหัวข้อและการบูรณาการกิจกรรม	กิจกรรมการตรวจสอบสามเส้า
5. การกำหนดชื่อประเด็นผ่านการคิดรวบยอด (Naming issues through conceptual thinking) คิดเชิงสังเคราะห์ให้เห็นความชัดเจนในองค์ประกอบและความหมาย แล้วตั้งชื่อให้ชัดเจนแต่ละตัวที่ชัดเจนพร้อมระบุความหมายได้อย่างครบถ้วน พร้อมทั้งอธิบายว่าแต่ละชื่อหมายถึงอะไรและสัมพันธ์กับการวิจัยอย่างไร	5. นำเสนอชื่อและคำอธิบายให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้วิจัยร่วมตรวจสอบ (Expert review) เพื่อประเมินว่าชื่อและคำอธิบายสอดคล้องกับข้อมูลจริง อันสะท้อนประเด็นหลักของการวิจัยได้ดีหรือไม่ และคำนึงถึงครอบคลุมในภูมิทัศน์ของประเด็นย่อย
6. การสร้างเชิงมนทัศน์ใหม่และเขียนรายงาน (Creating new concepts and writing reports) เขียนมนทัศน์ที่ครอบคลุมองค์ประกอบและระบุความหมาย พรรณาความสัมพันธ์เชิงเหตุผล นำเสนอผลการวิเคราะห์ที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยใช้ชื่อที่ได้สรุปยืนยันเห็นสมควรแล้ว และนำเสนอข้อมูลที่สนับสนุน ซึ่งควรรวมถึงการยกตัวอย่างคำพูดหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้อง อาจแสดงข้อมูลเป็นตาราง ภาพผังมนทัศน์ และอธิบายสรุปที่กระชับชัดเจน	6. เปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Theory triangulation) เพื่อยืนยันว่าข้อสรุปสอดคล้องหรือขัดแย้งกับแนวคิดหรือทฤษฎีที่มีอยู่ในปัจจุบัน พร้อมทั้งระบุข้อจำกัดในการวิเคราะห์หากพบ กระบวนการที่กล่าวมามีสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่มุ่งเน้นการระบุและตีความหัวข้อสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงประเด็นต่าง ๆ ในมุมมองแนวคิดของข้อมูล

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ เลขที่ NS20/2567 ลงวันที่ 20 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารการพยาบาล จำนวน 25 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72 ซึ่งประกอบไปด้วยผู้บริหารระดับต้น มากที่สุด ร้อยละ 48.00 รองลงมาเป็นผู้บริหารระดับกลาง ร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 48.00 รองลงมา คือผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และช่วงอายุ 30-39 ปีตามลำดับ (Mean = 46.20 ปี, SD = 7.26 ปี, Max. = 55 ปี, Min. = 28 ปี) ด้านการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 32 และผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

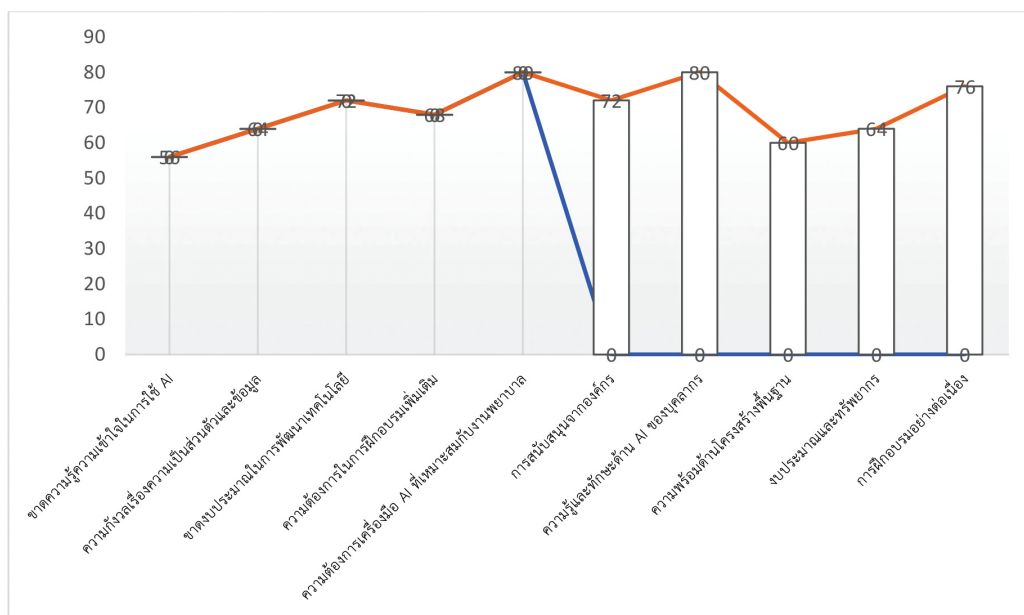
ร้อยละ 68 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริหารมีประสบการณ์ในตำแหน่งบริหารมากกว่า 5 ปีขึ้นไป โดยร้อยละ 40 มีประสบการณ์ระหว่าง 5-10 ปี และร้อยละ 32 มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี (Mean = 7.48 ปี, SD = 3.57 ปี, Max. = 12 ปี, Min. = 3 ปี)

