

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy



ปีที่ 2 ฉบับที่ 1

ประจำเดือน มกราคม-เมษายน 2565

ISSN 2730-4043(online)





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านการพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลเด็ก การพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลศัลยศาสตร์ การพยาบาลอายุรศาสตร์ การพยาบาลจิตเวช การพยาบาลชุมชน การพยาบาลสูติศาสตร์ เวชปฏิบัติกรพยาบาล การพยาบาลวิฤติและฉุกเฉิน การพยาบาลระยะสุดท้าย การบริหารการพยาบาล และการพยาบาลผู้ใหญ่ ด้านการสาธารณสุข ได้แก่ สาขานามัยสิ่งแวดล้อม สาขานามัยและความปลอดภัย สาขาส่งเสริมสุขภาพ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สาขาสุขศึกษา สาขานามัยชุมชน สาขาการบริหารการพยาบาล และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับพิจารณาของบรรณาธิการ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง

อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000

โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562

E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com



ที่ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์ ดร.รัตนภักดิ์ รัชตะวรรณ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อาจารย์บุญประจักษ์ จันทรวิน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

อาจารย์อัญญา วิชชพัฒน์นางกูร

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

อาจารย์มลวิทย์ รัตยา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรังศรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ

อุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริฐ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย

หาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สนิวรณ์

ประธานหลักสูตรอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์

มหาวิทยาลัยบูรพา



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทาว์
อาจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
อาจารย์ ดร.นภชา สิงห์วีระธรรม

อาจารย์ ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
อาจารย์ ดร.เนติยา แจ่มทิม
อาจารย์ ดร.มาสริน ศุภลักษ์
อาจารย์ ดร.เมทนี ระดาบุตร
อาจารย์ ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
อาจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
อาจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
อาจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช
อาจารย์ ดร.จามจุรี แซ่หลู่
อาจารย์ ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
อาจารย์ ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
อาจารย์ ดร.ภาวดี เหมทานนท์
อาจารย์ ดร.ณัฐ วอลเตอร์
Mr. Patrick Wauters

กองจัดการ

นางสาวทิพย์วิมล บางน้อย

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข
กาญจนานิก
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
English Language Editor
English Language Editor

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และ
บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ
หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่
จำเป็นต้องเห็นด้วย



บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม – เมษายน 2565 ของปีที่ 2 ในฉบับนี้มีบทความวิจัย จำนวน 6 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 1 เรื่อง รวมทั้งหมด 7 เรื่อง

บทความวิจัยในฉบับนี้ ได้นำเสนอในเนื้อหาหลายประเด็น ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง, อุบัติการณ์และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป, อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการ, ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การพัฒนาเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หอผู้ป่วยหลังคลอด และความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนบทความวิชาการจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ขอขอบคุณนักวิจัย นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่าน ที่ให้ความสนใจต่อวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยส่งบทความวิจัยและบทความวิชาการมาตีพิมพ์เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้กับสังคมและประเทศชาติ สิ่งที่ดีค้นพบจากงานวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ได้ตามความเหมาะสม

ทั้งนี้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ของท่านจะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพวารสารเพื่อขอเข้ารับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TC ในปีต่อไป

อาจารย์ ดร.รณิธานภิศ รัชตะวรรณ

บรรณาธิการ



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	
ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ	
บรรณาธิการวารสารแถลง	
บทความวิจัย (Original Article)	
1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอนาวัง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): Factors Related to Prevention and Control Behaviors among People in the Sub District with High-morbidity Rate, Chawang District of Nakhon Si Thammarat Province).....	1-14
วิทยา ศรีแก้ว (Wittaya Sonkaew)	
2. อุบัติการณ์และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ในโรงพยาบาลสงขลา (Incidences and Causes of Reintubation after Undergoing General Anesthesia at Songkhla Hospital).....	15-27
ชลิตา แสงจันทร์ (Chalita Sangjiun)	
3. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (Incidence and Factors Related to Adverse Events Following Immunization for COVID-19 in People who Received Vaccination at Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital Service Unit).....	28-40
พิมพ์ภา อินทวงศ์ (Pimpaka Intawong)	
4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะ สุดท้าย โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช (Factors Associated with Nurses' Perception of What is a Good Death in End-of-Life Patients at Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat)	41-54
สมพร รัตนพันธ์ (Somporn Rattanapan)	



สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

5. การพัฒนาเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (Development of a Breastfeeding Assessment Tool and Evaluation of its Use in Postpartum Ward of Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital).....	55-66
ลมัย แสงเพ็ง (Lamai Saengpheng)	
6. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (Knowledge and Attitude towards cigarette and smoke contacted behaviour among village's health care volunteer of Ronpiboon district, Nakhon Si Thammarat).....	67-80
สุภเวช อยู่คง (Suphavej Yookong)	
บทความวิชาการ (Academic Article)	
7. บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของ ผู้สูงอายุ (End of Life: the Four Main Community Nurses Roles in Advance Care Planning (ACP) for the Good Death of the Elderly).....	81-92
วรัญญา จิตรบรรทัด (Waranya Jitbantad)	
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
รายการตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมต้นฉบับของบทความ.....	ค
Template บทความวิจัย.....	ง
Template บทความวิชาการ.....	จ
สอบถามข้อมูล.....	ฉ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนใน
ตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF): Factors Related to Prevention and Control
Behaviors among People in the Sub District with High-morbidity Rate,
Chawang District of Nakhon Si Thammarat Province

วิทยา ศรีแก้ว

Wittaya Sonkaew

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Chang Klang District Public Health Office, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: September 4, 2021, Revised: September 24, 2021, Accepted: October 5, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีกลุ่มตัวอย่าง 285 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ทักษะคิดอยู่ในระดับสูงและปานกลางในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่เหมาะสม ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า โอกาสของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 19 เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ระดับต่ำ ($OR_{adj} = 0.30, 95\%CI: 0.12-0.75$) และทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า โอกาสของกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสมสูงเป็น 2.17 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีทักษะคิดระดับปานกลาง ($OR_{adj} = 2.17, 95\%CI: 1.33-3.55$)

ข้อเสนอแนะ ควรดำเนินงานเชิงรุกเน้นให้ประชาชนป้องกันตัวเองก่อนเบื้องต้น และจัดกิจกรรมรณรงค์เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความตระหนักให้กับประชาชน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก, อัตราป่วยสูง, จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผู้ติดต่อ (Corresponding e-mail: wittayasornkaew@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore factors related to prevention and control behaviors of DHF among people in the Sub District with High-morbidity Rate, Chawang district of Nakhon Si Thammarat. Sample was 285 participants, chosen with systematic sampling. Data were collected during the period of July to August, 2020, using a questionnaire, and were analysed using percentage, mean, standard deviation, as well as logistic multiple regression. Results showed as follows.

1. Most of participants had knowledge and practice about DHF prevention at a high level ($M = 7.21$, $S.D. = 1.34$ and $M = 2.65$, $S.D. = 0.25$, respectively), and had attitude towards DHF prevention at a moderate to high level ($M = 3.61$, $S.D. = 0.49$)

2. In terms of age, it was found that the samples knowledge about DHF, it was found that the samples with moderate level of knowledge were 19% reduction in appropriate DHF prevention and control behaviors compared to those with low level of knowledge ($OR_{adj} = 0.30$, 95%CI: 0.12-0.75). In terms of attitudes towards DHF prevention and control, it was found that the samples with high level of attitude, had appropriate DHF prevention and control behaviors 2.17 times higher than those with low to moderate level of attitude ($OR_{adj} = 2.17$, 95% CI: 1.33-3.55).

Therefore, community campaign to increase awareness about DHF prevention and control should be run continually.

Keywords: Dengue Hemorrhagic Fever, DHF Prevention and Control Behaviour, High-morbidity Rate, Nakhon Si Thammarat Province

บทนำ

ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า 60 ปี ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เช่น ชนิดของเชื้อไวรัสเดงกี ชนิดของยุง ภูมิทัศน์ทางของประชาชน การเคลื่อนย้ายของประชาชน สภาพภูมิอากาศของแต่ละพื้นที่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ความตระหนักในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมไปถึงนโยบายในระดับต่างๆ ตั้งแต่หน่วยงานในชุมชน ตลอดจนระดับชาติ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบอย่างต่อเนื่องกับการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างยิ่ง (Department of Disease Control, 2019) จากข้อมูลสถิติโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีรูปแบบการระบาดแบบปีเว้นปี หรือปีเว้นสองปี มีรูปแบบการเกิดโรคที่เปลี่ยนแปลงตามฤดูกาล (Seasonal pattern) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายน และพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝน (Department of Disease Control, 2019)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดนครศรีธรรมราช (ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2562) พบผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกชนิด (Dengue fever: DF, Dengue hemorrhagic fever: DHF, Dengue shock syndrome: DSS) สะสมรวมอัตราป่วยเท่ากับ 203.73 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน มีผู้ป่วยไข้เลือดออกตายจำนวน 8 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.25 อำเภอที่พบผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอพระพรหม อำเภอนาบอน อำเภอทุ่งสง และอำเภอท่าศาลา โดยคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 368.96, 286.98, 231.22 , 228.07, 218.70 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2019) สำหรับอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยคิดเป็นอัตราป่วย 190.59 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ยังไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต ซึ่งตำบลที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับ คือ ตำบลนาแวง (420.57 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมา คือ ตำบลจันดี (348.67 ต่อประชากรแสนคน) และตำบลไสหร้า (258.51 ต่อประชากรแสนคน) ตามลำดับ ซึ่งทุกตำบลมีอัตราป่วยสูง ยกเว้นตำบลกะเปียดที่มีอัตราป่วยไม่เกินเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (50 ต่อประชากรแสนคน) (Chawang District Public Health Office, 2019) ทั้งนี้ จากการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอฉวาง ได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานทุกฝ่าย แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีแนวโน้มของผู้ป่วยไข้เลือดออกสูงขึ้นและต่อเนื่องทุกปี ซึ่งการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดด้านเวลาในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วัสดุอุปกรณ์ เคมีภัณฑ์ และงบประมาณ ทำให้การดำเนินงานรณรงค์ในชุมชนไม่ต่อเนื่อง (Chawang District Public Health Office, 2019)

จากการทบทวนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก การได้รับข้อมูลข่าวสาร ปัจจัยด้านความรู้เรื่องไข้เลือดออก และปัจจัยด้านทัศนคติต่อการป้องกันไข้เลือดออก เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก (Nooykulwong, 2015) ซึ่งการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ที่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ (Payomyam, 2002) มาประยุกต์ใช้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำผลการศึกษาวางแผนควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอำเภอฉวางให้มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

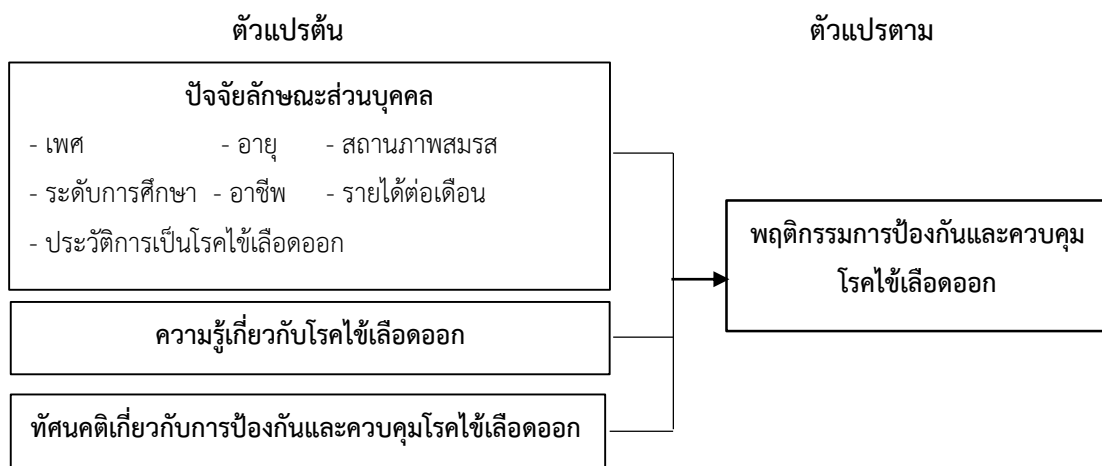
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติที่สามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม ที่ผู้อื่นไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่มีส่วนผลักดันให้เกิดพฤติกรรมภายนอกได้ (Payomyam, 2002) มาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จำนวน 9 ตำบล เป็นประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นตัวแทนหลังคาเรือนละ 1 คน จำนวน 15,901 หลังคาเรือน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย (Chaimay, 2013) ระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96) กำหนดระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; σ) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้พบทวนวรรณกรรม และพบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกหมู่บ้านที่มีการระบาดตำบลบ่อผุด อำเภอเมือง จังหวัดตรัง (Boonchu, 2020) มีค่าเฉลี่ย 3.13 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.45 ระดับความแม่นยำ (Precision level; e หรือ d) หรือมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 310 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อตำบลที่มีอัตราป่วยสูงของอำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 9 ตำบล สุ่มตำบลตามโซนพื้นที่ของอำเภอฉวาง ซึ่งมีทั้งหมด 3 โซน ได้โซนละ 2 ตำบล และตำบลที่อยู่ในเขตโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ฉวาง จำนวน 1 ตำบล รวมทั้งหมด 7 ตำบล

2. จากนั้นนำรายชื่อหมู่บ้านของตำบลที่สุ่ม มาจับฉลากตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้ 7 หมู่บ้าน คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนตามของแต่ละหมู่บ้าน

3. นำบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านมาจับฉลาก ซึ่งเป็นตัวแทนครัวเรือนจากจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 หลังคาเรือน ตามจำนวนของแต่ละหมู่บ้าน เป็นการสุ่มแบบไม่แทนที่ในแต่ละหมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีความยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกให้ข้อมูล และปฏิเสธความร่วมมือในการร่วมโครงการวิจัย

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัย และให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ผู้ช่วยนักวิจัย) ซึ่งได้ผ่านการประชุมเกี่ยวกับข้อคำถามงานวิจัยแล้ว เป็นผู้แจกแบบสอบถาม และเก็บรวบรวมมายังผู้วิจัย หลังจากได้แบบสอบถามผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนรวบรวมกลับไปเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคไข้เลือดออก และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม รายละเอียด คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom (1968) ดังนี้ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน การแปลผลระดับทักษะคิด แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) คือ ทักษะคิดระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 3 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) จนถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) สำหรับข้อคำถามเชิงลบจะมีการกลับค่าคะแนน

การทดสอบการกระจายของข้อมูลด้านพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใช้ Kolmogorov-smirnov test ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ($p < 0.05$) จึงแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับพฤติกรรมที่เหมาะสม (คะแนน $\geq M$) และระดับพฤติกรรมต้องปรับปรุง (คะแนน $< M$) สำหรับข้อคำถามเชิงลบ จะมีการกลับค่าคะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ นักวิชาการสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์ด้านการควบคุมและป้องกันไข้เลือดออก และสาธารณสุขอำเภอผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จากนั้นนำไปหาความ IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำการทดสอบเครื่องมือกับประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ในตำบลละอาย อำเภอดวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นหมู่บ้านที่สุ่มไม่ได้ จำนวน 30 คน แบบสอบถามด้านความรู้นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) ได้ค่าระหว่าง 0.21 – 0.76 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ได้ค่าระหว่าง 0.33 – 0.96 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามด้านทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81 และ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในภาพรวม
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ด้วยการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาคำตัดสินส่วนความเสี่ยง (Odds ratios: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI) การแปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR

จริยธรรมวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามวัตถุประสงค์วิจัย เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอดวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (เลขที่อนุมัติ 016/2563)

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 285 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 91.94 สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอดวาง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.30 มีอายุระหว่าง 41 – 50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.05 อายุเฉลี่ย 46.05 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 59 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.95 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ

47.72 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.93 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 44.92 ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 95.09 และประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 100.00 โดยได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 89.01

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ระดับความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามระดับความรู้ (n=285)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80)	133	46.67
ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79)	121	42.46
ระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60)	31	10.87

(M= 7.21, S.D.= 1.34, Minimum= 3 คะแนน, Maximum= 10 คะแนน)

จากตาราง 1 พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูงอำเภอดงหลวง มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงและปานกลางใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 46.67 และ 42.46) และเป็น 4 เท่าของผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 10.87) และสามารถแสดงเป็นรายชื่อที่ประชาชนอำเภอดงหลวงตอบถูกสูงสุด 3 อันดับแรก และต่ำสุด 2 อันดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแยกรายชื่อที่ตอบถูกสูงสุด 3 อันดับแรก และต่ำสุด 2 อันดับ (n=285)

อันดับ	ข้อความถาม	จำนวน (ร้อยละ)
1	ไข้เลือดออกมีพาหะ คือ ยุงลาย	283 (99.30)
2	เราสามารถใส่เสื้อแขนยาวหรือน้ำสัสน้ำสลายในจานรองขาตู้กับข้าวเพื่อป้องกันยุงวางไข่	271 (95.07)
3	อันตรายที่สำคัญของคนที่เป็นโรคไข้เลือดออก คือ ภาวะช็อค	270 (94.74)
9	เราควรเปลี่ยนถ่ายน้ำในโถงหรือภาชนะน้ำขังอย่างน้อยเดือนละครั้งเพื่อป้องกันยุงมาวางไข่และเป็นยุงตัวเต็มวัย	107 (37.54)
10	การใช้ยากันยุง หรือการใส่เสื้อมิดชิดสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้	105 (36.84)

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00)	149	52.28
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66)	136	47.72

(M= 3.61, S.D.= 0.49, Minimum= 2.54 คะแนน, Maximum= 5 คะแนน)

จากตาราง 3 พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงใกล้เคียงกับระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.28 และ 47.72) และสามารถแสดงเป็นรายชื่อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และต่ำสุด 2 อันดับ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และต่ำสุด 2 อันดับ (n= 285)

อันดับ	ข้อความ	M	S.D.
1	การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำทุก 7 วัน เป็นการป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด	4.63	0.74
2	หากสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกควรรีบไปพบแพทย์ให้เร็วที่สุดเพื่อป้องกันภาวะช็อค	4.61	0.71
	การปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัวเป็นการป้องกันยุงไปวางไข่	4.61	0.73
3	ควรเก็บขยะมูลฝอยทั้งในบ้านและนอกบ้านเพื่อป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออก	4.31	1.07
14	ควรปิดประตูและหน้าต่างให้มิดชิดเพื่อไม่ให้ยุงเข้าไประบายในบ้านทั้งกลางวันและกลางคืน	2.99	1.37
15	การทำความสะอาดภาชนะเก็บน้ำทุก 7 วัน เป็นเรื่องที่ยากและไม่จำเป็นต้องทำเนื่องจากใช้น้ำหมักก่อน 7 วัน	2.31	1.49

4. ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (n= 285)

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมที่เหมาะสม (คะแนน $\geq$ M)	160	56.14
พฤติกรรมต้องปรับปรุง (คะแนน $<$ M)	125	43.86

(M= 2.65, S.D.= 0.25, Minimum= 1.67 คะแนน, Maximum= 3 คะแนน)

จากตาราง 5 พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 56.14) ใกล้เคียงกับกลุ่มที่การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับที่ต้องปรับปรุง (ร้อยละ 43.86) และสามารถแสดงเป็นรายชื่อที่ค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก และต่ำสุด 2 อันดับ ดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับ และต่ำสุด 2 อันดับ (n= 285)

อันดับ	ข้อความ	M	S.D.
1	ท่านมีการกำจัดขยะ/ภาชนะที่ไม่ใช้แล้วทั้งในบ้านและนอกบ้าน	2.85	0.37
2	ท่านมีการสำรวจลูกน้ำยุงลายบริเวณบ้านทุก 7 วัน	2.83	0.38
3	ท่านจัดบ้าน และรอบๆบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่ก่อให้เกิดโรคไข้เลือดออก	2.81	0.39
14	ท่านใช้โลชั่น หรือสมุนไพรทาตัวเพื่อป้องกันยุงกัดเมื่อต้องออกนอกบ้าน	2.34	0.54
15	ท่านแขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนังบ้านหรือมุมของบ้าน	2.10	0.72

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

ตาราง 7 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	28 (50.91)	31 (49.09)	Ref.	Ref.	
หญิง	97 (42.92)	129(57.08)	1.20(0.68-2.13)	1.27(0.70-2.34)	0.43
อายุ (ปี)					
≤ 30 ปี	5 (62.50)	3 (37.50)	Ref.	Ref.	
31 - 50 ปี	89 (48.90)	93 (51.10)	1.74(0.40-7.50)	1.82(0.83-11.77)	1.82
51 ปีขึ้นไป	31 (32.63)	64 (67.37)	3.44(0.77-15.33)	3.80(0.32-45.47)	0.29
สถานภาพการสมรส					
โสด	15 (46.88)	17 (53.12)	Ref.	Ref.	
สมรส	97 (43.11)	128(56.89)	1.16(0.55-2.45)	0.03(0.46-2.30)	0.94
หย่า/แยก	8 (57.14)	6 (42.86)	0.66(0.19-2.35)	0.58(0.15-2.17)	0.42
หม้าย	5 (35.71)	9 (64.29)	1.59(0.44-5.80)	1.22(0.30-4.88)	0.78
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาลงมา	24 (33.80)	47 (66.20)	Ref.	Ref.	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	64 (47.06)	72 (52.94)	0.57(0.32-1.04)	0.56(0.30-1.06)	0.08
อนุปริญญา/ปวส.	13 (52.00)	12 (48.00)	0.47(1.18-1.19)	0.58(0.22-1.55)	0.28

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำบังกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ต้องปรับปรุง เหมาะสม จำนวน จำนวน (ร้อยละ) (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p- value
ปริญญาตรีขึ้นไป	24 (42.28)	29 (54.72)	0.62(0.30-1.28)	0.62(0.28-1.39)	0.25
อาชีพ					
รับราชการ/พนักงาน ของรัฐ	3 (25.00)	9 (75.00)	Ref.	Ref.	
ค้าขาย	14 (58.33)	10 (41.67)	0.24(0.05-1.11)	0.22(0.04-1.07)	0.06
รับจ้าง	11 (50.00)	11 (50.00)	0.33(0.71-1.57)	0.32(0.06-1.71)	0.18
เกษตรกรรม	86 (41.95)	119(58.05)	0.46(0.21-1.75)	0.41(0.10-1.76)	0.23
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/อื่นๆ	11 (50.00)	11 (50.00)	0.33(0.71-1.57)	0.25(0.05-1.29)	0.10
รายได้ต่อเดือน					
≤ 5,000 บาท	28 (35.44)	51 (64.56)	Ref.	Ref.	
5,001-10,000 บาท	64 (50.00)	64 (50.00)	0.55(0.31-0.98)	0.63(0.35-1.76)	0.14
10,001-15,000 บาท	25 (50.02)	24 (48.98)	0.53(0.56-1.09)	0.58(0.27-1.25)	0.16
15,001-20,000 บาท	5 (27.78)	13 (72.22)	1.43(0.46-4.42)	1.50(0.46-4.94)	0.51
20,001 บาท ขึ้นไป	3 (27.27)	8 (72.73)	1.46(0.36-5.97)	1.46(0.34-6.27)	0.61
การมีผู้ป่วยไข้เลือดออกในบ้านรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา					
ไม่มีผู้ป่วย	118 (43.54)	153(56.46)	Ref.	Ref.	
มีผู้ป่วย	7 (50.00)	7 (50.00)	0.77(0.26-2.26)	0.84(0.28-2.54)	0.75
ความรู้					
ระดับต่ำ	8 (25.81)	23 (74.19)	Ref.	Ref.	
ระดับปานกลาง	69 (57.02)	52 (42.98)	0.26(0.11-0.63)	0.30(0.12-0.75)	0.01*
ระดับสูง	48 (36.09)	85 (63.91)	0.62(0.26-1.48)	0.77(0.31-1.91)	0.58
ทัศนคติ					
ระดับปานกลาง	73 (43.68)	63 (46.32)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	52 (34.90)	97 (65.10)	2.16(1.34-3.48)	2.17(1.33-3.55)	0.002**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

จากตาราง 7 พบว่า เมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอนาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอนางที่มีความรู้ระดับปานกลาง จะมีพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่เหมาะสมลดลง ร้อยละ 19 เมื่อเทียบ

กับประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวางที่มีความรู้ระดับต่ำ ($OR_{adj} = 0.30$, 95%CI: 0.12-0.75)

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวางที่มีทัศนคติระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเหมาะสมสูงเป็น 2.17 เท่า เมื่อเทียบกับประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวางที่มีทัศนคติระดับปานกลาง ($OR_{adj} = 2.17$, 95%CI: 1.33-3.55)

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 46.67) โดยข้อคำถามที่ประชาชนตอบถูกมากที่สุด คือ ไข้เลือดออกมีุงลายเป็นพาหะ (ร้อยละ 99.30) ภาวะช็อคเป็นอาการที่สำคัญของโรคไข้เลือดออก (ร้อยละ 94.74) และไข้เลือดออกมีอาการเบื้องต้น คือ ไข้สูง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร (ร้อยละ 92.28) ซึ่งเป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับพาหะนำโรคและอาการของโรคไข้เลือดออก ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ ควรเปลี่ยนถ่ายน้ำในโองหรือภาชนะที่มีน้ำขังเดือนละครึ่งเพื่อป้องกันยุงวางไข่และเป็นยุงตัวเต็มวัย (ตอบถูก ร้อยละ 37.54) และการใช้ยากันยุงหรือการใส่เสื้อที่มิดชิดสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ (ตอบถูก ร้อยละ 36.84) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Intasri, Sarawong, Palitnonkert, & Eamjoy (2017) ที่พบว่า ประชาชนชุมชนบ้านคลองบางนา ต.ศิระจรจะเข้้น้อย อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ มีความรู้ในระดับดีมากที่สุด (ร้อยละ 56.7) เช่นเดียวกับ Gatesang (2015) ที่พบว่า ประชาชน อ.ตะโหมด จ.พัทลุง มีความรู้ในระดับสูงมากที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับ Rattanapunya (2018) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แมริม จ.เชียงใหม่ อยู่ในระดับพอใช้ - ดี ส่วน Khantikul, Sudathip, Saejeng, Tipmontree, & Suwonkerd (2013) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องไข้เลือดออก อยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 75.4 เช่นเดียวกับ Saminphanya, Tumsean, & Makonkhan (2017) ที่พบว่า ประชาชนบ้านคันตะเคียน ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับสูง และระดับปานกลาง ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 52.28 และ 47.72) สืบเนื่องจากประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคไข้เลือดออก ทำให้ประชาชนทราบว่าหากสงสัยเป็นโรคไข้เลือดออกควรรีบไปพบแพทย์เพื่อป้องกันภาวะช็อค ($M = 4.61$, $S.D. = 0.71$) ประชาชนยังมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปล่อยปลาหางนกยูงในอ่างบัวเพื่อป้องกันยุงวางไข่ ($M = 4.61$, $S.D. = 0.73$) ส่วนในการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายควรทำลายทุก 7 วัน ($M = 4.63$, $S.D. = 0.74$) ซึ่งต่างกับความรู้ที่ประชาชนตอบว่าควรเปลี่ยนถ่ายน้ำในโองหรือภาชนะที่มีน้ำขังเดือนละครึ่ง ซึ่งประเด็นนี้เป็นประเด็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรู้แก่ประชาชนว่าน้ำที่ขังอยู่ในโองหรือภาชนะก็ควรจะต้องมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำ และขัดบริเวณผิวทุก 7 วันเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Gatesang (2015) ที่พบว่า ประชาชน อ.ตะโหมด จ.พัทลุง มีระดับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน Saminphanya, Tumsean, & Makonkhan (2017) ที่พบว่า ประชาชนบ้านคันตะเคียน ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 56.14) แต่ประชาชนยังมีพฤติกรรมที่ควรต้องปรับปรุง เช่น การแขวนเสื้อผ้าไว้ตามฝาผนัง ($M = 2.10$, $S.D. = 0.72$) และ

ประชาชนไม่ได้ใช้โลชั่นหรือสมุนไพรทาตัวเพื่อป้องกันยุงกัดเมื่อออกจากบ้าน ($M = 2.34, S.D. = 0.54$) ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เพราะหากยุงลายที่มีเชื้อกัดก็อาจจะทำให้ผู้ที่ถูกยุงกัดเป็นโรคไข้เลือดออกได้ ในขณะเดียวกันประชาชนก็มีพฤติกรรมการป้องกันโรคทางกายภาพที่เหมาะสม เช่น มีการกำจัดขยะและภาชนะที่ไม่ใช้แล้วทั้งในบ้านและนอกบ้าน ($M = 2.85, S.D. = 0.37$) มีการสำรวจลูกน้ำยุงลายทั้งในบ้านและนอกบ้าน ($M = 2.83, S.D. = 0.38$) และมีการจัดบ้าน/รอบๆบ้านเป็นระเบียบเรียบร้อย มารูกรูรั้ง เพื่อไม่ให้ยุงเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ($M = 2.81, S.D. = 0.39$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Intasri, Sarawong, Palitnont, & Eamjoy (2017) ที่พบว่า ชุมชนบ้านคลองบางนา ต.ศิระจะระเข้ อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ มีการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมากที่สุด และ Saminphanya, Tumsean, & Makonkhan (2017) ที่พบว่า ประชาชนบ้านคันตะเคียน ต.มิตรภาพ อ.มวกเหล็ก จ.สระบุรี มีพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Gatesang (2015) ที่พบว่า ประชาชน อ.ตะโหมด จ.พัทลุง มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ส่วน Rattanapunya (2018) ก็พบว่า พฤติกรรมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับ Khantikul, Sudathip, Saejeng, Tipmontree, & Suwonkerd (2013) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 70.6

