

 ปีที่ 4 ฉบับที่ 2

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND PEDAGOGY



พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข และสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านสาธารณสุข ได้แก่

- สาขอนามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาศึกษา
- สาขอนามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2024. Vol. 4 No.2 May – August 2024

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com

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

ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรรังศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริณ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สินวรรณ

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธรรค์ศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทา

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชยวัช
ดร.จารุวรรณ สอนงญาติ
ดร.เนติยา แจ่มทิม
ดร.มาสริน ศุกลปักษ์
ดร.เมทนี ระดาบุตร
ดร.บุศริน เอื้อวสีหยก
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
ดร.ขจิต บุญประดิษฐ์
ดร.จตุพร ต้นตะโนกิจ
ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม
Mr.Patrick Wauters

กองจัดการ

นายบุญประจักษ์ จันทรวิน
นางวัลลภา ดิษสระ
นางสาวจันทิมา ช่วยชุม
นายณฤเบศร์ โกศล
นางสาวธนพรรณ จอมบดินทร์
นายวิชัย จิรวัดนกุลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

สวัสดีค่ะ ดิฉันบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ขอต้อนรับผู้อ่านทุกท่านเข้าสู่ ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 ฉบับนี้เรายังคงมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้วารสารดูทันสมัยมากยิ่งขึ้น ต้องอ่านง่าย สบายตา คงความเป็นวิชาการที่ดี และคงเอกลักษณ์ของ “วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา” ซึ่งปัจจุบันวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

บทความในฉบับนี้ยังคงมีเนื้อหาตามมาตรฐานของวารสารที่มีความหลากหลาย จำนวน 7 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุขที่น่าสนใจ ได้แก่ เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment, อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ และโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น ในการนี้ผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

สุดท้ายนี้ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดิฉันขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ ขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น และช่วยกันพัฒนางานวิชาการของประเทศไทยสืบไป

อาจารย์ วรรณญา จิตรบรรทัด
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
วัตถุประสงค์	
ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ	
บรรณาธิการวารสารแถลง	
บทความวิจัย (Original Article)	
1. ผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (The Effects of Utilizing the SPEC.N Breastfeeding Assessment Tool on the Success of Breastfeeding Before Discharge in Postpartum Cesarean Section Mothers, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital)	1-14
จตุพร เพิ่มพรสกุล และปิยรัตน์ รอดแก้ว (Jatuporn Permpornsakul and Piyarat Rodkaew)	
2. อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพรหม (The Influence of Protective Factors on Mental Health Among Older Adults with Diabetes Mellitus)	15-28
มนัญญา หนูแก้ว (Mananya Nukaew)	
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Factors Associated with COVID-19 Prevention Behaviors of Village Health Volunteers (VHVs) in Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province)	29-42
อารีย์ สุวรรณ (Aree Suwanna)	
4. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี (The Effects of a Health Literacy and Health Behaviors Program for Older Adults in Phra Phutthabat Municipality, Saraburi Province)	43-57
ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น (Pattarapong Yingdamnun)	
5. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี (Developing a Care Model for High-risk Schizophrenia Patients to Prevent Severe Violence Occurrences, Pattani Hospital)	58-70
ซารีน่า ตะโละ และนวรรรัตน์ ไชยมพู่ (Sareena Tahloh and Navarat Waichompu)	

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
6. สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะ เร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายการ ดูแลโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม (Stroke Care Competency and Knowledge in Managing Patients with Acute Stroke of Professional Nurses in the network care system, Khirirat Nikhom Hospital) พรพนา รอดทอง (Pornpana Rodthong)	71-86
7. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีต่อ พฤติกรรมคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน (The Effect of a Self-Efficacy Promoting Program Focused on Spousal Support on Contraceptive Use Among Adolescent Mothers in the Community) ภาวดี ทองเผือก และเพลินตา เรืองสูง (Pawadee Tongphuak and Plearnta Raungsung)	87-99
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ.....	ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง.....	จ
Template บทความวิจัย.....	ช
Template บทความวิชาการ.....	ฉ
สอบถามข้อมูล.....	ณ

ผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

The Effects of Utilizing the SPEC.N Breastfeeding Assessment Tool on the Success of Breastfeeding Before Discharge in Postpartum Cesarean Section Mothers, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

จตุพร เพ็ชรพสุกุล¹ และ ปิยรัตน์ รอดแก้ว^{2,*}

Jatuporn Permpornsakul¹ and Piyarat Rodkaew^{2,*}

¹โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Maharaj Nakhonsrithammarat Hospital, Nakhon Si Thammarat Province,

²Boromrajonnani College of Nursing, Nakon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received : January 8, 2024, Revised:, February 12, 2024, Accepted: February 20, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จำนวน 30 ราย ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 คัดเลือกแบบเจาะจง ใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment และเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดวันที่ 1 หลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันจำหน่าย มีผลประเมินการดูดนม ผ่านร้อยละ 93.33, 96.67, 100.00, 100.00, และ 100.00 ผลประเมินการเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม ผ่านร้อยละ 0.00, 36.67, 76.67, 93.33 และ 96.67 ผลประเมินการได้รับนมแม่เพียงพอ ผ่านร้อยละ 0.00, 10.00, 46.67, 70.00 และ 90.00 ผลประเมินความสบายของหัวนมและเต้านม ผ่านร้อยละ 96.67, 96.67, 90.00, 96.67 และ 96.67 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยผลการประเมินประสิทธิภาพของการให้นมในระยะแรกรับหลังผ่าตัดและวันจำหน่าย ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5.30 (S.D. = 1.09) และ 8.93 (S.D. = 1.34) และร้อยละ 90.00 ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยผลการประเมินประสิทธิภาพของการให้นมในวันจำหน่ายสูงกว่าระยะแรกรับหลังผ่าตัด และมารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายสูง แสดงให้เห็นว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอด สามารถให้นมแม่ได้อย่างถูกวิธี ทารกได้รับนมเพียงพอ และมารดาไม่มีอาการคัดเต้านมหรือเจ็บหัวนม ทั้งนี้ เนื่องจากเครื่องมือช่วยให้การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตรงประเด็นตั้งแต่แรกรับ และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหาได้รับการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาตามแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม

ดังนั้น จึงควรนำเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ไปใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สำหรับมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพื่อเพิ่มความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

คำสำคัญ: เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, มารดาหลังผ่าตัดคลอด, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

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

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of utilizing the SPEC.N Breastfeeding Assessment tool on the success of breastfeeding before discharge. The sample group consisted of mothers undergoing postpartum cesarean section who received preoperative and postoperative care at the Special Patient Ward, Maharaj Nakhonsrithammarat Hospital, totaling 30 individuals in December 2023. Participants were selected using purposive sampling based on specific criteria. The SPEC.N Breastfeeding Assessment tool and the LATCH score were used for evaluation. Data analysis was conducted using statistical analysis methods.

The study found that mothers who utilized the SPEC.N Breastfeeding Assessment tool during the early postpartum period, within 8 hours after surgery, on the first and second postoperative days, and on the day of discharge, achieved breastfeeding success rates of 93.33%, 96.67%, 100.00%, 100.00%, and 100.00%, respectively. The assessment of breastfeeding initiation or positioning showed success rates of 0.00%, 36.67%, 76.67%, 93.33%, and 96.67%, respectively. Adequate breastmilk intake assessments showed success rates of 0.00%, 10.00%, 46.67%, 70.00%, and 90.00%, respectively. Evaluation of nipple and breast comfort yielded success rates of 96.67%, 96.67%, 90.00%, 96.67%, and 96.67%, respectively. The mean scores for breastfeeding effectiveness assessment during the early postoperative and discharge periods were 5.30 (*S.D.*=1.09) and 8.93 (*S.D.*=1.34), respectively, with a 90.00% success rate for mothers after cesarean delivery. It can be observed that the mean score for breastfeeding effectiveness on the day of discharge was higher than that during the early postoperative period, indicating higher success rates for mothers after cesarean delivery in breastfeeding before discharge. This suggests that mothers after cesarean delivery can breastfeed correctly, infants receive adequate breastmilk, and mothers do not experience nipple discomfort or pain. This is attributed to the tool's ability to assess breastfeeding accurately from the initiation stage and the continuous follow-up assessments, allowing prompt assistance and problem resolution according to appropriate nursing guidelines.

Therefore, it is recommended to use the SPEC.N Breastfeeding Assessment tool to promote breastfeeding success for mothers after cesarean delivery, thus enhancing breastfeeding success before discharge.

Keywords: SPEC.N Breastfeeding assessment tool, Mothers after caesarean sections, Breastfeeding

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพที่ดีตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคน มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสติปัญญาของทารก เพราะนมแม่มีสารอาหารมากกว่า 200 ชนิดที่สำคัญสำหรับการเจริญเติบโตและการพัฒนาสมอง รวมทั้ง มีสารช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค สารต่อต้านอนุมูลอิสระ วิตามิน และแบคทีเรียที่ดีต่อระบบทางเดินอาหาร องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ควรได้กินนมแม่อย่างเดียว และกินนมแม่ควบคู่อาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนให้เด็กทุกคนได้กินนมแม่อย่างเต็มที่ที่กรมอนามัยซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการขับเคลื่อนการปกป้อง ส่งเสริม และสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2568 ไว้ว่า ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ร้อยละ 50 (Techamuanwaiwit, Keereewichian, & Suvithayasiri, 2021)

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีความรู้ และทักษะที่เพียงพอ การประเมินค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่รวมทั้งปัญหา อุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง จึงมีความสำคัญเพราะเป็นการเพิ่มโอกาส การประสบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ประเมินค้นหาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนม แม่ที่เป็นที่ใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH Score) และ เครื่องมือประเมินการดูนมที่ถูกต้อง (B-R-E-A-S-T-FEED Observation form) ซึ่งเครื่องมือทั้ง 2 ชุด เป็นการ ประเมินที่มีความละเอียดต้องประเมินในขณะที่ให้นมแม่ ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาตลอดมื้อนม หรืออย่างน้อยใช้ เวลาประมาณ 10 - 15 นาที ต่อราย การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินอย่างครอบคลุมในหอผู้ป่วย หลังคลอดซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก อาจมีข้อจำกัดส่งผลให้มารดาที่ประสบปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อาจ ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ล่าช้า ทำให้ลดโอกาสการประสบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Saengpheng, 2022) จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สำหรับใช้ในหอผู้ป่วยหลังคลอด ซึ่งประเมินโดยการซักถามตามหัวข้อการประเมินซึ่งมีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ การดูนมแม่ การเข้าเต้าหรือการ อุ้มลูกเข้าดูนมการได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ และความสุขสบายของหัวนมและเต้านม ข้อคำถามเป็นคำถาม ปลายปิดกำหนดคำตอบเป็นจำนวนตัวเลข และระบุเกณฑ์ผ่านไว้ในแต่ละหัวข้อ เช่น ในหัวข้อการดูนมใช้ คำถาม ทารกดูนมแม่นานมื่อละกี่นาที โดยมารดาหลังคลอด จะตอบตัวเลขเป็นจำนวนนาทีที่ใช้ในการให้นม ซึ่งจะผ่านเกณฑ์ เมื่อทารกดูนมแม่นานอย่างน้อย 10 นาที จะทำให้สามารถประเมินการดูนมได้อย่างรวดเร็ว ในกรณีที่มาตราให้คำตอบว่าดูนมแม่นาน 5 นาที ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ประเมินก็ให้การดูแลช่วยเหลือตาม แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตามที่ระบุไว้ คือ 1) อธิบายระยะ 3 - 4 วันแรก ปริมาณน้ำนมแม่ยังมี น้อย ทารกควรดูนมมื่อละอย่างน้อย 10 นาที 2) ถ้าพบว่า ทารกดูนมไม่ต่อเนื่อง ดูด ๆ หลับ ๆ สอนวิธีการ กระตุ้นให้ทารกดูนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยกดเต้านมเหนือริมฝีปากบน หรือบีบนมส่งเข้าปากทารก 3) ถ้าพบว่า ทารกดูนมช่วงสั้น ๆ หงุดหงิด ร้องกวน หรือหลับ ค้นหาสาเหตุ เช่น การอุ้มลูกเข้าดูนมไม่ถูกวิธี หัวนมสั้น ลิ้นติด ทารกเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ และแก้ไขตามสาเหตุและประเมินการดูนมอย่างถูกวิธี ได้แก่ คางลูกแนบชิด เต้านม ริมฝีปากล่างบาน ปากอ้ากว้างแนบสนิทเต้านม และเห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง จากการใช้ เครื่องมือนี้ทำให้มารดาหลังคลอดได้รับการดูแล ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ได้ตรงประเด็น ตามแนวทางการดูแลที่ สอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายและความต้องการของมารดา และครอบครัว ได้แก่ การดูนมแม่อย่างถูกวิธีทารกได้รับนมเพียงพอ และมารดาไม่เจ็บหัวนมไม่เจ็บคัดเต้านม นอกจากนี้ยังสอดคล้องตามเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องมีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Pérez-Ríos, Rimos-Valencia, & Ortiz, 2008) และมีอุปสรรคต่อการให้นมบุตรตามหลักดูเร็ว ดูบ่อย และดูถูกวิธี เพื่อส่งเสริมการสร้างและ การหลั่งน้ำนม อาทิ เช่น เป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นให้ทารกดูนมแม่โดยเร็วในระยะ 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และการส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก (Rowe-Murray & Fisher, 2002) เพราะมารดาที่ผ่าตัด คลอดจะมีอาการบวมและไมตื่นตัว ทำให้ทารกเริ่มดูนมช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ อีกทั้งยังมีอาการอ่อนเพลีย จากการดื่มน้ำอาหารก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง และภายหลังผ่าตัดอีกหลายชั่วโมง รวมทั้งมีความไม่ สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด เคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด ทำให้มีผลต่อการให้การให้นมทารก การนำทารกเข้า เต้าดูนม และไม่สามารถให้นมทารกได้บ่อยทุก 2 - 3 ชั่วโมง ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้น้ำนมไหลช้าตามมา (Evans, Evans, Royal, Esterman, & James, 2002) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วย นมแม่ก่อนจำหน่ายของหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 ใน ปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่า มารดาหลังคลอดปกติ มีความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ร้อยละ 89.00 แต่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด มีเพียง