ในการนำ AI มาใช้ในงานบริหารส่วนใหญ่เคยผ่านการอบรมการใช้ AI มาก่อน ร้อยละ 60 อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้บริหารอีกร้อยละ 40 ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมในการสำรวจปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการใช้ AI ในงานบริหารการพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดคือ ความรู้และทักษะด้าน AI ของบุคลากร ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 80 เห็นว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จ รองลงมาคือการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 76 และการสนับสนุนจากองค์กร ร้อยละ 72 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารมองว่าความรู้และการฝึกอบรม

มีความสำคัญมากกว่าทรัพยากรทางวัตถุหรือโครงสร้างพื้นฐาน ร้อยละ 80 ของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นว่าควรมีการจัดหาเทคโนโลยีที่ตรงกับความต้องการของการบริหารโรงพยาบาล นอกจากนี้ ปัญหาขาดงบประมาณและความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวของข้อมูลก็เป็นข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะในประเด็นงบประมาณที่มีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 72 ระบุว่าอุปสรรคในการพัฒนาเทคโนโลยีในองค์กร ผู้บริหารโรงพยาบาลระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลในครั้งนี้ มีบทบาทสำคัญในการชี้ให้เห็นถึงแนวทางและปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการนำ AI มาใช้ในงานพยาบาล

ในขณะที่ผู้บริหารการพยาบาลระดับสูงให้ความสำคัญกับการวางนโยบายและสนับสนุนเชิงกลยุทธ์ ผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางมักเน้นไปที่การใช้งานจริงและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการปฏิบัติงานตามภาพเส้นทแยงระหว่างความต้องการ AI มาใช้เป็นเครื่องมือพัฒนางานพยาบาลกับการสนับสนุนจากองค์กรนั้นค่อนข้างต่างกันมาก

ปัญหาและความต้องการในการใช้ AI และปัจจัยบ่งชี้ความสำเร็จในการนำ AI มาใช้ในงานบริหารการพยาบาลของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับ ($n = 25$) (ดังแผนภาพที่ 1)



แผนภาพที่ 1 แสดงปัญหาและความต้องการในการใช้ AI

1. ภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ของผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน ประเทศไทย

เมื่อถามถึงความหมายของภาวะผู้นำเชิงปัญญาประดิษฐ์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ระบุนิยามความหมายไปในทางที่สอดคล้องกันสรุปเป็นข้อความที่แสดงความหมายว่า เป็นพลังความสามารถในการใช้ข้อมูล

และเทคโนโลยีที่ขับเคลื่อนด้วยปัญญาประดิษฐ์เพื่อการตัดสินใจ การบริหารจัดการ และการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บริหารในแต่ละระดับมุ่งใช้ข้อมูลในการสร้างกลยุทธ์ ส่งเสริมความโปร่งใส สร้างความร่วมมือในทีม และยกระดับคุณภาพการบริการ พร้อมทั้งสนับสนุนการพัฒนาทักษะ