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อภิปรายดังนี้

ด้านความรู้ ประชาชนที่มีความรู้ระดับปานกลางจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมลดลงกว่าผู้ที่มีความรู้ระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่มีความรู้ระดับปานกลางยังมีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น การพ่นหมอกควันในบ้านเรือนเป็นวิธีที่ป้องกันที่ดีที่สุดในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออก หรือประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค ทำให้มีการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม ในขณะเดียวกันผู้ที่มีความรู้ต่ำเกิดความตระหนักที่มากกว่า เพราะอาจจะเกิดความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อเป็นโรคไข้เลือดออก และทำให้ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา Ganthayo (2013) ที่พบว่า ความรู้ของประชาชนในเขต ต.ท่าเตื่อ อ.ดอยเต่า จ.เชียงใหม่ มีผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Intasri, Sarawong, Palitnont, & Eamjoy (2017) ที่พบว่า ความรู้ของประชาชนชุมชนบ้านคลองบางนา ต.ศิระจะระเข้ อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ Rattanapunya (2018) ก็พบว่า ความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ เช่นเดียวกับ Premkamon, Boonprachoen, Rueangsaisong, Sutasuk, Gunloedjariya, Suwanthanma, Sreebud, Khanato, & Jodking (2017) ที่พบว่า ความรู้ของประชาชนในชุมชนสามเหลี่ยม ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

สำหรับทัศนคติ พบว่า ประชาชนที่มีทัศนคติสูงจะมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสูงกว่าผู้ที่มีทัศนคติที่อยู่ระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนที่มีทัศนคติสูงจะมีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดี ซึ่ง Royal Academy (2013) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับมา จากประสบการณ์ เป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นในอันที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ และทัศนคติเป็นตัวจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา อาจจะไปในทางเดียวกับทัศนคติหรือในทางที่

ไม่สอดคล้องกับทัศนคตินั้นก็ได้ นั่นหมายถึงว่า ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanapunya (2018) ที่พบว่า เจตคติมีอิทธิพลต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.แม่ริม จ.เชียงใหม่ และการศึกษาของ Polarsa (2010) ที่พบว่า เจตคติต่อการควบคุมโรคไข้เลือดออกสามารถร่วมทำนายการพฤติกรรมการควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ร้อยละ 12.1)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าประชาชนที่มีความรู้และมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสูงจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าประชาชนที่มีความรู้และทัศนคติในระดับที่ต่ำกว่า ฉะนั้นเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต./เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ต้องมีการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้อง และเน้นให้ประชาชนป้องกันตัวเองก่อนเบื้องต้น เพราะจากงานวิจัยนี้พบว่า ประชาชนคาดหวังให้ อบต./เทศบาล พ่นหมอกควันเพราะคิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด และไม่มีการป้องกันตนเอง เช่น การทาโลชั่น หรือใส่เสื้อแขนยาว เมื่อออกนอกบ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยครั้งต่อไป

จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมของประชาชน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม จึงควรมีการศึกษาค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ในการวางแผนและดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในพื้นที่

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery. *UCLA Evaluation Comment*, 1(2), 1–8.
- Boonchu, P. (2020). Factors related to prevention and control behaviour on dengue hemorrhagic fever: Comparative study between epidemic village and non-incidence village in Nampud sub-district, Mueang district, Trang province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 79–94.
- Chaimay, B. (2013). Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin Journal*, 16(2), 9–18.
- Chawang District Public Health Office. (2019). *Annual report 2019: Chawang district hemorrhagic fever report 2019*. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2019). *Report on the prognosis of dengue fever in 2019*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

- Ganthayo, W. (2013). Factors related to prevention and control of dengue hemorrhagic fever among people in Thadua sub-district, Doitao district, Chiangmai province. *Ganesha Journal*, 9(2), 65-79.
- Gatesang, C. (2015). Factors related to dengue vector control behaviors of people in Tamode district, Phattalung province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 2(1), 24-36.
- Intasri, C., Sarawong, P., Palitnonkert, A., & Eamjoy, D. (2017). Factor related to dengue hemorrhagic fever prevention of people in Bankongbangna, Srisajorakeanoi, Bang Saotong district, Samutprakan province, Thailand. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal*, 3(1), 43-51.
- Khantikul, N., Sudathip, P., Saejeng, A., Tipmontree, R., & Suwonkerd, W. (2013). Social and environmental factors affect dengue hemorrhagic fever epidemics in upper northern Thailand. *Lanna Public Health Journal*, 9(1), 23-36.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2019). *Annual report 2019*. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Nooykulwong, T. (2015). Preventive behavior related to dengue hemorrhagic fever: A case study in Sadao district, Songkhla province. Master's thesis, faculty of public health. Songkhla Rajabhat University. (in Thai)
- Payomyam, S. (2002). *Practice psychology in community work*. Silpakorn University: Nakorn Pathom. (in Thai)
- Polarsa, T. (2010). Factors affecting dengue fever control: A case study comparing dengue-free sub-districts and districts with dengue outbreaks, Amnat Charoen province. *Journal Graduate School Pitchayatat*, 5(2), 81-89.
- Premkamon, A., Boonprachoen, K., Rueangsaisong, R., Sutasuk, B., Gunloedjariya, C., & Suwanthanma, T., et al. (2014). Proportion of appropriate practice for dengue fever prevention in Samliam community, Khon Kaen. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 2(4), 77-88.
- Rattanapunya, S. (2018). Factors influencing with surveillance and control behaviors for dengue hemorrhagic fever among village health volunteers in Mae Rim district, Chiang Mai province. *Ratchaphruek*, 16(2), 87-96.
- Royal Academy. (2013). *Royal institute dictionary*. Bangkok: Aksorn CharoenTat. (in Thai)
- Saminphanya, P., Tumsean, A., & Makonkhan, S. (2017). Knowledge, attitude and practice of dengue fever prevention among the villager of Baan Kantakian, Mitraparb sub-district, Muaklek district, Saraburi province. *Journal of Nursing Siam University*, 18(5), 37-51.

อุบัติการณ์และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
ในโรงพยาบาลสงขลา

Incidences and Causes of Reintubation after Undergoing General Anesthesia at
Songkhla Hospital

ชลิตา แสงจันทร์

Chalita Sangjun

กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสงขลา

Department of Anesthesiology, Songkhla Hospital

(Received: October 9, 2021, Revised: November 22, 2021, Accepted: January 28, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำการศึกษาระหว่าง 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน พ.ศ. 2562 โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลวิสัญญีเวชระเบียน และงานบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานวิสัญญี จากผู้รับบริการ 23,071 ราย รวบรวมข้อมูลด้านเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญี ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ ชนิดการผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด สถานที่เกิดอุบัติการณ์ ระยะเวลาผ่าตัดและระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ วิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติการณ์โดยผู้วิจัยหลัก กลุ่มบริหารความเสี่ยงและวิสัญญีแพทย์ ผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า อุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.086 หรือ 8.60 : 10,000 ราย สาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป มี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านวิสัญญี และด้านการผ่าตัด จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง น้ำท่วมปอด ภาวะติดเชื้อ ภาวะช็อก กล้องเสียงทดเกร็ง กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คิดเป็น 4.76 : 10,000 รองลงมาเป็นปัจจัยด้านวิสัญญี ได้แก่ การหลงเหลืออยู่ของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก และทางเดินหายใจถูกกดจากยาแก้ปวด คิดเป็น 3.03 : 10,000 และปัจจัยด้านการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง และภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด คิดเป็น 0.86 : 10,000

ข้อมูลดังกล่าว วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนเพื่อเฝ้าระวังและลดอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ, การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป, อุบัติการณ์

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: latelatecoffee@gmail.com)

Abstract

The aim of this retrospective study was to analyze the incidences and the risk factors correlated to reintubation after general anesthesia. The study was conducted between October 1, 2016, and September 30, 2019. The data, including sex, age, ASA Physical status (PS), time of incidence, type of operation, department of operation, place of incidence, duration of operation, and time of reintubation, were collected from 23,071 patients in anesthetic databases, anesthetic statistics, medical records and risk data in anesthesiology departments. Factors related to reintubation were analyzed by the researcher, a nurse anesthetist in risk management team, and anesthetists. Data were analyzed by using descriptive statistics.

Descriptive results showed an incidence of reintubation after general anesthesia of 20 cases in total. The percentage of reintubation was 0.086 or 8.6 per 10,000 patients who received general anesthesia with endotracheal tube. The main causes (55%) of factors that led to reintubation of patients were: 1) upper airway obstruction, 2) chronic obstructive pulmonary disease, 3) pulmonary edema, 4) sepsis, 5) seizures, 6) laryngospasm and acute myocardial infarction. The two main causes of factors associated with anesthesia that led to reintubation (35%) were residual effect of anesthetic agent, and respiratory depression from narcotics. Factors associated with surgery that led to reintubation (10%) were recurrent laryngeal nerve injury and surgical bleeding.

In conclusion, causes of reintubation after general anesthesia included three factors. The main causes were underlying diseases, anesthesia, and surgery. Those factors related to reintubation must be taken into account, so that reintubation incidence will be decreasing.

Keywords: Reintubation, General Anesthesia, Incidence

บทนำ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในงานวิสัญญีอาจเกิดจากปัจจัยทางการผ่าตัด ปัจจัยทางวิสัญญี และปัจจัยทางด้านผู้ป่วยซึ่งมีโรคประจำตัวเช่นภาวะเบาหวาน ความดันเลือดสูง โรคหัวใจ โรคเมเร็งชนิดต่างๆ ที่มีผลต่ออัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยผ่าตัดและได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก (Charuluxananan, Punjasawadwong, Pitimana-aree, Werawatganon, Lekprasert, & Nimmaanrat, et al., 2017) สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่เป็นประเด็นคุณภาพในงานวิสัญญี และเป็นอุบัติการณ์ตาม Thai patient safety goal คือ การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำซึ่งเป็นอุบัติการณ์สำคัญที่มีผลต่อการหายใจ แม้จะมีการใช้มาตรฐานตามข้อบ่งชี้การถอดท่อช่วยหายใจหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก แต่ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำยังคงพบได้หลังให้ยาระงับความรู้สึกซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ก่อให้เกิดความเสี่ยงสูงซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ผลที่ตามมาจากการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีความสำคัญ ซึ่งการเพิ่มภาวะแทรกซ้อนทั้งระบบหัวใจหลอดเลือด และระบบการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในระยะพักฟื้นนานขึ้น ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ส่งผล

ให้วันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้น รวมทั้งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน ค่าใช้จ่ายสูงและเพิ่มอัตราการตาย (Rujirojindakul, Geater, Mc-neil, Vasinanukorn, Prathep, & Asim, et al., 2012)

จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยาในประเทศไทยครั้งแรก พบว่ามีอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 19.4 : 10,000 (Duangngoen, Ittichaikulthol, Thamjamrassri, & Jiarpinitnun, 2016) พบเป็น 1 ใน 4 อันดับแรกของภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี ที่ต้องมีการเฝ้าระวังและติดตาม วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นมีการศึกษาในโรงพยาบาลต่าง ๆ พบอุบัติการณ์ตั้งแต่ 4 - 37.4 : 10,000 (Bunchungmongkol, Pipanmekaporn, Punjaswadwong, & Cenpakdee, 2009; Cholitkul, 2012; Duangngoen, Ittichaikulthol, Thamjamrassri, & Jiarpinitnun, 2016; Pansamai, 2011; Uppan, Jeerararuensak, Chau-In, Chairatana, & Promkhote, 2011) โดยอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำพบได้มากในห้องผ่าตัดและห้องฟักฟื้นหลังผ่าตัดร้อยละ 47 - 76.5 (Chinachoti, Chau-in, Suraseranivongse, Kitsampanwong, & Kongrit, 2005; Pansamai, 2011 ; Uppan, Jeerararuensak, Chau-in, Chairatana & Promkhote, 2011) ต่อมาในปี ค.ศ. 2015 ข้อมูลจากการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี พบอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 11.1 : 10,000 โดยจากการศึกษาพบว่าภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำส่วนใหญ่ยังคงพบในห้องผ่าตัดและห้องฟักฟื้นคิดเป็นร้อยละ 72.7 (Charuluxananan, Punjasawadwong, Pitimana-aree, Werawatganon, Lekprasert, & Nimmaanrat, et al., 2017)

การศึกษาถึงสาเหตุหลักของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำของโรงพยาบาลอื่นๆ ในประเทศไทยจะมีสาเหตุการเกิดแตกต่างกันไปตามบริบทของระดับโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล (Bunchungmongkol, Pipanmekaporn, Punjaswadwong, & Cenpakdee, 2009) จากโครงการศึกษาภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีในประเทศไทย (Chinachoti, Chau-in, Suraseranivongse, Kitsampanwong, & Kongrit, 2005) พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับวิสัญญีโดยตรง ในขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เป็นจากปัจจัยผู้ป่วยมากที่สุด (Uppan, Jeerararuensak, Chau-in, Chairatana, & Promkhote, 2011)

โรงพยาบาลสงขลา เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิระดับสูงที่ให้บริการผ่าตัดโรคที่มีความซับซ้อน โดยในปี 2560 - 2562 พบอุบัติการณ์ยังไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน คือ มีผู้มารับบริการวิสัญญี 10,458 ราย, 9,974 ราย และ 10,090 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปและใส่ท่อช่วยหายใจ 7,172, 8,250 และ 7,649 ราย ตามลำดับ มีสถิติรายงานอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป 3 ปีย้อนหลังของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีระหว่างปี 2560 - 2562 มีจำนวน 6 ราย (8.36 : 10000), 9 ราย (10.90 : 10,000) และ 5 ราย (6.53 : 10,000) ตามลำดับ (Department of Anesthesiology, 2020) การวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัจจัยเกี่ยวข้องในภาพรวม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา การลดอุบัติการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการทางด้านวิสัญญีของโรงพยาบาลสงขลา จึงมีความสำคัญต่อการปรับปรุงระบบการทำงานด้านวิสัญญีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด อันเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการวิสัญญี

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และสาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและใส่ท่อช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive) เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia with endotracheal tube intubation) ในโรงพยาบาลสงขลา และเกิดอุบัติการณ์ภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในท้องผ่าตัดหลังถอดท่อช่วยหายใจและห้องพักฟื้นหลังได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2559 – 30 ก.ย. พ.ศ. 2562 โดยสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลสถิติวิสัญญีเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก เวชระเบียนเก็บข้อมูลในส่วนประวัติข้อมูลทั่วไป ประวัติโรคประจำตัวและการรักษาและข้อมูลจากงานบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสงขลาเก็บข้อมูลด้านอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ทำการจดบันทึกข้อมูลด้านเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญี ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ การผ่าตัดแบบปกติและแบบฉุกเฉิน ประเภทการผ่าตัด สถานที่เกิดอุบัติการณ์ ระยะเวลาการผ่าตัดและระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ สำหรับสาเหตุการเกิดอุบัติการณ์ ทำการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยหลัก วิสัญญีพยาบาลในกลุ่มบริหารความเสี่ยงและวิสัญญีแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย จากนั้นนำข้อมูลทั่วไปมาทำการวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบจำนวน และร้อยละ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากร คือ ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (General anesthesia with endotracheal tube intubation) ในโรงพยาบาลสงขลา ที่มารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 2559 - 30 ก.ย. 2562 ศึกษาจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหลังจากนั้นคนที่เกิดภาวะที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ โดยระยะเวลาที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเริ่มนับตั้งแต่เสร็จสิ้นการระงับความรู้สึกมีการถอดท่อช่วยหายใจ ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ห้องพักฟื้นจนส่งกลับหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้สืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูล ได้แก่ สถิติวิสัญญี เวชระเบียน แบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก และข้อมูลจากงานบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์ข้อมูลด้านเพศ อายุ ประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญี ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์ การผ่าตัดแบบปกติและแบบฉุกเฉิน ประเภทการผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ และสถานที่เกิดอุบัติการณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ วิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน และหัวหน้างานวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการหาความตรงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ได้ค่า IOC=1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมงานบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุใต้อาการช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในโรงพยาบาลสงขลา ตั้งแต่ 1 ต.ค. พ.ศ. 2559 - 30 ก.ย. พ.ศ. 2562 ร่วมกับข้อมูลจากการบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงในกลุ่มงานวิสัญญี นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาสาเหตุโดยประชุมร่วมกันในทีมวิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์แล้วนำมาบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป และอุบัติการณ์ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาเกิดอุบัติเหตุ ชนิดการผ่าตัด และประเภทการผ่าตัด ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาใต้อาการช่วยหายใจซ้ำและสถานที่เกิดอุบัติเหตุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบจำนวน ร้อยละ และอุบัติการณ์
2. สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทำการวิเคราะห์โดยผู้วิจัยหลัก วิสัญญีพยาบาลในกลุ่มบริหารความเสี่ยงและวิสัญญีแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยโดยผู้วิจัยหลักนำข้อมูลมาทบทวนเบื้องต้นเก็บข้อมูลทั่วไป สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุใต้อาการช่วยหายใจซ้ำนำมาทบทวนร่วมกับงานบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีและให้ข้อคิดเห็นโดยวิสัญญีแพทย์เจ้าของไข้

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสงขลา รหัสหนังสือรับรอง SKH IRB 2019Nrt-IN3-31503 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และอุบัติการณ์ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
เพศ			
ชาย	9,920 (43.00)	11 (55.00)	11.08
หญิง	13,151 (57.00)	9 (45.00)	6.84
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66
อายุ			
0 - 1 เดือน	0 (0.00)	0 (0.00)	0.00
1 เดือน - 1 ปี	81 (0.35)	0 (0.00)	0.00
2 - 15 ปี	931 (4.04)	1 (5.00)	10.74
16 - 65 ปี	17,130 (74.25)	8 (40.00)	4.67
> 65 ปี	4,929 (21.36)	11 (55.00)	22.31
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
ประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญี			
1	3,642 (15.79)	2 (10.00)	5.49
2	14,093 (61.09)	7 (35.00)	4.96
3	4,705 (20.39)	11 (55.00)	23.37
4	606 (2.63)	0 (0.00)	0.00
5	25 (0.11)	0 (0.00)	0.00
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66
สถานที่เกิด			
ห้องผ่าตัด	23,071	9 (45.00)	3.90
ห้องพักรฟื้น (ผู้ป่วยผ่าตัด และเข้าพักรฟื้น)	22440	11 (55.00)	4.90
รวม	23,071	20 (100.00)	8.66

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอัตราอุบัติการณ์ประมาณ 2 เท่าของเพศหญิง (11.08 : 6.84) ส่วนใหญ่มีอายุ > 65 ปี และได้รับการประเมินตามประเภทผู้ป่วยของงานวิสัญญีอยู่ในระดับ 3 ประมาณ 4 เท่า ของประเภท 1 และ 2 และพบผู้ป่วยที่ห้องพักรฟื้นมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.00)

2. ข้อมูลของผู้ป่วยแยกตามช่วงเวลาเกิดอุบัติการณ์ ชนิดการผ่าตัด และประเภทการผ่าตัดของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ แยกตามช่วงเวลาเกิดอุบัติการณ์
ชนิดการผ่าตัด และประเภทการผ่าตัดของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
ช่วงเวลาเกิดอุบัติการณ์			
ในเวลาราชการ	14,381 (62.33)	14 (70.00)	9.47
นอกเวลาราชการ	8,690 (37.67)	6 (30.00)	6.90
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66
ชนิดการผ่าตัด			
ไม่เร่งด่วน	13,496 (58.50)	13 (65.00)	9.36
ฉุกเฉิน	9,575 (41.50)	7 (35.00)	7.31
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66
ประเภทการผ่าตัด			
ศัลยกรรมทั่วไป	9,356 (40.55)	7 (35.00)	7.48

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
สูติกรรมรีเวช	6,234 (27.02)	3 (15.00)	4.81
กระดูกและข้อ	4,215 (18.27)	3 (15.00)	7.12
หู คอ จมูก	1,263 (5.47)	3 (15.00)	23.75
ศัลยกรรมตกแต่ง	865 (3.75)	1 (5.00)	11.56
ตา	104 (0.45)	1 (5.00)	96.15
ศัลยกรรมประสาท	473 (2.05)	1 (5.00)	21.14
ทันตกรรม	61 (0.26)	0 (0.00)	0.00
ศัลยกรรมเด็ก	17 (0.07)	0 (0.00)	0.00
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	483 (2.09)	1 (5.00)	20.70
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66

จากตาราง 2 พบว่า ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติการณ์จะอยู่ในเวลาราชการประมาณ 1.3 เท่า ของนอกเวลาราชการ โดยมีชนิดการผ่าตัดใกล้เคียงกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่เร่งด่วน เมื่อแยกประเภทของการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับผ่าตัดตามีอุบัติการณ์มากที่สุด รองลงมา คือ หู คอ จมูก และศัลยกรรมประสาท โดยมีอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 96.15, 23.75 และ 21.14 ตามลำดับ และจะไม่พบการเกิดอุบัติการณ์ในผู้ป่วยทันตกรรมและศัลยกรรมเด็ก

3. ข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาผ่าตัด และระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ และอุบัติการณ์ของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แยกตามระยะเวลาผ่าตัดและระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
ระยะเวลาผ่าตัด			
< 1 ชม.	4958 (21.49)	4 (20.00)	8.06
1 – 3 ชม.	13843 (60.00)	12 (60.00)	8.66
> 3 ชม.	4270 (18.51)	4 (20.00)	9.36
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66
ระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจ			
ภายใน 10 นาที	23,071	14 (70.00)	6.06
11 – 60 นาที	23,071	5 (25.00)	2.17
> 60 นาที	23,071	1 (5.00)	0.43
รวม	23,071 (100.00)	20 (100.00)	8.66

จากตาราง 3 พบว่า ระยะเวลาผ่าตัดนานมากกว่า 3 ชั่วโมง จะเกิดอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกมากที่สุด 9.36 : 10,000 และระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำพบมากในช่วงเวลาภายใน 10 นาที หลังถอดท่อช่วยหายใจเท่ากับ 3 เท่า ของระยะเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ 11 – 60 นาที และ 6 เท่า ของเวลาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ > 60 นาที

4. ข้อมูลสาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ และอุบัติการณ์ของของการใส่ท่อหายใจซ้ำ แยกตามสาเหตุของการใส่ท่อหายใจซ้ำ (n= 23,071)

สาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ	จำนวนผู้ป่วย ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (ร้อยละ)	อุบัติการณ์ (Rate/10,000)
ด้านผู้ป่วย		
ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น	3 (27.27)	1.30
หลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง	1 (9.09)	0.43
น้ำท่วมปอด	1 (9.09)	0.43
ภาวะติดเชื้อ	2 (18.18)	0.86
ภาวะช็อก	1 (9.09)	0.43
กล่องเสียงหดเกร็ง	2 (18.18)	0.86
กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	1 (9.09)	0.43
รวม	11 (100.00)	4.76
ด้านวิสัญญี		
การหลงเหลืออยู่ของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก	6 (85.71)	2.60
การหายใจถูกกดจากยาแก้ปวด	1 (14.29)	0.43
รวม	7 (100.00)	3.03
ด้านการผ่าตัด		
การบาดเจ็บของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียง	1 (50.00)	0.43
ภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด	1 (50.00)	0.43
รวม	2 (100.00)	0.86

จากตาราง 4 พบว่า อุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ มีสาเหตุจากด้านผู้ป่วยประมาณ 5 เท่า ของสาเหตุด้านการผ่าตัด และ 1.67 เท่า ของสาเหตุด้านวิสัญญี โดยสาเหตุด้านผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์สูงสุด คือ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้น (1.30 : 10,000)

อภิปรายผล

การศึกษาภาวะใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 ของโรงพยาบาลสงขลา พบอุบัติการณ์เท่ากับ 8.66 : 10,000 การศึกษาครั้งนี้เกิดในห้องผ่าตัดระยะหลังสิ้นสุดให้

ยาระงับความรู้สึก 9 ราย คิดเป็น 3.90 : 10,000 และพบในท้องพักพื้น 11 ราย คิดเป็น 4.90 : 10,000 โดยอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนต้นมากเป็น 3 เท่าของผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง น้ำท่วมปอด ภาวะช็อก และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และเกิดในผู้ป่วยหลอดเสียงหดเกร็งตัวมากขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง น้ำท่วมปอด ภาวะช็อก และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน สำหรับสาเหตุด้านวิสัญญี เกิดจากการเหลืออยู่ของฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกมากเป็น 6 เท่า ของการหายใจถูกกีดจากยาแก้ปวด ส่วนสาเหตุจากการผ่าตัดเกิดกับการบาดเจ็บของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียงเท่าๆกับภาวะเลือดออกหลังผ่าตัด

ในขณะที่การศึกษาของโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พบอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่ห้องพักฟื้น 4 : 10,000 และ 5.2 : 10,000 ราย (Junkao, 2011; Pinsornsak, 2008) ตามลำดับ และแตกต่างจากการศึกษาของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ที่พบอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำที่ห้องพักฟื้น 14.00 : 10,000 และ 27.60 : 10,000 ราย ตามลำดับ (Bunchungmongkol, Pipanmekaporn, Punjaswadwong, & Cenpakdee, 2009; Rujirojindakul, Geater, Mc-neil, Vasinanukorn, Prathep, & Asim, et al., 2012) และพบมากกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่พบอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไปในห้องพักฟื้น 9.90 : 10,000 ราย

เมื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์ที่เกิดในโรงพยาบาลสงขลา จะพบว่าการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำเกิดมากขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆที่พบอุบัติการณ์มากในผู้ป่วยสูงอายุ (Bunchungmongkol, Pipanmekaporn, Punjaswadwong, & Cenpakdee, 2009; Chien, Hsun, Sheng, & Cheng, 2015; Duangngoen, Ittichaikulthol, Thamjamrassri, & Jiarpinitnun, 2016; Rajinda, 2007; Rujirojindakul, Geater, Mc-neil, Vasinanukorn, Prathep, & Asim, et al., 2012) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีการลดลงของกล้ามเนื้อ มีการเพิ่มขึ้นของไขมันและมีการลดลงของปริมาณน้ำในร่างกาย ยาที่มีการละลายในน้ำสูงจะมีค่าความเข้มข้นของยาสูงขึ้นและยาที่มีการละลายในไขมันจะมีการกระจายของยามากทำให้มีผลต่อการกำจัดยาออกจากร่างกายช้าลง (Raksakietisak, 2015) ในขณะที่การศึกษาของ Rujirojindakul, Geater, Mc-neil, Vasinanukorn, Prathep, & Asim, et al (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ด้วยเหตุผลการพัฒนา Neuromuscular junction ของเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปีไม่สมบูรณ์ทำให้มีผลต่อการใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Kongsayreepong, 2002)

ภาวะการเจ็บป่วย การผ่าตัดมีผลต่อการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำโดยพบได้บ่อยในผู้ป่วย ASA PS3 23.37 : 10,000 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangngoen, Ittichaikulthol, Thamjamrassri, & Jiarpinitnun (2016) ซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วย ASA PS 3 - 4 ถึง 15.10 : 10,000 ซึ่งต่างกับการศึกษาของ Rajinda (2007) และ Rujirojindakul, Geater, Mc-Neil, Vasinanukorn, Prathep, & Asim, et al (2012) ที่พบ 7.16 : 10,000 และ 12.07 : 10,000 ของผู้ป่วยอยู่ใน ASA PS2 ซึ่ง ASA PS3 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบร่างกายรุนแรงปานกลาง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมได้ไม่ดีหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Raksakietisak, 2015) และมีผลต่อการตอบสนองต่อยาที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก

ขณะเดียวกันชนิดของการผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน คิดเป็น 9.36 : 10,000 และอุบัติการณ์ 9.47 : 10,000 เป็นการผ่าตัดในเวลาราชการ มีข้อสังเกตว่าผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มาทำผ่าตัดในเวลาราชการ และการผ่าตัดผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพหรือผู้ป่วยที่มี ASA PS มากกว่า

2 และเป็นการผ่าตัดใหญ่จะนัดผู้ป่วยมาทำการผ่าตัดในช่วงเวลาราชการ ทำให้เกิดอุบัติเหตุการณ์ในผู้ป่วยผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน ในเวลาราชการมากกว่าการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

เมื่อแยกตามประเภทการผ่าตัดพบอุบัติเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่วนใหญ่ 96.15 : 10,000 เป็นการผ่าตัดศัลยกรรมตา เนื่องจากการผ่าตัดส่วนใหญ่ พบว่า เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ซึ่งมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก รองลงมาเป็นการผ่าตัดหู คอ จมูก คิดเป็น 23.75 : 10,000 และการผ่าตัดศัลยกรรมประสาท คิดเป็น 21.14 : 10,000 เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาทำผ่าตัดส่วนใหญ่ 9.36 : 10,000 พบอุบัติเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในระยะเวลาทำผ่าตัดมากกว่า 3 ชม. เนื่องจากระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนานทำให้เกิดฤทธิ์หลงเหลือของยาระงับความรู้สึก และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆในร่างกาย เมื่อวิเคราะห์ระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเวลาภายใน 10 นาที หลังถอดท่อช่วยหายใจคิดเป็น 6.06 : 10,000 โดยเกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในห้องผ่าตัดในช่วงระยะแรกหลังถอดท่อช่วยหายใจ และแรกรับในห้องพักรักษา ซึ่งผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะเพ่งพินจากยาสลบ ซึ่งอาการร่งวงซึมในห้องพักรักษาส่วนใหญ่แล้วเป็นผลตกค้างจากยาดมสลบ (Rodanant, 2015) ซึ่งมีผลต่อการกดการหายใจทำให้หายใจไม่เพียงพอ เกิดภาวะร่างกายขาดออกซิเจน