ร้อยละ 68.00 ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญ

จากผลของการใช้เครื่องมือ SPEC.N Breastfeeding Assessment พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สูงถึงร้อยละ 88.67 (Saengpheng, 2022) ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือสามารถนำสู่การใช้ในการปฏิบัติงานได้ง่ายและมีแนวทางการให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ จึงสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมผู้ปฏิบัติมีแนวทางการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดทำให้สามารถให้การช่วยเหลือได้ดี จะเห็นได้ว่า SPEC.N Breastfeeding Assessment เป็นเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม แต่เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่ มีการศึกษาคุณภาพของเครื่องมือด้านความไวและความจำเพาะ ซึ่งมีค่าตามมาตรฐานแต่ในส่วนของความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายนั้น เป็นผลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลในเวชระเบียน ซึ่งไม่ได้มีการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง ผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่าย อาจเป็นผลร่วมกันจากใช้เครื่องมือ และแนวปฏิบัติการให้โรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของหอผู้ป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงออกแบบการศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่งมีการจัดกระทำกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีการใช้เครื่องมือ SPEC.N Breastfeeding Assessment และการพยาบาลตามแนวทางที่ระบุไว้ในเครื่องมือ เพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นการใช้เครื่องมือ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

นิยามศัพท์

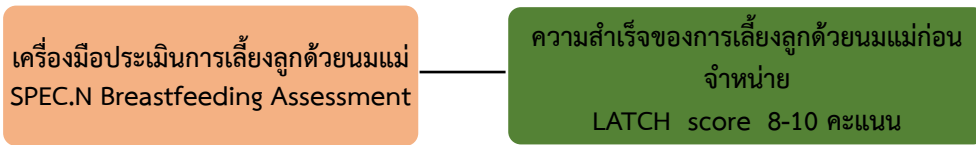
1. เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment หมายถึง เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ที่พัฒนาขึ้นโดย Saengpheng (2022) มีรูปแบบเป็นตาราง 3 รายการ ได้แก่ องค์ประกอบการประเมินวิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่านและแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หัวข้อการประเมินมีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) การดูดนมแม่ (Suckling) 2) การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม (Position) 3) การได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ (Enough breastfeeding) และ 4) ความสุขสบายของหัวนมและเต้านม (Comfort of nipple and breast)

2. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย หมายถึง ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถให้นมทารกได้อย่างถูกต้อง มีน้ำนมเพียงพอ และไม่เจ็บหัวนมหรือเจ็บคัดเต้านม โดยมีคะแนนประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) 8 - 10 คะแนน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Wongphinit, 2015) บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Wijitsukon, Sangpaum, Wattayu, Rongjirascheer, & Payackroung, 2012) และการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด (Budsangdee, 2014; Tharana, 2020) ซึ่งพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงจำเป็นต้องส่งเสริมสนับสนุนให้มารดามีความรู้และทักษะที่เพียงพอ การประเมินค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จเพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างทันที่จึงมีความสำคัญ

SPEC.N Breastfeeding Assessment เป็นเครื่องมือที่ใช้งานได้ง่ายเพราะใช้การสอบถามในการประเมิน อีกทั้งมีแนวทางการให้คำแนะนำและให้ความช่วยเหลือจึงสามารถประเมินได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย ส่งผลกับความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผู้วิจัย จึงศึกษาผลของการใช้เครื่องมือ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับ ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับ ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ที่มีรูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังการทดลอง (One group Pretest-Posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์หรือการประมาณจากจำนวนประชากร จากขนาดประชากรหลักร้อย ควรใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ร้อยละ 25 (Jinpol, 2023) จากข้อมูลสถิติมารดาผ่าตัดคลอดเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2563 - 2565 มีค่าเฉลี่ย 99.67 ใช้เกณฑ์ร้อยละ 30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29.90 จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ได้รับการเตรียมผ่าตัดคลอดและพักหลังคลอดที่หอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 โดยรับไว้ในโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน
2. อายุครรภ์ครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ไม่มีข้อห้ามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หัวนมไม่บอดแบน บวม
3. ทารกแรกคลอดครบกำหนด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด น้ำหนัก 2,500 - 3,999 กรัม ไม่มีปัญหาการดูดกลืน ไม่มีภาวะลิ้นติด
4. ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล มารดาและ/หรือทารก มีภาวะแทรกซ้อน
2. มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความประสงค์ออกจากการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment มีรูปแบบเป็นตาราง
- 3 รายการ ได้แก่ องค์ประกอบการประเมินวิธีการประเมินและเกณฑ์ผ่านและแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หัวข้อการประเมินมีทั้งหมด 4 ข้อ ได้แก่ 1) การดูนมแม่ 2) การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านม

3) การได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ และ 4) ความสุขสบายของหัวนมและเต้านมใช้เครื่องมือประเมินโดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิดกำหนดคำตอบเป็นจำนวนตัวเลขการพิจารณาระบุปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือพิจารณาจากเกณฑ์ผ่านที่กำหนดไว้กรณีพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด ผู้ประเมินให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งระบุไว้ในคอลัมน์ที่ 3 ของแต่ละหัวข้อการประเมินตัวอย่างเครื่องมือดังตาราง 1

ตาราง 1 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment

หัวข้อการประเมิน	วิธีประเมินและเกณฑ์ผ่าน	แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
1.การดูดนม (Suckling)	ถามแม่ : ทารกดูดนมแม่นานมื่อละกี่นาที ผ่าน ทารกดูดนมแม่นานอย่างน้อย 10 นาที	1. อธิบาย ระยะ 3 – 4 วันแรก ปริมาณน้ำนมแม่ยังมีน้อย ทารกควรดูดนมมื่อละอย่างน้อย 10 นาที 2. ถ้าพบว่า ทารกดูดนมไม่ต่อเนื่อง ดูด ๆ หลับ ๆ สอนวิธีการกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่อย่างต่อเนื่อง โดยกดเต้านมเหนือริมฝีปากบน หรือบีบนมส่งเข้าปากทารก 3. ถ้าพบว่าทารก ดูดนมช่วงสั้น ๆ หงุดหงิด ร้องกวน หรือหลับ ค้นหาสาเหตุ เช่น การอุ้มลูกเข้าดูดนมไม่ถูกวิธี หัวนมสั้น ลิ้นติด ทารกเจ็บป่วยหรืออื่น ๆ และแก้ไขตามสาเหตุและประเมิน “การดูดนมอย่างถูกวิธี” ได้แก่ คางลูกแนบชิดเต้านม ริมฝีปากล่างบาน ปากอ้ากว้างแนบสันติเต้านม และเห็นลานนมด้านบนมากกว่าด้านล่าง
2. การเข้าเต้า หรือ การอุ้มลูกเข้าดูดนม (Position)	ถามแม่ : แม่อุ้มทารกเข้าเต้ากี่ครั้ง ทารกจึงอมหัวนมและดูดนมได้ดี ผ่าน:อมคาบหัวนมและดูดนมได้ทันทีหรือต้องพยายามไม่เกิน 3 ครั้ง	จัดให้แม่นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย มีที่พักหลัง ที่วางพักเท้า มีอุปกรณ์รองรับตัวทารกและฝึกทักษะ “การอุ้มลูกเข้าดูดนมให้ถูกวิธี” ดังนี้ 1. จัดให้แม่อุ้มทารกแนบชิดตัวแม่ แขนแม่กอดแนบชิดลำตัวทารก ตั้งแต่ศีรษะจรดก้น ทารกอยู่ในท่า ศีรษะ-คอ-ลำตัว อยู่ในแนวตรงปากตรงหัวนม หน้าแขนงเล็กน้อย คางยื่นนำ 2. ประคองเต้านมให้นิ้วห่างหัวนมอย่างน้อย 3 ซม. 3. เข้าเต้าโดยใช้หัวนมเขี่ยที่กลางริมฝีปากล่างเมื่อทารกอ้าปากกว้าง แม่กอดกระชับทารกเข้าจับดูดหัวนมได้ลึกถึงลานนม คางชิดเต้านมหน้าแขนงเล็กน้อย จมูกไม่กดเต้านม

ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment จาก Saengpheng (2022) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือนี้อาศัยความตรงตามเนื้อหา 0.94 ค่าความแปรปรวน ร้อยละ 95.00 ค่าความไว ร้อยละ 90.91และค่าความจำเพาะเจาะจง ร้อยละ 93.1 ใช้เครื่องมือกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ประเมินครั้งที่ 1 ระยะแรกรับหลังผ่าตัด ครั้งที่ 2 ระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ครั้งที่ 3 ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 ครั้งที่ 4 ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 และครั้งที่ 5 วันจำหน่าย

2. เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score)

เครื่องมือมีตัวแปรในการประเมิน 5 ตัวแปร คือ 1) การเข้าเต้าหรือการอมหัวนมและลานนม 2) การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม 3) ลักษณะของหัวนมของแม่ 4) ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม และ 5) ท่าอุ้มลูกหรือการจัดท่าลูกขณะให้นม โดยคะแนนเต็มของเกณฑ์นี้ คือ 10 คะแนน ข้อมูลจากการประเมินทั้งหมดเป็นข้อมูลจากการดาและทารก ใช้คะแนนการเข้าเต้า 8 - 10 คะแนน เป็นเกณฑ์ระบุความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายตัวอย่างเครื่องมือ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ตัวอย่างเครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score)

รายการประเมิน	คะแนน	รายละเอียด
L=Latch	2	คาบหัวนมและลานนม ลื่นและเหวี่ยงกลาง รีมฝีปากบานออกดูดนมเป็นจังหวะ
การอมหัวนมและลานนม	1	ใช้ความพยายามหลายครั้งหรือกระตุ้นจนอมหัวนมและลานนม
	0	ง่วงหรือหลับจนอมดูดหัวนมไม่ได้
A=Audible swallowing	2	อายุ<24 ชั่วโมง ได้ยินเป็นช่วงๆอายุ>24 ชั่วโมง ได้ยินบ่อยครั้ง
การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม	1	ได้ยิน 2-3 ครั้งหลังกระตุ้นให้ดูดนม
	0	ไม่ได้ยิน

เครื่องมือมีความตรง เท่ากับ 0.90 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95 (Baiya, Ketsuwan, Pachaiyapoom, & Puapornpong, 2013) ใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินครั้งที่ 1 ในระยะแรกรับจากห้องผ่าตัด และครั้งที่ 2 ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย โดยใช้เกณฑ์คะแนน LATCH score 8 - 10 คะแนน (Puapornpong, Raungrongmorakot, Hamontri, Ketsuwan, & Wongin, 2016) ถือว่ามีความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การขอความยินยอมในการวิจัย

ผู้วิจัยพบหญิงตั้งครรภ์ที่แพทย์นัดมาทำผ่าตัดคลอดที่มีคุณสมบัติตามกำหนด แนะนำตนเองแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งหลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง จึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

2. การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะแรกรับหลังผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 1 ระยะเวลาหลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันจำหน่าย โดยประเมินตามหัวข้อประเมิน ได้แก่ การดูดนมแม่ การเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าเต้านมการได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ และความสุขสบายของหัวนมและเต้านม ตามลำดับ โดยการซักถามด้วยคำถามปลายปิดในแต่ละหัวข้อ เมื่อได้คำตอบซึ่งระบุเป็นจำนวนตัวเลข ก็นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ระบุไว้ เพื่อพิจารณาผล ว่าผ่าน หรือไม่ผ่าน โดยระบุปัญหาและแนวทางการช่วยเหลือพิจารณาจากเกณฑ์ผ่านที่กำหนดไว้ กรณีพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด ผู้วิจัยให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งระบุไว้ของแต่ละหัวข้อการประเมิน และใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช โดยได้รับการพิจารณาเห็นชอบเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566

เอกสารรับรองเลขที่ B010/2566 ผู้วิจัยชี้แจงและคุ้มครองสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการร่วมวิจัย และขอความสมัครใจโดยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบ ข้อมูลเก็บโดยผู้วิจัยและเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 30 ปี	6	20.00
30-34	10	33.33
35-39	11	36.67
40 ปี ขึ้นไป	3	10.00
M= 34.03, S.D.= 4.36, Max.= 41, Min.= 26		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (Gravida)		
ครั้งที่ 1	8	26.67
ครั้งที่ 2	12	20.00
ครั้งที่ 3	7	23.33
ครั้งที่ 4	3	10.00
จำนวนครั้งที่เคยคลอด (Parity)		
ไม่เคยคลอด	11	36.67
เคยคลอด 1 ครั้ง	15	50.00
เคยคลอด 2 ครั้ง	3	10.00
เคยคลอด 3 ครั้ง	1	3.33
อายุครรภ์ (Gestation)		
37 – 37 ⁺⁶	1	3.33
38 – 38 ⁺⁶	7	23.33
39 – 39 ⁺⁶	22	73.33
ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด (Indication)		
Previous cesarean section	18	60.00
Cephalopelvic disproportion	10	33.33
Elderlygravidarum	1	3.33
Oblique position	1	3.33
การผ่าตัดคลอด		
ครั้งแรก	12	40.00
ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	18	60.00
ประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่		
มี	19	63.33
ไม่มี	11	36.67
ชนิดของการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด		
แบบเฉพาะส่วน (Regional anesthesia)	29	96.67
แบบทั่วร่างกาย (General anesthesia)	1	3.33