การใช้เทคโนโลยีและสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลที่จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างครบถ้วนและมีมาตรฐานสูงสุด ระบุองค์ประกอบสำคัญได้ 21 องค์ประกอบย่อยภายใต้ 6 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1.1 การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และตัดสินใจ (Data Management, Analysis, and Decision Making) เมื่อถามถึงความหมายผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (20 คน) กล่าวถึงความหมายว่า AI จะโดดเด่นในการเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อช่วยตัดสินใจในการบริหารจัดการและการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและมีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนกล่าวว่า AI จะวิเคราะห์จัดลำดับให้เหตุผลในทางเลือกที่สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีการเสนอข้อมูลที่เป็นแนวปฏิบัติและขอพึงระวังทำให้เราตัดสินใจในงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบด้วย 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ 2) การใช้ข้อมูลในการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพการบริการ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพการบริการ 4) การนำเสนอข้อมูลให้กับทีมงานเพื่อการปรับปรุง 5) การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการ และ 6) การสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลในองค์กร

1.2 การพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพบริการ (Innovation and Service Quality Improvement) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (15 คน) เห็นพ้องว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมและยกระดับคุณภาพบริการ โดย AI ช่วยให้สามารถคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า แนะนำแนวทางการพัฒนาใหม่ ๆ และเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ AI รวบรวมและวิเคราะห์ ช่วยให้ทีมสามารถปรับปรุงคุณภาพและสร้างสรรค์นวัตกรรมได้อย่างตรงจุด อีกทั้งยังช่วยสร้างกระบวนการทำงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพบริการ

2) การพัฒนานวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน 3) การสร้างนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม และ 2.4 การสนับสนุนการศึกษาและการวิจัยในด้านการพยาบาล

1.3 การสร้างความร่วมมือและการสื่อสารในทีม (Collaboration and Team Communication) ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (17 คน) แสดงให้เห็นว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือและการสื่อสารในทีมพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่รวดเร็วและแม่นยำ ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างโปร่งใสและเปิดกว้าง และ การใช้ AI ในการเก็บข้อมูลการทำงานยังช่วยส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน โดย AI ยังทำให้การเข้าถึงข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจร่วมกันเกิดขึ้นอย่างง่ายดาย และมีประสิทธิภาพสูงสุด ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การสร้างความโปร่งใสและการสื่อสาร 2) การสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ 3) การสนับสนุนการทำงานร่วมกันในทีม และ 4) การสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

1.4 การประเมินผลและการติดตามคุณภาพ (Evaluation and Quality Monitoring) ผู้ให้ข้อมูลหลายคน (13 คน) กล่าวว่า AI มีบทบาทอย่างยิ่งในการประเมินผลและติดตามคุณภาพการให้บริการ โดย AI ช่วยให้การตรวจสอบข้อมูลเชิงลึกและการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้บริหารสามารถติดตามความคืบหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพได้อย่างใกล้ชิด และสามารถปรับแผนงานได้ทันทั่วๆไปตามข้อมูลที่ AI รวบรวม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการตรวจสอบคุณภาพและการจัดการความเสี่ยงในองค์กร ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การประเมินผลและติดตามผลการดำเนินงาน 2) การจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ 3) การวางแผนนโยบายที่มีข้อมูลสนับสนุน และ 4) การพัฒนาและบริหารจัดการคุณภาพองค์กร

1.5 การสร้างกลยุทธ์และการบริหารจัดการ (Strategic Planning and Management) การนำ AI มาช่วยสร้างกลยุทธ์และการบริหารจัดการได้รับการยอมรับจากผู้ให้ข้อมูล (16 คน) ว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยทำให้การวางแผนเชิงกลยุทธ์มีข้อมูลที่แม่นยำและทันสมัย ช่วยให้การบริหารงานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ AI เพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์และการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต สามารถช่วยให้ผู้บริหารวางแผนได้อย่างเหมาะสม AI ยังมีบทบาทในการสนับสนุนทีมและเครื่องมือเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพนักงานในองค์กรอีกด้วย ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การสร้างกลยุทธ์ที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล 2) การใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสนับสนุนทีม และ 3) การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี