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สาเหตุทางด้านผู้ป่วยมีผลถึง 4.76 : 10,000 ที่ทำให้เกิดการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน 1.30 : 10,000 เป็นผลจากการสูญเสียแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน การสูญเสียแรงดึงตัวของกล้ามเนื้อบริเวณผนังคอทำให้โคนลิ้น และเนื้อเยื่อบริเวณ Posterior oropharynx ตกลงมาขัดกันทำให้เกิดอุดกั้นทางเดินหายใจ รองลงมา คือ ภาวะติดเชื้อซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และสาเหตุจากกล่องเสียงหดเกร็งซึ่งพบในผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของภาวะเส้นเสียงหดเกร็งพบอย่างละ 0.86 : 10,000 และภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง น้ำท่วมปอด ภาวะชัก กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่า Cardiac enzyme ผิดปกติอย่างละ 1 ราย คิดเป็น 0.43 : 10,000 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Uppan, Jeeraruensak, Chau-in, Chairatana & Promkhote. (2011) ที่พบอุบัติเหตุการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำส่วนใหญ่ 2.98 : 10,000 พบในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน เนื่องมาจากทางเดินหายใจหดเกร็ง หรือการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอหอย ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด

สาเหตุทางด้านวิสัญญีพบ 3.03 : 10,000 มีสาเหตุจากกระบวนการทางวิสัญญีที่มีผลเนื่องจากฤทธิ์หลงเหลือของยาระงับความรู้สึก 2.60 : 10,000 จากความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หายใจทำให้การหายใจไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำซึ่งเฝ้าระวังได้จากการที่ผู้ป่วยหลับลึกตื่นยาก หายใจไม่สม่ำเสมอ โดยประเมินฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วยเครื่อง Peripheral nerve stimulator และอีกปัจจัย คือ ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดมากเกินไป 0.43 : 10,000 ซึ่งมีผลทำให้เกิดการหายใจทำให้หายใจเองได้ไม่เพียงพอ ประเมินจากการที่ผู้ป่วยหลับลึกตื่นยากร่วมกับหายใจช้าน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที และดูขนาด Pupil มีขนาดเล็ก Pinpoint ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติดใกล้เคียงกับการศึกษาของ Uppan, Jeeraruensak, Chau-in, Chairatana & Promkhote. (2011) ที่พบการกดการหายใจจากการได้รับยาแก้ปวดทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำในห้องพักรักษา

ส่วน 0.86 : 10,000 ของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดได้แก่ภาวะมีเลือดออกหลังการผ่าตัดโดยเป็นการผ่าตัดทางเดินปัสสาวะแล้วมีภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำซีด

จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ สำหรับในผู้ป่วยผ่าตัดไทรอยด์พบภาวะบาดเจ็บของเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล่องเสียงระหว่างผ่าตัดทำให้ทางเดินหายใจส่วนบนถูกอุดกั้น (Luetrakool, 2015) ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำซึ่งพบอย่างละ 1 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangngoen, Ittichaikulthol, Thamjamrassri & Jiarpinitnun (2016) ที่พบอุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำจากปัจจัยด้านการผ่าตัดคิดเป็น 1.13 : 10,000 และ 0.28 : 10,000 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยส่งเสริมในด้านบุคลากร เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง ข้อมูลมีไม่เพียงพอที่จะแยกสาเหตุได้ว่ามาจากบุคลากรวิสัญญี ปัญหาจากการตัดสินใจ การขาดประสบการณ์ การเตรียมผู้ป่วยหรือการเตรียมอุปกรณ์

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษานี้และการทบทวนอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องผู้วิจัยเสนอแนะแนวทางการป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกดังนี้

1. มีแบบบันทึกการประเมินความพร้อมผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ตามแนวทางของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ประกอบด้วย Verbal command, Adequate spontaneous ventilation, Cough on suction, Swallowing/Gag, Hand grip/Head lift (The Royal College of Anesthesiologists of Thailand, 2019) และใช้พัฒนารูปแบบการบันทึกในแบบบันทึกการให้ยาระงับความรู้สึก
2. วางแผนการประเมินความเสี่ยงร่วมกันระหว่างทีมวิสัญญีและทีมผ่าตัด เพื่อถอดท่อช่วยหายใจเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด รวมทั้งการวางแผนล่วงหน้าเพื่อคาท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง
3. การพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจหลังผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก และใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มี ASA PS มากกว่า 2 และในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี ควรทำร่วมกับการปรึกษาวิสัญญีแพทย์ก่อนถอดท่อช่วยหายใจเพื่อพิจารณาการถอดหรือคาท่อช่วยหายใจ
4. ส่งเสริมการทำ Cuff leak test เพื่อประเมินภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นหลังถอดท่อช่วยหายใจ การทดสอบ Cuff leak test อาศัยแนวคิด คือ ถ้าทางเดินหายใจของผู้ป่วยไม่บวมมาก และยังไม่เปิดโล่ง เมื่อดูดอากาศใน Cuff ของท่อช่วยหายใจออก อากาศที่หายใจออกมา จะสามารถรั่วออกสู่ภายนอกได้ ทำให้ปริมาตรอากาศหายใจออกที่วัดจากเครื่อง น้อยกว่าปริมาตรที่เข้าสู่ปอด การทำ Cuff-leak test ก่อนการถอดท่อช่วยหายใจ สามารถทำนายการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ (Watcharotayangul, Virankabutra, Supathada, & Prueksawisatesuk, 2013)
5. ส่งเสริมการใช้ Peripheral nerve stimulator เพื่อประเมินความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วไป ใส่ท่อช่วยหายใจและได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อช่วยหายใจถ้าไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจะเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้
6. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีควรพัฒนาแนวทางการประเมินความเสี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำครอบคลุมภายใน 24 ชั่วโมงหลังถอดท่อช่วยหายใจ และการศึกษาผลกระทบจากการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ

References

- Bunchungmongkol, N., Pipanmekaporn, T., Punjaswadwong, Y. & Cenpakdee, S. (2009). Reintubation in the postanesthesia care unit: A retrospective study of 21,349 cases at Chiang Mai University hospital, Thailand. *Chiang Mai med Journal*, 48(2), 49-55.
- Charuluxananan, S., Punjasawadwong, Y., Pitimana-aree, S., Werawatganon, T., Lekprasert, V., & Nimmaanrat, S., et al. (2017). *Multicentered study of anesthesia: related mortality and adverse events by incident reports in Thailand*. Health Systems Research Institute, Research Report. Retrieved December 1, 2019 from <https://www.hsri.or.th/research>. (in Thai)
- Chien, C. L., Hsun, C. S., Sheng H. L., & Cheng, Y. L. (2015). Postoperative reintubation at postanesthesia care unit from 2010 to 2011 at a teaching hospital in Taiwan. *E-DA Medical Journal*, 2(38-42).
- Chinachoti, T., Chau-in, W., Suraseranivongse, S., Kitsampanwong, W., & Kongrit, P. (2005). Postoperative reintubation after planned extubation in Thai anesthesia incident study (Thai study). *Journal of the Medical Association Thailand*, 88(7), 84-94.
- Cholitkul, S. (2012). A retrospective study the incidence of reintubation after general anesthesia at Chiangrai Prachanukroh hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 4(1), 41-48.
- Department of Anesthesiology, Songkhla Hospital. (2020). Risk management in anesthesia (2017-2019). Songkhla. (in Thai)
- Duangngoen, P., Ittichaikulthol, W., Thamjamrassri, T., & Jiarpinitnun, J. (2016). Risk factor of reintubation in post anesthetic care unit after general anesthesia in Ramathibodi hospital. *Thai journal of Anesthesiology*, 42(1), 33-41.
- Junkao, J. (2011). An incidence study of risk factors related to re-intubations in the post-anesthetic care unit, Lampang hospital. *Boromarajonnani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 3(2), 12-18.
- Kongsayreepong, S. (2002). *Anatomy and physiology in neonatal and pediatric*. In Kongsayreepong, S. & Suraseranivong, S. Anesthesia in infancy and childhood. (pp. 1-46). Bangkok: Ruenkaew Printing. (in Thai)

- Luetrakool, P. (2015). *Anesthesia in thyroid*. In Pulnitiporn, A., Raksakietisak, M., Charoenraj, P., & Ruananukun, N. *Anesthesiology*. (pp. 365-374). The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. (in Thai)
- Pansamai, L. (2011). *Reintubation during anesthesia in Saraburi Hospital*. KM Siriraj. Retrieved November 12, 2019 from <https://www.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/95.pdf>. (in Thai)
- Pinsornsak, B. (2008). Incidence, causes and complications of reintubation after general anesthesia in the recovery room, Phranakhonsriyutthaya hospital. *Region 4 medical journal*, 10(6), 1091-1096.
- Rajinda, K. (2007). The incidence of reintubation in OR and PACU following general anesthesia with endotracheal intubation at Sappasittiprasong hospital. *Khon Kaen Medical Journal*, 31(1), 73-78.
- Raksakietisak, M. (2015). *Anesthesia for the elderly*. In Pulnitiporn, A., Raksakietisak, M., Charoenraj, P., & Ruananukun, N. *Anesthesiology*. (pp. 207-214). The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. (in Thai)
- Rodanant, O. (2015). *Postanesthetic care*. In Pulnitiporn, A., Raksakietisak, M., Charoenraj, P., & Ruananukun, N. *Anesthesiology*. (pp. 399-409). The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. (in Thai)
- Rujirojindakul, P., Geater, A. F., Mc-Neil, E. B., Vasinanukorn, P., Prathep, S., & Asim, W., et al. (2012). Risk factors for reintubation in the post-anesthetic care unit: A case-control study. *Britis Journal of Anaesthesia*, 109(4), 636-642.
- The Royal College of Anesthesiologists of Thailand. (2019). *Guidance for anesthesia record form*. Retrieved May 3, 2020 from <https://www.anesthai.org/public/rcat/Document>. (in Thai)
- Uppan, K., Jeerararuensak, W., Chau-In, W., Chairatana, L., & Promkhote, P. (2011). Anesthesia related to reintubation after planned extubation within 24 Hours after general anesthesia in Srinagarind hospital: Incidence and risk Factors. *Srinagarind Med Journal*, 26(4), 325-332.
- Watcharotayangul, J., Virankabutra, T., Supathada, P., & Prueksawisatesuk, W. (2020). *Cuff leak test predicting upper airway obstruction and reintubation after extubation*. Medicine Faculty Rhamatibodee. Retrieved June10, 2020 from <https://www.Rama.Mahidol.ac.th/anest/sites/default/files/public/pdf>. (in Thai)

อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการ

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Incidence and Factors Related to Adverse Events Following Immunization for
COVID-19 in People who Received Vaccination at
Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital Service Unit

พิมพ์กา อินทวงศ์

Pimpaka Intawong

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

(Received: January 16, 2022, Revised: January 28, 2022, Accepted: February 7, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังและไปข้างหน้า เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วันหลังรับวัคซีนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 15,438 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ คือฐานข้อมูลผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Multiple logistic regression เพื่อนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วย Adjusted Odds Ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

ผลการศึกษา พบอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายใน 30 วันหลังรับวัคซีน ร้อยละ 31.42 โดยวัคซีนชนิด Comirnaty พบอุบัติการณ์สูงสุด ร้อยละ 51.90 อาการไม่พึงประสงค์ที่พบสูงสุด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.37 นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (AOR= 1.502, 95%CI: 1.392 - 1.621, $p < 0.001$) กลุ่มอายุน้อย 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 18 – 29 ปี (AOR= 2.076, 95%CI: 1.870 - 2.306, $p < 0.001$) อายุ 30 – 39 ปี (AOR= 2.040, 95%CI: 1.848 - 2.251, $p < 0.001$) และอายุ 40 – 49 ปี (AOR= 1.531, 95%CI: 1.383 - 1.696, $p < 0.001$) และวัคซีน 2 ชนิด ได้แก่ AstraZeneca (AOR= 2.158, 95%CI: 1.978 - 2.354, $p < 0.001$) และ Comirnaty (AOR= 2.337, 95%CI: 1.949 - 2.900, $p < 0.001$)

ข้อค้นพบนี้ สามารถนำไปใช้วางแผนให้ข้อมูลอย่างเหมาะสมกับประชาชนทั้งที่ตัดสินใจเข้ารับบริการฉีดวัคซีนและยังส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น และรับรู้ถึงความปลอดภัยของการได้รับวัคซีน รวมถึงจัดเตรียมเวชภัณฑ์สนับสนุนที่เหมาะสมและเพียงพอกับการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน

คำสำคัญ: อุบัติการณ์, อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน, วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: intpim@gmail.com)

Abstract

A retrospective prospective study aimed to study the incidence and factors associated with the occurrence of adverse reactions after vaccination Coronavirus disease 2019 (COVID-19 vaccine). The samples were 15,438 people who came to receive vaccinations at the Maharat Nakhon Si Thammarat Hospital service unit from April 6, 2021 to August 31, 2021. Secondary data collection from the COVID-19 vaccine recipient database 2019 (MOPH Immunization center). Descriptive statistics and Multiple logistic regression with adjusted odds ratio (AOR) and 95% confidence interval (95%CI) were used to measure the magnitude of association between an exposure and the occurrence of adverse reactions after vaccination, adjusted for the influence of other variables.

The results showed that the incidence of adverse reactions within 30 days after vaccination was 31.42 %, with the highest incidence of the Comirnaty vaccine at 51.90%. The most common adverse reaction was myalgia, 37.37%. In addition, the significant factors associated with the occurrence of adverse reactions after vaccination for Coronavirus disease 2019 were female (AOR = 1.502, 95%CI: 1.392–1.621, $p < 0.001$). The three younger age group were as follows; 18 - 29 years (AOR = 2.076, 95%CI: 1.870 - 2.306, $p < 0.001$), age 30 – 39 years (AOR = 2.040, 95%CI: 1.848 - 2.251, $p < 0.001$), age 40 - 49 years (AOR = 1.531, 95%CI: 1.383 - 1.696, $p < 0.001$) and two vaccine types ,AstraZeneca (AOR = 2.158, 95%CI: 1.978 - 2.354, $p < 0.001$), and Comirnaty (AOR = 2.337, 95%CI: 1.949 - 2.900, $p < 0.001$).

This data can be utilized to provide accurate information to people who are deciding whether or not to get vaccines. This will increase their confidence and awareness of vaccination's safety, as well as provide appropriate medical resources to treat the symptoms of adverse reactions to vaccination.

Keywords: Incidence, Adverse Events Following Immunization, COVID-19 Vaccines

บทนำ

ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งแรกในนครอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลกจนกระทั่งวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ (Coronavirus pandemic) (World Health Organization, 2020) ภายหลังพบการติดเชื้อลุกลามไปใน 118 ประเทศและมีผู้ติดเชื้อกว่า 121,000 คนเสียชีวิตผู้คนไปกว่า 4,300 คน (BBC NEWS, 2020) สำหรับประเทศไทยกรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินเมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2563 เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบ

ผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นนักท่องเที่ยวจีนที่เดินทางเข้าประเทศไทย และมีรายงานผู้ป่วยชาวไทยรายแรก เมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 (Department of Disease Control, 2021) วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคนี้เป็นโรคติดต่ออันตราย ต่อมาพบการแพร่ระบาดใหญ่เป็นการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนและมีการแพร่ระบาดทั่วประเทศ

ในสถานการณ์ปัจจุบันวิธีการป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นจากการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับปฏิบัติตามมาตรการป้องกันแบบครอบจักรวาล (Universal prevention) เช่น สวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 1 - 2 เมตร ล้างมือเป็นประจำอย่างเคร่งครัด เป็นต้น (Department of Disease Control, 2021) วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยปกป้องร่างกายจากโรคโดยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองต่อไวรัส SARS-Cov-2 ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคและผลกระทบอื่นๆ ที่ตามมาลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะป่วยหนักจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เป็นต้น (World Health Organization Thailand, 2021)

วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ เป็นวัคซีนใหม่ที่พัฒนาและผลิตขึ้นอย่างเร่งด่วนเพื่อใช้ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ประเทศต่างๆ ที่จัดให้มีการฉีดวัคซีนนี้ให้กับประชาชนได้พัฒนาให้มีระบบการติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนควบคู่ไปพร้อมกัน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา จีน เกาหลี เป็นต้น (Jeong, 2021; Meurs & Kant, 2020; Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al., 2021; Oh, Kim, Hwang, Kim, Lee, & Lee, et al, 2021) รวมถึงประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาให้มีระบบเฝ้าระวังติดตามอาการภายหลังได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำกับติดตามความปลอดภัยและประกันความมั่นใจของประชาชนต่อวัคซีน (Department of Disease Control, 2021) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดให้มีบริการฉีดวัคซีนให้กับประชาชนเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นทั่วประเทศ โดยข้อมูลผู้รับวัคซีนจากหน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วงวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 80,430 คน ซึ่งครอบคลุมวัคซีนทั้ง 4 ชนิด ได้แก่ CoronaVac, AstraZeneca, BBIBP-CorV และ Comirnaty (Ministry of Health, 2021) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีระบบกำกับติดตามความปลอดภัยของประชาชนภายหลังได้รับวัคซีนเพิ่มเติม จากการเฝ้าระวังอาการภายหลังได้รับวัคซีนตามระบบปกติที่ดำเนินการอยู่เดิมซึ่งเป็นระบบเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive AEFI surveillance) ทำการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีประวัติได้รับวัคซีนโควิด 19 และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ส่วนระบบเฝ้าระวังที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นระบบติดตามความปลอดภัยเชิงรุกสำหรับวัคซีนโควิด-19 (Active surveillance system for COVID-19 vaccine) เป็นการเฝ้าระวังเฉพาะกิจที่มุ่งเน้นให้ได้ข้อมูลความปลอดภัยของวัคซีนจากการใช้จริงของประเทศที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรที่ได้รับวัคซีนอย่างกว้างขวางและติดตามผลจากการใช้วัคซีนดังกล่าว เพื่อติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 อย่างเข้มข้นและครบถ้วนผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม (Department of Disease Control, 2021)

ดังนั้น การศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จากระบบเฝ้าระวังเชิงรุก ณ หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นข้อมูลนำเข้าในการวางแผนพัฒนาและออกแบบสื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมกับผู้รับบริการกลุ่มต่าง ๆ ได้แก่

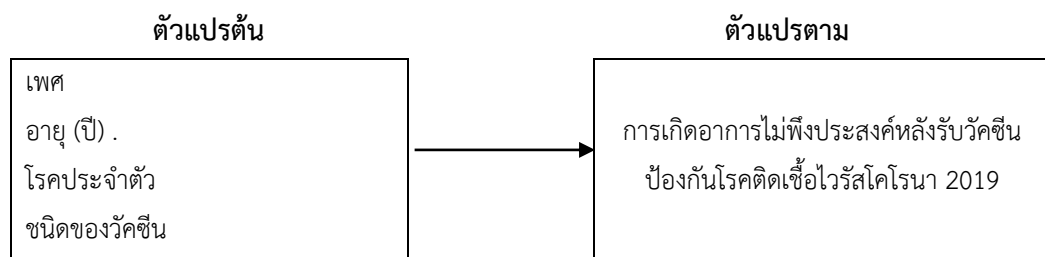
ประชาชนทั่วไป ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้รับวัคซีนมีความเชื่อมั่น และรับรู้ถึงความปลอดภัยของการได้รับวัคซีน รวมถึงการจัดเตรียมเวชภัณฑ์สนับสนุนที่เหมาะสม และเพียงพอกับการบรรเทาอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชนที่มารับวัคซีนที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรต้น รวมทั้งสิ้น 4 ตัวแปร โดยมี 2 ตัวแปรเป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และอายุ และ 2 ตัวแปร ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับวัคซีน ประกอบด้วย 1) โรคประจำตัว จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มี และผู้มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคเรื้อรัง รวมถึงสตรีมีครรภ์ และ 2) ชนิดของวัคซีน รวม 4 ชนิด ได้แก่ CoronaVac, AstraZeneca, BBIBP-CorV และ Comirnaty สำหรับตัวแปรตาม คือ การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ไม่มี และมี ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังและไปข้างหน้า (Retrospective cohort study) โดยมีจุดเริ่มต้นที่ประชาชนได้รับสัมผัสปัจจัย ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนั้นจึงติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ฯ แบบไปข้างหน้าภายใน 30 วัน หลังได้รับปัจจัยตามที่แจ้งผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) คือ ฐานข้อมูลผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนผู้มารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2564 - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ที่มีประวัติการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูลผู้รับบริการวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center) และบันทึกข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีน (Adverse Event Following Immunization: AEFI) จากระบบหมอพร้อมภายใน 30 วัน ที่ครบถ้วนและสมบูรณ์ มีจำนวนทั้งสิ้น 15,438 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือแบบรายการบันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม หรือ Web-based portal ของกระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2021) ซึ่งเป็นแบบมาตรฐานที่ใช้ทั่วประเทศ จำนวน 1 ชุด แบ่งข้อมูลที่ได้รับการจัดเก็บออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว จำนวน 2 กลุ่ม คือ ผู้มี และไม่มีโรคประจำตัว สำหรับส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการได้รับวัคซีน รวมทั้งสิ้น 5 ข้อ ได้แก่ วันที่ได้รับวัคซีน ประเภทของวัคซีน จำนวนเข็มที่ได้รับ และอาการไม่พึงประสงค์ 10 อาการ ได้แก่ 1. ปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด (Injection site reaction) 2. ไข้ (Fever) 3. ปวดศีรษะ (Headache) 4. เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง (Fatigue) 5. ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgia) 6. คลื่นไส้ (Nausea) 7. อาเจียน (Vomiting) 8. ท้องเสีย (Diarrhea) 9. ผื่น (Rash) และ 10. อาการอื่นๆ และวันที่เกิดอาการ โดยทุกข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบการบันทึกข้อมูลตามความเป็นจริงจากผู้รับการฉีดวัคซีน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ได้แก่ ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงสาธารณสุข (MOPH Immunization Center) ในส่วนของหน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยมีวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ประสานงานกับศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชโดยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อขอเข้าถึงแหล่งข้อมูลทุติยภูมิของผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชตั้งแต่ 6 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564
2. รวบรวมข้อมูลผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ 6 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564
3. คัดเลือกข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ มีผลการบันทึกที่สมบูรณ์ครบถ้วนเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากการรับวัคซีนโควิด 19 และเลือกเฉพาะข้อมูลตามกรอบแนวคิดการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวชนิดของวัคซีน และอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน ได้แก่ Simple logistic regression โดยนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วย Crude Odds Ratio (COR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI) และใช้สถิติ Multiple logistic regression สำหรับนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วย Adjusted Odds Ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาเห็นชอบอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัยที่ A01/2565 เอกสารรับรองเลขที่ A01/2565 เป็นการศึกษาข้อมูลที่ได้บันทึกไว้ในระบบ MOPH Immunization center โดยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ที่ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป อุบัติการณ์เกิดอาการไม่พึงประสงค์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 6 เมษายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวน 15,438 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.03 มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี ร้อยละ 24.17 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.63 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 88.90 และ CoronaVac เป็นวัคซีนที่ได้รับการฉีดสูงสุด ร้อยละ 71.08 ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของผู้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วันที่ 6 เมษายน – 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=15,438)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10,193	66.03
ชาย	5,245	33.97
กลุ่มอายุ (M= 43.63, S.D.= 14.86)		
18 – 29 ปี	3,064	19.85
30 – 39 ปี	3,731	24.17
40 - 49 ปี	3,468	22.46
50 – 59 ปี	2,605	16.87
≥60 ปี ขึ้นไป	2,570	16.65
โรคประจำตัว		
ไม่มี	13,725	88.90
มี	1,713	11.10
ชนิดวัคซีน*		
CoronaVac	10,973	71.08
AstraZeneca	3,643	23.60
BBIBP-CorV	402	2.60
Comirnaty	420	2.72

หมายเหตุ: *CoronaVac ชื่อการค้า คือ Sinovac; BBIBP-CorV ชื่อการค้า คือ Sinopharm; Comirnaty ชื่อการค้า คือ Pfizer, BioNTech

2. อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (AEFI) โดยรวมพบว่า ประชาชนที่ได้รับวัคซีน ๓ เกิดอุบัติการณ์ของอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีน ๓ จากการติดตามภายใน 30 วัน ของระบบหมอพร้อม ร้อยละ 31.42 เมื่อจำแนกการเกิดอุบัติการณ์ตามชนิดของวัคซีนพบว่า วัคซีนชนิด Comirnaty หรือที่รู้จักในชื่อการค้า คือ Pfizer, BioNTech ร้อยละ 51.90 และรองลงมา ได้แก่ วัคซีนชนิด AstraZeneca ร้อยละ 38.65 ดังตาราง 2

ตาราง 2 อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ของประชาชนที่มารับบริการ ณ บริการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราชวันที่ 6 เมษายน - 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 โดยรวมและจำแนกตามชนิดวัคซีน

ชนิดวัคซีน	จำนวน (คน)		อุบัติการณ์ (ร้อยละ)
	ทั้งหมด	มีอาการไม่พึงประสงค์	
CoronaVac	10,973	3,106	28.31
AstraZeneca	3,643	1,408	38.65
BBIBP-CorV	402	119	29.60
Comirnaty	420	218	51.90
รวม	15,438	4,851	31.42

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาลักษณะอาการแสดงของอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประชาชนที่ได้รับวัคซีนรายงานไว้ในระบบหมอพร้อมภายใน 30 วันหลังได้รับวัคซีน โดยรวมพบว่า อาการแสดงที่พบสูงสุด ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.37 รองลงมา ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 33.04 เมื่อพิจารณาอาการแสดงไม่พึงประสงค์ ๓ จำแนกตามชนิดวัคซีน พบว่า วัคซีนชนิด CoronaVac มีอาการแสดงไม่พึงประสงค์สูงสุด 2 ลำดับแรกเช่นเดียวกับภาพรวม สำหรับ AstraZeneca และ Comirnaty มีอาการแสดงไม่พึงประสงค์ 2 ลำดับแรกเหมือนกัน ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ และมีไข้ สำหรับ BBIBP-CorV พบอาการแสดงที่พบสูงสุด ได้แก่ ง่วงนอน ร้อยละ 47.06 รองลงมา ได้แก่ ปวดศีรษะ ร้อยละ 29.41 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ร้อยละของประชาชนที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามลักษณะอาการแสดงและชนิดวัคซีน

อาการแสดงไม่พึงประสงค์ ๓	รวม (n=4,851)	ชนิดวัคซีน			
		CoronaVac (n= 3,106)	AstraZeneca (n= 1,408)	BBIBP-CorV (n= 119)	Comirnaty (n= 218)
ปวดกล้ามเนื้อ	37.37	33.90	43.54	26.89	52.75
ปวดศีรษะ	33.04	32.32	35.16	29.41	30.27
ไข้	32.46	23.79	50.78	19.32	43.12
ง่วงนอน	20.24	21.28	15.34	47.06	22.48

ตาราง 3 (ต่อ)

อาการแสดงไม่พึงประสงค์ ฯ	รวม (n=4,851)	ชนิดวัคซีน			
		CoronaVac (n= 3,106)	AstraZeneca (n= 1,408)	BBIBP-CorV (n= 119)	Comirnaty (n= 218)
เหนื่อยอ่อนเพลียไม่มีแรง	19.73	18.73	22.58	15.13	17.89
คลื่นไส้	8.53	8.89	7.88	9.24	5.96
อาเจียน	3.09	3.32	2.98	3.36	0.45
ท้องเสีย	4.22	4.54	3.76	4.20	2.75
ปวดบวมแดงบริเวณที่ฉีด	19.39	15.39	24.08	10.92	50.92
ปวดข้อ	6.06	4.83	8.95	5.04	5.50
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	3.73	3.35	4.54	3.36	4.12
แขนขาชา	2.60	2.70	2.41	1.68	2.75
เวียนศีรษะ	1.55	1.67	1.49	0.00	0.92
ใจสั่น	0.70	0.61	0.99	0.84	0.00
ผื่น	4.95	5.57	4.26	2.52	1.83

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 อาการ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิเคราะห์ COR พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (COR= 1.517, 95%CI: 1.409 – 1.635) กลุ่มอายุ 3 กลุ่ม คือ 18 – 29 ปี (COR= 1.664, 95%CI: 1.483 – 1.866), 30 – 39 ปี (COR= 1.629, 95%CI: 1.459 – 1.820) และ 40 – 49 ปี (COR= 1.210, 95%CI: 1.079 – 1.356) ยกเว้นกลุ่มอายุ 50 – 59 ปี และวัคซีนชนิด 2 ชนิด คือ AstraZeneca (COR= 1.596, 95%CI: 1.475 – 1.726) และ Comirnaty (COR= 2.733, 95%CI: 2.247 – 3.325) ยกเว้น BBIBP-CorV เมื่อพิจารณา AOR ที่ปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิง (AOR= 1.502, 95%CI: 1.392 – 1.621) กลุ่มอายุน้อย 3 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 18 – 29 ปี (AOR= 2.076, 95%CI: 1.870 – 2.306) อายุ 30 – 39 ปี (AOR= 2.040, 95%CI: 1.848 – 2.251) และอายุ 40 – 49 ปี (AOR= 1.531, 95%CI: 1.383 – 1.696) และวัคซีน 2 ชนิด ได้แก่ AstraZeneca (AOR= 2.158, 95%CI: 1.978 – 2.354) และ Comirnaty (AOR= 2.337, 95%CI: 1.949 – 2.900) ดังตาราง 4

ตาราง 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	มี AEFI		ไม่มี AEFI		COR (95%CI)	AOR (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							
ชาย	1,346	25.66	3,899	74.34	1	1	
หญิง	3,505	34.39	6,688	65.61	1.517 (1.409–1.635)	1.502 (1.392-1.621)	< 0.001