ตาราง 3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของการผ่าคลอด		
การผ่าคลอดแนวตรง	1	3.33
การผ่าคลอดแนวขวาง	29	96.67

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 30 คน มีอายุสูงสุด 41 ปี อายุต่ำสุด 26 ปี อายุเฉลี่ย 34.03 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 26.67 ครรภ์หลัง ร้อยละ 73.33 ไม่เคยผ่านการคลอด ร้อยละ 36.67 เคยผ่านการคลอด ร้อยละ 63.33 ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ 39-39⁺ สัปดาห์ ร้อยละ 73.33 ข้อบ่งชี้ของการผ่าตัดคลอด คือ มีประวัติเคยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในครรภ์ที่ผ่านมา ร้อยละ 60.00 รองลงมา คือ มีความแตกต่างของขนาดศีรษะทารกและอุ้งเชิงกราน ร้อยละ 33.33 เป็นการผ่าตัดคลอดครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ร้อยละ 60.00 ผ่าตัดคลอดครั้งแรก ร้อยละ 40.00 การให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ร้อยละ 96.67 เป็นแบบเฉพาะส่วน และชนิดของการผ่าตัดคลอด ส่วนใหญ่ เป็นการผ่าคลอดแนวขวาง ร้อยละ 96.67

2. ผลการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment

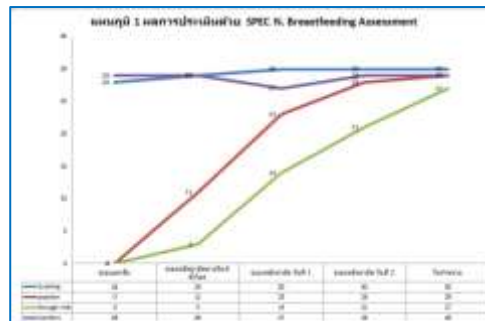
ใช้เครื่องมือในระยะแรกเริ่ม หลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดวันที่ 1 หลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันจำหน่าย โดยประเมินตามหัวข้อประเมินด้วยการซักถาม เมื่อได้คำตอบ ก็นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เพื่อพิจารณาผล ว่าผ่าน หรือไม่ผ่าน กรณีพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด ก็ให้การดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งระบุไว้ ผลการประเมิน ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวน/ร้อยละ ของผลการประเมิน ผ่าน/ไม่ผ่าน จากการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ในแต่ละระยะ

ระยะ	Suckling		Position		Enough breastfeeding		Comfort breast and nipple	
	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	ผ่าน
แรกเริ่ม	2 (6.67)	28 (93.33)	30 (100.00)	0 (0.00)	30 (100.00)	0 (0.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
หลังผ่าตัด ภายใน 8 ชั่วโมง	1 (3.33)	29 (96.67)	19 (63.33)	11 (36.67)	27 (90.00)	3 (10.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
หลังผ่าตัด วันที่ 1	0 (0.00)	30 (100.00)	7 (23.33)	23 (76.67)	16 (53.33)	14 (46.67)	3 (10.00)	27 (90.00)
หลังผ่าตัด วันที่ 2	0 (0.00)	30 (100.00)	2 (6.67)	28 (93.33)	9 (30.00)	21 (70.00)	1 (3.33)	29 (96.67)
วันจำหน่าย	0 (0.00)	30 (100.00)	1 (3.33)	29 (96.67)	3 (10.00)	27 (90.00)	1 (3.33)	29 (96.67)

จากตาราง 4 พบว่า ในระยะแรกเริ่ม ผลประเมินการดูนม ผ่านร้อยละ 93.33 ในระยะต่อมาผลประเมินผ่านเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.67 ต่อจากนั้นในระยะหลังผ่าตัดคลอดวันที่ 1, 2 และวันจำหน่ายมีผลประเมินผ่านร้อยละ 100.00 ผลประเมินการเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าตูดนม ในระยะแรกเริ่ม มีผลประเมินไม่ผ่าน ร้อยละ 100.00 จากนั้นในระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ระยะหลังคลอดวันที่ 1,2 จนถึงวันจำหน่าย มีผลประเมินผ่านเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.67, 76.67, 93.33 และ 96.67 ตามลำดับ ผลประเมินการได้รับนมแม่เพียงพอในระยะแรกเริ่ม มีผลประเมิน ไม่ผ่านร้อยละ 100.00 จากนั้นในระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ระยะหลังคลอดวันที่

1,2 จนถึงวันจำหน่าย มีผลประเมินผ่านเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 10.00, 46.67, 70.00 และ 90.00 ตามลำดับ ผลประเมินความสบายของหัวนมและเต้านม ในระยะแรกได้รับ ระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ระยะหลังคลอดวันที่ 1,2 จนถึงวันจำหน่าย มีผลประเมินผ่าน ร้อยละ 96.67, 96.67, 90.00, 96.67 และ 96.67 ตามลำดับ แสดงผลการเปลี่ยนแปลงเป็นแผนภูมิ ดังนี้



แผนภูมิ 1 แสดงผลการประเมินด้วย SPEC.N Breastfeeding Assessment ในแต่ละระยะ

3. ผลประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) ตามหัวข้อการประเมิน

ประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) ตาม 5 หัวข้อ ซึ่งมีคะแนน 0, 1 และ 2 ในระยะแรกได้รับหลังผ่าตัด และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลรายละเอียด ดังตาราง 5

ตาราง 5 จำนวน/ร้อยละ ของผลประเมินประสิทธิภาพการให้นม (LATCH score)

หัวข้อการประเมิน	คะแนน	ระยะแรกได้รับหลังผ่าตัด		วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
L=Latch	0	0	0.00	0	0.00
การอมหัวนมและลานนม	1	7	23.33	1	3.33
	2	23	76.67	29	96.67
A=Audible swallowing	0	30	100.00	3	3.33
การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม	1	0	0.00	13	43.33
	2	0	0.00	14	46.67
T=Type of nipple	0	0	0.00	0	0.00
ลักษณะหัวนมของแม่	1	6	20.00	6	20.00
	2	24	80.00	24	80.00
C=Comfort breast and nipple	0	0	0.00	0	0.00
รู้สึกสบายเต้านมและหัวนม	1	4	13.33	1	3.33
	2	26	86.67	29	96.67
H=Hold	0	30	100.00	0	0.00
ทำอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม	1	0	0.00	6	20.00
	2	0	0.00	24	80.00

จากตาราง 5 พบว่า ในระยะแรกได้รับหลังผ่าตัด คะแนนการอมหัวนมและลานนมส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 ได้ 2 คะแนน จากนั้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 96.67 ในวันจำหน่าย คะแนนการได้ยินเสียงกลืนน้ำนมในระยะแรกได้รับ ร้อยละ 100.00 ได้ 0 คะแนน ในวันจำหน่ายได้ 0 คะแนน ร้อยละ 3.33 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 43.33 และได้ 2 คะแนน ร้อยละ 46.67 ในระยะแรกได้รับหลังผ่าตัดและระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคะแนนลักษณะหัวนมของแม่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 ได้ 2 คะแนน ได้คะแนน 1 คะแนน ร้อยละ 20.00 ในระยะแรกได้รับหลัง

ผ่าตัด คะแนนรู้สึกสบายเต้านมและหัวนมส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.67 ได้ 2 คะแนน ในระยะจำหน่าย ร้อยละ 96.67 ได้คะแนน 2 คะแนนมีเพียงร้อยละ 3.33 ที่ได้ 1 คะแนน ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด คะแนนทำอุ้มลูกหรือ จัดท่าลูกขณะให้นม ร้อยละ 100.00 ได้คะแนน 0 คะแนนในวันจำหน่าย ร้อยละ 20.00 ได้ 1 คะแนน ร้อยละ 80.00 ได้ 2 คะแนน

4. ผลประเมินประสิทธิภาพการให้นม (LATCH score)

ประเมินในระยะแรกรับหลังผ่าตัด และวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังตาราง 6

ตาราง 6 ผลประเมินประสิทธิภาพการให้นม (LATCH score)

คะแนนรวม	ระยะแรกรับหลังผ่าตัด		วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
0	0	0.00	0	0.00
1	0	0.00	0	0.00
2	0	0.00	0	0.00
3	2	6.67	0	0.00
4	2	6.67	1	3.33
5	7	23.33	0	0.00
6	19	63.33	0	0.00
7	0	0.00	2	6.67
8	0	0.00	6	20.00
9	0	0.00	8	26.67
10	0	0.00	13	43.33
M= 5.30, S.D.= 1.09			M= 8.93, S.D.= 1.34	

จากตาราง 6 พบว่า ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด มีคะแนนประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) อยู่ในช่วง 3 - 6 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09 และในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีคะแนนอยู่ในช่วง 4 - 10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพการให้นม (LATCH score) เพิ่มขึ้นในวันจำหน่าย

5. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

พิจารณาจากมารดาสามารถให้นมทารกได้อย่างถูกวิธี และมีน้ำนมเพียงพอ ไม่มีอาการเจ็บหัวนมและคัดเต้านม โดยที่มีคะแนนประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) 8 - 10 คะแนน ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละ ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

มารดาหลังผ่าตัดคลอด (n=30)	LATCH score	จำนวน	ร้อยละ
ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย	8 - 10 คะแนน	27	90.00
ไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย	< 8 คะแนน	3	10.00

จากตาราง 7 พบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 มีเพียง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ที่ยังไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เนื่องจากน้ำนมไหลน้อย

อภิปรายผล

1. ผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ในระยะแรกเริ่ม ระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 1 ระยะหลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันจำหน่าย โดยใช้วิธีการซักถามด้วยคำถามปลายปิดตามหัวข้อการประเมิน เมื่อได้คำตอบ ก็นำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เพื่อพิจารณาคำตอบว่า ผ่าน หรือ ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ กรณีพบว่าไม่ผ่านเกณฑ์ข้อหนึ่งข้อใด มารดาหลังผ่าตัดคลอดก็จะได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งระบุไว้ของแต่ละหัวข้อการประเมินนั้น ผลประเมินการดูนม ผ่านร้อยละ 93.33, 96.67, 100.00, 100.00 และ 100.00 ผลประเมินการเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าตูดนม ผ่านร้อยละ 0.00, 36.67, 76.67, 93.33 และ 96.67 ผลประเมินการได้รับนมแม่เพียงพอ ผ่านร้อยละ 0.00, 10.00, 46.67, 70.00 และ 90.00 ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผลประเมินผ่าน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนทั้งนี้เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่ใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment จะได้รับการประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทันทีตั้งแต่แรกเริ่ม เป็นการส่งเสริมการให้นมแม่ตามหลัก ดูดเร็ว ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้เริ่มให้นมมารดาแก่บุตรภายใน 1 ชั่วโมงแรกภายหลังคลอดเนื่องจากระยะดังกล่าวเป็นระยะที่บุตรมีการตื่นตัวมากที่สุด แต่มารดาที่ผ่าตัดคลอดอาจเริ่มให้นมแม่ครั้งแรกได้เมื่อย้ายมาอยู่ที่หอผู้ป่วยหลังคลอดและเมื่อภาวะสุขภาพของมารดามีความพร้อม (Baimonta, Nirattharadorn, & Kamolwarin, 2015) ดังนั้น จึงส่งเสริมการดูนมเร็วให้การช่วยเหลือโดยนำทารกมาดูกระตุ้นนมแม่ทันทีหลังผ่าตัดคลอดในระยะแรกเริ่ม เป็นการกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนม มีผลให้น้ำนมมาเร็ว สำหรับการเข้าไปดูแลช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการจัดทำให้นมแม่ตั้งแต่แรกเริ่มนั้น เป็นการเข้าไปประเมินการเข้าเต้า ซึ่งพบว่าร้อยละ 100.00 ของมารดาหลังผ่าตัดคลอด มีผลประเมินการเข้าเต้า ไม่ผ่านทั้งนี้เนื่องจากระยะแรกเริ่มหลังผ่าตัด มารดาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ซึ่งเป็นผลจากการการผ่าตัด ซึ่งเมื่อมีผลประเมิน ไม่ผ่าน มารดาก็จะได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ระบุไว้ในเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment คือ จัดให้มารดาให้นมทารกในท่านอน ทารกแนบชิดตัวแม่ แชนแม่กอดแนบชิดลำตัวทารก ตั้งแต่ศีรษะจรดก้น ทารกอยู่ในท่าศีรษะ คอ ลำตัวอยู่ในแนวตรง ปากตรง หูนมหน้าแขนงเล็กน้อย คางยื่นนำ และให้การช่วยเหลือการเข้าเต้าโดยใช้หัวนมซ้ายที่กลางริมฝีปากล่าง เมื่อทารกอ้าปากกว้าง กระชับทารกเข้าจับดูดหัวนมให้ลึกถึงลานนม คางชิดเต้านม หน้าแขนงเล็กน้อย จมูกไม่กดเต้านม ทำให้มารดาสามารถให้นมทารกในท่านอนได้อย่างถูกวิธี ส่งผลให้ทารกได้เริ่มดูนมเร็ว และดูนมได้อย่างถูกวิธี ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังผ่าตัดคลอดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Techamuanwaiwit, Keereewichian, & Suvithayasiri, 2021) ที่ให้ดูแลและแนะนำการให้นมบุตร จัดทำให้นม ในท่านอนหงายประยุกต์ นำหมอนหนุนทารก ให้ทารกตะแคงหน้าเข้าหาเต้านม ศีรษะทารกอยู่บนแขนมารดา และจากการประเมินการได้รับน้ำนมแม่เพียงพอ ที่สอบถามแม่ว่า ทารกดูนมแม่กี่มื้อต่อวัน ซึ่งกำหนดเกณฑ์ผ่าน คือ ทารกดูนมแม่ 8 - 12 มื้อต่อวัน ในกรณีที่ไม่ว่าน มารดาจะได้รับการแนะนำการให้นมตามสัญญาณหิวของทารก ตามความต้องการและดูนมเรื่อยไป 8 - 12 มื้อต่อวัน เป็นการเน้นย้ำให้มารดากระตุ้นให้ทารกดูนมบ่อยครั้ง นั่นคือเป็นไปตามหลักการดูบ่อย การให้บุตรดูดกระตุ้นบ่อยครั้งจะช่วยให้ฮอร์โมนโพรแลคตินของมารดาหลังมากขึ้น ส่งผลให้มีการผลิตน้ำนมมากขึ้น (Budsangdee, Kantaruksa, & Chareonsanti, 2013) จะเห็นได้ว่า การใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment เป็นการส่งเสริมการให้นมแม่ตามหลัก ดูดเร็ว ดูดบ่อยและดูถูกวิธี ที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจน ช่วยให้การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตรงประเด็นตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบปัญหา ก็ให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาตามแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม จุดหลักที่สำคัญของเครื่องมือ คือ มีแนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระบุไว้ เมื่อพบว่ามารดาไม่ผ่านในข้อหนึ่งข้อใด ไม่ผ่าน ก็จะได้รับ การช่วยเหลือตามแนวทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ในแต่ละหัวข้อ ทำให้สามารถให้การพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ส่งผลให้ค่าร้อยละของการผ่านใน