1.6 การเป็นหุ้นส่วนร่วมพัฒนาคนและองค์กร (Partnership in Personnel and Organizational Development) ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ (18 คน) เห็นตรงกันว่า AI เป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรและสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดย AI ช่วยในการออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมและสร้างโอกาสในการพัฒนาทักษะใหม่ ๆ ในทีมงานพยาบาล ซึ่งทำให้ทีมสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการบริการ อีกทั้งยังช่วยให้ทีมมีทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญต่อการทำงานในอนาคต AI ยังช่วยให้การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นไปอย่างราบรื่นและมีความยั่งยืน ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยี 2) การพัฒนาบุคลากรผ่านการใช้ AI และ 3) การสร้างองค์กรการเรียนรู้

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดการข้อมูล การวิเคราะห์และตัดสินใจ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร โดยช่วยจัดการ

ข้อมูลจำนวนมากและนำเสนอการวิเคราะห์เชิงลึกที่เพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังระบุว่า AI สามารถจัดลำดับความสำคัญและเสนอทางเลือกในการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่ซับซ้อน อธิบายว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหาร โดยช่วยจัดการข้อมูลจำนวนมากและนำเสนอการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน นอกจากนี้ AI ยังช่วยจัดลำดับความสำคัญและเสนอทางเลือกในการตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ผลการวิจัยสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่เน้นการตัดสินใจที่รวดเร็วและแม่นยำ ผู้นำจำเป็นต้องมีทักษะในการใช้ข้อมูลเชิงลึกในบริบทที่เปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่มีการแข่งขันสูง AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลและสร้างแบบจำลองการตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ทั้งนี้ AI ช่วยให้ผู้นำปรับตัวและเลือกแนวทางที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนได้อย่างรวดเร็วในภาคการพยาบาล (Porter, 1996; Smith, Jones, & Brown, 2020; Doe, Smith, & Johnson, 2021)

2. การพัฒนานวัตกรรมและคุณภาพบริการ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นพ้องว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการพัฒนานวัตกรรมและยกระดับคุณภาพบริการ โดย AI ช่วยให้การคาดการณ์ปัญหาล่วงหน้า นำเสนอแนวทางการพัฒนาใหม่ๆ และเสริมประสิทธิภาพในการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ โดยข้อมูลที่ AI รวบรวมและวิเคราะห์ ช่วยให้ทีมสามารถปรับปรุงคุณภาพและสร้างสรรค์นวัตกรรมได้อย่างตรงจุด อีกทั้งยังช่วยสร้างกระบวนการทำงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น ข้อมูลที่ AI รวบรวมและวิเคราะห์ ช่วยให้ทีมสามารถปรับปรุงคุณภาพบริการและสร้างสรรค์นวัตกรรมได้อย่างตรงจุด ทำให้การทำงานมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงขึ้น องค์กรที่ใช้ AI มักตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้ดีกว่า

(Smith, Jones, & Brown, 2020) ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์สามารถนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Kirkpatrick, & Kirkpatrick, 2006) AI ยังช่วยให้ผู้บริหารสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพและเตรียมความพร้อมให้กับผู้นำในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยการศึกษาของ Doe, Smith, และ Johnson (2021) ยืนยันถึงความสำคัญของการใช้ AI ในการพัฒนานวัตกรรมและการบริหารจัดการในภาคการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งในภาวะที่องค์กรต้องเปลี่ยนไปใช้ปัญญาประดิษฐ์ ภาวะผู้นำเชิงการปรับตัว เตรียมผู้นำรับมือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

3. การสร้างความร่วมมือและการสื่อสารในทีม
ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่า AI มีบทบาทสำคัญในการสร้างความร่วมมือและการสื่อสารในทีมพยาบาลให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่รวดเร็วและแม่นยำ ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างโปร่งใสและเปิดกว้าง และ การใช้ AI ในการเก็บข้อมูลการทำงานยังช่วยส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน โดย AI ยังทำให้การเข้าถึงข้อมูลสำคัญเพื่อการตัดสินใจร่วมกันเกิดขึ้นอย่างง่ายดายและมีประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้กรอบแนวคิดการนำ AI มาใช้ในการพัฒนากลยุทธ์องค์กร ผู้นำสามารถปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรให้เหมาะสมกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ ได้ นอกจากนี้ ภาวะผู้นำเชิงเทคโนโลยีและดิจิทัลยังส่งเสริมวัฒนธรรมการยอมรับ AI ในการบริหารจัดการ การใช้ AI เพื่อสื่อสารและทำงานร่วมกันช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของทีม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ผู้นำต้องมีทักษะในการจัดการข้อมูลในสถานะที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (Porter, 1996a) การวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า AI ช่วยวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมาก