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัย	มี AEFI		ไม่มี AEFI		COR (95%CI)	AOR (95%CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
กลุ่มอายุ							
≥60 ปี ขึ้นไป	668	25.99	1,902	74.01	1	1	
18 – 29 ปี	1,130	36.88	1,934	63.12	1.664 (1.483-1.866)	2.076 (1.870-2.306)	< 0.001
30 – 39 ปี	1,358	36.40	2,373	63.60	1.629 (1.459-1.820)	2.040 (1.848-2.251)	< 0.001
40 - 49 ปี	1,034	29.81	2,434	70.18	1.210 (1.079-1.356)	1.531 (1.383-1.696)	< 0.001
50 – 59 ปี	661	25.37	1,944	74.63	0.968 (0.855-1.097)	-	-
โรคประจำตัว							
ไม่มี	4,301	31.34	9,424	68.66	1		
มี	550	32.11	1,163	67.89	1.036 (0.930-1.154)	-	-
ชนิดวัคซีน*							
CoronaVac	3,106	28.46	7,807	71.54	1	1	
AstraZeneca	1,408	38.65	2,235	61.35	1.596 (1.475-1.726)	2.158 (1.978-2.354)	< 0.001
BBIBP-CorV	119	29.60	283	70.40	1.065 (0.856-1.325)	-	-
Comirnaty	218	51.90	202	48.10	2.733 (2.247-3.325)	2.337 (1.949-2.900)	< 0.001

หมายเหตุ *CoronaVac ชื่อการค้า คือ Sinovac; BBIBP-CorV ชื่อการค้า คือ Sinopharm; Comirnaty ชื่อการค้า คือ Pfizer, BioNTech, 1 หมายถึง กลุ่มอ้างอิง (Reference group)

อภิปรายผล

อุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนที่มารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่หน่วยบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา ร้อยละ 31.42 เป็นอัตราอุบัติการณ์ที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการศึกษาที่ประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ร้อยละ 0.09 และร้อยละ 0.03 ตามลำดับ (Karayeva, Kim, Bandy, Clyne, Marak, 2021; Meurs & Kant, 2020) เมื่อจำแนกชนิดของวัคซีน พบว่า การวิจัยครั้งนี้ มีอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากวัคซีนทุกชนิดสูงกว่าผลการศึกษาที่ผ่านมา เช่น ประเทศจีน พบอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีด CoronaVac และ BBIBP-CorV ร้อยละ 0.01, 0.02 (Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021)

ที่สหรัฐอเมริกา และเม็กซิโก หลังฉีดวัคซีน Pfizer และ Moderna พบร้อยละ 0.20 (Jeong, 2021; Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021; Pike, 2021) หลังฉีดวัคซีน Sinovac และวัคซีน Comirnaty (BioNTec) ที่ฮ่องกง พบร้อยละ 0.08 และ 0.07 ตามลำดับ (Hospital Authority, 2021) ที่เกาหลีหลังฉีดวัคซีน AstraZeneca and Pfizer-BioNTech พบอาการไม่พึงประสงค์ร้อยละ 0.45 (Oh, Kim, Hwang, Kim, Lee, & Lee, et al, 2021) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการได้มาซึ่งข้อมูลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นข้อมูลที่ได้จากระบบการติดตามความปลอดภัยเชิงรุกสำหรับวัคซีนโควิด-19 (Active surveillance system for COVID-19 vaccine) ที่ผู้รับวัคซีนมีโทรศัพท์มือถือและประสงค์จะติดตามเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านแอปพลิเคชันเป็นส่วนใหญ่ การติดตามอาการและแจ้งเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบนี้เป็นความสะดวก รวดเร็วทำให้ข้อมูลที่เข้าสู่ระบบติดตามมีจำนวนมากกว่าระบบรายงานแบบอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการประเมินอาการโดยการส่งข้อความ (SMS) ผ่านโทรศัพท์มือถือสอบถามอาการหลังฉีดวัคซีนพบว่ามีอาการข้างเคียงมากกว่าการรายงานในระบบปกติถึง 13 เท่าโดยกลุ่มที่ส่ง SMS สอบถามอาการพบอัตราอุบัติการณ์อาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 4.35 และกลุ่มที่ไม่ส่ง SMS สอบถามอาการพบอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 0.28 (Gold, Lincoln, Cashman, Braunack-Mayer, & Stocks, 2021) การสอบถามอาการหลังฉีดวัคซีนโดยการโทรศัพท์ถามรายบุคคล พบว่า มีอัตราอุบัติการณ์ยิ่งสูงขึ้นดังเช่นการศึกษาที่ประเทศเนปาลพบอัตราอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 18.97 (Aryal, Devbhandari, Shrestha, Rajbhandari, Shakya, & Tuladhar, et al, 2021)

นอกจากนี้ การวิจัยนี้ส่วนใหญ่พบการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนในเพศหญิง ร้อยละ 66.06 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศจีนและเกาหลีซึ่งพบอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนในผู้หญิง ร้อยละ 61.79 และ 80.70 ตามลำดับ (Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021; Oh, Kim, Hwang, Kim, Lee, & Lee, et al, 2021) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุมาก 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 50 - 59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนต่ำกว่าอีก 3 กลุ่มอายุน้อยอย่างชัดเจน ได้แก่ 18 - 29 ปี, 30 - 39 ปี และ 40 - 49 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาประเทศจีนซึ่งพบว่า ในกลุ่มอายุมากเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อย โดยกลุ่มอายุ 45 - 59 ปีเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน 74.0 ต่อหนึ่งล้านโดส ผู้ที่มีอายุ 18 - 44 ปี และ 45 - 59 ปี เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน 102.0 ต่อหนึ่งล้านโดส (Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021) อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนที่พบมากที่สุดโดสในวัคซีนทั้ง 4 ชนิด คือ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.37 รองลงมา คือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 33.04 และไข้ ร้อยละ 32.46 สอดคล้องกับข้อมูลของประเทศเกาหลีใต้ซึ่งพบว่า อาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 52.2 ไข้ ร้อยละ 44.9 และปวดศีรษะ ร้อยละ 34.9 (Oh, Kim, Hwang, Kim, Lee, & Lee, et al, 2021)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยเพศ กลุ่มอายุ และชนิดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศจีนที่พบว่า ความเสี่ยงของเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนในผู้หญิงสูงกว่าในผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ (RR, 95% CI: 1.6, 1.4 - 1.9) (Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021) เช่นเดียวกับการศึกษาที่เนปาล พบว่า เพศหญิงเกิดอาการข้างเคียงมากกว่าเพศชาย (OR= 2.369; 95%CI= 1.398 - 4.014; $p < 0.001$) (Gautam, Dangol, Bhattarai,

Paudel, Poudel, & Gautam, et al, 2021) การศึกษาที่ประเทศจีน พบว่า เกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนในกลุ่มอายุมาก (45 - 59 ปี และมากกว่า/เท่ากับ 60 ปี) ต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 18 - 44 ปี (RR, 95% CI: 0.7, 0.6 - 0.9) (Wu, Yang, Yang, Zhu, Liang, & Lin, et al, 2021) นอกจากนี้การศึกษาที่ประเทศอังกฤษ ยังพบว่า วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม (mRNA) มีความเสี่ยงของเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนมากกว่าวัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (OR 2.00; 95% CI= 1.86 - 2.15; $p < 0.001$) (Beatty, Peyser, Butcher, Cocohoba, Lin, & Olgin, et al, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ที่พบอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนชนิด mRNA (Comirnaty) มากกว่าวัคซีนชนิดเชื้อตาย (CoronaVac) 2 เท่า โดยพบอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีน Comirnaty และ CoronaVac ร้อยละ 51.90 และ 28.46 ตามลำดับ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ฉีดวัคซีนควรให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ และรับรู้ถึงความปลอดภัยของวัคซีน รวมถึงใช้เป็นข้อมูลสำหรับการสังเกตอาการที่ต้องมาพบแพทย์
2. จัดเตรียมเป็นข้อมูลสำหรับเผยแพร่ไปยังช่องทางรับคำปรึกษา สำหรับให้ข้อมูลประชาชนที่มีความสงสัยไม่แน่ใจในอาการหลังรับวัคซีน เช่น สายด่วนรับคำปรึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยต่อยอดในประเด็นอื่น ๆ เช่น การศึกษาอาการไม่พึงประสงค์หลังรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มเฉพาะเช่นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังต่างๆจำแนกตามชนิดวัคซีน หรือกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15 ปี เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้รับบริการวัคซีน

References

- Aryal, S., Devbhandari, R. P., Shrestha, A., Rajbhandari, P., Shakya, T., & Tuladhar, S., et al. (2021). Adverse events following immunization with sinopharm (Vero Cell) inactivated COVID-19 vaccine. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 8(2), 18-24.
- BBC NEWS. (2020). *Coronavirus: WHO declares COVID-19 a global pandemic*. Retrieved August 30, 2021 from <https://www.bbc.com/thai/international-51838536>. (in Thai)
- Beatty, A., Peyser, D., Butcher, X., Cocohoba, J., Lin, F., & Olgin, J., et al. (2021). Analysis of COVID-19 vaccine type and adverse effects following vaccination. *JAMA Network Open*, 4(12): e2140364. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.40364>.
- Department of Disease Control. (2021). *COVID-19 situation, public health measures and barriers to preventing and controlling the disease in Travelers*. Retrieved August 30, 2021 from <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Guidelines for vaccination against COVID-19 epidemic in Thailand 2021*. Retrieved August 30, 2021 from <https://www.cvp1.moph.go.th>. (in Thai)
- Journal of Health Sciences and Pedagogy, 2022, 28-40. Vol. 2 No.1 January – April 2022**
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP>

- Gautam, A., Dangol, N., Bhattarai, U., Paudel, S., Poudel, B., & Gautam, S., et al. (2021). ChAdOx1 nCoV-19 vaccine and its self-reported adverse events: a cross-sectional study from Western Nepal. *Journal of Patan Academy of Health Sciences*, 8(2), 18-24.
- Gold, M. S., Lincoln, G., Cashman, P., Braunack-Mayer, A., & Stocks, N. (2021). Efficacy of m-health for the detection of adverse events following immunization–the stimulated telephone assisted rapid safety surveillance (STARSS) randomised control trial. *Vaccine*, 39(2), 332-342.
- Hospital Authority. (2021). *Safety monitoring of COVID-19 vaccines in Hong Kong*. Retrieved September 20, 2021 from [https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/COVID19 Vaccination Fact Sheet_Comirnaty_ENG.pdf](https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/COVID19_Vaccination_Fact_Sheet_Comirnaty_ENG.pdf).
- Jeong, M. (2021). Pfizer vaccine for COVID-19: what are the side effects?. Retrieved September 7, 2021 from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/pfizer-vaccine-for-covid-19-what-are-the-side-effects>.
- Karayeve, E., Kim, E., Bandy, U., Clyne, A., & Marak, T. P. (2021). Monitoring vaccine adverse event reporting system (VAERS) reports related to COVID-19 vaccination efforts in rhode Island. *Rhode Island Medical Journal*, 104(7), 64-66.
- Meurs, L & Kant, A. (2021). Cohort event monitoring to assess safety of COVID-19 vaccines using patient reported events, a protocol template from the ACCESS project. Retrieved September 17, 2021 from https://www.cdn.who.int/media/docs/default-source/3rd-edl-submissions/who_covid_protocols_cem_template.pdf?sfvrsn=101d700d_1 & download =true.
- Ministry of Health. (2021). *MOPH immunization center*. Retrieved September 1, 2021. from <https://www.cvl1.moph.go.th>. (in Thai)
- Oh, H. K., Kim, E. K., Hwang, I., Kim, T. E., Lee, Y. K, & Lee, E., et al. (2021). COVID-19 vaccine Safety monitoring in the republic of Korea: February 26, 2021 to April 30, 2021. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 12(4), 264-268.
- Pike, H. (2021). *Sinopharm COVID-19 vaccine: should you worry about the side effects?*. Retrieved September 17, 2021 from <https://www.medicalnewstoday.com/articles/sinopharm-covid-19-vaccine-should-you-worry-about-the-side-effects>.
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 WHO Thailand situation reports-12 March 2020*. Retrieved August 30, 2021 from [https://www.who.int/thailand/emergencies novel-coronavirus-2019/situation-reports](https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports). (in Thai)

- World Health Organization (2021). *Coronairus disease (COVID-19) questions and answers on vaccine safety*. Retrieved August 30, 2021 from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-onv-covid-19-vaccines-safety>.
- Wu, Q., Yang, Y., Yang, J., Zhu, L., Liang, Y., & Lin, Q., et al. (2021). Surveillance for adverse events following immunization with COVID-19 vaccines in Dalian, China. *Social Science Research Network*. <https://doi:10.2139/ssrn.3890742>.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Nurses' Perception of What is a Good Death in
End-of-Life Patients at Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat

สมพร รัตนพันธ์

Somporn Rattanapan

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: January 23, 2022, Revised: February 17, 2022, Accepted: March 6, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณลักษณะการตายดี และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในโรงพยาบาลท่าศาลาที่มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 96 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เท่ากับ 0.91 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แร้งค์ออดเดอร์

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้คุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมในระดับสูง ($M = 172.54, S.D. = 18.59$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้คุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้านพบอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ ตายอย่างสงบ ($M = 77.49, S.D. = 9.59$) ตายตามธรรมชาติ ท่ามกลางครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ ($M = 56.53, S.D. = 6.49$) และตายแบบหมดหวัง ($M = 43.07, S.D. = 5.27$) โดยการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.221$) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = .353$)

จากการศึกษานี้ เป็นการขยายองค์ความรู้เกี่ยวกับการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีประโยชน์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการวางแผนในการอบรมและสร้างประสบการณ์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อให้เกิดการตายดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

คำสำคัญ: คุณลักษณะการตายดี, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: somporn011@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional survey aimed to explore the characteristics of what is a good death for registered nurses and the factors associated with their perceptions of what is a good death for end-of-life patients. Participants were 96 registered nurses who had more than 1-year of work experience in Thasala public hospital. Data were collected from January to April 2021. Research instruments included general information and a questionnaire on characteristics of a good death for end-of-life patients. The questionnaire was validated by 3 experts and its reliability was 0.96. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson product-moment correlation, Point biserial correlation coefficient, and Spearman rank-order correlation coefficient.

The results showed that the overall score of characteristics of a good death was at a high level ($M = 172.54$, $S.D. = 18.59$). When considering the level of each dimension, the average score of all components was at a high level for death with peacefulness ($M = 77.49$, $S.D. = 9.59$), natural death with family and loved ones in a peaceful environment ($M = 56.53$, $SD = 6.49$), and death without worrisome ($M = 43.07$, $S.D. = 5.27$). The training about end-of-life care was mildly statistically significant at $p < 0.05$ ($r = .221$), and the end-of-life care experience of nurses was statistically moderate significant at $p < 0.001$ ($r = .353$) with characteristics of a good death in the end-of-life patients as perceived by registered nurses.

This study revealed a body of knowledge concerning registered nurses' perception of what is a good death. It may be beneficial to nurse administrators in planning training programs and encourage end-of-life care's experience of nurses in order to promote good death for end-of-life patients.

Keywords: Characteristics of good death, End of life patients, Register nurses perceptions

บทนำ

ความเจริญก้าวหน้าเทคโนโลยีทางการแพทย์รุดหน้าไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ในแต่ละปีประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก มีผู้ป่วยในระยะสุดท้าย หรือใกล้ตาย และจำนวนผู้เสียชีวิตของประชากรเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกคาดการณ์แนวโน้มทั่วโลกจะมีผู้ที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายมากถึง 40 ล้านคน ในปี 2030 (WHO, 2020) เช่นเดียวกับในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ต้องรับการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอันดับต้น ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม ไตวายเรื้อรัง มะเร็งลำไส้ใหญ่ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (Division of Non Communicable Disease, 2021) โดยส่วนใหญ่การเสียชีวิต ร้อยละ 90.00 จะเป็นการเสียชีวิตแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยที่ไม่สามารถบอกระยะเวลาการเสียชีวิต

ได้ต้องใช้เวลาในการรักษาอย่างต่อเนื่องที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม จนถึงช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต (Ngamgam & Sangchart, 2016)

ความตายเป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่กลัวโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตเนื่องจากการเกิดปัญหาซับซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และมีการดำเนินโรคก้าวหน้า ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยและครอบครัวมักมีความวิตกกังวล รู้สึกท้อแท้ เกิดความเครียดจากโรคที่คุกคาม ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่เดิมได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเองลดลง ต้องการความรัก การให้อภัย รวมทั้งกลัวต่อแผนการรักษาของแพทย์ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ หรือสวนหัวใจเพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพ (Samerchua, Nantachaipan, & Sittisombut, 2019) เช่นเดียวกับแพทย์ที่ตัดสินใจรักษาจนถึงขั้นสูงสุดทางการแพทย์เนื่องจากกลัวจะมีปัญหากับญาติ มีความกังวลว่าจะถูกฟ้องร้อง จากความต้องการของญาติที่ต้องการที่ต้องการตอบแทนที่บุพการีให้ชีวิตมา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยให้ได้รับการรักษาที่ดีที่สุด จึงมีความต้องการเข้ารับรักษาในห้องไอซียู การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้ยากระตุ้นการหายใจ การฟอกเลือดเพียงเพื่อยืดลมหายใจออกไปให้อยู่ยาวนานที่สุด (Khongsaman, Wongrostri, & Akkarawongvisiht, 2020) การตัดสินใจรักษาพยาบาลดังกล่าวทำให้ร่างกายบอบช้ำโดยไม่จำเป็น ทำให้การตายไม่เป็นไปตามธรรมชาติทำให้มีผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตอย่างทุกข์ทรมาน (Sujaritwarakul & Somanusorn, 2018)

การเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือการดำเนินของโรคไปสู่ระยะสุดท้าย ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพื่อการรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้หายขาด แต่เป็นการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และจิตวิญญาณ รวมถึงการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปด้วยดีหรือเรียกอีกนัยหนึ่ง คือ ตายดี (Good death) ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนคนคาดหวังเมื่อถึงสุดท้ายของชีวิต เป็นเป้าหมายสำคัญที่สุดของการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Sangchart, Ekwuttiwongsa, Jompaeng, Buppha, & Phaikammam, 2020) อย่างไรก็ตามการตายดีเป็นคำที่ใช้สื่อความหมายถึงความต้องการ การรับรู้ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบริบทของความเชื่อ ศาสนา สังคม และวัฒนธรรมที่หล่อหลอมบุคคลนั้น ๆ (Siriso, Thanasilp, & Pudtong, 2017) การตายดีจึงเป็นการตายที่เป็นเหมือนการหลีกหนีที่ปราศจากความเจ็บปวด เพื่อจะได้ไม่เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่กลัว ไม่หวั่น ไม่กังวล ไม่กระวนกระวาย ยอมรับความจริงของความตาย มีการปล่อยวาง ไม่เป็นภาระต่อคนที่อยู่ข้างหลัง เป็นการตายอย่างมีคุณค่าต่อสังคม (Kunsongkeit, 2017; Ngamgam & Sangchart, 2016) ไม่ว่าการ “ตายดี” จะมีความหมายที่แตกต่างหลากหลายอย่างไร แต่คนส่วนใหญ่ต้องการที่จะตายอย่างมีความสุข ไม่ทุกข์ทรมานในอ้อมกอดของคนที่คุณรักและรักตนในสถานที่และในบรรยากาศที่ตนชอบ (Matchim & Thongthawee, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบรายงานวิจัยเชิงที่ชัดเจนเกี่ยวกับคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในประเทศไทยนั้นเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจของการตายดีตามการรับรู้ของผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว (Samerchua, Nantachaipan, & Sittisombut, 2019; Siriso, 2016) การรับรู้ตายดีตามการรับรู้ของพระภิกษุ (Ngamgam & Sangchart, 2016) การรับรู้การตายอย่างสงบตามมุมมองของพยาบาลไทยมุสลิม (Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat, 2015) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าว ยังไม่ได้ตอบสนองถึงคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการนำองค์ความรู้

ต่าง ๆ เหล่านี้มาใช้ในการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติม เนื่องจากในแต่ละสถานที่ที่มีบริบทและความเชื่อที่แตกต่างกัน และจากสถานการณ์ที่มีอัตราการป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องการการดูแลจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมนั้น พยาบาลต้องมีการรับรู้ลักษณะการตายดี รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการตายดี (Nuekwen, Hanprasitkam, & Junda, 2016; Siriso, 2016)

การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณลักษณะการตายที่ดีเป็นมิติใหม่ที่ทำนายโดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและญาติมากที่สุดและแกนหลักที่เป็นผู้ประสานงานในทีมสุขภาพในการช่วยเหลือในการประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษาในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและส่งเสริมให้เกิดการตายดี ไม่ว่าบุคคลนั้นจะนับถือศาสนาหรืออยู่ในวัฒนธรรมใดก็ตาม (Samerchua, Nantachaipan, & Sittisombut, 2019; Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat, 2015) ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งการดูแลเฉพาะทั้งปัญหาทางกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เช่น การจัดการอาการรบกวน การสะสางสิ่งที่ค้างคาใจ การดูแลให้ได้ทำตามความปรารถนาสุดท้ายของชีวิต ให้ความเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้การดูแลได้สอดคล้องตามความต้องการที่แท้จริง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดการตายดี (Panuraj, 2017; Rongmuang, Nakchattree, & Thongphet, 2018) ดังนั้น ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพพยาบาล ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบหรือตายอย่างมีศักดิ์ศรี และตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการจัดบริการสาขาการดูแลแบบประคับประคอง

วัตถุประสงค์วิจัย

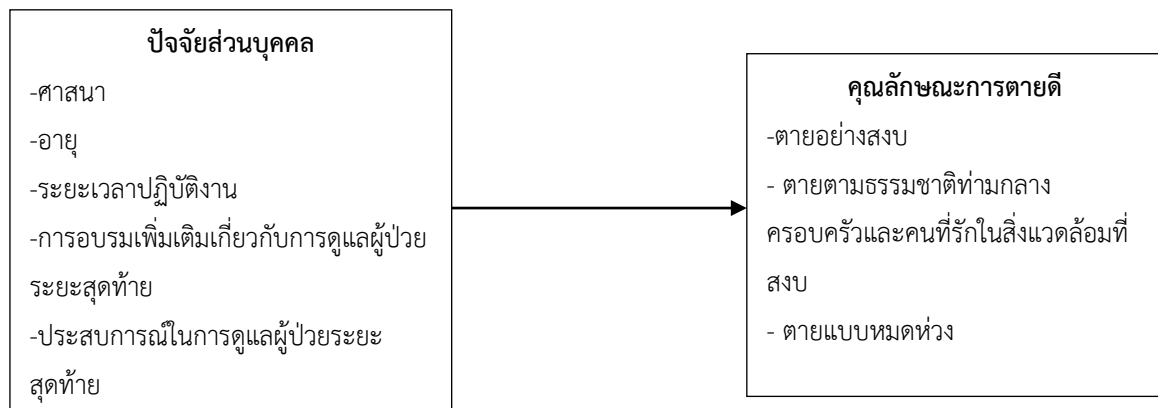
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลท่าศาลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลท่าศาลา

สมมุติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลท่าศาลา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโรงพยาบาลท่าศาลา โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณลักษณะการตายดี ซึ่งมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ตายอย่างสงบ ตายตามธรรมชาติท่ามกลางครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ และตายแบบหมดหวัง (Kunsongkeit, 2017; Panuthai, Srirat, & Wonghongkul, 2020; Siriso, Thanasilp, & Pudtong, 2017; Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat, 2015) โดยผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาสร้างข้อคำถามและนำมาปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมของประชาชนในอำเภอท่าศาลา เนื่องจากการตายดีเป็นความรู้สึกของบุคคล จึงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ โดยผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ (Nupinit, 2016; Panuraj, 2017) ศาสนา (Phetcharat, Kongpatee, Sansuktawee, Duangmun, Phromlounsri, & Supanpasuch, et al., 2017) ระยะเวลาการทำงานในการปฏิบัติงาน ประวัติการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Matchim & Thongthawee, 2019; Srisuwan, Matchim, & Nilmanat, 2014) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เนื่องจากการรับรู้การตายสงบของแต่ละบุคคล ประสบการณ์ หรือสิ่งที่บุคคลพบเจอจะเป็นเสมือนภูมิหลังในการจัดการ หรือตอบสนองในสิ่งที่จะทำและหากบุคคลใดที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้พบเจอเห็นถึงกระบวนการตายมาก่อนย่อมมีการยอมรับและสามารถเผชิญกับการตายดี (Srisuwan, Matchim, & Nilmanat, 2014) กรอบแนวคิดการวิจัยได้แสดงในแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานบริการทางคลินิกประสบการณ์ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป ในทุกหน่วยงานทางคลินิกของโรงพยาบาลท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 cite in Pasunon, 2014)

ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยการจับฉลากรายชื่อขึ้นไปในทุกกลุ่มงาน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย คือ 1. พยาบาลวิชาชีพพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งจากสภาการพยาบาล 2. ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยโดยตรงในโรงพยาบาลท่าศาลาอย่างน้อย 1 ปี และ 3. ให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการตายดี (Kunsongkeit, 2017; Panuthai, Srirat, & Wonghongkul, 2020; Siriso, Thanasilp, & Pudtong, 2017; Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat, 2015) มี 2 ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา ระยะเวลาปฏิบัติงาน การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เหมาะสมอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ถึง เหมาะสมอย่างยิ่ง (5 คะแนน) คะแนนรวม มีตั้งแต่ 40 - 200 คะแนน

การแปลผล คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยรวม และองค์ประกอบย่อย ใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1964) แบ่งระดับคุณลักษณะการตายดีตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (น้อยกว่า 120 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีมีความเหมาะสมต่ำ, คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 - 79 (120 - 159 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีมีความเหมาะสมปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (มากกว่า 159 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีมีความเหมาะสมสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยแบบสอบถามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับเอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยพร้อมอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ แก่กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดแบบสอบถามในแต่ละชุดให้เวลากลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20 นาที

4. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ร้อยละ (Percentage) และค่าความถี่ (Frequency) กับตัวแปร ที่มีระดับการวัดเชิงกลุ่ม ได้แก่ ศาสนา การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กับตัวแปร ที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน และการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาปฏิบัติงานกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ก่อนการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน โดยตัวแปรต้นและตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตราอัตราส่วน และผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยตัวแปรทุกตัวอยู่ในมาตราอัตราส่วนมีความเป็นอิสระต่อกัน และทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov smirnov test ได้เท่ากับ 0.13 มากกว่าค่าอัลฟา 0.05 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงของการคาดเคลื่อนเป็นแบบปกติและค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ จึงสรุปได้ว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศาสนา การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งตัวแปรต้นมีค่าในมาตราวัดนามมาตรา โดยตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient)

2.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งตัวแปรต้นเป็นตัวแปรที่มีค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา และแปลงตัวแปรตามจากค่าต่อเนื่องเป็นค่าในมาตราวัดอันดับมาตรา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient)

การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งกำหนดค่า r ดังนี้ (Polit & Beck, 2012) $r = 1.00$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์, $r > 0.70$

หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง, r มีค่าระหว่าง 0.30 – 0.70 หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง, $r < 0.30$ หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ, $r = 0$ หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากเอกสารรับรองเลขที่ 007/2564 รหัสโครงการ NSTPH 007/2564 ลงวันที่ 23 ธันวาคม 2563 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 96 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 44.40 มีอายุอยู่ระหว่าง 25 - 35 ปี อายุเฉลี่ย 32.35 ปี ($S.D. = 9.05$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 84.40 นับถือศาสนาพุทธเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 48.80 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา 2 - 10 ปี มีการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง ร้อยละ 22.90 กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 43.70 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 20 ราย

2. กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมในระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 172.54 ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายด้านพบอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คะแนนที่เป็นไปได้คะแนนต่ำสุด สูงสุดค่าคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมและรายด้านในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ($n = 96$)

คุณลักษณะการตายดี	คะแนนที่เป็นไปได้	Min	Max	M	S.D.	ระดับการรับรู้ของ พยาบาลวิชาชีพต่อ คุณลักษณะการตายดี
- ตายอย่างสงบ	18 - 90	43	90	77.49	9.59	สูง
- ตายตามธรรมชาติท่ามกลาง ครอบครัวและคนที่รักใน สิ่งแวดล้อมที่สงบ	12 - 60	43	65	56.53	6.49	สูง
- ตายแบบหมดหวัง	10 - 50	31	50	43.07	5.26	สูง
คุณลักษณะการตายดีโดยรวม	40 - 200	127	200	172.54	18.94	สูง

3. ผลของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ศาสนา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะ

สุดท้าย ด้วยการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.221$) ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.353$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ($n = 96$)

ตัวแปร	การตายดี
ปัจจัยส่วนบุคคล	
ศาสนา	$rpb = 0.102$
อายุ	$r = 0.096$
ระยะเวลาปฏิบัติงาน	$r = 0.102$
การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$rpb = 0.221^*$
ประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	$rsp = 0.353^{**}$

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

r = Pearson's product moment correlation coefficient

rsp = Spearman's rank correlation coefficients, rpb = Point biserial correlation coefficients

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย
โรงพยาบาลท่าศาลา

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยรวมในระดับสูง ($M = 172.54$, $S.D. = 18.94$) สามารถอภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.70 มีประสพการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 20 ราย ดังนั้น จึงมีประสพการณ์ในการพบกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่คุณลักษณะการตายดีและตายอย่างทุกข์ทรมาน จึงสามารถรับรู้ลักษณะการตายดีเป็นการตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน จากได้รับการบรรเทาอาการเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและความเชื่อ ได้กล่าวคำอำลาหรือจัดการกับสิ่งที่ค้างคาใจซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและเผชิญกับความตายได้ สามารถจากไปอย่างสงบ พบกับการตายที่ดี (Kunsongkeit, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jompaeng & Sangchart (2013) พบว่า ลักษณะการตายดีตามประสพการณ์ของพยาบาล ประกอบด้วย ตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน ตายที่ได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติขององค์รวม ตายท่ามกลางบุคคลที่รัก ตายตาหลับ ตายที่ไร้ความหวงหาอาวรณ์ ตายในสถานที่ ๆ ที่อยากตาย โดยที่รู้ตัวว่ากำลังจะตายที่ได้เตรียมตัวก่อนตายที่คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และตายที่ครอบครัวยอมรับความตาม และ Panuthai,