หัวข้อการดูนมการเข้าเต้าหรือการอุ้มลูกเข้าดูนมและการได้รับนมแม่เพียงพอเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละวันหลังผ่าตัดจนถึงวันจำหน่าย

2. ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment พบว่า ในระยะแรกรับหลังผ่าตัด มีคะแนนประเมินประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) อยู่ในช่วง 3 - 6 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 5.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09 และในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีคะแนนอยู่ในช่วง 4 - 10 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย 8.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.34 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยประสิทธิภาพของการให้นม (LATCH score) เพิ่มขึ้นในวันจำหน่าย อีกทั้งร้อยละ 90.00 มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แสดงให้เห็นว่า ในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมารดาหลังผ่าตัดคลอดสามารถให้นมทารกได้อย่างถูกวิธีมีน้ำนมเพียงพอ และไม่เจ็บหัวนมหรือเจ็บคัดเต้านม จากข้อมูลมารดาหลังผ่าตัดคลอดของหอผู้ป่วยพิเศษเฉลิมพระบารมี 3 - 4 ในปี พ.ศ. 2565 นั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย เพียงร้อยละ 68.00 เมื่อได้นำเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment มาใช้ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด พบว่า ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย ร้อยละ 90.00 จะเห็นได้ว่าการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 22 ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการประเมินการให้นมอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพบปัญหาที่ได้รับการช่วยเหลือทันที แก้ไขปัญหาตามแนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับกับผลการศึกษาของ Saengpheng (2022) ที่ได้ศึกษาจากเวชระเบียน พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 88.67 แสดงให้เห็นว่า การใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ช่วยให้ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดเป็นเรื่องสำคัญ โดยใช้ประเมินในช่วงระยะแรกรับจากห้องผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการให้นมแม่ตามหลักดูเร็ว และใช้ประเมินในช่วงระยะหลังผ่าตัดภายใน 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามให้มารดานำทารกเข้าเต้าตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมการดูดกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง 8 - 12 มื้อต่อวัน จากนั้นใช้เครื่องมือประเมินติดตามอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง จนกระทั่งจำหน่าย เพื่อให้มารดาสามารถให้นมแม่ได้อย่างถูกวิธี ทารกได้รับนมเพียงพอ และมารดาไม่มีอาการคัดเต้านมหรือเจ็บหัวนม เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ให้มีการระบุผลการประเมินเป็นตัวเลข ในการประเมินแต่ละข้อรายการ และสามารถรวมผลการประเมิน เพื่อระบุความสำเร็จการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งเพิ่มข้อคำถามปลายเปิด ความต้องการ (Need) ของมารดา เพื่อให้สามารถจับประเด็นปัญหาเฉพาะรายเพิ่มเติม
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของการใช้เครื่องมือประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ SPEC.N Breastfeeding Assessment ในแง่ของเวลาที่ใช้ในการประเมิน เพื่อให้เห็นถึงการลดระยะเวลาในการให้การพยาบาล และเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการในอนาคต

References

- Baimonta, L., Nirattharadorn, M., & Kamolwarin, S. (2015). The effect of promoting breastfeeding program on maternal breastfeeding and milk flow among women experiencing cesarean section. *Nursing Journal*, 42(4), 65-75.
- Baiya, N., Ketsuwan, S., Pachaiyapoom, N., & Puapornpong, P. (2013). Mother's knowledge, latch score and satisfaction after development support service in HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Medical Center. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 20(2), 17-23.
- Budsangdee, B. (2014). Self-efficacy promotion on success in exclusive breastfeeding among cesarean section mothers. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 7(1), 1-9.
- Budsangdee, B., Kantaruksa, K., & Chareonsanti, J. (2013). Effects of self-efficacy promotion on success in exclusive breastfeeding among cesarean section mother. *Nursing Journal*, 40(3), 1-10.
- Evans, K. C., Evans, R. G., Royal, R., Esterman, A. J., & James, S. L. (2003). Effect of cesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life. *Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition*, 88(5), 380-382.
- Jinpol, P. (2023). *Applied Statistic for Research*. Nakhonsrithammarat: K. pulprinting. (in Thai)
- Pérez-Rios, N., Rimos-Valencia, G., & Ortiz, A. P. (2008). Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 24(3), 293-302.
- Puapornpong, P., Raungrongmorakot, K., Hamontri, S., Ketsuwan, S. & Wongin, S. (2016). Latch score and exclusive breastfeeding during first six months postpartum. *Journal of Medicine and Health Sciences*. 23(1), 9-14.
- Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. (2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 29(2), 124-131.
- Saengpheng, L. (2022). Development of a breastfeeding assessment tool and evaluation of its use in postpartum ward of Maharaj Nakorn Si Thammarat Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 2(1), 55-66.
- Techamuanwaiwit, S., Keereewichian, P., & Suvithayasiri, K. (2021). Promotion of breastfeeding after cesarean section: literature review. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(3), 23-35.
- Tharana, N. (2020). Promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section. *Nursing Journal*, 48(4), 324-335.
- Wijitsukon, K., Sangpaum, P., Wattayu, N., Rongjirascheer, S., & Payackroung, S. (2012). *Breastfeeding* (2nd ed.) Bangkok: Faculty of nursing, Mahidol University. (in Thai)
- Wongphinit, U. (2015). Nurse's role in promoting exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 8(1), 24-32.

อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษา
ในโรงพยาบาลพระพรหม

The Influence of Protective Factors on Mental Health Among Older Adults with
Diabetes Mellitus

มนัญญา หนูแก้ว

Mananya Nukaew

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: August 8, 2023, Revised: December 13, 2023, Accepted: December 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพรหม ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาโรคเบาหวาน ณ โรงพยาบาลพระพรหม จำนวน 952 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 153 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.841 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตโดยรวมเท่ากับ 53.88 ($SD=4.13$) ซึ่งถือว่ามีความสุขทางจิตดีกว่าคนทั่วไป ปัจจัยปกป้องที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ รายได้ คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม โดยสามารถรวมทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ร้อยละ 98.50 ($R^2 = 0.985, p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ บุคลากรในทีมสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษา รวมไปถึงการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนและสังคมต่อไป

คำสำคัญ: อิทธิพล, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวาน, ภาวะสุขภาพจิต

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

Journal of Health Sciences and Pedagogy, 15-28 Vol. 4 No.2 May – August 2024

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2

Abstract

This predictive correlational study aimed to examine the influence of protective factors on the mental health status of older patients with diabetes receiving treatment at Phra Phrom Hospital. The study population consisted of elderly individuals aged 60 and above who were receiving diabetes treatment at Phra Phrom Hospital, totaling 952 individuals. The sample size was calculated to be 153 individuals. Data were collected from June to July 2023. The research instrument used was a questionnaire from the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The Cronbach's alpha coefficient was 0.841. Data were analyzed using correlation and multiple regression analysis.

The results revealed that participants had an overall mental health score of 53.88 ($SD=4.13$), indicating better mental health than the general population. Protective factors that could predict mental health status included age, income, overall quality of life, physical health-related quality of life, mental health-related quality of life, social relationship-related quality of life, and environmental quality of life. These factors could jointly predict 98.50% of the variance in mental health status of older patients with diabetes ($R^2 = 0.985, p < 0.001$).

Recommendations: Healthcare professionals can use the findings of this study as data for screening mental health status and promoting the development of comprehensive care models to enhance various aspects of life quality for older patients with diabetes receiving treatment. Furthermore, these findings can be applied to mental health care for elderly individuals in communities and society at large in the future.

Keywords: Older Adult, Diabetes Mellitus, Mental Health

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก จากการสำรวจขององค์การสหประชาชาติ (Health Systems Research Institute: HSRI, 2016) พบว่า มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 703 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.5 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย คาดว่าในปี พ.ศ. 2579 จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศ การเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุส่งผลให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะโรคเรื้อรังตามมาได้ จากรายงานปี พ.ศ. 2565 โดยกระทรวงสาธารณสุขในระบบ Health Data Center เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2565 มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบจำนวน 9,527,054 คน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ 78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 2.43 (National Statistical Office, 2021)

จากรายงานของโรค NCDs (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565) พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ทั้งประเทศ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 16,008 คนต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 14,322 คนต่อประชากร 100,000 คน (Division of Non Communicable Diseases, 2021) หนังสือแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 กล่าวว่า โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทาง

สาธารณสุขทั้งของประเทศและของโลก โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง และเนื่องจากโรคเบาหวานต้องใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานและต้องรักษาแบบต่อเนื่อง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีโอกาสที่ต้องเข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่สูงและนานกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้ป่วยและเกิดการสูญเสียในด้านต่าง ๆ จะส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn, 2023) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีโรคร่วมหลายโรค มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน จากการศึกษาของ Ratrasan (2010) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมักมีโรคร่วมหลายโรค มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Meta-analysis ของ Mezuk, Eaton, Albrecht, & Golden (2008) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15 และการมีโรคซึมเศร้าร่วมในผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลโดยตรงต่อการรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคซึมเศร้ามักดูแลตัวเองไม่ดีไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการรักษาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน การรักษาโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานช่วยทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ดังนั้นการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน การศึกษาของ Banluekhun & Promma (2022) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางกายจากโรคเบาหวานรวมถึงภาวะซึมเศร้า ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน โดยคุณภาพชีวิต คือ ความสุข ความอยู่ดีมีสุขของบุคคลและสังคมที่มีบริบทของสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง ศาสนา สุขภาพ การศึกษา สวัสดิการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ รายได้ การมีงานทำ ความเสมอภาค ความผูกพันในสังคมมาเกี่ยวข้อง ส่วนการศึกษาของ Srichaijaroonpong (2016) พบว่า อายุ และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในขณะที่เพศ ภาวะแทรกซ้อน อาชีพ รายได้ ครอบครัว ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ฉะนั้น ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เป็นปัจจัยทั้งด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความต้านทานของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช การลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง เช่น การให้กำลังใจ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือชุมชน การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดำเนินการในกลุ่มประชาชนปกติ เช่น การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายในที่ทำงาน และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เช่น การคัดกรองและดูแลทางสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

จากการสำรวจโดยผู้วิจัยเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2566 พบว่า ในจำนวนผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระพรหม อำเภพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลพระพรหม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 – มีนาคม พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งหมด 952 คน ซึ่งอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายรวมทั้งโรคเรื้อรัง ทำให้มีโอกาสจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตตามมา โดยประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัญหาด้านความเสื่อมด้านต่าง ๆ ของร่างกาย ปัญหาการนอนไม่หลับ ปัญหาเรื่องการอยู่บ้านลำพัง เป็นต้น ในขณะที่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระพรหม ในช่วงเวลาเดียวกัน มีจำนวนทั้งหมด 196 คน พบว่า เป็นกลุ่มจิตเวชยาเสพติด จำนวน 88 คน และพบปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ จำนวน 108 คน โดยในกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุพบเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 18 คน แบ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 10 คน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ จำนวน 8 คน จากประเด็นปัญหาข้างต้นของผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้รับบริการโรงพยาบาลพระพรหม หากได้ทราบข้อมูลอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระพรหม

เพื่อให้ได้พื้นฐานในการพัฒนากิจกรรม หรือโครงการเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบริบทที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพระพรหม เพื่อตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิตรวมถึงโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน รวมถึงเข้ารับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว และเมื่อเราทราบถึงปัจจัยปกป้องต่อภาวะสุขภาพจิตแล้วสามารถนำไปส่งเสริม ป้องกันในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ เมื่อรักษาโรคเรื้อรังไปในระยะเวลานาน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยปกป้องของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

นิยามศัพท์

ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) หมายถึง ปัจจัยทั้งด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความต้านทาน ของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ในงานวิจัยนี้หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม

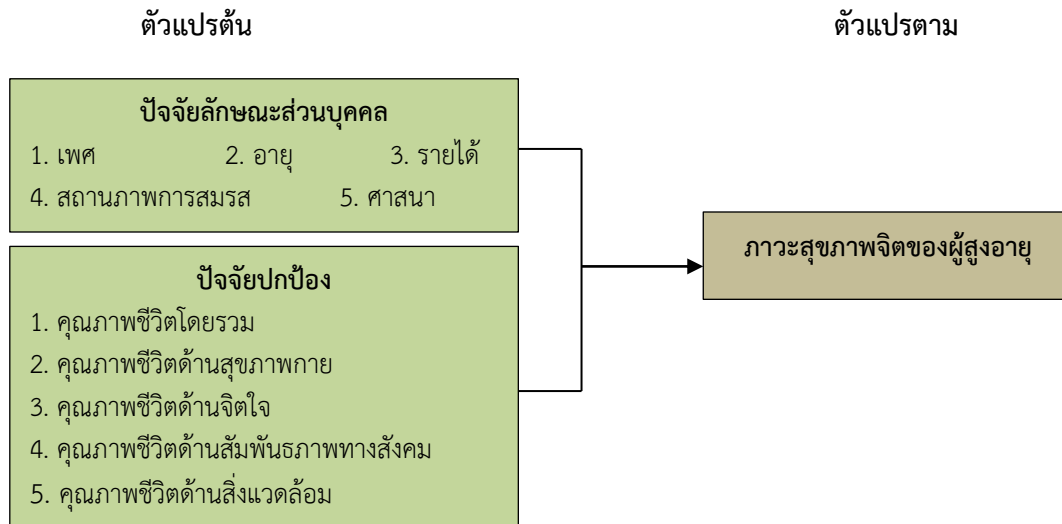
ภาวะสุขภาพจิต (Mental health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัว แก้ปัญหา สร้างสรรค์ ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความมั่นคงทางจิตใจ มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยปกป้องมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ในครั้งนี้ใช้แนวคิดภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องภาวะสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก กล่าวคือ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นมีทั้งปัจจัย เสี่ยง (Risk factors) เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ดังภาพ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 952 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยมี ค่า Effect size 0.15, ค่า Power (1-beta err prob) 0.8 และ ค่า Alpha err prob 0.05 รวมค่า Dropout rate 10% จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 153 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานในคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลพระพรหม 2) เป็นผู้มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป 3) สามารถเข้าใจและตอบคำถามในแบบสอบถามได้

หากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมามีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์ ผู้วิจัยทำการสุ่มใหม่ พร้อมกับคัดกรองผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เพิ่มเติมจนได้ผู้สูงอายุครบ 153 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ศาสนา 4) สถานภาพสมรส และ 5) รายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ปัจจัยปกป้องโดยการนำแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2005) มาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมทั้งสิ้น 26 ข้อ โดยคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ มีคะแนน ดังนี้ ไม่เลย (1 คะแนน), เล็กน้อย (2 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), มาก (4 คะแนน) และมากที่สุด (5 คะแนน)

ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9 และ 11 ผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว นำมาแปลผล แยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ

ภาพรวม ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (61 – 95 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 – 130 คะแนน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (7 – 16 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (17 – 26 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (27 – 35 คะแนน)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (6 – 14 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (15 – 22 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (23 – 30 คะแนน)

คุณภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (3 – 7 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (8 – 11 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (12 – 15 คะแนน)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ดังนี้ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (8 – 18 คะแนน) คุณภาพชีวิตกลาง ๆ (19 – 29 คะแนน) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (30 – 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15) ของ Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2007) ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิด ความรู้สึก ว่าอยู่ระดับใด โดยมีคำตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เลย (1 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) มาก (3 คะแนน) และมากที่สุด (4 คะแนน) สำหรับข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4 และ 5

ผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดให้ ดังนี้ มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (51 – 60 คะแนน) มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (44 – 50 คะแนน) และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (≤ 43 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ของ Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2007) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.841

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหมแล้ว จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย
3. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่อยู่ประจำคลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โรงพยาบาลพระพรหม โดยผู้วิจัยได้ชี้แจง อธิบายข้อคำถาม ความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบวัดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ วิธีการจดบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย เพื่อให้ผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีความเข้าใจ และสามารถใช้เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดได้อย่างถูกต้อง
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง เชิญกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตามนัดคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลพระพรหม เข้าร่วมงานวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

5. กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อนเริ่มทำแบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูล

6. ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว อธิบายวิธีการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยในข้อคำถามใด ผู้วิจัยจะอธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ

7. เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลและวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนน วิเคราะห์ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ระดับคุณภาพชีวิต และระดับภาวะสุขภาพจิต

2. สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) โดยมีเงื่อนไขเบื้องต้น ดังนี้ 1) ตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรอยู่ในระดับ Interval โดยตัวแปรกลุ่มดำเนินการแปลงเป็น Dummy variable ส่วนตัวแปรตามอยู่ในระดับ Interval 2) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประหลาดว่ามีสมมาตร จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ 3) ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่า ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์กัน 4) ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง พิจารณาจากค่า VIF สูงสุดที่ได้มีค่าเท่ากับ 2.32 และพิจารณาค่า Tolerance พบว่า มีค่าระหว่าง .75 - .99 5) กราฟ Normal plot มีการแจกแจงปกติ 6) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ .000 7) มีความแปรปรวนคงที่ โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน พิจารณาค่า Durbin-watson เท่ากับ 1.89

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อพิจารณาจริยธรรม และได้รับการอนุมัติแล้ว เอกสารรับรองเลขที่ 001/2566 รหัสโครงการ NSTPH 001/2566 วันที่รับรอง 21 มีนาคม 2566 วันที่หมดอายุ 20 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูล (n=153)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	33.33
หญิง	102	66.67
อายุ		
60 – 69 ปี	96	62.75
70 – 79 ปี	54	35.29
80 ปีขึ้นไป	3	1.96
(Min = 60, Max = 81, M = 67.49 , S.D. = 5.82)		
ศาสนา		
พุทธ	140	91.50
อิสลาม	13	8.50

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
สมรส	121	79.08
หย่า/แยกกันอยู่	8	5.23
หม้าย	24	15.69
รายได้ (ต่อเดือน)		
0 – 3,000 บาท	12	7.84
3,001 – 5,000 บาท	74	48.37
5,001 – 10,000 บาท	61	39.87
มากกว่า 10,000 บาท	6	3.92

(Min = 2,000, Max = 15,000, M = 5,266, S.D. = 2,570)

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 62.75 มีอายุเฉลี่ย 67.59 ปี ($SD= 5.82$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.50 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 79.08 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,001 – 5,000 บาท ร้อยละ 48.37 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,266 บาทต่อเดือน ($SD= 2,570$)

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ($n = 153$)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต	ช่วงคะแนนที่ได้	M	SD	แปลผล
คุณภาพชีวิตโดยรวม	90 – 130	120.00	11.46	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	19 - 35	30.75	5.01	ดี
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	15 - 30	24.83	3.28	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคม	8 - 15	13.18	1.91	ดี
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	28 - 40	35.91	3.39	ดี

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี ($M= 120.00$, $SD= 11.46$) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับที่ดี ($M= 30.75$, $SD=5.01$) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี ($M= 24.83$, $SD= 3.28$) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับที่ดี ($M= 13.18$, $SD=1.91$) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดี ($M= 35.91$, $SD= 3.39$)

3. ระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังตาราง 3

ตาราง 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมและจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพจิต ($n = 153$)

ระดับภาวะสุขภาพจิต	ช่วงคะแนนที่ได้	M	SD
ดีกว่าคนทั่วไป	51 - 60	55.27	2.44
ปกติเท่าคนทั่วไป	44 - 50	45.63	1.76
ต่ำกว่าคนทั่วไป	-	-	-
สุขภาพจิต (โดยรวม)	44 - 60	53.88	4.13

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสุขภาพจิตโดยรวมดีกว่าบุคคลทั่วไป ($M = 53.88, SD = 4.13$) โดยแบ่งเป็นภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ($M = 55.27, SD = 2.44$) ภาวะสุขภาพจิตปกติเท่ากับบุคคลทั่วไป ($M = 45.63, SD = 1.76$) และไม่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

4. ปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (b) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณและค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ตัวทำนาย	B	Beta	T	p-value
อายุ	-0.155	-0.210	-5.091	<0.001**
รายได้	0.000	0.073	3.381	<0.001**
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0.081	0.224	5.082	<0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย	0.114	0.139	3.205	0.002**
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ	0.146	0.116	4.984	<0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	0.276	0.128	3.381	<0.001**
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	0.180	0.148	3.474	<0.001**

Constant=36.723, $R=0.992$, $R^2 = 0.985$, $R^2_{adj} = 0.984$, $F = 910.242$, ** p -value < 0.01

จากตาราง 4 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ พบว่า อายุ รายได้ คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอายุเพิ่มขึ้น 1 ระดับจะมีภาวะสุขภาพจิตลดลง 0.155 คะแนน ($B = -0.150$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพิ่มขึ้น 1 ระดับจะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.000 คะแนน ($B = 0.000$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.081 คะแนน ($B = 0.081$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.114 คะแนน ($B = 0.114$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน ($B = 0.146$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.276 คะแนน ($B = 0.276$) เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น 1 ระดับ จะมีภาวะสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 0.180 คะแนน ($B = 0.180$) ซึ่งสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการรักษาใน โรงพยาบาลพระพรหม ได้ร้อยละ 98.5 ($R^2 = 0.985$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยสามารถเขียนสมการทำนายภาวะสุขภาพจิตออกในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y_i = 36.723 - 0.155 (\text{อายุ}) + 0.000 (\text{รายได้}) + 0.081 (\text{คุณภาพชีวิตโดยรวม}) + 0.114 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย}) + 0.146 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ}) + 0.276 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม}) + 0.180 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม})$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z = -0.210 (\text{อายุ}) + 0.073 (\text{รายได้}) + 0.224 (\text{คุณภาพชีวิตโดยรวม}) + 0.139 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย}) + 0.116 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ}) + 0.128 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม}) + 0.148 (\text{คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม})$$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ยังมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความเข้าใจต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีสุขภาพจิตใจที่ดี รายได้โดยรวมเพียงพอต่อการดำรงชีวิต มีสัมพันธภาพที่ดีต่อเพื่อนบ้านและชุมชน รวมทั้งการได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี จึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งผลการศึกษานี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Parayat, Kangchai, & Somanusorn (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความเข้าใจของผู้สูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองภายใต้ความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยร่วมทำนายพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้ และสามารถแยกเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับที่ดี อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเป็นเบาหวานในระดับที่ไม่รุนแรง ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานยังไม่นาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ยังสามารถพึ่งพาและช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระของลูกหลาน การที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงจึงทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่ดีในกลุ่มตัวอย่างซึ่งยังอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Srichaijaroonpong (2016) พบว่า ตัวแปรปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเบาหวานได้แก่อายุ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากขึ้น จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตด้านร่างกายลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

1.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ อยู่ในระดับที่ดี อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้สามารถที่รับรู้ศักยภาพของตน สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิต และยังสามารถทำงานให้เกิดประโยชน์และสร้างสรรค์ต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ทำให้ยังรู้สึกว่าคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งมีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายใจ สังคมและจิตวิญญาณเหมาะสมกับวัย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sucksai (2018) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง มีโอกาสที่จะไม่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็น 5 เท่าของผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

1.3 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม อยู่ในระดับที่ดี อาจจะเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว การมีสัมพันธ์และการสนับสนุนช่วยเหลือที่ดีจากเพื่อนและคนในชุมชน รวมถึงการมีความสัมพันธ์อันดีกับสถานบริการสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลและโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanngooluem (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมติ เป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล โดยการสนับสนุนเหล่านี้ได้รับจากบุคคลที่มีความสำคัญ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญอื่นที่คุ้นเคยในเครือข่ายทางสังคม ดังนั้นจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทางบวกให้มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต

1.4 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับที่ดี อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสังคมกึ่งเมืองมีคนในชุมชนอยู่จำนวนมากทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึก มั่นคง ปลอดภัยต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ตามที่ต้องการ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทำให้รู้สึกมีความปลอดภัยมั่นคงต่อชีวิตและสุขภาพร่างกายของตนเองมากขึ้น และยังทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการเข้ารับบริการสุขภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของญาติ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต

ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Parayat, Kangchai, & Somanusorn (2016) พบว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเองการส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ตามที่ต้องการ มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต สามารถพึ่งพาตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น จึงมีผลต่อพลังสุขภาพจิตในด้านความเชื่อมั่นในตนเองและการรู้สึกรับคุณค่าในชีวิต

2. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเคยชินกับโรคเบาหวาน จึงไม่รู้สึกวิตกกังวลจากการเป็นโรค ส่งผลให้มีสุขภาพกายโดยรวมอยู่ในระดับที่ดี ทั้งนี้ ผู้สูงอายุนั้นยังสามารถช่วยเหลือตนเอง และทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตประจำวัน มีคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับที่ดี จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าบุคคลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Namwong, Fukfon, & Yana (2021) พบว่า จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านต้อม จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 95.40 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อนในระดับไม่พึ่งพา ร้อยละ 86.69 มีระดับสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับดี แม้จะมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางก็ตาม นอกจากนี้ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพาคนอื่น ผู้สูงอายุที่ครอบครัวให้การสนับสนุน ให้ความรัก รับประทานอาหารอย่างเข้าใจ ปัจจัยเหล่านี้ช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานตามปกติได้ ไม่เกิดภาวะซึมเศร้า

3. ปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน สามารถร่วมกันทำนายได้ ร้อยละ 98.4 ($R^2 = 0.984$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สามารถอธิบายได้ดังนี้

3.1 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เป็นปัจจัยที่ทำนายได้มากที่สุดและเป็นไปในทางบวก แสดงให้เห็นว่าการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านสัมพันธภาพทางสังคม ทั้งกับบุคคลในครอบครัวและชุมชน เป็นการได้รับความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ วัสดุสิ่งของ และการปกป้องดูแล จะส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Parayat, Kangchai, & Somanusorn (2016) พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลจัดการกับผลกระทบจากความสูญเสีย คงไว้ในความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความเข้มแข็ง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองมีแหล่งสนับสนุน หรือมีบุคคลคอยช่วยเหลือจะเกิดความรู้สึกทางบวก เกิดความรู้สึกปลอดภัย และเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในตนเอง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังเปรียบเสมือนกันชนหรือตัวปรับสมดุลของผลกระทบต่าง ๆ จากสถานการณ์ความยากลำบากที่ทำให้เกิดความเครียดที่รบกวนความผาสุกในชีวิต การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผลกระทบของปัญหาต่าง ๆ ลดลง