ทำให้การตัดสินใจในสถานการณ์ซับซ้อนมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นแนวทางที่สำคัญในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับสูง (Smith, Jones, & Brown, 2020; Doe, Smith, & Johnson, 2021)

4. การประเมินผลและการติดตามคุณภาพ
ผู้ให้ข้อมูลหลายท่านกล่าวว่า AI มีบทบาทอย่างยิ่งในการประเมินผลและติดตามคุณภาพการให้บริการ โดย AI ช่วยให้การตรวจสอบข้อมูลเชิงลึกและการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้บริหารสามารถติดตามความคืบหน้าและผลการพัฒนาคุณภาพได้อย่างใกล้ชิด และสามารถปรับแผนงานได้ทันทีตามข้อมูลที่ AI รวบรวม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการตรวจสอบคุณภาพและการจัดการความเสี่ยงในองค์กร ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ระบุว่าผู้นำต้องมีทักษะในการใช้ข้อมูลเชิงลึกเพื่อการตัดสินใจอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในการบริหารการพยาบาลที่เผชิญกับการแข่งขันสูง การศึกษาของ Smith, Jones, and Brown (2020) และ Doe, Smith, และ Johnson (2021) ยืนยันว่า AI ช่วยให้ผู้ผู้นำสามารถปรับตัวและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในสถานะที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การสร้างกลยุทธ์และการบริหารจัดการ
โดยการใช้ AI ได้รับการยอมรับจากผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การวางแผนเชิงกลยุทธ์มีความแม่นยำและทันสมัย ทำให้การบริหารงานพยาบาลมีทิศทางที่ชัดเจน โดยเฉพาะการวิเคราะห์สถานการณ์และการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต AI ยังมีบทบาทในการสนับสนุนทีมงานและเครื่องมือเทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของพนักงาน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ระบุว่า AI ช่วยให้ผู้ผู้นำสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (Porter, 1996a) นอกจากนี้ AI ยังสนับสนุนการปรับ

วัฒนธรรมองค์กรให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี ซึ่งจำเป็นต่อการพัฒนาองค์กรในอนาคตที่ยั่งยืน (Smith, Jones, & Brown, 2020) การสร้างวัฒนธรรมที่เปิดรับเทคโนโลยีจะช่วยส่งเสริมให้พนักงานทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน (Doe, Smith, & Johnson, 2021)

6. การเป็นหุ้นส่วนร่วมพัฒนาคนและองค์กร
ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า AI เป็นเครื่องมือที่ส่งเสริมการพัฒนาบุคลากรและสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ โดย AI ช่วยในการออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมและสร้างโอกาสในการพัฒนาทักษะใหม่ๆ ในทีมงานพยาบาล ซึ่งทำให้ทีมสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและการบริการ อีกทั้งยังช่วยให้ทีมมีทักษะใหม่ๆ ที่สำคัญต่อการทำงานในอนาคต AI ยังช่วยให้การสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้เป็นไปอย่างราบรื่นและมีความยั่งยืน การนำ AI มาใช้ในองค์กรนั้นได้รับการสนับสนุนจากทฤษฎีต่างๆ เช่น ทฤษฎีภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้นำมีแนวทางในการใช้ AI ในการสร้างกลยุทธ์องค์กร ทฤษฎีภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงซึ่งสนับสนุนการปรับตัววัฒนธรรมองค์กรให้เข้ากับ AI และภาวะผู้นำดิจิทัลที่เน้นการสร้างวัฒนธรรมยอมรับเทคโนโลยี ทฤษฎีเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าผู้นำต้องมีทักษะในการใช้ AI เพื่อตัดสินใจอย่างรวดเร็วในสถานการณ์ที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การใช้ AI ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและตอบสนองต่อความต้องการของทีมพยาบาลได้ดีขึ้น ทั้งนี้ การสนับสนุนและการฝึกอบรมบุคลากรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเตรียมความพร้อมให้กับองค์กรในยุคดิจิทัลที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Porter, 1996; Smith, Jones, & Brown, 2020; Doe, Smith, & Johnson, 2021)