Srirat, & Wonghongkul (2020) ศึกษาคุณลักษณะของการตายดีตามการรับรู้ของผู้ที่เกี่ยวข้องในบริบทภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ประกอบด้วยปราศจากความทุกข์ทรมานด้านร่างกายความสงบ ด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ การเตรียมตัวตายการกำหนดสถานที่ตาย และการได้รับการดูแลภายหลังตาย

ส่วนคะแนนเฉลี่ยระดับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบอยู่ในระดับสูงทุกด้านอภิปรายในรายละเอียดในรายด้านดังนี้

ด้านการตายอย่างสงบ มีคะแนนคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($M = 77.49, S.D. = 9.59$) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ส่วนใหญ่มักจะเผชิญกับอาการไม่สุขสบายเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นอาการที่สร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เป็นต้น อาการดังกล่าวก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย นอกจากนี้แล้ว ผู้ป่วยบางรายยังได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือมีการสอดใส่ท่อให้อาหารทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกซี่โครงหักเป็นการทรมานผู้ป่วยรวมถึงครอบครัวมากขึ้น ลักษณะหรือกิจกรรมเหล่านี้พยาบาลรับรู้ว่าเป็นการเพิ่มความทรมานให้กับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น การตายโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ตายอย่างสงบจึงเป็นการตายดีตามการรับรู้พยาบาล ผู้ให้การดูแล สอดคล้องกับการศึกษา Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat (2015) พบว่า พยาบาลไทยมุสลิมมองว่าการตายดี คือ เป็นการตายที่ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้ปฏิบัติตามหลักศาสนาและความเชื่อศาสนา เป็นการจากไปตามสภาวะที่เจ็บป่วย ไม่มีการยืดชีวิต หรือสภาวะการเจ็บป่วยให้ยาวนานออกไปไม่ว่าจะด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดหน้าอกกระตุ้นหัวใจ เป็นต้น และมีการเตรียมการตายของตนเอง และการศึกษา Panuthai, Srirat, & Wonghongkul (2020) พบว่า การตายดีตามการรับรู้ของทีมดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล คือ การตายที่ปราศจากความทุกข์ทรมาน และการไม่ต้องช่วยชีวิตและการใช้เครื่องช่วยหายใจ และยังสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลญาติที่ตายอย่างสงบในหอผู้ป่วยไอซียู พบว่า ลักษณะที่สำคัญของการตายอย่างสงบ คือ การตายที่รู้ล่วงหน้าได้เตรียมจิตใจของผู้ป่วยให้สงบ ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมาน ไม่โดดเดี่ยว และญาติสามารถยอมรับการตายได้ (Sujaritwarakul & Somanusorn, 2018)

ด้านการตายตามธรรมชาติท่ามกลางครอบครัวและคนที่รักในสิ่งแวดล้อมที่สงบ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงเช่นกัน ($M = 5.53, S.D. = 6.49$) อธิบายได้ว่า การเจ็บป่วยโดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากครอบครัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาล อยู่สิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างปกติ จึงเป็นความรู้สึกโดดเดี่ยว เศร้า และบางครั้งท้อแท้ การได้รับความรักและกำลังใจจากคนที่รัก การที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสใช้เวลาร่วมกันให้ได้มากที่สุด ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อมีบุคคลที่รักมาห้อมล้อมในช่วงสุดท้ายของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีความหมายเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นทางใจ ไม่มีห่วงกังวล ไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว ทำให้การตายของผู้ป่วยเป็นไปอย่างสงบ (Kunsongkeit, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของ Samerchua, Nantachaipan, & Sittisombut (2019) พบว่า การตายดี คือ การได้อยู่กับครอบครัว เพราะการที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีโอกาสอยู่ร่วมกันในช่วงสุดท้ายของชีวิต จะช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้เติมเต็มความรู้สึกที่มีต่อกัน ลดความรู้สึกผิด ความรู้สึกบ่งพร่องต่าง ๆ Siriso, Thanasilp, & Pudtong (2017) พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และครอบครัวจะส่งผลให้เกิดการตายอย่างมีคุณภาพ หรือการตายดี เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความอบอุ่นทางใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีห่วงกังวล เพราะได้อยู่แวดล้อมกับบุคคลอันเป็นที่รัก

ด้านการตายแบบหมดหวัง พบคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($M = 43.07, S.D. = 5.27$) อธิบายได้ว่า พยาบาลรับรู้คุณลักษณะการตายดีจากประสบการณ์ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รับรู้ว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานก่อนการตาย คือ การมีความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่างของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะไม่นึกถึงเฉพาะตนเอง แต่จะมีความกังวล นึกถึงครอบครัวอันเป็นที่รัก ทั้งคู่สมรสหรือบุตรหลาน ไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระแก่คนที่ยังมีชีวิตอยู่ มีสิ่งค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความห่วงกังวลในการแบ่งทรัพย์สินสมบัติ การจัดการกับภารกิจที่ยังไม่แล้วเสร็จ ดังนั้น พยาบาลรับรู้คุณลักษณะการตายดีจึงเป็นการตายแบบหมดหวังที่ผู้ป่วยไม่มีความกังวลห่วงใยกับสิ่งที่อยู่เบื้องหลัง ได้จัดการสิ่งต่าง ๆ เรียบร้อย และจากไปอย่างสงบและมีคุณภาพการตายที่ดีสอดคล้องกับการศึกษาของ Kunsongkeit (2017) พบว่า การตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือ การที่ได้ตายแบบหมดหวังมีการเตรียมความพร้อมไว้แล้วทั้งตนเองครอบครัวทรัพย์สินสมบัติ การเตรียมใจและการทำบุญสะสม Panuthai, Srirat, & Wonghongkul (2020) พบว่า การตายดีเป็นการวางแผนเกี่ยวกับความตายของตนเอง การได้สั่งเสียได้สั่งลา ได้กล่าวคำขอโทษ หรือขอบคุณบุคคลอื่นเป็นที่รักได้อโหสิกรรมจนไม่มีสิ่งใดค้างคาใจ และไม่มีภาระหนี้สิน หรือสร้างภาระให้ครอบครัวภายหลังการเสียชีวิต

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ศาสนา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายกับคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายในรายละเอียดดังนี้

ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.353$) สามารถอธิบายได้ว่า ประสบการณ์เป็นรูปแบบหนึ่งของการเรียนรู้ที่มีผลทำให้บุคคลมีสมรรถนะในเรื่องนั้น ๆ เพิ่มขึ้นการสั่งสมประสบการณ์ ทำให้เกิดการเรียนรู้และเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับความรู้ใหม่ จึงส่งผลให้บุคคลเกิดความเข้าใจและเกิดทักษะในการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิน 20 ราย จึงมีประสบการณ์พบเห็นเหตุการณ์เกี่ยวกับลักษณะการตายและการเปลี่ยนแปลงและการดำเนินไปของโรคหลายราย ทำให้พยาบาลเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในระยะท้ายของชีวิต ทำให้มีประสบการณ์ในการมองเห็นผู้ป่วยที่มีความตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมาน มีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ยอมรับความเป็นมนุษย์มากกว่าการยอมรับความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะท้ายอย่างสงบหรือการตายดี สามารถปรับเปลี่ยนมุมมองได้มากกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Nuekwen, Hanprasitkam, & Junda (2016) พบว่า ประสบการณ์ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมีส่วนช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ดี การที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งมีส่วนช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกทำให้เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

การอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.221$) อธิบายได้ว่า การที่พยาบาลมีการเรียนรู้ผ่านการอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทำให้พยาบาลมีการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและได้ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยทำให้เข้าใจ

แนวคิดและมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการกับอาการต่าง ๆ รวมถึงอาการปวด การดูแลด้านจิตสังคม และจิตวิญญาณและการติดต่อสื่อสาร ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลเกิดทัศนคติทางบวกและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มขึ้น ภายหลังการอบรม ทำให้ให้พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และรับรู้ถึงลักษณะการตายได้อย่างถ่องแท้ (Siriso, Thanasil, & Pudtong, 2017) เช่นเดียวกับ Jamjan & Chaleoykitti (2017) อธิบายว่า การจะให้พยาบาลเพื่อการตายดีได้ต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลให้ครอบคลุมทั้งรายวิชาทฤษฎีและปฏิบัติ เพราะการปฏิบัติการพยาบาล คือ ความเมตตาที่เพียงพอต่อการบำบัดทุกข์ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตายดี และฝึกปฏิบัติจริงจนเป็นปกตินิสัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Keawtong, Rawiworakul, Kalampakorn, & Kerdmongkol (2017) พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนของพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Panuraj (2017) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า การได้รับการอบรมเพิ่มเติมภายหลังการจบการศึกษาในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ศาสนา และระยะเวลาการปฏิบัติงาน พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพต่อคุณลักษณะการตายดีในผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ร้อยละ 44.80 มีอายุระหว่าง 25 - 35 ปี ปฏิบัติงาน 2 - 10 ปี ร้อยละ 43.07 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากกว่า 20 ราย และนโยบายของทีมนำโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลแบบประคับประคอง มีการสนับสนุนการอบรมแกนนำในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับให้คำปรึกษา มีทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มีความสามารถและเป็นแกนนำของจังหวัดนครศรีธรรมราช มีแผนการปฏิบัติที่ชัดเจน มีกิจกรรมการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสม่ำเสมอทำให้องค์ความรู้ในการดูแลแบบประคับประคองเข้าถึงพยาบาลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง นอกจากนั้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ตามแนวคิดความเชื่อตามหลักศาสนา เพราะศาสนาเปรียบเสมือนสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่คนจะเลือกใช้เสมอในยามที่เผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิต (Thongdam, Kongsuwan, & Nilmanat, 2015) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะช่วยเอื้อให้พยาบาลที่มีอายุ ศาสนา หรือระยะเวลาปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีการแสดงออกการรับรู้คุณลักษณะการตายดีไม่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมนำโรงพยาบาล และองค์กรพยาบาลควรให้ความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อการตายดีเพิ่มมากขึ้นโดยการจัดอบรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบหรือส่งบุคลากรอบรมหลักสูตรระยะสั้น
2. องค์กรพยาบาลสนับสนุนให้พยาบาลนำผลการวิจัยประเด็นการรับรู้ลักษณะการตายดีของพยาบาลวิชาชีพไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมการตายอย่างสงบ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตายดี ตายอย่างสงบ
2. การศึกษาเกี่ยวกับคุณลักษณะการตายดีที่บ้านตามการรับรู้ของญาติและอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลเพื่อการตายดีที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

Reference

- Bloom, B. (1964). *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals: handbook I: cognitive domain*. New York: David McKay. (in Thai)
- Division of Non Communicable Disease, Department of Disease Control. (2021). *Situation of non communicable diseases*. Retrieved June 12, 2021 from <https://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>. (in Thai)
- Jamjan, L. & Chaleoykitti, S. (2017). Trend of palliative care in the bachelor of nursing science curriculum. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(1), 22-28.
- Jompaeng, Y. & Sangchart, B. (2013). Nurse's perception of a good death: a phenomenology study. *Journal of Nursing Science & Health*, 36(3), 49-59.
- Keawtong, W., Rawiworakul, T., Kalampakorn, S., & Kerdmongkol, P. (2017). Competencies of palliative care among community nurses in primary care units. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(Supplement January - April), 74-83.
- Khongsaman, P., Wongrostr, Y., & Akkarawongvisiht, C. (2020). Good death as perceived by nursing students. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 22(2), 95-104.
- Kunsongkeit, W. (2017). Good death nursing care at home as perceived by the nurses in a primary care unit. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(4), 84-94.
- Matchim, Y. & Thongthawee, B. (2019). Nursing students' and novice nurses' caring behaviors. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 73-86.
- Ngamgam, S., & Sangchart, B. (2016). Buddhist monks' perceptions concerning good death. In *The national and international graduate research conference 2016*. Khon Kaen University, Khon kean. (in Thai)
- Nuekwen, P., Hanprasitkam, K., & Junda, T. (2016). Nurses' perceptions and practice on palliative care. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 27(1), 128-141.
- Nupinit, W. (2016). *Relationship between selected factors and ICU nurses' competency for caring of patients at the end of Life*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree nursing science, adult nursing, faculty of nursing prince of Songkla University. (in Thai)

- Panuthai, S., Srirat, C., & Wonghongkul, T. (2020). Characteristics of a good death as perceived by related people in the upper northern thai context. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(4), 35-53.
- Panuraj, S. (2017). *The factors related to nurses caring behaviors in providing care for end of life patients*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree nursing science adult nursing, faculty of nursing Thammasat University. (in Thai)
- Pasunon, P. (2014). Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970). Approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*, 7(2), 112-120.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing Practice*. (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Phetcharat, T., Kongpatee, K., Sansuktawee, D., Duangmun, S., Phromlounsri, R., & Supanpasuch, S., et al. (2017). Needs in end of life care of surgical and orthopedic patients. *Srinagarind Medical Journal*, 32(3), 269-275.
- Rongmuang, D., Nakchattree, C., & Thongphet., P. (2018). Palliative and end-of-life care competencies among registered nurses in Regional Health 11. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement Issue 1), 411-422.
- Samerchua, W., Nantachaipan, P., & Sittisombut, S. (2019). Good death as perceived by cancer survivors. *Nursing Journal*, 46(1), 49-61.
- Sangchart, B., Ekwuttawongsa, R., Jompaeng, Y., Buppha, P., & Phaikammam, N. (2020). Development of nurse competency assessment tool for end of life care. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(3), 45-55.
- Siriso, J., Thanasilp, S., & Pudtong, N. (2017). Selected factors related to the quality of death of persons with terminal cancer as perceived by family caregivers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 112-123.
- Srisuwan, N., Matchim, Y., & Nilmanat, K. (2014). Nurses' competency in communication with patients at the end of life and their families and related factors. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 34(3), 109-124.
- Sujaritwarakul, M. & Somanusorn, S. (2018). Factors related to death preparation among thai buddhist elderly. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(1), 154-169.
- Thongdam, R., Kongsuwan, W., & Nilmanat, K. (2015). Thai muslim nurses' perspective of a peaceful death. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(2), 21-34.
- World Health Organization.(2020). *WHO definition of palliative care*. Retrieved October 18, 2020. from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

การพัฒนาเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หอผู้ป่วยหลังคลอด
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Development of a Breastfeeding Assessment Tool and Evaluation of its Use in
Postpartum Ward of Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital

ลมัย แสงเพ็ง

Lamai Saengpheng

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Obstetrics and Gynecology Nursing, Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital

(Received: January 23, 2022, Revised: February 17, 2022, Accepted: March 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเพื่อพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และศึกษาผลการนำไปใช้ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพัฒนาเครื่องมือ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 40 คน และ 2) ศึกษาประสิทธิภาพในการนำเครื่องมือไปใช้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน และเวชระเบียนของมารดามีบุตรสุขภาพดีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหลังคลอด จำนวน 450 ตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงานประจำสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และแบบเก็บข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จากเวชระเบียนของมารดาหลังคลอด ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอดที่พัฒนาขึ้น กำหนดชื่อ “SPEC.N Breastfeeding Assessment” รูปแบบเป็นตาราง 3 รายการ ได้แก่ 1) องค์ประกอบการประเมิน 2) วิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่าน และ 3) แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประเมินโดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิด กำหนดคำตอบและเกณฑ์ผ่านระบุเป็นตัวเลข ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC = 0.94 ค่าความเป็นปรนัย ร้อยละ 95.00 ค่าความไว ร้อยละ 90.91 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 93.10 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ความพึงพอใจการใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงานประจำของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.70 - 4.90$, $S.D. = 0.32 - 0.42$) ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย ร้อยละ 88.67

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ควรนำเครื่องมือการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปใช้ เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับพยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนาเครื่องมือ, การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, แผนกหลังคลอด

ผู้ให้การติดต่อ (e-mail: lamai7202@gmail.com)

Abstract

This research aimed to develop a breastfeeding assessment tool for using in the postpartum ward and to examine its quality after being applied in routine work. The study was divided into 2 phases: the instrument development and the instrument quality check. The data were collected from 40 postpartum mothers in their first phase, from 10 registered nurses, and from 450 medical records of mothers in their second phase. The research instruments used in the study were the breastfeeding assessment tool, a registered nurse's satisfaction questionnaire after applying the instrument in the routine work, and the recording data forms concerning breastfeeding of postpartum mothers. The data were analyzed by using the descriptive statistic of numbers, percentages, mean and standard deviation.

The developed breastfeeding assessment tool was named “SPEC.N Breastfeeding Assessment Tool”. It has 3 columns: assessment methods, passing criteria, and promoting guidelines. There were 4 assessment topics, namely suckling, positioning, adequate breastfeeding, as well as the comfort of nipple and breast. The instrument was assessed by using open-ended questions. The passing criteria and responses were rated in numbers. The tool was validated by 3 experts, obtaining the IOC of 0.94. The values of objectivity (95%), sensitivity (90.91%), and specificity (93.10%) reached the acceptance criteria. Regarding the registered nurses' satisfaction assessment, it was found that the satisfaction level was very high with a mean between 4.70 - 4.90, and with a standard deviation between .316 - .422. The success of breastfeeding before discharging was at the 88.67% level.

The SPEC.N is a new breastfeeding assessment tool for using in the postpartum ward. This newly developed instrument still requires retesting for sensitivity and specificity before clinical use.

Keywords: SPEC.N, Breastfeeding Assessment Tool, Postpartum Ward

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารครบถ้วนเพียงพอต่อความต้องการของทารก มีภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะปอดอักเสบ และอุจจาระร่วง (Fisk, Crozier, Inskip, Godfrey, Cooper, & Roberts, et al, 2011) ทั้งยังย่อยและดูดซึมได้ง่ายมีภูมิคุ้มกันโรคช่วยลดอัตราการเกิดโรคติดเชื้อของทารก และเสริมสร้างพัฒนาการด้านจิตใจและอารมณ์ (Davidson, London, & Ladewing, 2012) รวมทั้งสารอาหารยังเปลี่ยนแปลงไปตามความต้องการของทารกแต่ละช่วงวัย ช่วยสร้างเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการของสมอง (Alden, 2006) องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ทารกได้รับนมแม่เพียงอย่างเดียวติดต่อกัน 6 เดือนแรก (Exclusive breastfeeding) และให้นมแม่ร่วมกับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปี หรือนานกว่า (World Health Organization, 2018)

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีความรู้ และทักษะที่เพียงพอ การประเมินค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งปัญหา อุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง จึงมีความสำคัญเพราะเป็นการเพิ่มโอกาส การประสบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ประเมินค้นหาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ที่เป็นที่ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ การให้คะแนนการอมหัวนมลึกถึงลานนม The LATCH Scoring (Chantana, 2011; Chusil, 2012) การให้คะแนนการประเมินพฤติกรรมทารกขณะให้นม IBFAT (Chusil, 2012) และการประเมินการดูนมแม่ B-R-E-A-S-T-FEED Observation Form (Bangsaynoi, 2010) ซึ่งเครื่องมือทั้ง 3 ชุดนี้ เป็นชุดการประเมินที่มีความละเอียด ทั้งนี้การประเมินที่ได้ข้อมูลที่ถูกต้องแม่นยำต้องทำการประเมิน ข้างเตียง เริ่มตั้งแต่ทารกส่งสัญญาณหิวจนสิ้นสุดมื้อนม ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาตลอดมื้อนม หรืออย่างน้อย ใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที ต่อราย การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินอย่างครอบคลุมในหอผู้ป่วย หลังคลอด ซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก บุคลากรต้องแบกรับภาระงานหนักจึงเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้มารดา ที่ประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่การดูแลช่วยเหลือมีความล่าช้าหรืออาจไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ทำให้ ลดโอกาสการประสบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

อนึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินค้นหาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่นิยมใช้มากที่สุด ได้แก่ การให้คะแนน การอมหัวนมลึกถึงลานนม The LATCH Scoring จากการถอบทเรียนการใช้เครื่องมือของผู้ปฏิบัติในหอผู้ป่วย หลังคลอดโรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช พบอุปสรรคในการประเมิน ดังนี้ 1. ด้านรูปแบบของเครื่องมือ ประกอบด้วย หัวข้อการประเมิน เกณฑ์การให้คะแนน แต่ไม่มีแนวทางการให้การคำแนะนำดูแลช่วยเหลือ ตามประเด็นปัญหา ทำให้เกิดความแตกต่างในการดูแลช่วยเหลือ และเป็นอุปสรรคของผู้ที่ขาดประสบการณ์ ความชำนาญ 2. ด้านความเที่ยงและความตรงในการประเมิน พบว่า เกณฑ์การให้คะแนนในหัวข้อ Hold หรือ Position ไม่ได้ระบุประเด็นในการสังเกตเพื่อให้คะแนน ผู้ประเมินต้องวิเคราะห์ปัญหาความต้องการช่วยเหลือ ของมารดาและตัดสินใจให้การช่วยเหลือตามความรู้ ความชำนาญส่วนบุคคล จึงทำให้ขาดความเที่ยงในการ ประเมินและเป็นอุปสรรคในการวิเคราะห์ของผู้ที่ขาดประสบการณ์ความชำนาญ 3. ด้านการใช้เครื่องมือ ตามข้อแนะนำ พบว่า ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ใช้การซักถามจากมารดา แทนการประเมินข้างเตียงขณะมารดากำลัง ให้นมทารกตามคำแนะนำ จากข้อจำกัดของภาระงาน และอาจทำให้ขาดความเที่ยงตรง รวมทั้งการนำผลการ ประเมินสู่การใช้งานขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความชำนาญของผู้ใช้งานเอง และ 4) ด้านการตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการช่วยเหลือของมารดา พบว่า ไม่มีหัวข้อการประเมิน การได้รับน้ำนมเพียงพอของทารก ซึ่งเป็นปัจจัย หลักที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สร้างความกังวลใจของมารดา และครอบครัว ทั้งส่งผลต่อการตัดสินใจให้นมผสมแก่ทารก

หอผู้ป่วยหลังคลอดเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้มารดาเริ่มต้นเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำเร็จก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งความสำเร็จในระยะนี้จะส่งผลต่อความมั่นใจในความสามารถของ ตนเองในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และจะนำสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องหลังจำหน่าย จึงมี ความจำเป็นต้องมีเครื่องมือการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีประสิทธิภาพ กล่าวคือ สามารถประเมิน ตรวจจับปัญหาโดยใช้เวลาน้อย ๆ และสามารถกำหนดเวลาการประเมินได้โดยไม่ต้องรอมื้อนม เพื่อให้สามารถ ประเมินได้ครอบคลุมกลุ่มผู้รับบริการ และให้การช่วยเหลือ ให้มารดาสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จก่อน จำหน่าย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือ (Instrument development research) วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ทบทวนข้อมูลหลักฐานทางวิชาการเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเครื่องมือการประเมินคัดกรองเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. ทบทวนกระบวนการดำเนินงาน และเป้าหมายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหอผู้ป่วยหลังคลอด ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค ความต้องการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาและครอบครัวที่พบบ่อย รวมทั้งแนวทางการแก้ไขที่ได้ผลลัพธ์ที่ดี

3. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา รูปแบบของเครื่องมือ และสร้างเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอดสำหรับพยาบาล ซึ่งรูปแบบเป็นตาราง 3 รายการ ได้แก่ องค์ประกอบการประเมิน วิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่าน และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์ประกอบการประเมินมีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) การดูดนมแม่ (Suckling) 2) การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม (Position) 3) การได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ (Enough breastfeeding) 4) ความสุขสบายของหัวนมและเต้านม (Comfort of nipple and breast) ได้กำหนดชื่อ “SPEC.N Breastfeeding Assessment” โดยคำว่า SPEC มาจากอักษรตัวแรกของหัวข้อการประเมินเพื่อง่ายแก่การจดจำ ได้แก่ Suckling, Position, Enough breastfeeding และ Comfort of nipple and breast ประเมินโดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิด กำหนดคำตอบและเกณฑ์ผ่านระบุเป็นตัวเลข เพื่อให้ผลการประเมินมีความเที่ยงตรง

4. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

4.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยสูติรีเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลภาควิชาสูติกรรม 1 ท่าน ให้คะแนนความตรงของเนื้อหา โดยใช้ค่า Indexes of item objective congruence: IOC เท่ากับ 0.94

4.2 ตรวจสอบความเที่ยงความตรงของแบบประเมิน ได้แก่ ค่าความเป็นปรนัย (Objectivity) ค่าความไว (Sensitivity) และค่าความจำเพาะ (Specificity)

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มตัวอย่างทดสอบ ค่าความเป็นปรนัย ค่าความไว และค่าความจำเพาะของเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งมีทั้งหมดข้อคำถามทั้งหมดมี 4 ข้อ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง

เป็นมารดาหลังคลอด จำนวน 40 ราย ตามเกณฑ์สัดส่วนของข้อคำถาม:กลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 1 : 10 (Burns & Grove, 2005)

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

1. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการปฏิบัติงานประจำ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ระหว่างเดือน มกราคม 2563 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้เครื่องมือประเมินในการปฏิบัติงานประจำ แบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอด ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงานประจำ (Wongwanit, 2006) ประกอบด้วย 1. ความง่ายและความสะดวกในการใช้ 2. เนื้อหาสาระ ข้อเสนอแนะครอบคลุมเข้าใจได้ง่าย 3. ความเหมาะสมในการใช้ในหน่วยงาน 4. ความเป็นไปได้ในการใช้ในหน่วยงาน 5. ความพึงพอใจในการใช้ โดยแบ่งความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด= 5 คะแนน, มาก= 4 คะแนน, ปานกลาง= 3 คะแนน, น้อย= 2 คะแนน และน้อยที่สุด= 1 คะแนน

2. ประเมินผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้แก่ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 24 ชั่วโมง, 8 ชั่วโมง และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผงก่อนจำหน่าย หลังประกาศใช้เครื่องมือผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน มารดาที่มีบุตรสุขภาพดี ที่เข้ารับบริการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 -31 มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 450 ตัวอย่าง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ สำหรับแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือในการปฏิบัติงานประจำผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Indexes of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.94 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความคิดเห็นของบุคลากรทางการพยาบาล โดยกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในครั้งนี้ และใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช รหัสโครงการที่ 11/2563 เอกสารรับรองที่ 9/2563 โดยเป็นการขอจริยธรรมเป็นชุดโครงการพัฒนารูปแบบและประเมินผลการเฝ้าระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผู้วิจัยชี้แจงและคุ้มครองสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการร่วมวิจัย และขอความสมัครใจโดยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบ ข้อมูลเก็บโดยผู้วิจัยและเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอด

1.1 รูปแบบของเครื่องมือ เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอดได้กำหนดชื่อ “SPEC.N Breastfeeding Assessment” โดยคำว่า SPEC มาจากอักษรตัวแรกของหัวข้อการประเมินเพื่อง่ายแก่การจดจำ ได้แก่ Suckling, Position, Enough breastfeeding และ Comfort of nipple and breast รูปแบบเป็นตาราง 3 รายการ ได้แก่ องค์ประกอบการประเมิน วิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่าน และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หัวข้อการประเมินมีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1. การดูดนมแม่ (Suckling) 2. การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม (Position) 3. การได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ (Enough breastfeeding) 4. ความสุขสบายของหัวนมและเต้านม (Comfort of nipple and breast) วิธีการใช้เครื่องมือ ประเมินโดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิด กำหนดคำตอบเป็นจำนวนตัวเลข การพิจารณาระบุปัญหา และแนวทางการช่วยเหลือ พิจารณาจากเกณฑ์ผ่านที่กำหนดไว้ กรณีพบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด ผู้ประเมินให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งระบุไว้ในคอลัมน์ที่ 3 ของแต่ละหัวข้อการประเมินดังตาราง 1

ตาราง 1 ตารางแสดงเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด SPEC.N

Breastfeeding Assessment		
องค์ประกอบการประเมิน	วิธีประเมินและเกณฑ์ผ่าน	แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
1. การดูดนมแม่ (Suckling)	ถามแม่: ทารกดูดนมแม่นาน มีละกั่นาที ผ่าน: ทารกดูดนมแม่นาน อย่างน้อย 10 นาที	1. อธิบาย ระยะ 3 – 4 วันแรก ปริมาณน้ำนม แม่มีย่น้อย ทารกควรดูดนมมีละกั่น้อย 10 นาที 2. ถ้าพบว่า ทารกดูดนมไม่ต่อเนื่อง ดูด ๆ หลับ ๆ สอนวิธีการกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่อย่าง ต่อเนื่อง โดย กดเต้านมเหนือริมฝีปากบน หรือ บีบนมส่งเข้าปากทารก 3. ถ้าพบว่าทารก ดูดนมช่วงสั้น ๆ หงุดหงิด ร้องกวน หรือหลับ ค้นหาสาเหตุ เช่น การอุ้ม ลูกเข้าเต้านมไม่ถูกวิธี หัวนมสั้น ลิ้นติด ทารก เจ็บป่วยหรืออื่น ๆ และแก้ไขตามสาเหตุ และ ประเมิน “การดูดนมอย่างถูกวิธี” ได้แก่ คาง ลูกแนบชิดเต้านม ริมฝีปากล่างบาน ปากอ้า กว้างแนบสนิทเต้านม และเห็นลานนม ด้านบนมากกว่าด้านล่าง