3.2 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยทำนายทางบวกที่รองลงมา แสดงให้เห็นว่าการได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มั่นคง ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ตามที่ต้องการ ทั้งโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการเข้ารับบริการสุขภาพ ไม่รู้สึกเป็นภาระของญาติ จึงส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mujeen (2015) กล่าวว่า ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดีหรือเป็นสุขนั้นจะต้องเป็นผู้ที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดเวลา มีการดูแลตนเองให้มีสุขภาพกายใจ สังคมและจิตวิญญาณเหมาะสมกับวัย รวมทั้งมีความรู้สึกมั่นใจ ปลอดภัย รู้สึกถึงความแน่นอนของปัจจัยต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต การมีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง การมีบุตรหลานดูแลหรือมีเครือข่ายทางสังคมให้การเกื้อหนุน

3.3 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ เป็นปัจจัยทำนายทางบวกที่รองลงมา แสดงให้เห็นว่าการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ดี เป็นผลทำให้มีความสามารถในการรับมือกับปัญหา จัดการปัญหา ในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพ

ที่จะพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muijeen (2015) พบว่า สุขภาพจิตมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ศักยภาพของชีวิตมนุษย์ทุกคน สุขภาพจิต คือ ความสมบูรณ์ด้านจิตใจ จิตใจปกติ เข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง ปรับกายและใจให้เกิดดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข ด้านอาชีพการงาน ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรค ด้านชีวิตครอบครัว บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีครอบครัวจะมีความสุข ด้านเพื่อนร่วมงาน ถ้ามีสุขภาพจิตดี ร่างกายสดชื่น หน้าตาอึดอัดแจ่มใส เข้ากับบุคคลอื่นได้ง่าย

3.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เป็นปัจจัยทำนายทางบวกที่ทรงลงมา การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่ดี คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายตามความเป็นจริงของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายของตน การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางกายได้ การรับรู้ถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ เป็นต้น ส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดการอัตราการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล ทำให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่คิดว่าเป็นภาระของญาติ การมีสุขภาพกายที่ดีย่อมส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพจิต สอดคล้องกับแนวคิดของการพัฒนาสุขภาพของ Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2017) กล่าวว่า สุขภาพกายและพฤติกรรมสัมพันธ์กันกับสุขภาพจิตอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ ไม่มีสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิตใดสามารถคงอยู่ได้ด้วยตนเองเพียงลำพัง สุขภาพกาย สุขภาพจิต และการทำหน้าที่ทางสังคม มีความเกี่ยวเนื่องกันอย่างแยกไม่ออก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanngooluem (2020) พบว่า ปัจจัยปกป้องที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดี ความฉลาดทางสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของผู้สูงอายุในการที่จะเลือกตัดสินใจปฏิบัติตนหรือจัดการตนเองด้านสุขภาพ ช่วยให้สูงอายุสามารถรับผู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพกายที่ดี เมื่อมีสุขภาพกายดี ย่อมช่วยส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย

3.5 รายได้ เป็นปัจจัยทำนายทางบวกอีกหนึ่งปัจจัย แสดงให้เห็นว่า การมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตซื้อหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น มีรายได้เพียงพอต่อการดูแลรักษาสุขภาพนั้น ย่อมส่งผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muijeen (2015) พบว่า ระดับคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของตนเอง สามารถใช้จ่ายได้เพียงพอมีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่ศึกษาเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้และเศรษฐกิจสูงจะมีความสุขและมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่าหรือผู้ที่ไม่มียาได้เป็นของตนเอง

3.6 อายุ เป็นปัจจัยทำนายเชิงลบ แสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคคล มีอายุเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย และเมื่อสุขภาพกายเสื่อมลง มีโรคมากขึ้น การช่วยเหลือดูแลตนเองทำได้ลดลง ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้รู้สึกเป็นภาระแก่ญาติ ตามมาตามลำดับ จึงส่งผลทางลบต่อภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Lueboonthavatchai & PanLarp (2016) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทิศทางเสื่อมลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะเสื่อมทางร่างกาย ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยไม่สุขสบาย สมรรถนะทางกายถดถอย หลงลืม รู้สึกไร้คุณค่า ทำอะไรเองได้น้อยลง ทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล เครียด อารมณ์เศร้า อันส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และรายได้ สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตไปในทิศทางบวก ฉะนั้น การที่ทีมบริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หน่วยงานภูมิ เป็นต้น ให้ความรู้และส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ ของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลพระพรหมรวมถึงชุมชน ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้มารับบริการ รวมถึงชุมชนในการดูแลของโรงพยาบาลพระพรหม อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้

2. ในส่วนอายุ ซึ่งสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตไปในทางลบ และเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถแก้ไข หรือลดทอนอายุของบุคคลลงได้ แต่ทีมบริการสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หน่วยงานภูมิ เป็นต้น สามารถชี้ให้ผู้มารับบริการ รวมถึงชุมชนในการดูแลของโรงพยาบาลพระพรหม อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนสามารถรู้จัก ส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน การเกิดโรคที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งให้ความรู้ในการดูแลตนเองหากเกิดโรคแล้วเพื่อลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาได้ หากมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายที่ดีแม้มีอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้เช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวิจัยต่อยอดในการศึกษาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม ของผู้สูงอายุ
2. ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากหลากหลายกลุ่มที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลายและจำนวนมากขึ้น

References

- Banluekhun, T. & Promma, N., (2022). Factors relating to the quality of life of type II diabetes mellitus patients at primary care cluster aranyaprathet, Sa Kaeo province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 37(1), 53–64.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2005). *World health organization quality of life brief – Thai (WHOQOL – BREF – THAI)*. Retrieved November 15, 2022 from <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf> (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2007). *Thai mental health indicator–15 (TMHI – 15)*. Retrieved November 15, 2022 from https://dmh.go.th/test/download/files/TMHI15_thai.pdf (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2017). *Promotion mental health: concepts–emerging evidence–practice summary report*. Retrieved December 1, 2022 from [from Promotion Mental Health :concepts – emerging evidence – practice Summary report \(dmh-elibrary.org\)](https://dmh-elibrary.org). (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand under The Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes*. Retrieved December 1, 2022 from Thai DM CPG 2566.pdf. (in Thai)

- Division of Non Communicable Diseases. (2021). *Number and death rate from 5 non-communicable disease(NCD) 2017-2021 per 100,000 people. Classified by province, health zone, and country overall including Bangkok*. Retrieved December 1, 2022 from <https://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020> (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (HSRI). (2016). *An evaluation of the national examination survey in Thailand 5th 2014*. Retrieved November 14, 2022 from <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/7711>. (in Thai)
- Kanngooluem, S. (2020). *The influence of protective factors on mental health among community-dwelling older adults. Faculty of Nursing, Burapha University*. Retrieved November 14, 2022 from <https://www.dspace.lib.buu.ac.th/bitstream> (in Thai)
- Lueboonthavatchai, O., & PanLarp, S. (2016). The related factors of depression among the elderly in suburb community, Bangkok. *Journal of Health and Health Management*, 3(3), 25-36.
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan. *Diabetes Care*, 31(2), 2383 – 2390.
- Muijeen, K. (2015). Determinants of mental health among aging. *Journal of Science and Technology*, 23(2), 306-318.
- Namwong, A., Fukfon, K., & Yana, B. (2021). Predicting factors of depressive symptom among community-dwelling older people with diabetes mellitus. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 31(1), 70-82.
- National Statistical Office. (2021). *Older statistics in Thailand 2021*. Retrieved November 14, 2022 from <https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/pop/delay2563.aspx>. (in Thai)
- Parayat, C., Kangchai, W., & Somanusorn, S. (2016). Predictive factors of resilience among elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(2), 98-106.
- Ratrasan, C. (2010). Depression and diabetes. *Ramathibodi Medical Journal*, 33, 1-2.
- Srichaijaroonpong, S. (2016). Factors relating to the quality of life of the diabetic patients at Ban Chaing Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chaing Kruea sub district , Muang district, Sakon Nakorn province. *Medical Journal*, 23(3), 23-33.
- Suksai, P. (2018). Factors influencing mental health of the elderly in urban area, Racthaburi Province. *Journal of Health Science*, 27(5), 809-818.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with COVID-19 Prevention Behaviors of Village Health
Volunteers (VHVs) in Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province

อารีย์ สุวรรณา

Aree Suwanna

ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Health Center, Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: August 22, 2023, Revised: November 15, 2023, Accepted: December 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 238 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถาม ทดสอบความเที่ยงตรงมีค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 มีค่าความเที่ยง KR-20 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.72 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.70 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไค-สแควร์ สถิติฟิชเชอร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80.67 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.48 มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี และร้อยละ 90.76 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับเหมาะสม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 คือ จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่เทศบาลเมืองทุ่งสง และบุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรมประชุมอบรมเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ และเน้นย้ำการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ อสม. อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อลดการแพร่กระจายของโรคในชุมชนและเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน

คำสำคัญ: โรคโควิด-19, พฤติกรรมการป้องกันโรค, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: aree8588@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to: 1) examine the level of knowledge, attitudes, and preventive behaviors against COVID-19 among Village Health Volunteers (VHVs), and 2) study the factors related to the preventive behaviors against COVID-19 among VHVs in Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province. The sample size was calculated to be 238 individuals. Data were collected in September 2022 using a questionnaire. The reliability test of the questionnaire yielded an index of internal consistency (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. The KR-20 reliability coefficient for knowledge about COVID-19 was 0.72, while the Cronbach's alpha coefficient for attitudes toward COVID-19 was 0.70 and for preventive behaviors against COVID-19 was 0.70. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, Fisher's exact test, and Spearman's rank correlation coefficient.

The research findings revealed that the majority of the participants, 80.67%, had a high level of knowledge about COVID-19. Additionally, 97.48% had a good level of attitudes toward COVID-19, and 90.76% exhibited appropriate preventive behaviors against COVID-19. Factors positively correlated with preventive behaviors against COVID-19 at a low level were the frequency of COVID-19 training sessions.

Recommendations: Municipal officials of Thung Song Municipality and healthcare personnel should organize training meetings to enhance knowledge and emphasize adherence to COVID-19 prevention measures among Village Health Volunteers (VHVs) consistently and continuously. This is to reduce the spread of the disease in the community and serve as a good health model for the public.

Keywords: COVID-19, Prevention Behaviors, Village Health Volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) เริ่มมีการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และแพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (World Health Organization, 2022)

การแพร่ระบาดดังกล่าวทำให้มีผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกเมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 768 ล้านคน และผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 6.9 ล้านคน ในขณะที่ข้อมูลสถิติของประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 4.7 ล้านคน และผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 34,425 คน (World Health Organization, 2023) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 221,341 คน และผู้เสียชีวิต จำนวน 595 คน และในพื้นที่อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีรายงานผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 23,774 คน และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 61 คน (Nakhon Si Thammarat Health Provincial Office, 2023) ในส่วนของเทศบาลเมืองทุ่งสง ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชาชน

ในเขตเทศบาลครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด 20 ชุมชน มี อสม. ที่ขึ้นทะเบียนและปฏิบัติหน้าที่ จำนวน 247 คน และมีรายงานผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 3,705 คน และผู้เสียชีวิต จำนวน 6 คน (Thung Song Municipality, 2023)

ในช่วงเริ่มต้นการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ทั่วโลกยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา การระบาดของโรค การป้องกัน ควบคุม รวมถึงแนวทางการดูแลรักษา จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน การเดินทาง การท่องเที่ยวและระบบเศรษฐกิจ-สังคม (Silva, Batista, Lima, Alves, Guimaraes, & Silva, 2020; World Health Organization, 2023) รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ จึงออกมาตรการเพื่อควบคุมสถานการณ์และลดการแพร่กระจายของโรคภายในประเทศ สำหรับประเทศไทยนั้น รัฐบาลได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินและบังคับใช้มาตรการทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข มาตรการทางสังคม และมาตรการล็อกดาวน์ (Lockdown) ประเทศ ซึ่งดำเนินการอย่างเคร่งครัดและเข้มงวดในระดับชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยอาศัยการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับ อสม. ในการคัดกรองผู้ติดเชื้อรายใหม่แบบเชิงรุก เพื่อควบคุมและจำกัดขอบเขตการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร (อุปกรณ์-เครื่องมือ) และองค์ความรู้ที่จำเป็นแนวทางปฏิบัติในการป้องกันตนเอง และกิจกรรมเคาะประตูบ้าน (Department of Disease Control, 2020) ซึ่งจากผลการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวมาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง

สำหรับพื้นที่อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นเมืองใหญ่และเป็นชุมทางการคมนาคมขนส่ง มีผู้เดินทางเข้า-ออกเป็นจำนวนมาก จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มอำเภอที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดตามประกาศของจังหวัดนครศรีธรรมราช และให้มีมาตรการเร่งด่วนในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดไปสู่ชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก อสม. ปฏิบัติงานเป็นด่านหน้าในพื้นที่ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) เตรียมความพร้อมของ อสม. ข้อมูลสถานการณ์โรค กลุ่มเป้าหมายผู้เดินทาง วัสดุ อุปกรณ์ และแบบฟอร์มต่าง ๆ 2) ดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ในชุมชน 3) จัดทำบัญชีรายชื่อสำหรับการติดตาม สังเกตอาการ และให้คำแนะนำประสานและส่งต่อบุคลากรสาธารณสุขในรายที่มีอาการ 4) การติดตาม และสังเกตอาการกลุ่มเสี่ยงจนครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ 5) รายงานผลให้บุคลากรสาธารณสุขและบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งจากการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวทำให้ อสม. มีความเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสและติดเชื้อจากผู้ป่วย โดยมีรายงานว่า มี อสม. หลายรายที่ติดเชื้อโควิด-19 และมีบางรายที่เสียชีวิต ในส่วนของเทศบาลเมืองทุ่งสง มี อสม. ที่ติดเชื้อโควิด-19 สูงถึงร้อยละ 43.3 (จำนวน 107 คน) แต่ไม่รายงานการเสียชีวิต (Thung Song Municipality, 2023)