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ด้านการพัฒนาศาสตร์การบริหารการพยาบาล
ทีมบริหารโรงพยาบาลควรสร้างกลยุทธ์ที่ใช้ AI เป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมการใช้ AI เป็นส่วนสำคัญในกระบวนการจัดการ เช่น การวางแผนทรัพยากรบุคคล การประเมินผลการทำงาน และการวางกลยุทธ์ระยะยาว ส่งเสริมการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรใช้ AI เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างนวัตกรรมด้านบริการสุขภาพ เช่น การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลที่โปร่งใสและทันสมัย
2. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ ส่งเสริมการฝึกอบรมสำหรับผู้บริหารการพยาบาลที่เน้นทักษะการใช้ปัญญาประดิษฐ์เพื่อการตัดสินใจและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- Bai, Y., Chen, J., & Smith, L. (2020). Implementing AI-driven policies in hospital administration: A case study. *Journal of Health Policy*, 12(3), 210-219. doi: 10.1016/j.jhp.2020.01.015
- Brown, T. (2021). AI in nursing management: Policy and evaluation. *Journal of Nursing Leadership*, 38(2), 123-135. doi: /10.1016/j.ijnss.2018.09.013
- Brynjolfsson, E., & McAfee, A. (2017). *Machine, platform, crowd: Harnessing our digital future*. New York: Norton & Company.
- Chen, X., Zhao, M., & Wang, L. (2023). AI-led transformation in nursing leadership. *Nursing Management Journal*, 27(1), 45-58. doi: 10.1016/j.nmj.2023.03.004

- Davis, S. (2023). Effective implementation of AI in nursing mid-management. *International Journal of Nursing Sciences*. doi: 10.1097/01.nurse.0000577716.57052.8d
- Denzin, N. K. (2009). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Routledge.
- Elattar, H., Gupta, A., & Arora, S. (2023). AI applications in healthcare decision-making. *Healthcare Review*, 45(4), 202-210.
- Heckathorn, D. D. (2011). Comment: Snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological methodology*, 41(1), 355-366.
- Jones, A. (2019). *Nursing leadership and management: Integrating AI for better outcomes*. UK: Pearson.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels* (3rd ed.). San Francisco: Berrett-Koehler.
- Koller, D., & Friedman, N. (2009). *Probabilistic graphical models: Principles and techniques*. Massachusetts: MIT Press.
- Miller, R. (2021). AI in clinical nursing: Enhancing management in patient care. *Clinical Nursing Review*, 42(2), 88-100.
- Russell, S., & Norvig, P. (2021). *Artificial intelligence: A modern approach* (4th ed.). UK: Pearson.
- Smith, T. (2020). *Economic impact of healthcare nursing organizations*. Netherlands: Elsevier.
- Smith, J. Q., Jones, M. R., & Brown, C. D. (2020). Advancing Managerial Evolution and Resource Management in Contemporary Business Landscapes. *Journal of Management Studies*, 58, 1-25.
- Taylor, J. (2020). The role of nursing heads in AI-integrated healthcare environments. *Healthcare Leadership Journal*, 9(2), 77-85.
- Wang, Q., Li, T., & Zhao, H. (2023). Streamlining documentation in healthcare through AI. *Healthcare Informatics*, 39(2), 134-145. doi: 10.3928/01484834-20230921-01
- White, J. (2022). Roles and AI in nursing management. *Journal of Nursing Administration*, 52(6), 345-352. doi: 10.3928/01484834-20180921-01
- Zhang, Y., Wu, L., & Wei, Z. (2021). The impact of AI-driven decision support in healthcare institutions. *Journal of Medical Systems*, 45(4), 230-242. doi: 10.1007/s10916-021-01702-4