ตาราง 1 (ต่อ)

องค์ประกอบการประเมิน	วิธีประเมินและเกณฑ์ผ่าน	แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. การเข้าเต้า หรือการอุ้มลูกเข้า ดูนม (Position)	ถามแม่: แม่อุ้มทารกเข้าเต้ากี่ ครั้ง ทารกจึงอมคาบหัวนม และดูดนมได้ดี ผ่าน: อมคาบหัวนมและดูด นมได้ทันที หรือต้องพยายาม ไม่เกิน 3 ครั้งผ่าน: อมคาบ หัวนมและดูดนมได้ทันที หรือต้องพยายามไม่เกิน 3 ครั้ง	จัดให้แม่นั่งหรือนอนให้นมในท่าที่สบาย มีที่พัก หลัง ที่วางพักเท้า มีอุปกรณ์รองรับตัวทารก และฝึกทักษะ “การอุ้มลูกเข้าดูนมให้ถูกวิธี” ดังนี้ 1) จัดให้แม่อุ้มทารกแนบชิดตัวแม่ แขนแม่กอด แนบชิดลำตัวทารก ตั้งแต่ศีรษะจรดก้น ทารก อยู่ในท่า ศีรษะ-คอ-ลำตัว อยู่ในแนวตรง ปากตรงหัวนม หน้าแขนงเล็กน้อย คางยื่นนำ 2) ประคองเต้านม ให้นิ้วห่างหัวนมอย่างน้อย 3 ซม. 3) เข้าเต้าโดย ใช้หัวนมเขี่ยที่กลางริมฝีปากล่าง เมื่อทารกอ้าปากกว้าง แม่กอดกระชับทารกเข้า จับดูดหัวนมได้ลึกถึงลานนม คางชิดเต้านม หน้าแขนงเล็กน้อย จมูกไม่กดเต้านม
3. การได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ (Enough breastfeeding)	ถามแม่: ทารกดูดนมแม่กี่มือ ต่อวัน ปัสสาวะกี่ครั้งต่อวัน และอุจจาระกี่ครั้งต่อวัน ผ่าน: ทารกดูดนมแม่ 8 – 12 มือต่อวัน และบอกจำนวน ครั้งปัสสาวะ อุจจาระ ที่ เป็นไปตามเกณฑ์อายุ (อุจจาระและปัสสาวะ วันที่ 1 - 2; 2 - 3 ครั้ง/วัน วันที่ 3 - 4; 3 - 4 ครั้ง/วัน)	1. อธิบาย ปัจจัยที่ทำให้ทารกได้รับน้ำนมพอ ได้แก่ ปริมาณน้ำนมแม่ การดูดนมบ่อยและการ ดูดนมถูกวิธี ข้อบ่งชี้ว่าทารกได้รับนมเพียงพอ คือ จำนวนมือนม จำนวนครั้งการดูดนม จำนวนครั้งการถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และ น้ำหนัก 2. แนะนำการให้นมตาม “สัญญาณหิวของ ทารก” อย่างน้อยวันละ 8 - 12 มื้อ และในช่วง 3 - 4 วันแรก ถ้าหลับเกิน 3 ชั่วโมง ควรปลุก โดยลูบตัวเบา ๆ เขี่ยฝ่ามือฝ่าเท้า หรือใช้ผ้าชุบ น้ำสะอาดเช็ดหน้า
4. ความสุขสบายของหัวนมและ เต้านม (Comfort of nipple and breast)	ถามแม่: ขณะทารกดูดนม ให้ คะแนนวอดหัวนมที่คะแนน (ถ้าพบเต้านมคัดตึง ถามให้ คะแนนวอดคัดตึงเต้านมที่ คะแนน) ผ่าน: 0 - 2 คะแนน (คะแนนเจ็บปวด 0 - 10 คะแนน)	1. อธิบายสาเหตุของการเจ็บปวดหัวนมส่วน ใหญ่เกิดจากการจับไม่ถึงลานนม แก้ไขโดย “การอุ้มลูกเข้าดูนมให้ถูกวิธี” และสังเกต ลักษณะ “การดูดนมอย่างถูกวิธี” 2. แนะนำการถอนหัวนมอย่างถูกวิธี โดยกด คางทารกเบา ๆ 3. แนะนำวิธีการบรรเทาเต้านมคัดโดยให้ทารก ดูดบ่อย ก่อนดูดนมบีบนมให้ลานนมนุ่ม หลัง ทารกอิ่ม ถ้านมเหลือมากบีบระบายออกจนเต้า นมเบา

1.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอดตั้งแต่วันที่ 20 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 40 ราย ซึ่งมารดาส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 20 - 35 ปี ร้อยละ 65.00 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 36 - 42 ปี ร้อยละ 25.00 และน้อยที่สุดช่วงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ร้อยละ 10.00 สำหรับวิธีการคลอด ร้อยละ 72.50 คลอดทางช่องคลอด และร้อยละ 27.50 คลอดโดยการผ่าตัด จำนวนบุตร พบร้อยละ 27.50 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 32.50 เป็นบุตรคนที่ 2 และร้อยละ 40.00 เป็นบุตรคนที่ 3 ขึ้นไป

ผลการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity “SPEC.N Breastfeeding Assessment” โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ให้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Indexes of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.94 และผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้ปรับการใช้ภาษาให้เข้าใจง่ายขึ้นในข้อคำถามหัวข้อที่ 3 และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหัวข้อที่ 1

ผลทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือประเมิน โดยตรวจสอบค่าความเป็นปรนัย (Objectivity) ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะเจาะจง (Specificity) โดยทดลองใช้กับมารดาทั้งหมด 40 คน ได้ค่าความเป็นปรนัยร้อยละ 95.00 ค่าความไว ร้อยละ 90.91 และค่าความจำเพาะเจาะจง ร้อยละ 93.11

2. การศึกษาผลการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในการปฏิบัติงานประจำ

2.1 ประเมินผลความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ ในการใช้เครื่องมือ SPEC.N Breastfeeding assessment ปฏิบัติในงานประจำ

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 อายุเฉลี่ย 41.23 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 90.00 และปริญญาโทร้อยละ 10.00 ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลเฉลี่ย 18.45 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหลังคลอดมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 60.00 และ 2 - 3 ปี ร้อยละ 40.00 นอกจากนี้ยังพบว่า ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมาครบ 20 ชั่วโมงหรือมากกว่า ร้อยละ 90.00 และได้รับการอบรมน้อยกว่า 20 ชั่วโมงมีเพียง ร้อยละ 10.00

ผลการประเมิน ความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอดพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.70 - 4.90 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระหว่าง 0.316 - 0.483 ดังรายละเอียดตามตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลประเมินความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในหอผู้ป่วยหลังคลอด (n= 10)

รายการประเมินความคิดเห็น	M	S.D.
1. ความง่าย และความสะดวกในการใช้	4.80	0.42
2. เนื้อหาสาระสำคัญครอบคลุมเข้าใจได้ง่าย	4.70	0.48
3. ความเหมาะสมในการใช้ในหน่วยงาน	4.90	0.32
4. ความเป็นไปได้ในการใช้ในหน่วยงาน	4.80	0.42
5. ความพึงพอใจในการใช้	4.90	0.32
ความพึงพอใจโดยรวม	4.82	0.20

2.2 ประเมินผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

กลุ่มตัวอย่าง เวชระเบียนมารดาหลังคลอดที่มีบุตรสุขภาพดี และรับบริการในหอผู้ป่วยหลังคลอด ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 450 ราย พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีช่วงอายุระหว่าง 20 – 35 ปี ร้อยละ 76.67 รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 36 – 50 ปี และร้อยละ 14.23 ช่วงอายุระหว่าง 15 - 19 ปี ร้อยละ 9.12 วิธีการคลอด คลอดทางช่องคลอด ร้อยละ 65.12 ผ่าตัดคลอด ร้อยละ 34.88 เป็นบุตรคนแรก ร้อยละ 31.56 คนที่ 2 ร้อยละ 30.44 และคนที่ 3 ขึ้นไป ร้อยละ 38.00

ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.67 ดังตาราง 3

ตาราง 3 ประสิทธิภาพของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังใช้รูปแบบ ฝักระวังและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

กลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน (คน)	เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 24 ชม.		เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย 8 ชม.		เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับเสริมนมผงก่อนจำหน่าย	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
คลอดทางช่องคลอด	293	262	89.42	292	99.66	1	0.35
ผ่าตัดคลอด	157	137	87.27	154	98.09	3	1.91
รวม	450	399	88.67	446	99.12	4	0.89

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ เป้าหมายและกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงาน ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและความต้องการช่วยเหลือเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อย เพื่อวิเคราะห์หาขอบเขตของเนื้อหา และรูปแบบของเครื่องมือได้ SPEC.N Breastfeeding assessment ได้รูปแบบเป็นตาราง 3 รายการ ได้แก่ องค์ประกอบการประเมิน วิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่าน และแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หัวข้อการประเมินมีทั้งหมด 4 หัวข้อ ได้แก่ 1) การดูดนมแม่ (Suckling) 2) การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าตูดนม (Position) 3) การได้รับน้ำนมเพียงพอ (Enough breastfeeding) 4) ความสุขสบายของหัวนมและเต้านม (Comfort of nipple and breast) ที่สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย และความต้องการของมารดาและครอบครัว ได้แก่ การดูดนมแม่อย่างถูกวิธี (ประกอบด้วยการอุ้มลูกเข้าตูดนมอย่างถูกวิธี และทารกดูดนมได้ดีนานพอ) ทารกได้รับนมเพียงพอ และมารดาไม่เจ็บหัวนม ไม่เจ็บคัดเต้านม นอกจากนี้ยังสอดคล้องตามเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

(Department of Health, 2015) รวมทั้งองค์ประกอบของเครื่องมือ มีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้วิจัยได้นำหลักการที่เป็นสากลที่ผู้ปฏิบัติรู้จักแพร่หลาย ตรงตามหลักฐานทางวิชาการมาใช้ เช่น นำ 4 Key signs (Faculty of Nursing, Mahidol, 2011) เป็นหลักการประเมินประสิทธิภาพการดูด และ 4 Key points มาเป็นหลักการสอนทักษะการอุ้ม รวมทั้งผลการประเมินได้มีข้อมูลบ่งชี้ทารกได้รับนมแม่เพียงพอ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มารดาและครอบครัวกังวลและตัดสินใจให้นมผสม สำหรับคุณภาพของเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า SPEC.N Breastfeeding assessment ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC = 0.94 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และผลทดสอบความเที่ยงตรง พบว่า ได้ค่าความแปรปรวน ร้อยละ 95.00 ค่าความไว ร้อยละ 90.91 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 93.11 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าความไวและค่าความจำเพาะ กับเครื่องมือคัดกรอง The LATCH Score พบว่า มีค่าความไว ร้อยละ 93.50 และค่าความจำเพาะ ร้อยละ 65.78 - 92.10 (Sowjanya & Venugopalan, 2018) ซึ่งเป็นค่าที่ใกล้เคียงและอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การประเมินผลการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในงานประจำของหอผู้ป่วยหลังคลอด พบว่า 1. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้ SPEC.N Breastfeeding assessment ในการปฏิบัติงานประจำ มีค่าคะแนนในระดับมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.70- 4.90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.32 - 0.48 ทั้งนี้เนื่องจากหัวข้อการประเมินมีเพียง 4 หัวข้อ และผู้วิจัยได้ใช้ชื่อว่า SPEC มาจากอักษรตัวแรกของหัวข้อการประเมิน ได้แก่ Suckling, Position, Enough breastfeeding และ Comfort of nipple and breast จึงง่ายแก่การจดจำ รวมทั้งวิธีการประเมินใช้วิธีการซักถามด้วยคำถามปลายปิดที่สั้นกระชับ และผู้วิจัยกำหนดคำตอบเป็นจำนวนตัวเลข เพื่อให้ง่ายต่อการพิจารณาเกณฑ์ผ่านและผลการประเมินมีความเที่ยงตรง จึงประเมินได้ง่าย ใช้เวลาประเมินน้อย เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหลังคลอด และสะดวกต่อการบันทึกผลในเวชระเบียน จึงสามารถประเมินและบันทึกผลได้ครอบคลุมร้อยละ 100.00 ตลอดจนมีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถูกต้อง ซึ่งเป็นชุดความรู้ปฏิบัติ (Actionable knowledge) เพื่อการใช้งานในสถานการณ์จริง (Phanit, 2006) ก่อให้เกิดความสะดวกและมั่นใจในการใช้ SPEC.N Breastfeeding Assessment 2. ประสิทธิภาพของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 88.67 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ร้อยละ 20.91 ซึ่ง Saengpheng & Wittayapun (2018) ได้ศึกษาพบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในหอผู้ป่วยหลังคลอด ร้อยละ 73.33 และผ่านเกณฑ์มาตรฐานซึ่งกำหนดไว้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80.00 ทั้งนี้เนื่องจาก เครื่องมือสามารถนำสู่การใช้ในการปฏิบัติงานได้ง่าย และมีแนวทางการให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ จึงสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุม ผู้ปฏิบัติมีแนวทางการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ดี รวมถึงการศึกษาของ Dennis (2002) และการศึกษาของ McInnes & Chambers (2008) ที่พบว่า การมีบุคลากรที่มีความรู้ที่ทันสมัย มีความสามารถในการให้คำแนะนำแก่แม่ได้ถูกต้อง มีทักษะในการดูแล เป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยที่ทำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จ

ทั้งนี้ ผลการศึกษายังพบว่า มีมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับเสริมนมผงก่อนจำหน่าย 4 ราย พบในมารดาคลอดทางช่องคลอด 1 ราย เกิดจากมีปัญหาหัวนมบวมและลานนมแข็ง และมารดาผ่าตัดคลอด 3 ราย เกิดจากน้ำนมมาช้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

SPEC.N Breastfeeding assessment เป็นเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด ที่มีความเที่ยงตรงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ใช้เวลาในการประเมินน้อย มีแนวทางการดูแลช่วยเหลือเมื่อพบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งยังมีข้อมูลข้อบ่งชี้ทารกได้รับน้ำนมพออย่างครบถ้วน ความน่าเชื่อถือ จึงเหมาะสมในการใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอดเพื่อสนับสนุนส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

SPEC.N Breastfeeding assessment เป็นเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด แม้เครื่องมือจะมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะใช้ในงานประจำสำหรับหอผู้ป่วยหลังคลอด แต่เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ยังต้องการการทดสอบก่อนการนำไปใช้ในคลินิก โดยควรทำการศึกษาค่าความไวและความจำเพาะเพิ่มเติม

References

- Alden, K. R. (2006). Newborn nutrition and feeding. In D. L. Lowdermilk & L. E. perry (eds). *Maternity nursing* (7th ed). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Bangsaynoi, K. (2010). Feeding at the breast & breastfeeding assessment. In Woramongkon, N. (Eds.), *Breastfeeding specialist training manual, Office of Health Promotion*. (pp. 92-115). Nonthaburi. (in Thai).
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: conduct, critique, & utilization* (5th ed). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Chantana, K. (2011). *Neonatal nursing*. (5th ed.). Samut Prakan: Chamchuree Products. (in Thai)
- Chusil, K. (2012). Breastfeeding assessment. In Muttamara, S., Chusil, K., Suthatworawut, A., Sangthawee, W., & Hangchowanit. (Eds.), *Textbook of breastfeeding mothers*. (pp.163-174). Bangkok, Aiyarabook. (in Thai)
- Davidson, M. R., London, M. L., & Ladewig, P. A. W. (2012). *Olds' Maternity- Newborn nursing & women health care*. (9th ed.). New Jersey: Person education.
- Dennis, C. (2020). Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetrics Gynecologic and Neonatal Nursing*, 31, 12-32.
- Department of Health. (2015). *Maternal and child health standards assessment 2015 in Hospital, Health Promotion Hospital & Tambon Nom Mae*. Retrieved April 30, 2021 from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/detail_article2.php?info_id=623. (in Thai)
- Faculty of Nursing, Mahidol University. (2011). Breastfeeding. In Wijitsukon, K., Sangpaem, P., Watnay, N., Reangchiratteen, S. & Phayakreang, S. (Eds.). *Breastfeeding*. Bangkok. (in Thai)

- Fisk, C. M., Crozier, S. R., Inskip, H. M., Godfrey, K. M., Cooper, C., & Roberts, G. C., et al. (2011). Breastfeeding and reported morbidity during infancy: Findings from the Southampton women's survey. *Maternal and child Nutrition*, 7, 61-70.
- McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 407-427.
- Phanit, W. (2006). *KM word a day, "From KM Practitioner to KM Practitioner"*. Bangkok: Tathata Publication Company Limited. (in Thai)
- Saengpheng, L. & Wittayapun, Y. (2018). A comparison between flat nipple and normal nipple mothers in breastfeeding success at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital Medical Journal*, 2(1), 8-18.
- Sowjanya, S. V. M. S. & Venugopalan, L. (2018). LATCH Score as a predictor of exclusive Breastfeeding at 6 weeks postpartum: A prospective cohort study. *Breastfeeding Medicine*, 13(6), 444-449. <https://doi:10.1089/bfm.2017.0142>.
- Wongwanit, S. (2006). Assessment checklist: Methodology and assessment tools. In Wongwanit, S. (Eds.). *Meta-Assessment: Methodology and application*. (pp. 49-76). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- World Health Organization. (2018). *Ten steps to successful breastfeeding (Revised 2018)*. Retrieved April 30, 2018 from www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/.

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรื
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
Knowledge and Attitude towards Cigarette and Smoke Exposure among Village
Health Volunteers (VHV's) in Ronpiboon District of Nakhon Si Thammarat

สุภเวช อยู่คง

Suphavej Yookong

โรงพยาบาลรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Ronpiboon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: March 21, 2022, Revised: April 4, 2022, Accepted: April 7, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 326 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยทำงาน และยังมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรืมากกว่าครึ่งหนึ่ง และร้อยละ 59.51 มีความรู้เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับปานกลาง ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.83, S.D. = 0.42$) และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรืในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 2.91, S.D. = 0.38$) สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนความรู้เกี่ยวกับบุหรืไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากผลการวิจัย ควรมีการจัดการรณรงค์ในรูปแบบเชิงรุกเพื่อลดปัญหาการสัมผัสบุหรื และเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากควันบุหรื โดยการประสานความร่วมมือในชุมชนให้เป็นเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรื

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรื

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: suphavej@hotmail.com)

Abstract

This cross-sectional study aimed to explore knowledge and attitudes towards cigarette and smoke exposure among the village health volunteers, and test the relations between knowledge and attitudes towards cigarette and smoke exposure. Participants were 326 village health volunteers (VhV's) from Ronpiboon district of Nakhon Si Thammarat Province. Simple random sampling was applied. Data were collected using questionnaires, then analyzed by descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

Findings indicated that most of the samples were females of working age. More than half of the family members smoked cigarettes. The majority of the subjects had knowledge about cigarettes at a moderate level (59.51%), and attitudes towards cigarettes at a high level (63.5%) ($M = 3.83$, $S.D. = 0.42$). The smoke exposure was at a fair level ($M = 2.91$, $S.D. = 0.38$). The attitude towards cigarette was significantly and statistically related to smoke exposure ($p < .05$).

Per findings, there should be a proactive campaign to reduce the problem of smoke exposure and surveillance diseases caused by smoke through cooperation in the community to become a smoke-free community network.

Keywords: Knowledge, Attitude, Village Health Volunteer, Smoke Exposure

บทนำ

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดอย่างอ่อนที่ถูกต้องตามกฎหมายของประเทศ แต่บุหรี่ถือว่าเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดโรคร้ายแรงหลายอย่าง เช่น โรคของระบบทางเดินหายใจ หัวใจ และระบบหมุนเวียนโลหิต ซึ่งพิษของบุหรี่เป็นฤทธิ์ผสมของสารพิษต่างๆ ในควันบุหรี่ที่สูดดมเข้าทางปาก และจมูก คนที่ติดบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งที่ปอด ปาก คอ หลอดลม เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ และอาจมีอันตรายต่อทารกในครรภ์ (Ratnanakin, 1994; Krungkraipetch & Krungkraipetch, 2017) รวมทั้งยังมีผู้เสียชีวิตทั้งที่สูบและรับควันบุหรี่ถึง 6 ล้านคน ส่วนคนไทยในแต่ละปีจะเสียชีวิตด้วยบุหรี่วันละ 139 คน (Wateesatokgij, 2016) การสูบบุหรี่จึงเป็นปัญหาสำคัญของประชาชนทุกกลุ่มวัยของประเทศไทย ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประเทศไทยในปี 2560 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคนเป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน (19.1%) โดยในภาพรวมพบว่า ในช่วงปี 2547 - 2560 อัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง (จาก 23% เป็นร้อยละ 19.1%) เมื่อจำแนกอัตราการบริโภคยาสูบตามกลุ่มอายุ พบว่า บุคคลที่มีอายุ 15 - 18 ปี บริโภคบุหรี่เท่ากับ 7.8% โดยในภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด รองลงมาเป็นระดับมัธยมต้น ผู้ที่ไม่เคยเรียน ระดับมัธยมปลาย และระดับอุดมศึกษาขึ้นไป คือ ร้อยละ 22.0, 21.5, 18.1, 18.0 และ 7.7 ตามลำดับ ทุกระดับการศึกษามีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงจากปี 2557 และผู้ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปอัตราการเปลี่ยนแปลงลดลงมากที่สุด คือ ร้อยละ 64.68 อัตราการสูบบุหรี่ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ภาคใต้ยังมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงที่สุด รองลงมาเป็น

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลางเหนือ และกรุงเทพมหานคร แสดงให้เห็นว่ามาตรการในการควบคุมยาสูบที่ผ่านมาได้ผลดีมากในภาคเหนือและยังไม่ค่อยได้ผลในภาคใต้ (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018)

พิษจากควันบุหรี่ที่ได้จากการเผาไหม้นั้น สามารถแบ่งผู้ที่สูบบุหรี่และสัมผัสควันบุหรี่ได้เป็น 3 ประเภท คือ 1. บุหรี่มือหนึ่ง คือ ควันที่ผู้สูบบุหรี่ดูดเข้าไปในร่างกาย 2. บุหรี่มือสอง คือ ควันที่ผู้สูบคนนั้นพ่นลมหายใจออกมา รวมถึงควันที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ด้วยเช่นกัน และ 3. บุหรี่มือสาม คือ สารพิษจากควันบุหรี่ที่ตกค้างตามเส้นผม ผิวหนัง เสื้อผ้า ตุ๊กตา พรม โซฟา ผ้า่าน ที่นอน หรือช่องแอร์ เป็นต้น หรือจะพูดให้เข้าใจได้ง่าย ควันบุหรี่มือสาม คือ สถานที่ที่มีคนมาสูบบุหรี่และทิ้งร่องรอยของสารพิษตกค้าง อนุภาคละอองไอสารเคมีที่เป็นพิษที่ก่อให้เกิดมะเร็งไว้ให้เรา แม้ควันเหล่านั้นจะจางหายไปสู่อากาศแล้วก็ตาม (Klumchim, 2008) และด้วยพิษภัยดังกล่าวองค์การอนามัยโลกจึงได้ร่วมมือกับนานาประเทศคิดค้นมาตรการและกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ โดยออกมาตรการทางสุขภาพ มาตรการทางสังคม มาตรการทางด้านกฎหมาย รวมทั้งมาตรการทางเศรษฐกิจ (Department of Disease Control, 2017) อย่างไรก็ตามการควบคุมการสูบบุหรี่มีอาจดำเนินการโดยอาศัยมาตรการใดมาตรการหนึ่งเพียงลำพังจำเป็นที่ทุกภาคส่วนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมผนึกกำลังกันให้เข้มแข็ง จึงจะสามารถต้านทานเล่ห์กลการตลาดของบริษัทบุหรี่ได้ การรู้เท่าทันพิษภัยบุหรี่และการมีทัศนคติที่ถูกต้องโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นบุคลากรด้านสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด มีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่จะต้องให้ความรู้และแนะนำประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ รวมไปถึงโทษของการสูบบุหรี่และการสัมผัสควันบุหรี่

จากการสำรวจของจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีอัตราการสูบบุหรี่เป็นอันดับ 2 ของภาคใต้ รองจากจังหวัดกระบี่ ร้อยละ 27.63 (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2018) และปี พ.ศ. 2563 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ที่มีอายุ 15 - 70 ปี พบว่า มีจำนวน 91,305 คน คิดเป็นร้อยละ 10.97 ซึ่งจำนวนดังกล่าวยังไม่รวมถึงประชาชนที่สัมผัสกับควันบุหรี่มือสองและสาม สำหรับอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากรที่สูบบุหรี่จำนวน 5,538 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.90 ซึ่งสูงกว่าร้อยละของผู้สูบบุหรี่ในภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อสำรวจข้อมูลเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านป่วยจากการสูบบุหรี่และสัมผัสบุหรี่ จำนวน 5,760 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2020) ทั้งนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรด้านสุขภาพภาคประชาชนที่ใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด จำเป็นต้องมีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่ไม่สัมผัสบุหรี่และเป็นแบบอย่างที่ดี นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นบุคคลที่มีบทบาทในสังคมที่สำคัญ มีหน้าที่ที่ต้องช่วยเหลือตนเอง สังคม ชุมชนในการลด ละ และเลิกบุหรี่ต่อไป

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นทฤษฎีระดับบุคคล มองที่การปรับเปลี่ยนปัจจัยภายในตัวคน เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ แรงจูงใจ พัฒนาการของมนุษย์ ประสบการณ์ในอดีต ทักษะ และพฤติกรรม ซึ่งเป็นโมเดลที่พัฒนามาจากพฤติกรรมศาสตร์ ในการศึกษาปัญหาสุขภาพ โดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัวบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหา โดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ ในขณะเดียวกัน Rudma (2011) ได้อธิบายถึงในการวัดพฤติกรรมของมนุษย์ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นสามารถแบ่งพฤติกรรมออกได้ เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก

(Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ โดยพฤติกรรมภายนอกนั้นเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้โดยชัดเจน ที่ผ่านมามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื แต่การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการตระหนักรู้ถึงพิษภัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรืทั้งโดยตรงและโดยอ้อมยังมีจำนวนน้อย การสำรวจความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสู่การจัดการตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงพิษภัยจากบุหรื และช่วยเหลือ ชุมชน สังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดของ Rudma (2011) มาใช้ในการศึกษา โดยผลการวิจัยที่ได้จะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้พัฒนามาตรการการรณรงค์ และส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตระหนักถึงความสำคัญ และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงควันบุหรืเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

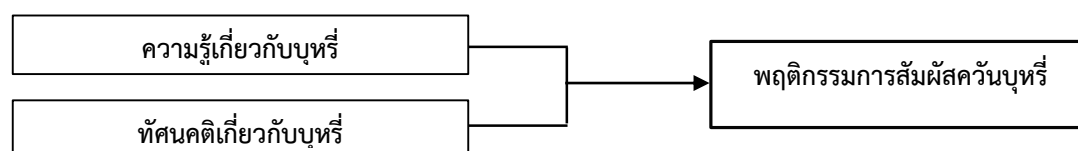
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมุติฐาน

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามของ Chinpong (2021) เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรม การสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 1,290 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie & Morgan (1970) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 296 คน และเพื่อป้องกันความสูญเสียจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 30 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 326 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละสถานบริการมาจับฉลากตามที่คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ของแต่ละสถานบริการ สุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 326 คน

2. ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ.2564 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

2.1 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 แห่ง ส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

2.4 รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วน ลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับทั้งพฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) และผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามจากแบบสอบถามของ Chinpong (2021) เพื่อให้เหมาะสมกับพฤติกรรมการสัมผัสส่วนบุคคลหรือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นลักษณะคำถามปลายปิด และปลายเปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็น อสม. และมีบุคคลที่สูบบุหรี่ในบ้าน มีจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยให้ตอบใช่ หรือไม่ใช่ หรือไม่ทราบ จำนวน 20 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน เป็นคะแนนในหมวดความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน

การแปลผล โดยการแบ่งระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ตามแนวคิดของ Bloom (1986) จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80), ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 - 79) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60)

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการบุหรี่ย เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน)

จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและลบ

การแปลผล โดยการจัดเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) คือ ทักษะระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00), ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ เป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ จำนวน 10 ข้อ โดยข้อคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 4 ระดับ ตั้งแต่ สัมผัสบุหรี่บ่อย (4 คะแนน) จนถึง ไม่สัมผัสกับบุหรี่เลย (1 คะแนน) โดยมีทั้งข้อคำถามด้านบวกและลบ

การแปลผล นำคะแนนมาจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00), ระดับพอใช้ (ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00) และต้องปรับปรุง (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับบุหรี่ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของวัตถุประสงค์การวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ นำผลคะแนนการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty หรือ P) และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination หรือ r) ของข้อคำถามแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่ทราบ จะไม่ได้คะแนน (0 คะแนน) โดยข้อคำถามที่ดีจะมีความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่ดี ที่มีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 – 0.80 และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20 – 1.00 มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson KR-20) โดยพิจารณาค่า KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.704

แบบสอบถามด้านทัศนคติ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) ดังนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.80 และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิตีสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้านความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสวันบุหรื (Bartz, 1999) มีดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$), ความสัมพันธ์กันสูง ($r = 0.60 - 0.79$), ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$), ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอรับรองวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 015/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มากกว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (86.50%) มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี ประมาณ 1 ใน 3 (36.20%) มีอายุเฉลี่ย 48.95 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุมากที่สุด 68 ปี ประมาณ 4 ใน 5 มีสถานภาพสมรส (80.67%) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (94.78%) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน $\leq 10,000$ บาท (67.18%) มีรายได้เฉลี่ย 11,833.44 บาท รายได้ต่ำสุด 3,000 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท มีประสบการณ์การเป็น อสม. ≤ 5 ปี ประมาณ 1 ใน 4 (27.91%) มีประสบการณ์การเป็น อสม. เฉลี่ย 12.75 ปี ต่ำสุด 1 ปี มากที่สุด 45 ปี ประมาณ 2 ใน 3 มีบุคคลที่อาศัยร่วมกันในบ้านของ อสม. สูบบุหรี่ (61.96%) โดยจำนวนผู้สูบบุหรี่ จำนวน 1 คน ประมาณ 3 ใน 4 (77.23%)