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่สนับสนุนให้การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สำเร็จ กล่าวคือ อสม. ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับชุมชนและครัวเรือน (Tejativaddhana, Suriyawongpaisal, Kasemsup, & Suksaroj 2020; Kaweenuttayanon, Pattanarattanamolee, Sorncha, & Nakahara, 2021; Kalyanamit, 2021) หาก อสม. เหล่านี้มีพื้นฐานองค์ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติที่ดี และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการปฏิบัติที่ถูกต้องก็จะเกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ Bloom's taxonomy ของ Bloom (1971) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. เช่น อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เจตคติในการป้องกันโรคโควิด-19 (Tuayjad, Wattanaburanon, Visanuyothin, & Thongnopakun, 2022; Yeunyow & Boonserm, 2020; Khongnum, 2021) และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม (Chankong & Polprasert, 2022) ทั้งนี้ ผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันตามบริบททาง

สังคม-วัฒนธรรม รวมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากได้ทราบสาเหตุ และความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช งานวิจัยนี้จะได้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับการวางแผนพัฒนาแนวทางการจัดรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ และเพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

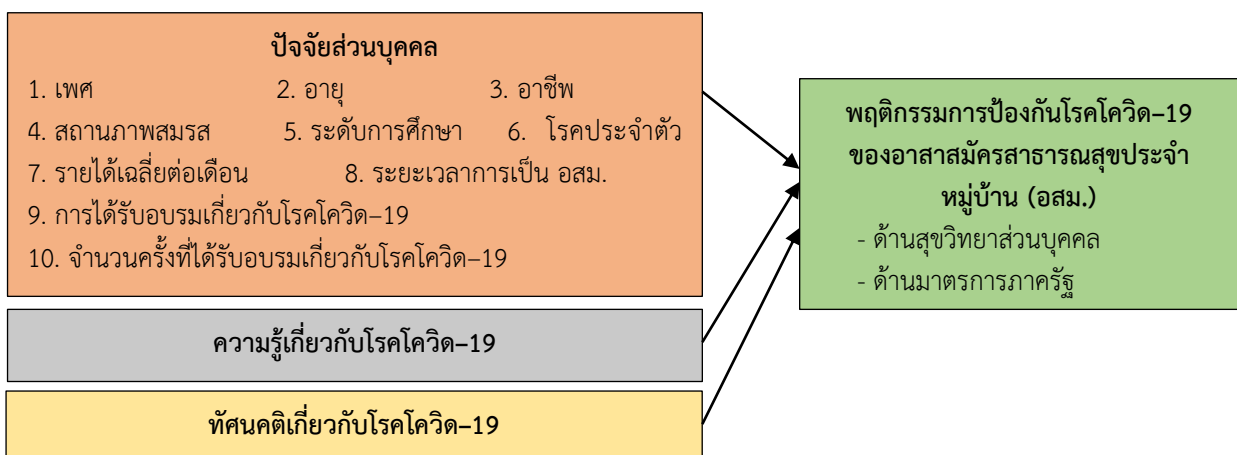
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐาน

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ศึกษา โดยได้นำแนวคิดของ Bloom (1971) ที่ได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยง ปฏิสัมพันธ์กัน โดยความรู้เป็นกระบวนการพัฒนาของสมองที่มีลำดับ ขั้นตอน ซึ่งจะก่อให้เกิดสติปัญญา การรับรู้ จดจำข้อมูล ส่วนทัศนคติ เป็นกระบวนการด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความชอบ ความเชื่อ ค่านิยม รวมถึงการให้คุณค่า จะเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติตน และพฤติกรรมหรือการปฏิบัติต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจจึงจะแสดงออกมา จะเห็นได้ว่า ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังขาดข้อมูลและองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค จึงมีการส่งเสริม พัฒนา และฟื้นฟูองค์ความรู้ให้แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ทันสมัย สามารถถ่ายทอดไปสู่ประชาชนได้ และก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐบาลกำหนด และมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่พึงประสงค์ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยระดับบุคคลบางประการที่อาจจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อสม. ในสังกัดเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 247 คน

กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรของ Daniel (2010) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.01 ใช้ค่าสัดส่วนของ อสม. จากผลการศึกษาของ Panyathorn (2022) พบว่า อสม. มีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.8 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 238 คน จากนั้นใช้วิธีการ สุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อ อสม. และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจนครบตามจำนวนที่ต้องการ โดยกำหนดคุณสมบัติ ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อสม. ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 3) สามารถพูดคุย สื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาหรือความผิดปกติของการได้ยิน

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ แต่ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) สมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยในตอนแรก แต่ต่อมาขอยกเลิกหรือถอนตัวในขณะตอบแบบสอบถาม เพราะรู้สึก อึดอัดและไม่สามารถให้ข้อมูลได้ตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดเลือกตอบจำนวน 15 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีคะแนนรวมเท่ากับ 15 คะแนน

การแปลผล จำแนกกลุ่มตามเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ระดับต่ำ (0 – 8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน) และระดับสูง (12 – 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินระดับความคิดเห็น 3 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (เห็นด้วยกับข้อความทั้งหมด) เห็นด้วยปานกลาง (เห็นด้วยกับข้อความบางส่วน) และเห็นด้วยน้อย (ไม่เห็นด้วยกับข้อความ)

แปลผล จำแนกกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อคำถามชนิดประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 12 ข้อ ซึ่งเป็นการประเมินความถี่ของการปฏิบัติ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ (5 – 7 ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (1 – 4 ครั้ง/สัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติเลย

แปลผล จำแนกกลุ่มตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ ระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99) ระดับถูกต้อง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ความครอบคลุม ความชัดเจนของข้อความถาม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นจึงนำเครื่องมือวิจัยที่ได้ปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมาตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. ในเขตพื้นที่ตำบลชะมาย อำเภอทุ่งสง ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-20; KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.72 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานนายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย และอบรมทำความเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนัดหมาย อสม. ในสังกัดเขตเทศบาลเมืองทุ่งสงทุกคน ตามสถานที่ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย และความเสี่ยงที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความยินดีที่จะตอบข้อซักถามและข้อสงสัยแก่ผู้ที่มีความสนใจ และได้ลงนามในใบยินยอมจะเข้าร่วมในการวิจัย โดยแจกแบบสอบถามให้ อสม. ที่สุ่มได้เป็นรายบุคคล เพื่อให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาโดยประมาณ 30 – 45 นาที
4. หลังจากให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด-สูงสุด ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
 2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) สถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ใช้สำหรับทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคประจำตัว กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
- ส่วนสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ($p < 0.05$)
- แปลผลตามเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ($r = 0.80 - 1.00$) ความสัมพันธ์สูง ($r = 0.60 - 0.79$) ความสัมพันธ์ปานกลาง ($r = 0.40 - 0.59$) ความสัมพันธ์ต่ำ ($r = 0.20 - 0.39$) และความสัมพันธ์ต่ำมาก ($r = 0.01 - 0.19$)

จริยธรรมวิจัย

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลทุ่งสง เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ด้านจริยธรรมของผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย เลขที่ REC-TH 033/2022 โดยข้อมูลที่ได้จะทำการวิเคราะห์ในภาพรวมและปกปิดเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล (n= 238)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	6.72
หญิง	222	93.28
อายุ		
น้อยกว่า 60 ปี	89	37.39
มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี	149	62.61
(M= 62.88, SD= 11.03, Max= 91, Min= 30)		
สถานภาพสมรส		
โสด	25	10.50
สมรส	122	51.26
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	91	38.24
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	116	48.73
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	22.27
มัธยมศึกษาตอนปลาย	38	15.97
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	31	13.03
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	108	45.38
รับจ้าง	48	20.17
เกษตรกร	12	5.04
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	70	29.41
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	113	47.48
5,001 – 10,000 บาท	74	31.09
10,001 – 15,000 บาท	31	13.03
มากกว่า 15,001 บาท ขึ้นไป	20	8.40
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี	82	34.45

ระหว่าง 14–22 ปี	65	27.31
ตาราง 1 (ต่อ)		
ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่าหรือเท่ากับ 23 ปี ($M= 18.59$, $SD= 10.01$, $Max= 40$, $Min= 2$)	91	38.24
การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
ไม่เคยได้รับ	81	34.03
เคยได้รับ	157	65.97
จำนวนครั้งที่ได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
ไม่เคยได้รับอบรม	81	34.03
ระหว่าง 1 – 2 ครั้ง	119	50.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง ($M= 1.28$, $SD= 1.50$, $Max= 10$, $Min= 0$)	38	15.97
โรคประจำตัว		
ไม่มี	82	34.45
มี	156	65.55

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93.28) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี (ร้อยละ 62.61) ($M=62.88$, $SD= 11.03$) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.26) จบการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 48.73) ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน (ร้อยละ 45.38) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 47.48) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ 23 ปี (ร้อยละ 38.24) ($M= 18.59$, $SD= 10.01$) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.55) และร้อยละ 65.97 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 50.00 ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างน้อย 1 – 2 ครั้ง ($M= 1.28$, $SD= 1.50$)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($n=238$)

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 – 8 คะแนน)	1	0.42
ระดับปานกลาง (9 – 11 คะแนน)	45	18.91
ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)	192	80.67

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80.67) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 18.91 และ 0.42 ตามลำดับ)

3. ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($n=238$)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99)	6	2.52
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)	232	97.48

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 97.48) และระดับไม่ดี (ร้อยละ 2.52)

4. ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (n=238)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19		
ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล		
ระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99)	7	2.94
ระดับเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)	231	97.06
ด้านมาตรการภาครัฐ		
ระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99)	63	26.47
ระดับเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)	175	73.53
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (โดยรวม)		
ระดับต้องปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.99)	22	9.24
ระดับเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.00 – 3.00)	216	90.76

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านมาตรการภาครัฐอยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 97.06 และ 73.53 ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาโดยรวม พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.76) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับเหมาะสม

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดังตาราง 5 และ 6

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (n=238)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	p-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					0.17 ^b
ชาย	3 (18.75)	13 (81.25)			
หญิง	19 (8.56)	203 (91.44)			
สถานภาพสมรส			0.256	2	0.88 ^a
โสด	3 (12.00)	22 (88.00)			
สมรส	11 (9.02)	111 (90.98)			
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	8 (8.79)	83 (91.21)			
ระดับการศึกษา			2.154	2	0.34 ^a
ประถมศึกษา	14 (12.07)	102 (87.93)			
มัธยมศึกษา	6 (6.59)	85 (93.41)			
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	2 (6.45)	29 (93.55)			

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับพฤติกรรม		χ^2	df	p-value
	ต้องปรับปรุง จำนวน (ร้อยละ)	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ			0.902	2	0.64 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/งานบ้าน	8 (7.41)	100 (92.59)			
รับจ้าง/เกษตรกร	7 (11.67)	53 (88.33)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7 (10.00)	63 (90.00)			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			2.306	3	0.51 ^a
น้อยกว่า 5,000 บาท	8 (7.08)	105 (92.92)			
5,001–10,000 บาท	9 (12.16)	65 (87.84)			
10,001–15,000 บาท	4 (12.90)	27 (87.10)			
มากกว่า 15,001 บาทขึ้นไป	1 (5.00)	19 (95.00)			
การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19					0.10 ^b
ไม่เคยได้รับ	11 (13.58)	70 (86.42)			
ได้รับ	11 (7.01)	146 (92.99)			
โรคประจำตัว					0.35 ^b
ไม่มี	10 (12.20)	72 (87.80)			
มี	12 (7.69)	144 (92.31)			

^aPearson chi-square test, ^bFisher's exact test

จากตาราง 5 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (n=238)

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	p-value
อายุ	0.092	0.157
ระยะเวลาการเป็น อสม.	-0.055	0.402
จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม	0.212	0.001 [*]
คะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	-0.098	0.131
คะแนนรวมทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19	-0.044	0.500

^{*}p < 0.01

จากตาราง 6 พบว่า ปัจจัยจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. คะแนนความรู้เกี่ยวกับ

โรคโควิด-19 และคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กันในทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Yeunyow & Boonserm, 2020; Tuayjad, Wattanaburanon, Visanuyothin, & Thongnopakun, 2022; Nakhun & Toonsiri, 2022; Siriwonrawatchai, 2021) โดยที่ อสม. ทุกคนได้รับการถ่ายทอดความรู้ ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อหลากหลายช่องทาง เช่น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โทรทัศน์ ฯลฯ มาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อนำมาใช้ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชนที่รับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ยังมี อสม. บางส่วนที่มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เช่น การล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์และการได้รับวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ 100% เป็นต้น ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่เทศบาลและบุคลากรสาธารณสุข ควรเสริมสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้กับ อสม. อย่างสม่ำเสมอ