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 โดยบทความที่พิจารณาจะตีพิมพ์ในวารสารจะต้องเป็นบทความที่มีคุณภาพ 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	ศ.ดร.วิชัย อิงพินิจพงศ์	รศ.ดร.พนิชฐา พานิชาชีวะกุล
	รศ.ดร.สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล	รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง
	ผศ.ดร.ซัจเจนค์ แพรขาว	ผศ.ดร.วันทนา ศิริธราธิวัตร
	ผศ.ดร.อรสา กงตาล	ผศ.ดร.คุรุศาสตร์ คนหาญ
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ศ.ดร.ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์	ร.ท.หญิง ผศ.ดร.อัญชลี เขียวโสธรคูวอล
	รศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีดิธรรม	รศ.ดร.รสลัย กัลยาณพจน์พร
	รศ.ดร.กัญญาดา ประจุศิลป์	ผศ.ดร.สุจิตรา บุญหยง
	ผศ.ดร.สุนทรภรณ์ มีพริ้ง	
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา	รศ.ดร.อาทิตย์ พวงมะลิ
	ผศ.ดร.นวลลออ ชวินชัย	
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต	รศ.ดร.สุรตนา อำนวยผล	รศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา
	รศ.ดร.พินัยลัก ตันติสิปกร เอิร์ด	รศ.ดร.ปิยะนุช ชูโต
มหาวิทยาลัยบูรพา	ศ.ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ	รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
	รศ.ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์	ผศ.ดร.ฉันทนา จันทร์วงศ์
	ผศ.ดร.อรชร บุญลา	
มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก มหาวิทยาลัยมหิดล	ศ.ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ	ผศ.ดร.พรพรรณ สมินทร์ปัญญา
	ศ.ดร.รุจา ภูไพบูลย์	รศ.ดร.ประยูร พองสถิตกุล
	รศ.ดร.มณี อากานันท์กุล	รศ.ดร.วรรณะ ชลาชนเดชะ
	รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	รศ.ดร.อรรณพ แก้วบุญชู
	รศ.ดร.รุ่งทิพา วัฒนละลิต	รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
	รศ.ดร.ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา	รศ.ดร.ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ
	รศ.ดร.สุภาพ ไทยแท้	รศ.ดร.ปิยธิดา นาคะเกษียร
	รศ.ดร.อรอมณ ศรียุกตศุทธ	รศ.ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา
	รศ.ดร.ครรชิต จุดประสงค์	รศ.ดร.พีรเมงคล วัฒนานนท์
	ผศ.ดร.เวทสินี แก้วขันตี	ผศ.ดร.จตุพร วงศ์สาธิตกุล
	ผศ.ดร.วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์	ผศ.ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์
	ผศ.ดร.ธนชพร นุตมากุล	ดร.ชวลิต วโรดมรังสิมันต์
	ดร.นพวรรณ พินิจจรเดช	
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ	ผศ.ดร.ประทีป จินน์	ผศ.ดร.รัมภา บุญสินสุข
	ผศ.ดร.สายธิดา ลาภอนันตสิน	ผศ.ดร.รุ่งฤดี กล้าหาญ
	ผศ.ดร.กาญจนา ภัทราวินันท์	ดร.พิชชาดา ประสิทธิ์โชค
	ดร.นฤมล พระใหญ่	