2. ความรู้เกี่ยวกับบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรืในภาพรวม ($n=326$)

ระดับความรู้		จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง	(≥ ร้อยละ 80)	78	23.93
ระดับปานกลาง	(ร้อยละ 60 – 79)	194	59.51
ระดับต่ำ	(< ร้อยละ 60)	54	16.56

($M = 13.26$ คะแนน, $S.D. = 2.61$, $Min = 3$ คะแนน, $Max = 19$ คะแนน)

จากตาราง 1 พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับปานกลาง (59.51%) มากที่สุด รองลงมา คือ ระดับสูง (23.93%) และระดับต่ำ (16.56%) ตามลำดับ

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื จำแนกเป็นรายข้อ และภาพรวม (n=326)

ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื	M	S.D.	ระดับ
1. เมื่อต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรืและสัมผัสกับควันบุหรื ทำให้รู้สึกว่ไม่ปลอดภัย	4.56	0.87	สูง
2. เห็นด้วยกับการห้ามโฆษณาบุหรืในวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ที่ออกสู่สาธารณะ	4.38	0.82	สูง
3. คนที่สูบบุหรืจะทำให้สามารถเข้าสังคมได้ง่าย และมีเพื่อนแถมมากขึ้น*	3.72	0.95	สูง
4. การสูบบุหรืทำให้เพศตรงข้ามเกิดความสนใจและไว้ใจในความแข็งแรงมากขึ้น*	4.06	0.80	สูง
5. การสูบบุหรืแสดงให้เห็นถึงความเป็นผู้ใหญ่ และความมีอำนาจมากขึ้น*	4.22	0.80	สูง
6. ภาพคำเตือนที่อยู่บนซองบุหรื สามารถให้ผู้พบเห็นมีการรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรื	4.01	1.07	สูง
7. ถ้าทำนอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรื ทำนจำเป็นต้องสูบบุหรืตามเพื่อนในกลุ่มไปด้วย เพราะจำเป็นต้องปฏิบัติที่เหมือนกัน*	4.23	0.94	สูง
8. การเลิกบุหรืทำให้บุคคลอื่นที่พบเห็นมองว่เป็นบุคคลที่เสียบุคลิภาพของตนเอง*	3.63	1.44	ปานกลาง
9. ความสำเร็จในการเลิกบุหรื เกิดจากครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเลิกสูบบุหรื	4.04	1.14	ปานกลาง
10. คำสอนของศาสนาที่นับถือจะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้เลิกสูบบุหรืได้สำเร็จ	3.13	1.17	ปานกลาง
11. หากต้องการเลิกสูบบุหรืควรเลือกวันสำคัญที่สุดในชีวิตมากำหนดเป็นวันเริ่มต้นงดสูบบุหรื เช่น วันคล้ายวันเกิด*	3.31	1.30	ปานกลาง
12. ควันบุหรืมือสอง และควันบุหรืมือสามไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สัมผัสควันบุหรื*	3.55	1.38	ปานกลาง
13. การเป็นบุคคลที่สูบบุหรืไม่แสดงถึงการเป็นคนที่ยั่สมัย และเท่ในสายตาของผู้ที่พบเห็น	3.13	1.50	ปานกลาง
14. การสูบบุหรืจะช่วยให้ผู้สูบบุหรืมีสมาธิและมีความรอบคอบมากขึ้น*	4.05	1.02	สูง
15. ทำนรู้สึกรังเกียจเพื่อนหรือบุคคลที่สูบบุหรื เนื่องจากมีกลิ่นบุหรืที่ติดเสื้อผ้า	3.37	1.28	ปานกลาง
รวม	3.83	0.42	สูง

* เป็นข้อความเชิงลบ และมีการปรับค่าคะแนนแล้ว

จากตาราง 2 พบว่ กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M= 3.83, S.D.= 0.42) โดยข้อคำถามที่มีทัศนคติที่ดีมากที่สุด คือ รู้สึกว่ไม่ปลอดภัยเมื่อต้องอยู่ใกล้กับคนที่สูบบุหรืและสัมผัสกับควันบุหรื (M= 4.56, S.D.= 0.87) รองลงมา คือ เห็นด้วยกับการห้ามโฆษณาบุหรืในวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ ที่ออกสู่สาธารณะ (M= 4.38, S.D.= 0.82) และถ้าอยู่ในกลุ่มที่สูบบุหรื ไม่จำเป็นต้องสูบบุหรืตามเพื่อนในกลุ่มไปด้วย เพราะจำเป็นต้องปฏิบัติที่เหมือนกัน (M= 4.23, S.D.= 0.94) ตามลำดับ

3. ระดับระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการสัมผัสควันบุหรี่ จำแนกเป็นรายข้อ (n=326)

พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่	M	S.D.	ระดับ
1. ท่านสัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการสูบบุหรี่หรือจากผู้ที่สูบบุหรี่ใกล้ตัวท่าน*	3.71	0.64	เหมาะสม
2. ท่านสูดดมควันบุหรี่จากเสื้อผ้า โซฟา หรือสิ่งของของคนที่สูบบุหรี่*	2.55	0.78	พอใช้
3. ท่านเข้าไปทำกิจกรรมหรือธุระในสถานที่ที่มีบุคคลสูบบุหรี่*	2.84	0.63	พอใช้
4. ท่านได้โอบกอด/หอมแก้ม/จับมือ หรือสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรี่*	3.39	0.77	เหมาะสม
5. สถานที่ทำงานของท่าน มีผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้ท่านต้องสัมผัสกับบุคคลเหล่านี้*	3.00	0.87	พอใช้
6. หากท่านไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะเลือกร้านอาหารที่มีป้ายปลอด บุหรี่เป็นอันดับแรก	2.72	1.03	พอใช้
7. ท่านมักจะขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อย่าอยู่ใกล้ตัวท่าน	2.63	0.93	พอใช้
8. ท่านจะหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่จากบุคคลที่สูบบุหรี่ เมื่อท่านมีอาการ เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ	2.89	1.00	พอใช้
9. เมื่อจำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ ท่านจะรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว เพื่อให้ ท่านได้สัมผัสกับควันบุหรี่ให้มีระยะเวลาสัมผัสที่น้อยลง	2.82	0.95	พอใช้
10. ท่านมักจะแสดงท่าทีที่ไม่พอใจต่อผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อต้องอยู่ใกล้ตัวท่าน	2.52	0.93	พอใช้
รวม	2.91	0.38	พอใช้

* เป็นข้อความเชิงลบ และมีการปรับค่าคะแนนแล้ว

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (M= 2.91, S.D.= 0.38) โดยมีพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ที่เหมาะสมที่สุด คือ ท่านไม่สัมผัสควันบุหรี่โดยตรงจากการสูบบุหรี่หรือจากผู้ที่สูบบุหรี่ใกล้ตัวท่าน (M= 3.71, S.D.= 0.64) รองลงมา คือ ท่านไม่ได้โอบกอด/หอมแก้ม/จับมือ หรือสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรี่ (M= 3.39, S.D.= 0.77) และสถานที่ทำงานของท่าน ไม่มีผู้ที่สูบบุหรี่ทำให้ต้องสัมผัสกับบุคคลเหล่านี้ (M= 3.00, S.D.= 0.87) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ และพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

	พฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่	p-value
ความรู้	ค่าสหสัมพันธ์	0.021
	ระดับความสัมพันธ์	ไม่มีความสัมพันธ์
ทัศนคติ	ค่าสหสัมพันธ์	0.208**
	ระดับความสัมพันธ์	มีความสัมพันธ์ต่ำ

** $p < 0.01$

จากตาราง 4 พบว่า ทศนคติเกี่ยวกับบุหรืและพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับบุหรืและพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรืกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรืของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรื พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง โดยยังมีความรู้เกี่ยวกับบุหรืในบางประเด็นยังไม่ถูกต้อง ได้แก่ สารทาร์ในบุหรืมีผลทำให้ผู้ที่ได้รับสารทาร์มีอาการความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว ตอบผิดร้อยละ 93.87 การสูบบุหรืตอนที่อายุมากขึ้น ทำให้ไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งหรือเป็นโรคเกี่ยวกับปอด ตอบผิดร้อยละ 73.01 และการสัมผัสควันบุหรืเป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายต้องการสูบบุหรืได้ตอบผิดร้อยละ 61.66 แต่กลุ่มตัวอย่างจะตอบคำถามถูกในประเด็นโทษของบุหรืมาก ได้แก่ การสูบบุหรืมีโทษต่อคนรอบข้าง และไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรื หรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรื ร้อยละ 96.01 ควันบุหรืมีผลต่อสุขภาพของคนที่อยู่รอบข้าง ร้อยละ 95.71 และการสัมผัสควันบุหรืเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย ร้อยละ 92.02 ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรื แต่กลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ที่เกี่ยวกับสารในบุหรืที่ไม่ถูกต้อง ถึงแม้รัฐบาลจะประกาศหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปทราบอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า แรงงานย้ายถิ่นและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับบุหรื อยู่ในระดับปานกลาง ส่วน Jarong (2016) ก็พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับบุหรืของชาวไทยมุสลิมในอำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี อยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Suwanwaiphattana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัว มีความรู้ในระดับดี

2. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรื พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรือยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphattana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า ทศนคติของผู้สูบบุหรืในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรืมือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 82.2 อยู่ในระดับดี จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่สูงว่าบุหรืเป็นสิ่งที่ไม่ปลอดภัยสามารถทำอันตรายให้กับสุขภาพของคนที่สัมผัสบุหรืรวมถึงควันบุหรืได้ และยังมีทัศนคติที่ตัวบุหรืไม่ใช่เป็นสิ่งที่ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่าย ไม่ได้เป็นสิ่งที่บอกว่าการสูบบุหรืเป็นการแสดงความเป็นผู้ใหญ่ หรือไม่ทำให้เพศตรงข้ามสนใจ แต่กลุ่มตัวอย่างก็ยังต้องสัมผัสกับคนที่สูบบุหรื และเกิดความเคยชิน ทำให้มีทัศนคติที่ไม่รู้สึกรังเกียจกับการสัมผัสควันบุหรืมือสองและมือสาม ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลร้อยละ 62.0 มีบุคคลที่สูบบุหรือาศัยอยู่ในบ้านอย่างน้อย 1 คน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nurapak, Sombhopcharoen, Temsirakunchai, & Kengganpanich (2014) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรืและไม่เคยสูบบุหรืเมื่อมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรืภายในบ้านหรือมาสูบบนที่สาธารณะส่วนใหญ่เห็น ประกอบกับการศึกษาในการทำงานต้องสัมผัสกับบุคคลที่สูบบุหรืจึงเป็นทัศนคติที่เคยชิน แต่การศึกษาไม่สอดคล้องกับ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า แรงงานย้ายถิ่นและครอบครัว มีทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรื อยู่ในระดับปานกลาง

3. ระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่อยู่ในระดับพอใช้ จะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจะสัมผัสกับควันบุหรี่โดยตรงจากคนที่สูบบุหรี่ในระดับที่เหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่างยังหลีกเลี่ยงไม่ได้กับการสัมผัสควันบุหรี่มือสองและสาม รวมไปถึงควันบุหรี่จากเพื่อนร่วมงาน และไม่กล้าที่จะขอร้องให้คนที่สูบบุหรี่อยู่ห่าง การศึกษานี้ยังพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง และอยู่ในวัยทำงานระหว่างอายุ 40 - 49 ปี ซึ่งมีโอกาสที่จะสัมผัสบุหรี่มือสองและสามในระยะเวลาที่ยาวนาน มีโอกาสการเกิดโรคที่สืบเนื่องจากควันบุหรี่ ฉะนั้นการสัมผัสควันบุหรี่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงเป็นเรื่องที่ต้องหันมาสนใจในประเด็นการสัมผัสควันบุหรี่ในที่ ๆ เป็นสาธารณะ ร้านอาหาร หรือสถานที่ทำงาน และยังต้องสร้างจิตสำนึกให้กับประชาชนในการสูบบุหรี่อีกด้วย การศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับ Champat & Kusol (2018) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่ไม่เหมาะสม ส่วนการศึกษาของ Luksanavimon, Petsirasan, Aekwarangkoon, & Noonil (2020) พบว่า เยาวชนอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.2 โดยสูบหลังอาหาร ร้อยละ 41.7 สูบที่บ้านเพื่อน ร้อยละ 52.8

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ บุหรี่มือสอง และบุหรี่มือสาม ไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่เป็นการทำให้เข้าสู่สังคมได้ง่ายและเพื่อนเยอะหรือทำให้เพศตรงข้ามหันมาสนใจ และยังเห็นด้วยกับภาพคำเตือนที่อยู่บนซองบุหรี่ สามารถให้ผู้พบเห็นมีการรับรู้ถึงอันตรายจากการสูบบุหรี่ แต่ด้วยหน้าที่ที่อาสาสมัครต้องปฏิบัติงานให้ความรู้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทำให้อาสาสมัครจะต้องสัมผัสกับควันบุหรี่จากประชาชน และยังไม่ได้แสดงท่าทีที่ไม่พอใจต่อผู้ที่สูบบุหรี่เมื่อต้องอยู่ใกล้ตัว รวมไปถึงอาจจะยังมีความจำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่เพื่อทำภารกิจประจำวันและปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการได้รับควันบุหรี่มือสองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ Junnual & Suebsamran (2016) พบว่าการมีทัศนคติเกี่ยวกับโทษของสูบบุหรี่จะมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำหรับความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ อภิปรายได้ว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงเพียง 1 ใน 4 ซึ่งอาจจะเป็นความรู้เดิมที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้แล้วซึ่งกลุ่มตัวอย่างทราบถึงโทษของบุหรี่และการสัมผัสบุหรี่ว่ามีผลต่อร่างกาย ดังข้อความในงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกว่ามากกว่า 90% คือ การสูบบุหรี่มีโทษต่อคนรอบข้าง และไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ หรือผู้ที่สัมผัสควันบุหรี่ (96.01%), ควันบุหรี่มีผลต่อสุขภาพของคนที่อยู่รอบข้าง (95.71%) และการสัมผัสควันบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งที่อวัยวะต่างๆของร่างกาย เช่น มะเร็งปอด (92.02%) และจากการสำรวจก็ยังพบว่า มีบุคคลที่อาศัยอยู่ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างสูบบุหรี่ถึง 61.96% สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanwaiphatthana, Waithayavongkorn, & Aunjangwang (2013) ที่พบว่า ความรู้ของผู้ที่สูบบุหรี่ในบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองให้กับสมาชิกในครอบครัว และยังสอดคล้องกับ Manoton, Noosorn, Nimpitakpong, & Kanokthet (2014) ที่พบว่า ความรู้ไม่มีผลต่อการได้รับควันบุหรี่มือสองของแรงงานย้ายถิ่นและครอบครัว

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวก จึงควรนำทัศนคติเข้าสู่กระบวนการแก้ไขปัญหา โดยจะต้องปรับทัศนคติให้เห็นภาพถึงความสำเร็จ และนำทัศนคติเชิงบวกนำไปสู่การจัดการความรู้ที่ถูกต้องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ที่เหมาะสม
2. จากข้อมูลจะเห็นว่าพฤติกรรมการสัมผัสควันบุหรี่ยังมีประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมที่อยู่ในระดับพอใช้ เช่น การเลือกร้านอาหารที่ปลอดบุหรี่เมื่อต้องการรับประทานอาหารนอกบ้าน การสูดดมควันบุหรี่จากเสื้อผ้า โซฟา หรือสิ่งของของคนสูบบุหรี่ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายเกี่ยวกับบริโภคบุหรี่ในที่สาธารณะอย่างจริงจัง
3. จากการศึกษาพบว่า มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่มากกว่าครึ่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงวัยทำงาน และยังไม่ได้ขอร้องไห้คนที่สูบบุหรี่อยู่ใกล้ตัว ทำให้บุคคลในครอบครัวจะมีโอกาสสัมผัสกับบุหรี่ได้มากขึ้น ฉะนั้นควรมีการจัดการรณรงค์ในรูปแบบเชิงรุกเพื่อลดปัญหาการสัมผัสบุหรี่ และเฝ้าระวังโรคที่เกิดจากควันบุหรี่ โดยการประสานความร่วมมือในชุมชนให้เป็นเครือข่ายชุมชนปลอดบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการรณรงค์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและครอบครัว รวมถึงประชาชนทราบเกี่ยวกับโทษและอันตรายจากการสัมผัสควันบุหรี่ยังจริงจัง และควรดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้องค์กรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการบุหรี่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม พร้อมวางมาตรการการควบคุมการบริโภคบุหรี่ในชุมชน และเข้มงวดตามมาตรการของรัฐบาลอย่างจริงจัง

References

- Bartz A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. (4th Edition). New Jersey: Prentice–Hall.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Hastings, T. J., & Madaus, G. F. (1971). *Hand book on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw – Hill Book Company Inc.
- Champat, C. & Kusol, K. (2018). Factors related to smoking of buddhist Monks in Meuang district, Surat Thani province. In *The 9th Hatyai National and International Conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)
- Chinpong, S. (2021). Relationship between cigarettes exposure behavior among people in district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 1(2), 45-56.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). *The tobacco products control act of 2017; Issue published in the Royal Gazette*. Nontaburi: Thammasat Printing House. (in Thai)

- Jarong, S. (2016). *Smoking behaviors of thai muslims in Yarang district, Pattani province*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts in islamic studies Prince of Songkla University. (in Thai)
- Junnual, N. & Suebsamran, P. (2016). The situation of smoking behavior among staff and students at Ubon Ratchathani University: Smoke free Ubon Ratchathani University project. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 18(2), 1-10.
- Klumchim, S. (2008). *Relationship between perception from danger of secondhand smoke and health behavior among member in smoking family*. A independent study submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree master of sciences program of social and health system management graduate school Silpakorn University. (in Thai)
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining sample size for research activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Krungkraipetch, L. & Krungkraipetch, K. (2017). Factor affecting smoking behavior of undergraduate students in Burapha University. *Burapha Journal of Medicine*, 4(1), 21-30.
- Luksanavimon, L., Petsirasan, R., Aekwarangkoon, S. & Noonil, N. (2020). Factors related to smoking behavior among youths in Thasala district, Nakhon Si Thammarat province. *Thai Journal of Nursing*, 69(1), 1-9.
- Manoton, A., Noosorn, N., Nimpitakpong, P. & Kanokthet, T. (2014). Factors affecting secondhand smoke exposure in migrant workers and their families. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 8(3), 135-144.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2020). *Data HDC Nakhon Si Thammarat*. Retrieved March 11, 2021 from https://www.nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php. (in Thai)
- Nurapak, A., Sombhopcharoen, M., Temsirakunchai, L., & Kengganpanich, M. (2014). Factors correlated with assertive behavior when exposed to second-hand smoke in secondary school students in Bangkok Metropolitan. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(2), 37-47.
- Ratnanakin, N. (1994). *General knowledge on poisonous things*. Department of Medical Sciences Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Rudma, L. (2011). *Implicit measures for social and personality psychology*. London: SAGE.
- Suwanwaiphatthana, W., Waithayavongkorn, N. & Aunjangwang, W. (2013). The relationship between knowledge and attitude of cigarette smokers toward protecting family members from secondhand smoke. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 19(1), 31-41.

- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2018). *Thailand tobacco consumption statistics report 2018*. Bangkok: Jarerndeemankong Printing. (in Thai)
- Wateesatokgij, P. (2016). *The next step of the campaign foundation for non-smoking*. Retrieved March 11, 2021 from https://www.ashthailand.or.th/content_attachment/attach/eaf29e1.pdf. (in Thai)

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ

End of life: the Four Main Community Nurses Roles in Advance Care Planning (ACP) for the Good Death of the Elderly

วรัญญา จิตรบรรทัด

Waranya Jitbantad

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

(Received: November 6, 2021, Revised: February 10, 2022, Accepted: February 18, 2022)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมตามวัยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจึงมักมีปัญหาด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยเกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการของความเสื่อมเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ระยะท้ายของชีวิต พยาบาลชุมชนเป็นทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนให้ดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1. ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ และและการให้คำปรึกษาพยาบาลชุมชนควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องการตายดีและการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการให้บริการทางสุขภาพ 2. ผู้นำและผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ซึ่งจัดเป็นบทบาทที่ทำนายของพยาบาลชุมชนที่จะนำสู่การเปลี่ยนแปลง 3. ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ ผู้ประสานงาน ผู้บริหารจัดการ และผู้ให้ความร่วมมือ พยาบาลชุมชนควรให้ผู้สูงอายุพึงได้รับรู้ตามสิทธิการตายดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้วางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และ 4. ผู้วิจัยเนื่องจากพยาบาลชุมชนปฏิบัติงานภายใต้พลวัตรของชุมชน ดังนั้น การเป็นผู้วิจัยจึงเป็นบทบาทสำคัญที่จะเข้าใจ เรียนรู้ และผลักดันกระบวนการงานให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในทุกมิติของสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวในช่วงระยะท้ายของชีวิตผ่านการแสดงเจตจำนงค์ของผู้สูงอายุในขณะที่ยังสามารถสื่อสารความต้องการได้

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาลชุมชน, การวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า, การตายดี, ผู้สูงอายุ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th.)

Abstract

The deterioration of our body with age causes physical, mental, social and spiritual changes, so at the final phase of life, the elderly persons have health problems and illnesses. Community nurses are the health professionals who work closely with the elderly. This academic article aimed to describe the 4 main roles of community nurses in advance care planning (ACP) for the elderly.

Community nurses should: 1) provide knowledge, understanding, and counselling to elderly people and their families regarding mortality, 2) initiate a self-care plan for the good death of the elderly in the community, 3) educate the elderly accordingly with the right to die well under the 2007 National Health Act to help seniors and their families planning their own physical, mental and spiritual care in advance, and 4) work under the dynamics of the community. It is important to understand, and drive procedures that are appropriate to the context of the community in all dimensions of health, in order to improve the quality of life of elderly people and their families in the late stages of life, accordingly with the expression of the will of the elderly.

Keywords: Role of Community Nurses, Advance Care Planning, Good Death, Elderly

บทนำ

จากรายงานการสำรวจของสำนักสำมะโนประชากรของสหรัฐอเมริกาพบว่า ภายในปี ค.ศ. 2040 ประชากรโลกที่อายุเกิน 65 ปีจะเพิ่มจากร้อยละ 7.00 เป็นร้อยละ 14.00 จากจำนวน 506 ล้านคน เป็น 1,300 ล้านคน โดยประชากรอายุเกิน 65 ปี ในประเทศกำลังพัฒนาจะเพิ่มขึ้นถึงจาก 313 ล้านคน ในปัจจุบัน เป็นมากกว่า 1 พันล้านคน ในปี 2040 โดยเฉพาะในประเทศจีนและอินเดีย ซึ่งประชากรอายุเกิน 65 ปี จะเพิ่มขึ้นจาก 166 ล้านคน เป็น 551 ล้านคนในอีก 31 ปี ข้างหน้ารายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง) คาดประมาณว่า ในพื้นที่ภาคเหนือจะเป็นภาคที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดคือร้อยละ 22 รองลงมาเป็นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่คาดว่าจะมีอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.00 รองลงมา คือ ภาคกลาง และภาคใต้ ที่มีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด คือ ประมาณร้อยละ 15.00 และในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ หรือหมายถึง สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 20.00 ก่อนที่ในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด หรือมีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 28.00 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2019)

ปัจจัยที่ทำให้อายุเฉลี่ยของประชากรโลกสูงขึ้น คือ ผู้คนอายุยืนยาวขึ้นเนื่องจากการพัฒนาการด้านการรักษาพยาบาล และอัตราการเกิดของประชากรลดลง (Population Reference Bureau, 2020) องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2544 - 2643 (2001 - 2100) จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ หมายถึง การมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10.00 ของประชากรรวมทั่วโลก เมื่อมีผู้สูงอายุมากขึ้นย่อมส่งผล

ทำให้ปัจจัยการผลิตทางด้านแรงงานลดลง การออมลดลง รัฐบาลจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายทางด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเพื่อดูแลและประมุงพยาบาลผู้สูงอายุมากขึ้น (National Statistical Office Thailand, 2020) ด้วยความก้าวหน้าระบบสาธารณสุขทำให้คนมีอายุยืนขึ้น สำหรับประเทศไทยข้อมูลอายุคาดเฉลี่ยประชากรไทยเมื่อ แรกเกิดชาย 73 ปี หญิง 80 ปี อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี ชาย 17.1 ปี หญิง 22.8 ปี (Institute for Population and Social Research Mahidol University, 2020)

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความก้าวหน้าด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถยืดชีวิตคนเจ็บไข้ได้ป่วยได้มาก จนทำให้คนสมัยนี้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และผู้ป่วยไม่ควรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใดและผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ด้วยคุณภาพชีวิตเช่นใด ทั้งนี้ก็ด้วยเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ที่เป็นที่รักอยู่ให้นานที่สุด ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ให้การรักษาให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดี บางครั้งในหมู่ญาติเองก็มีความเห็นต่างกัน หรือมีความเห็นต่างกับผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดปัญหาในการรักษา ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานกับทุกๆ ฝ่าย ทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว ญาติมิตร และผู้ให้การรักษา เป็นปัญหาของสังคมทั่วโลก จนเกิดประเด็น“การุณยฆาต” และข้อโต้แย้งเรื่องสิทธิการตาย (Thai Cancer Society, 2020)

การตายดี การตายอย่างมีศักดิ์ศรี การตายอย่างสงบ การตายอย่างมีคุณภาพ เป็นเรื่องที่แวดวงวิชาการหลายสาขาให้ความสนใจศึกษา ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ (Jeamteerasakul & Sinthuphan, 2019) ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพได้กำหนดนโยบายให้มีการพัฒนาการบริการที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยปรับเปลี่ยนแผนการดูแลที่เน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิต มาสู่การรักษาเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะท้าย และการตายดี ได้มีการเผยแพร่และสื่อสารเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับแผนการรักษาในระยะท้ายของชีวิตการตายดี ผ่านสื่อต่างๆ มากขึ้น (Office of the National Health Commission, 2019; U.S. Department of Health and Human Service, 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมานจากการรักษาเมื่อถึง วาระสุดท้าย และจากไปอย่างมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยยึดหลักการทำงาน แบบ Humanize care มีการดูแลแบบองค์รวม โดยเน้น 3 ด้าน คือ ความรู้สึก อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทั้งกับตัวผู้ป่วยและญาติ Thipkanjanaraykha, Saleekul, Apisitwasana, & Thiammok. (2017) การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) จึงมีความจำเป็นกับกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นการแสดงเจตจำนงหรือวางแผนการตายไว้ในตอนที่มีสติสัมปชัญญะในฐานะเจ้าของชีวิตที่สามารถวางแผนการตายอย่างมีศักดิ์ศรีตามที่ต้องการได้ (Fan, Sung, & Wang, 2019) ในสถานการณ์ปัจจุบันการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) มักทำในผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ยังไม่แพร่หลายในผู้สูงอายุทั่วไปในชุมชน จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) ยังต่ำมากในทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า สมาชิกในครอบครัว ยังมีทัศนคติไม่ตรงกันเกี่ยวกับการรักษาเพื่อยื้อชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีผู้ป่วยที่เป็นบุพการี เนื่องจากสังคมไทยมีการอบรมสั่งสอนให้ตระหนักว่า การเลี้ยงดูและการดูแลบุพการีเมื่อเจ็บป่วยเป็นหน้าที่และการทดแทนบุญคุณ ดังนั้นครอบครัวส่วนใหญ่จึงเชื่อว่าการให้บุพการีได้รับการรักษาทุกวิถีทางเพื่อยื้อชีวิตจึงเป็นการแสดงความกตัญญูในช่วงชีวิตสุดท้าย ญาติ (Thapanakulsuk, 2020)

การดูแลสุขภาพชุมชนเป็นการบริหารและจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เมื่อเจ็บป่วยสามารถแสวงหาการดูแลจากรัฐได้อย่างเหมาะสม (Junchom, Sangsai & Polsavat, 2021) พยาบาลชุมชนเป็นทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชนมากที่สุดเป็นบุคคลหนึ่งที่มีบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในทุกช่วงวัย รวมไปถึงการเตรียมความพร้อมในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อการตายดี (Peaceful death) ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยบูรณาการศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคอง และจริยธรรมในการดูแลเข้าด้วยกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวในช่วงระยะท้ายของชีวิต (Pattarateeranon, Sriyoha, Sreeprasarn, & Saowanee, 2021) ผ่านการแสดงเจตจำนงของผู้สูงอายุในขณะที่ยังสามารถสื่อสารความต้องการได้ บทความวิชาการนี้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลล่วงหน้าเพื่อการตายดี เพื่อให้พยาบาลชุมชนสามารถนำมาใช้ในการวางแผนดูแลล่วงหน้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยมีความครอบคลุมด้านแนวคิดการพยาบาลชุมชน การตายดี และการวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า ดังนี้

1. แนวคิดการพยาบาลชุมชน

การพยาบาลชุมชน (Community health nursing) คือ การพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งมีเป้าหมายในการบริการดูแลสุขภาพแก่ผู้รับบริการทุกช่วงวัย ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยนำความรู้ทางการพยาบาลศาสตร์ การสาธารณสุขศาสตร์ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ ฯลฯ มาใช้ผ่านกระบวนการพยาบาลหรือกระบวนการแก้ปัญหาในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน และบุคคลากรอื่นในทีมสุขภาพ ในทุกขั้นตอนการวางแผนและดำเนินการด้านบริการเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและความต้องการที่แท้จริงของชุมชนโดยนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Krainuwat & Kotchakrai, 2019)

การพยาบาลชุมชนจึงเป็นการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในเขตที่รับผิดชอบ ดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงโรคและผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรค และปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มศักยภาพและความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้ (Krainuwat & Kotchakrai, 2019) โดยการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะการบริการทางสุขภาพของพยาบาลชุมชน การพยาบาลชุมชนเป็นกระบวนการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งเชิงรุกและตั้งรับ มีเป้าหมายเพื่อต้องการให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดี ลักษณะการบริการทางสุขภาพจึงมีทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการทางสุขภาพ ดังนี้

1) การปฏิบัติงานในสถานบริการ เป็นการให้บริการแก่ผู้มารับบริการเป็นกลุ่มหรือรายบุคคล ได้แก่ ในคลินิกตรวจรักษาโรคเบื้องต้น คลินิกผู้ป่วยนอก คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี คลินิกตรวจก่อนคลอดและคลินิกตรวจหลังคลอด เป็นงานบริการด้านส่งเสริมสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมพัฒนาการ บริการด้านป้องกันโรคที่มีวัคซีนป้องกัน รวมถึงการให้สุขศึกษาและการให้คำปรึกษา การตรวจคัดกรองผู้ป่วย การรักษาโรคเบื้องต้นและการส่งต่อ

2) การปฏิบัติงานนอกสถานบริการ เป็นการให้บริการเชิงรุกในชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลในโรงเรียน โรงงาน สถานรับเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียน สถานพักฟื้น สถานดูแลผู้สูงอายุ การเยี่ยมครอบครัว และผู้ป่วยตามบ้าน การตรวจคัดกรองโรค การรักษาขั้นต้นและส่งต่อ การป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต อนามัยให้วัคซีน การให้สุขศึกษา การให้คำแนะนำปรึกษาและบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยที่กลับจากโรงพยาบาลมาพักฟื้นที่บ้าน

1.2 ลักษณะการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของชุมชน ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกช่วงวัย สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน การปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชนมีลักษณะ ดังนี้

1) การบริการเพื่อสุขภาพ เป็นบริการเพื่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบในประเทศไทยเป็นบริการที่จ่ายโดยรัฐหรือองค์กรอาสาสมัคร ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ได้แก่ การให้คำแนะนำให้การพยาบาลที่บ้าน การตรวจร่างกาย ตลอดจนการช่วยเหลือประชาชนอาจเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าตรวจทางห้องปฏิบัติ เอกซเรย์ ค่ายาหรือวัคซีน เฉพาะในส่วนที่รัฐไม่ได้จัดสรรงบประมาณไว้ให้

2) การดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมและผสมผสาน เป็นบริการที่ให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในเขตที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพและอายุ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องทุกด้าน รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ ในทุกกลุ่มวัย

3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขภาพดีลดการป่วย การตาย ความพิการที่ป้องกันได้ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพให้ชุมชน (Empowerment) พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) ให้ความรู้ เพิ่มขีดความสามารถ (Enabling) ให้ความช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษา (Mentoring) แนะนำแหล่งประโยชน์อำนวยความสะดวก (Facilitating) เป็นปากเป็นเสียงและให้การสนับสนุน (Supporting) รวมทั้งร่วมปฏิบัติงานที่ชุมชนเป็นเจ้าของโครงการ (Collaborating)

4) การให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดกับคนส่วนใหญ่และกลุ่มเสี่ยงก่อน ในการลำดับความสำคัญของการบริการ พยาบาลอนามัยชุมชนต้องการบริการปัญหาที่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ก่อน และมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าการตามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว

1.3 บทบาทของพยาบาลชุมชน เป็นการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งมีทั้งการดูแลผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงโรค และผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทั้งเรื้อรังและเฉียบพลันในทุกช่วงวัย รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพดีได้ บทบาทของพยาบาลชุมชน มีดังนี้

1) เป็นผู้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) ทั้งผู้ป่วยและผู้ที่ไม่ป่วยจึงเป็นการให้บริการแบบครบถ้วนผสมผสานทั้งด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพแก่ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน ทั้งในชุมชน ตามบ้าน โรงเรียน โรงงาน และในแผนกผู้ป่วยนอกของสถานบริการสาธารณสุข โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ

2) เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health educator) พยาบาลอนามัยชุมชนต้องมีคุณสมบัติเด่นใน

เรื่องการให้สุขศึกษาในรูปแบบต่างๆให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

3) เป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ (Advocator) ทำให้ประชาชนได้มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ ของตนเอง ในด้านสุขภาพตามหลักสิทธิผู้ป่วย

4) เป็นผู้บริหารจัดการ (Manager) ให้การดำเนินงานต่างๆเป็นไปอย่างราบรื่น การจัดวางกำลังคน จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เวชภัณฑ์พร้อมพื่อเพียงในการดำเนินงาน การประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์กับทุกฝ่าย

5) เป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) พยาบาลเป็นผู้ให้คำปรึกษากับผู้ที่มีปัญหากับทุกฝ่าย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต รวมทั้งให้คำปรึกษาทางสุขภาพกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆด้วย เช่น เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เป็นต้น

6) เป็นผู้วิจัย (Researcher) การทำวิจัยหรือร่วมวิจัยมีส่วนสำคัญในการพัฒนาวิชาชีพการพยาบาลให้มีความก้าวหน้า เพื่อปรับปรุงการพยาบาลอนามัยชุมชนให้เป็นที่ยอมรับและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับประชาชน ผู้รับบริการ

7) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) เป็นผู้กระตุ้นหรือทำให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ทราบสถานะความเป็นอยู่ของชุมชน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ทราบว่าชุมชนไม่ค่อยมีผู้สนใจออกกำลังกายจึงเป็นผู้จัดริเริ่มให้ชุมชนออกกำลังกายขึ้น

8) เป็นผู้นำ (Leader) การมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่ชุมชนเชื่อถือเป็นผู้นำในด้านสุขภาพที่ช่วยชี้แนะแนวทางให้ชุมชนในการตัดสินใจในโครงการต่างๆ ของชุมชนเพื่อส่งเสริมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหสุขภาพชุมชน ครอบครัวหรือบุคคล

9) เป็นผู้ประสานงาน (Co-ordinator) การพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นงานที่ต้องประสานงานทุกระดับ ทั้งผู้ที่อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า สูงกว่าหรือระดับเดียวกัน เพราะจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ และนอกทีมสหสาขา เช่น อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครูอาจารย์ เป็นต้น

10) เป็นผู้ให้ความร่วมมือ (Collaborator) กับทุกฝ่ายที่ช่วยกันพัฒนาชุมชน เช่น ทางการศึกษา ทางฝ่ายการเมือง การปกครอง เป็นต้น

2. การตายดี (Peaceful death)

ความตายเป็นความต้องการที่ตรงกันข้ามกับเป้าหมายของระบบสุขภาพ แต่ก็เป็นที่ประจักษ์ว่าแม้ระบบการแพทย์จะเจริญแค่ไหนแต่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงความตายพ้น ในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายการตายดี ตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ตายอย่างสงบ ตายภายหลังการได้สั่งเสีย ภายใต้การห้อมล้อมของลูกหลานจึงเป็นจุดมุ่งหมายหนึ่งของผู้สูงอายุ ในบางครั้งผู้สูงอายุก็พูดถึงความตายขึ้นมา เช่น “อายุปุนนี้แล้ว จะอยู่ได้อีกนานเท่าไรหนอ” “จะได้เห็นหลานเรียนจบไหมนะ” “เมื่อไหร่จะพ้นทุกข์พ้นโศกไปเสียที” บางครั้ง ที่ผู้สูงอายุเปรยสิ่งเหล่านี้ ก็เพราะมีสิ่งกังวล อยากสะสาง หรือมีความปรารถนาส่วนลึกที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง การรับรู้และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุก่อนที่จะจากโลกนี้ไปจึงเป็นบทบาทหนึ่งของการพยาบาลที่ได้ดูแลด้านจิตใจและเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุก่อนการจากโลกนี้ไป

2.1 แนวคิดการตายดีในผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับการตายดีในประเทศไทย พบทั้งการศึกษาทั้งในกลุ่มผู้รักษา เช่น หมอ พยาบาล ผู้ดูแล และในกลุ่มผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ พบการให้ความหมายของการตายดี คือ การตายตามธรรมชาติ การดูแลรักษาที่ไม่ยืดื้อชีวิต ผู้ป่วยได้มีการเตรียมการตายของตนเอง และครอบครัว สามารถยอมรับการตายได้ จากการศึกษาของจอนพะจง เพ็งจาด (Pengjad, 2014) เกี่ยวกับความหมายการตายดีที่มาจากมุมมองของผู้สูงอายุ พบว่าประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่

- 1) การตายอย่างสงบ เป็นการจากไปอย่างสงบเหมือนคนนอนหลับ รักษาใจให้เป็นปกติ จิตไม่ฟุ้งซ่าน สามารถนอนมาจิตใจให้สงบโดยการระลึกถึงสิ่งที่เป็นบุญเป็นกุศลที่ได้สร้างสมมา
- 2) การตายตามธรรมชาติ เป็นการตายตามอายุขัยหมดสภาพของสังขาร ร่างกายค่อย ๆ หมดลมหายใจไปตามธรรมชาติ ไม่ป่วยนานจนเป็นภาระให้ลูกหลานต้องมาดูแล ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยการรังชีวิต และในยามที่จะจากไปมีลูกหลานห้อมล้อมเกิดการยอมรับต่อการจากไป
- 3) การตายอย่างหมดห่วง เป็นการตายที่หมดห่วงหลังจากมีการสั่งเสียเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไว้แล้ว ทั้งในด้านเตรียมใจตนเอง เตรียมครอบครัว เตรียมทรัพย์สินสมบัติ และการเตรียมทำบุญสะสมบุญสะสมความดี

การตายดี จึงเป็นการตายอย่างปราศจากความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายเป็นการตายอย่างสงบ มีการนำสู่ความสงบด้านจิตใจและจิตวิญญาณเป็นการตายตามธรรมชาติ และเป็นการตายอย่างหมดห่วง ซึ่งจะมีการเตรียมตัวตาย การกำหนดสถานที่ตาย และการได้รับการดูแลภายหลังตาย

2.2 สิทธิการตายดี

ประเทศไทยได้กำหนดสิทธิการตายดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ระบุไว้ในมาตรา 12 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา” โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลไม่ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบ

ความมุ่งหมายของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองที่จะขอตามธรรมชาติ ตายอย่างสงบ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งการแสดงเจตนาดังกล่าว มิใช่เรื่องการุณยฆาต ไม่ใช่กรณีเร่งการตาย แต่เป็นเรื่องของการตายตามธรรมชาติโดยไม่ประสงค์จะยืดการตายด้วยการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ดังนั้นการรักษาพยาบาลที่ควรกระทำคือ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ดูแลรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยในมาตรา 12 กฎหมายมุ่งคุ้มครองสิทธิผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขด้วย ถือเป็นข้อยกเว้นทางกฎหมายที่บุคคลที่ได้กระทำตามเจตนาของผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญาและทางแพ่ง

นอกจากนี้ยังมีประกาศในราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 127 ตอนที่ 65 หน้า 18 วันที่ 22 ตุลาคม 2553 มีผลบังคับใช้ 210 วันนับจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา นั่นคือ 20 ตุลาคม 2554 ที่กระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

นั่นหมายถึง ประชาชนชาวไทยทุกคนสามารถเลือกที่จะทำหนังสือปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุขใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ การเจาะคอ การปั๊มหัวใจ หรือการทำอะไรแล้วแต่ที่เป็นไปเพียงเพื่อ

ยึดความเจ็บป่วย ซึ่งทุกคนมีสิทธิเลือกทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ดังกล่าวได้ เพื่อให้ชีวิตตายโดยสงบ ตายอย่างมีความสุข ตามตามธรรมชาติ ที่เรียกว่า การตายดี นั่นเอง

3. การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance care planning)

เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นวัฏจักรชีวิตแม้จะไม่ได้เรียงลำดับ เช่น บางคนตายก่อนแก่ บางคนตายอย่างฉับพลัน ความตายจึงเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน แต่ที่แน่นอน คือทุกคนเกิดมาก็ต้องตาย ความตายจึงไม่เลือกอายุ เพศ วัย แต่ถ้ามองในมุมของความเสื่อมของร่างกายผู้สูงอายุเป็นวัยที่ใกล้ชิดความตายมากที่สุด การดูแล หรือการรักษาที่ให้กับผู้สูงอายุนั้นตรงกับความต้องการของเขาหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุเจ็บป่วยความต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นอย่างไร การตัดสินใจในเรื่องการรักษาเหล่านี้เป็นหน้าที่ของใครมีความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกผิดหรือไม่ สิ่งเหล่านี้ถ้าได้วางแผนการดูแลมาก่อนจะทำให้เราสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

3.1 ความหมาย

การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance care planning) คือ กระบวนการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วย และตัวแทนทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทำความเข้าใจหรือและวางแผนเกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพในอนาคต ซึ่งเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการแพทย์และญาติผู้ดูแลสำหรับช่วงเวลาที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจด้วยตนเองหรือไม่อยู่ในสถานะที่สามารถสื่อสารทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้การวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าสามารถใช้ได้กับทุกคน ทุกวัย ทั้งเจ็บป่วย หรือยังไม่เจ็บป่วย ถือเป็นการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยลดความเครียด และความวิตกกังวลสำหรับผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ซึ่งจะเป็นแนวทางนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (The National Council for Palliative Care [NCPC], 2008)

การวางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) หมายถึง กระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพตนเองที่ผู้สูงอายุแสดงเจตนาเอาไว้ก่อนที่จะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้สูงอายุอาจทำด้วยตนเอง หรือปรึกษามาชิกครอบครัว หรือปรึกษามูลนิธิสุขภาพ ผ่านสมุดเบาใจ : เพื่อการวางแผนดูแลล่วงหน้า

3.2 องค์ประกอบหลักของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

ในการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าต้องมีการแสดงเจตนารมณ์ของผู้สูงอายุ และมีการแต่งตั้งผู้แทนการตัดสินใจแทนและการปฏิบัติตามคำสั่งเมื่อถึงวาระสุดท้าย ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ประการ คือ (The National Council for Palliative Care [NCPC], 2008)

1) สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการหรือชอบ (Preference) เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้ความสำคัญเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาในวาระสุดท้ายของตนเอง เช่น ในวาระสุดท้ายขอให้ได้กล่าวคำขอบคุณ เสียใจ ขอโทษ และให้อภัยกับใคร อยากให้ใครอยู่ด้วย อยากเจอใคร หรือไม่อยากเห็นหน้าใคร อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ในวาระสุดท้ายนั้นอยากทำอะไรหรืออยากให้ใครทำอะไรให้ อยากไปสถานที่ไหน เป็นต้น

2) การตัดสินใจล่วงหน้าของผู้สูงอายุ (Living will) เป็นการแสดงเจตนาว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

หรือเมื่อสูญเสียสติสัมปชัญญะไปจนไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจะรับหรือไม่รับการดูแลรักษา ในแบบใด เช่น ไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ และเป็นสิ่งที่แพทย์จะต้องวินิจฉัยก่อนปฏิบัติตามว่าคนไข้อยู่ในภาวะนั้น หรือถึงเวลาที่จะต้องปฏิบัติตามแล้วหรือยัง ถือเป็นการตายตามเจตนาของผู้ป่วยตามกฎหมาย คือ ตายตามธรรมชาติมิใช่การเจตนาตายหรือฆ่าตัวตาย

3) การเสนอชื่อผู้รับมอบฉันทะ (Proxy nomination) เป็นการเลือกบุคคลที่ผู้สูงอายุใกล้ชิดเป็นผู้แสดงเจตนาแทนเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยต้องมีการวินิจฉัยจากแพทย์ก่อนว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเองแล้วหรือยัง

3.3 การสื่อสารความต้องการ

การศึกษา การสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายในสังคมไทยศตวรรษที่ 21 (Jeamteerasakul & Sinthuphan, 2019) พบว่าการสื่อสารเพื่อเตรียมตัวตายนี้นั้นมี 5 ระดับซึ่งมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังนี้

ระดับที่ 1 การสื่อสารภายในตัวบุคคล (Intrapersonal communication) เกิดจากการตระหนักรู้ให้ ความสำคัญกับการวางแผนเพื่อการเตรียมตัวตาย ผู้สูงอายุอาจจะรับรู้และแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้วยตนเองจาก คนใกล้ชิด จากการอ่านหนังสือ จากข่าว เว็บไซต์ สื่อมีเดียต่างๆ และเกิดความคิดที่จะสื่อสารเตรียมตัวตาย โดย อาจจะถ่ายทอดความคิดนั้นออกมาด้วยการเขียนเป็นหนังสือแสดงเจตนา (Living will) พินัยกรรม อัดชีวประวัติ หรือหนังสืองานศพที่เตรียมเขียนไว้ล่วงหน้า เป็นการสื่อสารในตัวบุคคลผ่านสื่อกลาง เช่น พินัยกรรม ไปสู่ บุคคลอื่นในครอบครัว

ระดับที่ 2 การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) ถัดจากระดับที่ 1 ที่ผู้สูงอายุ แสดงเจตนาผ่านตัวอักษร มาสู่การสื่อสาร หรือบอกกล่าวแก่ผู้ใกล้ชิด คนในครอบครัว ผู้สูงอายุแจ้งหรือบอก กล่าวคนในครอบครัวให้ทราบว่าตนได้จัดทำเอกสารในรูปของพินัยกรรม หรือทำคลิปเสียง หรือคลิปที่สื่อสาร แสดงเจตนา ตามหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา 12 พรบ.สุขภาพแห่งชาติ หรือการบริจาคอวัยวะ บริจาค ร่างกาย การเตรียมจัดงานศพ การบริจาคอวัยวะในกรณีที่ยังมีชีวิต

ระดับที่ 3 การสื่อสารในกลุ่มเล็ก (Small group communication) ส่วนใหญ่จัดเป็นกิจกรรมเรียนรู้ อบรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การอบรมการเผชิญความตายอย่างสงบของเครือข่ายพุทธิกา กระบวนการเรียนรู้ใน สถานศึกษาที่สอนเรื่องมรณะศึกษา ชีวิตและความตาย จิตตปัญญาศึกษา กลุ่มผู้เข้าร่วมจะมีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเล็ก และฝึกปฏิบัติการสื่อสารในกลุ่มเล็กนี้มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารในระดับที่ 1 และ 2 กล่าวคือ ผู้สูงอายุเกิดการสื่อสารภายในตนเองและกับคนใกล้ชิดเรื่องความตาย การเตรียมตัวตาย จะเกิด ความสนใจหาข้อมูลข่าวสารเข้าร่วมอบรมเชิง ปฏิบัติการดังกล่าว นอกจากนี้ หน่วยงาน องค์กรที่ต้องการรณรงค์ เรื่องการสื่อสารเพื่อการเตรียมตัวตายที่มีผลทางกฎหมาย มักจัดกิจกรรมอบรมกลุ่มเล็ก เช่น ศูนย์รามาวชิราภิบาล จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง Living Will เครือข่ายพุทธิกา จัดอบรมการเขียนหนังสืออนุสรณ์งานศพ เป็นต้น

ระดับที่ 4 การสื่อสารต่อสาธารณะ (Public communication) การเตรียมตัวตายเป็นสื่อสารต่อสาธารณะ ในรูปแบบการอบรมสัมมนา การจัดบรรยาย การจัดกิจกรรมพิเศษ (Special events) ตัวอย่าง ได้แก่ การจัด กิจกรรมพิเศษ Before I die ในปี 2556 ที่ลานอโศก เซ็นทรัลเวิลด์ งาน Happy Death Day ในปี 2560 ที่ศูนย์ ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ งานตายก่อนตายของนิวกมล ที่วัดธาตุทอง ในปี 2561 การจัดงานลักษณะนี้ เป็นการ สื่อสารรณรงค์ในรูปแบบการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม (Social marketing communication campaign) การสื่อสารต่อสาธารณะลักษณะนี้ มีความสัมพันธ์กับการสื่อสารในระดับ 1, 2 และ 3 กล่าวคือ รูปแบบการ

เข้าร่วมมีทั้งการบรรยายกลุ่มผู้ฟังขนาดใหญ่ การชมนิทรรศการที่ สื่อสารกับจิตอาสาระดับบุคคล หรือการพูดคุย แลกเปลี่ยนกับจิตอาสาหลังการรับประสบการณ์จำลองงานศพ เป็นต้น

ระดับที่ 5 การสื่อสารมวลชน (Mass communication) และสื่อสังคม (Social media) สื่อมวลชน หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ มีการนำเสนอเรื่องการเตรียมตัวตาย ในรูปของข่าว การรายงานกิจกรรมที่เกิดขึ้น ตัวอย่างได้แก่ รายการของสถานีช่องไทยพีบีเอส การสื่อสารณรงค์เรื่องการบริจาค อวัยวะของกลุ่มทรูในทิวทัศน์ รายการวิชาชีวิต ของชีวามิตร เผยแพร่บนเฟสบุ๊ค รายการเผยแพร่ธรรมะของ กลุ่มคิลานธรรม พระสงฆ์จิตอาสา ทางสถานีวิทยุ ปัจจุบัน สื่อมวลชนอยู่บนพื้นที่ออนไลน์และคนเปิดรับ ข่าวสารออนไลน์ผ่านสมาร์ทโฟนมากกว่า การอ่าน การฟังจากการกระจายเสียงสด ข้อดีของสื่อสังคม ออนไลน์ต่อการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเรื่องการ เตรียมตัวตายคือ คนที่สนใจสามารถสืบค้น อ่าน ฟัง โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ สามารถแชร์ให้เพื่อน ในสื่อสังคม และสามารถมีส่วนร่วม ด้วยการให้ความเห็นเป็นการสื่อสารสองทาง

จะเห็นว่าข้อมูลการเตรียมตัวในการตายดี มีมาจากตัวบุคคลที่อยากแสดงเจตนาการวางแผนดูแลล่วงหน้า ซึ่งอาจจะไม่ใช่ผู้ที่มีโรคประจำตัว ไม่ใช่ผู้ป่วยในระยะท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ใช่ผู้ที่ผ่านการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เป็นผู้สูงอายุที่ถือว่าเป็นไมไกลฝั่งได้มีโอกาสในการทบทวนชีวิตและการตาย ได้วางแผนการดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า และได้สื่อสารให้คนใกล้ชิดรับทราบเจตนา ดังกล่าว

สรุป

จากแนวคิดบทบาทของพยาบาลชุมชน แนวคิดการตายดี และแนวคิดการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า นำมาสู่การปฏิบัติในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการ ตายดีในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามบทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการ ตายดีของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ในบทบาทของผู้บริการด้านสุขภาพ ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลชุมชนควรให้ ความรู้ ความเข้าใจ และเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในเรื่องการตายดีและการวางแผนดูแลรักษา ตัวเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ การทำ Family meeting ระหว่าง ครอบครัวผู้ป่วย การค้นหาผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการดูแลผู้ป่วย (Key man) การค้นหาผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง (Care giver) และการประสานทีมสหวิชาชีพและทุกภาคที่เกี่ยวข้องทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) การวางแผนจัดการสิ่งที่ค้างคาในภาวะที่ยังคงรู้สึกตัวดี (Unfinished business)

2. ในบทบาทผู้นำและผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเป็นเรื่องใหม่ ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าส่วนมากทำในผู้ป่วยที่ ต้องดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้าย ในโรงพยาบาล และส่งต่อการรักษาแบบประคับประคองมายัง ชุมชน การเริ่มต้นการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าของผู้สูงอายุในชุมชนจึงถือว่าเป็นบทบาทที่ท้าทายของ พยาบาลชุมชนที่จะนำสู่การเปลี่ยนแปลง

3. ในบทบาทของผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ ผู้ประสานงาน ผู้บริหารจัดการ และผู้ให้ความร่วมมือ จากสิทธิการ ตายดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ระบุไว้ในมาตรา 12 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการ

ตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา”เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุพึงได้รับรู้ตามสิทธิเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้วางแผนการดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ พยาบาลชุมชนจึงต้องสอบถามผู้สูงอายุถึงเรื่องที่ยังค้างค้ำและความปรารถนาที่ต้องการให้บรรลุเพื่อให้ครอบครัวรับรู้ สอบถามถึงเจตนาของผู้สูงอายุเกี่ยวกับแนวทางการรักษาในวาระสุดท้าย และแนะนำให้ผู้สูงอายุมอบหมายบุคคลที่จะตัดสินใจแทนหากผู้สูงอายุไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ทั้งนี้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถทบทวนและเปลี่ยนใจได้

4. บทบาทผู้วิจัย พยาบาลชุมชนปฏิบัติงานภายใต้พลวัตรของชุมชน ดังนั้นการการเป็นผู้วิจัยจึงเป็นบทบาทสำคัญที่จะเข้าใจ เรียนรู้ และผลักดันกระบวนการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในทุกมิติของสุขภาพ

ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า ตามความปรารถนา และจากไปอย่างสมศักดิ์ศรีตามความต้องการของตนเอง ลดความขัดแย้ง ความกังวลของญาติในการตัดสินใจเพื่อการรักษาในยามที่บุคคลไม่สามารถสื่อสารได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนในเรื่อง การวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้า การทำและการใช้หนังสือแสดงเจตนา ให้สามารถใช้กับทุกกลุ่มในชุมชน
2. ให้ข้อมูลแก่ชุมชนอย่างรอบด้าน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มอายุมี ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้า หนังสือแสดงเจตนาการรักษา ที่เข้าถึงง่าย กระชับ เช่น อินโฟกราฟิก วิดีทัศน์สั้นๆ ส่งผ่าน Line application หรือ Facebook fan page ของตำบล
3. จัดทำคู่มือ แบบฟอร์ม หรือแอปพลิเคชันการเขียนหนังสือแสดงเจตนาการรักษาที่ประชาชนเข้าถึง และเข้าใจได้ง่าย สามารถสื่อสารกับทีมสุขภาพได้อย่างชัดเจน รวดเร็ว
4. ควรนำนโยบายกำหนดให้การวางแผนการรักษาตัวเองล่วงหน้า ตัวชี้วัดหนึ่งในการประเมินคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

References

- Fan, S. Y., Sung, H. C., & Wang, S. C. (2019). The experience of advance care planning discussion among older residents in a long-term care institution: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 3-7. <https://doi:10.1111/jocn.14936>.
- Jeamteerasakul, S., & Sinthuphan, J. (2019). *Communication for preparing for death in the 21st century*. Social sciences and fine arts amid social changes “Love, death and power in the context of contemporary society.” (in Thai)
- Junchom, K., Sangsai, Y., & Polsavat, B. (2021). Empowering family and community in end-of-life care: important role of nurses. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong*, 5(2), 12-24.
- Institute for Population and Social Research Mahidol University (2020). *Population message, Mahidol University*. Retrieved October 19, 2021 from <https://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/PublicationGazette.html>. (in Thai)

- Krainuwat, K., & Kotchakrai, R. (2019). *Community nursing*. Bangkok: Faculty of Nursing Mahidol University. (in Thai)
- National Statistical Office Thailand. (2020). *Report of the elderly population in Thailand 2019*. Bangkok. (in Thai)
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2019). *Report of the population projections for Thailand 2010-2040 (Revision)*. Retrieved October 19, 2021 from https://www.social.nesdc.go.th/social/Portals/0/Documents/_2315.pdf.
- Office of the National Health Commission. (2019). *A handbook of health service providers: laws and practices related to the care of the palliative care*. 5th printing TQP.
- Pattaratteeranon, P., Sriyoha, N., Sreeprasarn, P., & Saowanee, R. (2021). Role of community nurses in health promotion and prevention of coronavirus 2019 pandemic in 8 community responsible area, Ramathibodi Hospital. *Thai Journal of Health Education*, 44(1), 1-11.
- Pengjad, J. (2014). The role of nurses in palliative care. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(1), 100-107.
- Population Reference Bureau. (2020). *World population*. Retrieved October 19, 2021 from <https://www.populationmedia.org/2012/07/25/population-reference-bureau-releases-2012-world-data-sheet>. (in Thai)
- Thapanakulsuk, P. (2020). *Advance care planning: important issue of geriatric palliative care*. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(3), 12-23.
- Thipkanjanaraekha, K., Saleekun, S., Aphisitthiwatsana, N., & Thiammork, M. (2017). Advance care planning for good death. *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, 33(3), 138-145.
- The National Council for Palliative Care (NCPC). (2008). *Advance care planning: A guide for health and social care staff*. Retrieved October 10, 2021 from [https://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/Advance Care Planning.pdf](https://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/Advance%20Care%20Planning.pdf). (in Thai)
- Thai Cancer Society. (2020). *The right to choose to care for the quality of life*. Retrieved October 10, 2021 from <https://thaicancersociety.com>. (in Thai)
- U.S. Department of Health and Human Service. (2019). *Advance care planning: Healthcare Directives*. Retrieved October 10, 2021 from <https://www.nia.nih.gov/health/advance-care-planning-healthcare-directives#decisions> Accessed on February 25, 2020.

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และและบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ตรงกลาง ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือ

ภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาได้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample

- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมิณพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). “Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. ” *Basic nursing challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14¹* (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ¹* ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาทัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์
จากงานวิจัย.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

2.54 ซม.

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา)

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนนำเสนอผลจากตารางที่น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

.....

.....

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หนา)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการ กำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

.....

.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้ง
บทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani
College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in
Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ข

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นหนา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 นหนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

.....

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่

ดร.รัถยานภิศ รัชตะวรรณ (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 093-6356351 E-mail: Rphalasuek@gmail.com