ต้นสังกัด	รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช	ศ.ดร.บุญทิพย์ สิริรังสี	รศ.ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย
	รศ.ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล	รศ.ดร.วรางคณา จันทรวง
	รศ.ดร.วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล	รศ.ดร.มุกดา หนูศรี
	รศ.สุดาว เลิศวิสุทธิไพบูลย์	รศ.ดร.นิรนาท แสนสา
	รศ.สราวุธ สุธรรมมาสา	รศ.พรทิพย์ กิระพงษ์
	ผศ.ดร.สิริรัตน์ สุวณิชย์เจริญ	ผศ.ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์
	ผศ.ดร.อารยา ประเสริฐชัย	ผศ.ดร.ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์
	ผศ.ดร.ศรชัย สิ้นสุวรรณ	ดร.ชื่นจิตร์ โพธิ์สัพสุข
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย	พ.อ.หญิง ผศ.ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
	ผศ.ดร.นฤมล ปทุมรักษ์	ผศ.ดร.เนตรชนก ศรีทุมมา
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช	ผศ.ดร.รัตนา จารุวรรณ	ผศ.ดร.สุณี เวชประสิทธิ์
	รศ.พ.ต.อ.ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล	
วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ	พลตรีหญิง รศ.ดร.สายสมร เฉลยภักดี	
วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก	ศ.ดร.ศิริพร จิรวัดนกุล	รศ.ดร.พรรณราย ทรัพย์ะประภา
	รศ.สุจิตรา ลิ้มอานวยเลิศ	รศ.ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์
	รศ.ลัดดาวัลย์ เกษมนเนตร	ผศ.ดร.พรรณวดี สมกิตติกานนท์
นักวิชาการอิสระ	ดร.สิริวัฒน์ อายุวัฒน์	ดร.อัศนี วันชัย
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	รศ.ดร.จิตรพรรณ ภูษาภักดีภพ	
วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา	รศ.ดร.ดวงเดือน ศาสตรภัก	รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย
	รศ.ดร.มาลีวัล เลิศสาครศิริ	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ
วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	รศ.ดร.สุวรรณณี ละออปากชิน	รศ.ดร.วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล
	รศ.ดร.มนีรัตน์ ภาครูป	รศ.สมพร ชีโนรส
	รศ.สุภาวดี เครือโชติกุล	รศ.พรศิริ พันธสี
	ผศ.ดร.สมนึก สกุลหงส์โสภณ	ผศ.ดร.ผกาวัลดี พุ่มสุทัศน์
	ผศ.ดร.สุวรรณมา อนุสันติ	ผศ.ดร.อัชมา ชื่นบุญ
	ผศ.สรายุธ มงคล	เชอร์ ดร.สมศรี สุเมธ
	ดร.ปานตา อภิรักษ์นภานนท์	ดร.นงคราญ วงษ์ศรี
	ดร.ชูเกียรติ จากใจชน	ดร.รัตนภรณ์ ช้อนเปียยุ่ง
	ดร.ชาธิปัตย์ เครือพานิชย์	
	รศ.ดร.กัณฑพร ยอดไชย	รศ.สุรีย์ ฤกษ์เจริญ
	ผศ.ดร.ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา	ผศ.ณอมศรี อินทนนท์
	รศ.ดร.วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์	รศ.ดร.ชลีกร ด่านยุทธศิลป์
มหาวิทยาลัยนเรศวร	ผศ.ดร.จิรรัตน์ หรือตระกูล	ผศ.ดร.รัตนภาววรรณ อยู่ภาค
	ผศ.ดร.จรรยา สิ้นตยากร	ผศ.ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ
	ผศ.ดร.อินทิรา ปากันทะ	ดร.กุลวรา เพียรจริง
	อ.ทยา อินทร์แก้ว	

ต้นสังกัด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี	ผศ.ดร.พรรณวิภา บรรณเกียรติ	
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม	รศ.เจษฎา บุญมาโฮม	ผศ.ดร.กมลฤ ญนอมสัต์ย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ	รศ.ดร.อรพรรณ โตสิงห์	รศ.ดร.รุ่งนภา ภาณิตรัตน์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	ผศ.ดร.พัฒนสิน อารีอุดมวงศ์	ผศ.ดร.โสภาพรรณ อินตะเผือก
มหาวิทยาลัยปทุมธานี	ผศ.ดร.วลัยนารี พรหมลา	ผศ.ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ	ดร.ชัชวาล วงศ์สารี	ดร.อาภากร เปี้ยวนิม
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่	ดร.สุทธิชาร์ตน์ เจริญพงศ์	
มหาวิทยาลัยชินวัตร	รศ.ดร.พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤณี	
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร	ดร.พิทยา ศรีเมือง	
มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรณารส	
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรธานี	ดร.สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์	
วิทยาลัยพยาบาลราชชนนีนี ยะลา	ผศ.ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	
มหาวิทยาลัยรามคำแหง	ผศ.ดร.อังคณา จงเจริญ	



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
- วิชาเอกจิตวิทยาการปรึกษา
- 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