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 97.48) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Tuayjad, Wattanaburanon, Visanuyothin, & Thongnopakun, 2022; Janpleng & Deakhunthod, 2022) โดย อสม. มีความคิดเห็นที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งการมีความรู้ที่ถูกต้องและเจตคติที่ดี จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลนั้นเกิดการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เหมาะสม และสามารถส่งต่อข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติตนให้กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีด้วย (Tuayjad, Wattanaburanon, Visanuyothin, & Thongnopakun, 2022; Nakhun & Toonsiri, 2022) ทั้งนี้ มีบางประเด็นที่มีความคิดเห็นยังไม่ถูกต้อง เช่น คนในครอบครัวเดียวกันไม่ต้องเว้นระยะห่าง และโรคโควิด-19 เป็นโรคที่ใกล้ตัว ไม่อันตราย สามารถรักษาให้หายเองได้ ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทิศทางที่ดีจนสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้

ส่วนด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนมากอยู่ในระดับเหมาะสม (ร้อยละ 90.76) ทั้งด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านมาตรการภาครัฐ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Yeunyow & Boonserm, 2020; Tuayjad, Wattanaburanon, Visanuyothin, & Thongnopakun, 2022; Panyathorn, Sapsirisopa, Sriboonpimsuay, Tanglakmankhong, & Srisuwan, 2022; Lohmaeng, Kanchanapoom, & Woradet, 2022; Nakhun, & Toonsiri, 2022; Janpleng & Deakhunthod, 2022; Chankong & Polprasert, 2022) ที่ได้รายงานไว้ว่ากลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมากนั้น นอกจากจะช่วยลดการแพร่ระบาดและการกระจายของโรคในชุมชนแล้ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ได้สำเร็จ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนในด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคด้วย ถึงแม้ว่าจะมีการละเมิด ฝ่าฝืนมาตรการบ้างก็เป็นเพียงส่วนน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาระยะห่างจากผู้อื่นน้อยกว่า 1 เมตร ในขณะที่อยู่นอกเคหะสถาน และมีการรวมกลุ่มสังสรรค์ ซึ่งมีการลงโทษตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อตกลงของหน่วยงาน

2. ปัจจัยจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยพบว่า อสม. ที่ได้รับการอบรมอย่างน้อย 1 – 2 ครั้ง มีแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มากกว่า อสม. ที่ไม่เคยได้รับการอบรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Chankong & Polprasert, 2022; Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat, 2021;

Khongnum, 2021) ที่ได้รายงานไว้ว่า อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องจะสามารถดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ยังมี อสม. ถึงร้อยละ 34.03 ที่ไม่เคยได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทำให้มีข้อจำกัดด้านต่าง ๆ เช่น องค์ความรู้ไม่เพียงพอ มีทัศนคติที่ไม่ดี และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่ถูกต้อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเสริมสร้าง พัฒนา และเพิ่มพูนทักษะ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ให้ครอบคลุม อสม. ทุกคน รวมถึงการได้รับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ร่วมด้วย (Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat, 2021) จะเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมและทันสมัย ต่อเหตุการณ์ในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อการปฏิบัติตนและถ่ายทอดให้แก่ประชาชน เพื่อลดการแพร่ระบาดและการกระจายของโรคในชุมชนจนสามารถควบคุมโรคโควิด-19 ได้สำเร็จ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (โดยรวม) อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งอาจจะสามารถช่วยป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชนได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่การระบาดของโรคโควิด-19 ยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ส่วนราชการหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎ ระเบียบ และข้อบังคับต่าง ๆ จำเป็นต้องออกมาตรการควบคุม กำกับให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีการปฏิบัติตนทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และด้านการปฏิบัติตามมาตรการภาครัฐอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเป็นกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน

2. จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่เทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรสาธารณสุข ควรจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ และพัฒนาศักยภาพของ อสม. อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะ ความมั่นใจ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในชุมชนที่ถูกต้องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคในชุมชน

References

- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Chankong, W. & Polprasert, P. (2022). Potential of village health volunteers (VHVs) in preventing COVID-19 in rural Thailand. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13(4), 1506–1513.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health science*. (9th ed). John Wiley & Sons.

- Department of Disease Control. (2020). *Prevention and control operations of the coronavirus disease 2019 of village health volunteer*. Retrieved August 3, 2023 from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_health_care.php. (in Thai)
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul, K., & Pattapat, S. (2021). Factors influencing prevention behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong Town Municipality, Songkhla province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 19–30.
- Janpleng, J. & Deakhunthod, S. (2022). A study of knowledge, attitudes, and behaviors in the prevention and control of COVID-19 local public health volunteers of Banna district, Nakhon Nayok province. *Journal of MCU Social Development*, 7(1), 15–33.
- Kalyanamit, K. (2021). Public health volunteers and prevention of COVID-19: lessons from Thailand. *Psychology and Education*, 58(4), 3892–3898.
- Kaweenuttayanon, N., Pattanarattanamolee, R., Sorncha, N., & Nakahara, S. (2021). Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. *Bull World Health Organ*, 99, 393–397. <https://www.doi.org/10.2471/BLT.20.274308>.
- Khongnum, J. (2021). Factors affecting the participation of village health volunteers in the prevention and control of coronavirus disease 2019 in Phichit province. *Journal of Public Health Naresuan University*, 3(3), 40–51.
- Lohmaeng, S., Kanchanapoom, K., & Woradet, S. (2022). Prevention behavior of Covid-19 disease of village health volunteers in Songkhla city municipality. *In the 5th National and International Conference on Health & Sport Science*. Thaksin University, Phatthalung. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2020) *Practice guidelines for the village health volunteers (VHVs) on surveillance for coronavirus disease 2019 (Covid-19)*. Nonthaburi: Department of Health Service Support. (in Thai)
- Nakhon Si Thammarat Health Provincial Office. (2023). *Report of COVID-19 situation, Nakhon Si Thammarat Province*. Retrieved August 6, 2023 from <https://www.covid19.nrt.go.th/>. (in Thai)
- Naknun, M. & Toonsiri, C. (2022). Factors related to COVID-19 control behaviors in the community among village health volunteers in Chon Buri. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 30(4), 26–37.
- Panyathorn, K., Sapsirisopa, K., Sriboonpimsuay, W., Tanglakmankhong, K., & Srisuwan, P. (2022). Knowledge, health beliefs and preventing behaviors of COVID-19 among village health volunteers in Cheangpin sub-district, Mueng district, Udonthani province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(1), 1–11.
- Silva, P. C., Batista, P. V., Lima, H. S., Alves, M. A., Guimaraes, F. G., & Silva, R. C. (2020). COVID-ABS: An agent-based model of COVID-19 epidemic to simulate health and economic effects of social distancing interventions. *Chaos, Solitons & Fractals*, 139, 110088.

- Siriwonrawatchai, W. (2021). Factors influencing in-role performance of village health volunteer (VHV) on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang district, Nan province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal*, 4(2), 63–75.
- Tejativaddhana, P., Suriyawongpaisal, W., Kasemsup, V., & Suksaroj T. (2020). The roles of village health volunteers: COVID-19 prevention and control in Thailand. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(3), i477. <https://www.doi:10.24083/apjhm.v15i3.477>.
- Thung Song Municipality. (2023). *Report of COVID-19 situation*. Retrieved August 6, 2023 from https://www.thungsongcity.go.th/news_publish2/. (in Thai)
- Tuayjad, T., Wattanaburanon, A., Visanuyothin, S., & Thongnopakun, S. (2022). Knowledge, attitudes, and factors related behaviors on the prevention and control of COVID-19 among village health volunteers in Chanthaburi province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 17(2), 42–55.
- World Health Organization. (2022). *Global status report on coronavirus disease 2019 (Covid-19) situation*. Retrieved August 6, 2023 from <https://www.who.int>.
- World Health Organization. (2023). *Weekly epidemiological update on COVID-19–3 August 2023*. Retrieved August 6, 2023 from <https://www.extranet.who.int/publicemergency/#>.
- Yeunyow, T. & Boonserm, P. (2020). The relationship between knowledge, and attitude toward on prevention behavior of coronavirus infection 2019 (COVID-19) among female village health volunteers (VHV), Surin province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(3), 555–564.

ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเทศบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

The Effects of a Health Literacy and Health Behaviors Program for Older
Adults in Phra Phutthabat Municipality, Saraburi Province

ภัทรพงษ์ ยิ่งดำนุ่น

Pattarapong Yingdamnun

มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี

Faculty of Education, Thepsatri Rajabhat University, Lopburi Province

(Received: November 20, 2023, Revised: December 12, 2023, Accepted: January 8, 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยทดลองแบบ One-group Pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 45 คน ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.96 ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ สำหรับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$)

การวิจัยนี้บ่งชี้ว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pattarapong.y@lawasri.tru.ac.th)

Abstract

This one-group pretest-posttest experimental study aimed to compare health knowledge and health behaviors before and after participation in a health literacy and health behaviors enhancement program for older adults. The sample group consisted of older adults residing in Phra Phutthabat Municipality, Phra Phutthabat District, Saraburi Province, aged 60 and above, totaling 45 individuals, selected through purposive sampling. The research instrument used was the health literacy and health behaviors enhancement program, with a content validity index of 0.96, conducted over an 8-week period. Data analysis was performed using descriptive statistics and paired sample t-tests.

The research findings showed that after participating in the health literacy and health behaviors enhancement program for older adults, there was a statistically significant increase (p -value < 0.05) in the mean scores of various aspects, including understanding health information, evaluating health information and services, applying health information and services, dietary consumption behaviors, physical exercise, stress management, fall prevention, oral health care, dementia prevention behaviors, and COVID-19 infection prevention behaviors among older adults. However, regarding the skills in accessing health information and services, there was no statistically significant difference (p -value < 0.05).

This research suggests that the effectiveness of the program activities in promoting health literacy and health behavior improvements can enhance the health knowledge and health behaviors of older adults.

Keywords: Health Literacy, Health Behavior, Older Adults

บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ในมาตรา 3 ได้ให้ความหมายคำว่า สุขภาพ ไว้ว่า ภาวะมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งถือว่าการให้ตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้นถือเป็นเรื่องสำคัญ เพราะนั่นคือการวางรากฐานของชีวิต จัดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุดไม่อาจมีอะไรเทียบเคียงได้ มนุษย์ทุกคนย่อมรักและห่วงหาพันพิเคราะห์ชีวิตของตนเอง โดยเริ่มต้นตั้งแต่ที่การตั้งครรภ์ เด็กเล็ก วัยรุ่น วัยทำงาน ตลอดจนวัยเกษียณ เป็นต้น ผู้นำประเทศต้องให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของประชาชน เนื่องด้วยประชาชนถือเป็นทรัพยากรมนุษย์หรือทุนมนุษย์ (Human capital) มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เมื่อประเทศใดมีทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ มีความรู้ความสามารถ และมีสุขภาพพลานามัยที่ดี ประเทศนั้นก็สามารถพัฒนาไปได้ก้าวหน้าไกลและยั่งยืน (Nation Labour Information Center, 2009) ปัจจุบันสาธารณสุขไทยนั้นกำลังให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อย่างมาก ซึ่งเป็นกระบวนการทางปัญญา ทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าใจ แล้วใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) จะมีอยู่ 2 องค์ประกอบหลัก คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น โดยเนื้อหาดังกล่าวมีบรรจุอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ในเป้าประสงค์ข้อที่ 1 ระบุว่า ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันลดลง (Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งหากประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จะส่งผลดีต่อระบบสาธารณสุข มีสังคมอย่างเป็นสุข และลดความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

ประเทศไทยคาดว่าจะกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (Department of Medical Service, 2015) เป็นผลมาจากการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม รวมไปถึงความเจริญทางด้านการแพทย์ ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีในการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคร้ายต่าง ๆ ส่งผลให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพทำให้อัตราการเกิดของทารกลดลง จึงเป็นสาเหตุของสัดส่วนโครงสร้างของประชากรประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง ในช่วงวัยผู้สูงอายุถือว่าเป็นช่วงวัยที่กำลังเข้าสู่ภาวะความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ จึงเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคภัยได้อย่างมากมาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหอบหืด โรคถุงทาบเส้นประสาท และโรคจอประสาทตา เป็นต้น (Department of Older Persons, 2021) ผู้สูงอายุบางรายอาจจะไม่สามารถปรับตัวเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ จนก่อให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพชีวิตด้านจิตใจขึ้นได้ (Jirawongnusrorn & Chitmanasak, 2022)

จากข้อมูลของ The Bureau of Registration Administration in The Department of Provincial Administration (2022) ระบุว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเขตอำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ประจำเดือนธันวาคม มีจำนวน 4,964 คน แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 2,776 คน และเพศชายจำนวน 2,188 คน คิดเป็นร้อยละ 8.83 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในเขตอำเภอพระพุทธรบาท จึงถือว่าพื้นที่เขตนี้เข้าใกล้การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจาก Phra Phutthabat Public Health Office (2023) ระบุว่า กลุ่มโรค NCDs ในอำเภอพระพุทธรบาทนั้นมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 4,445 คน คิดเป็นร้อยละ 10.39 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดสระบุรี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8,839 คน คิดเป็นร้อยละ 9.77 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสระบุรี เป็นต้น ผู้ที่เกี่ยวข้องจึงต้องตระหนักเห็นถึงการให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุความเสี่ยงของสุขภาพ โดยอาศัยหลักการความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีอิสระ และลดการพึ่งพาคนอื่น เป็นต้น ความสำเร็จของการนำความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจัดว่าเป็นหนึ่งในวิธีการที่จะเข้ามาช่วยพัฒนาศักยภาพ เพราะเชื่อว่าความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมเป็นสิ่งที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ถ้าบุคคลมีทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แสดงว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ในระดับสูงจะส่งผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ดี (Ornlai, 2021)

ดังนั้น ผู้วิจัยมีเคยประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมไปถึงการเข้าร่วมประชุมกลุ่มกับตัวแทนด้านสาธารณสุขในพื้นที่เขตอำเภอพระพุทธรบาท พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของตน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวทางที่จะดำเนินโครงการวิจัยการเสริมสร้างความรู้รอบด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

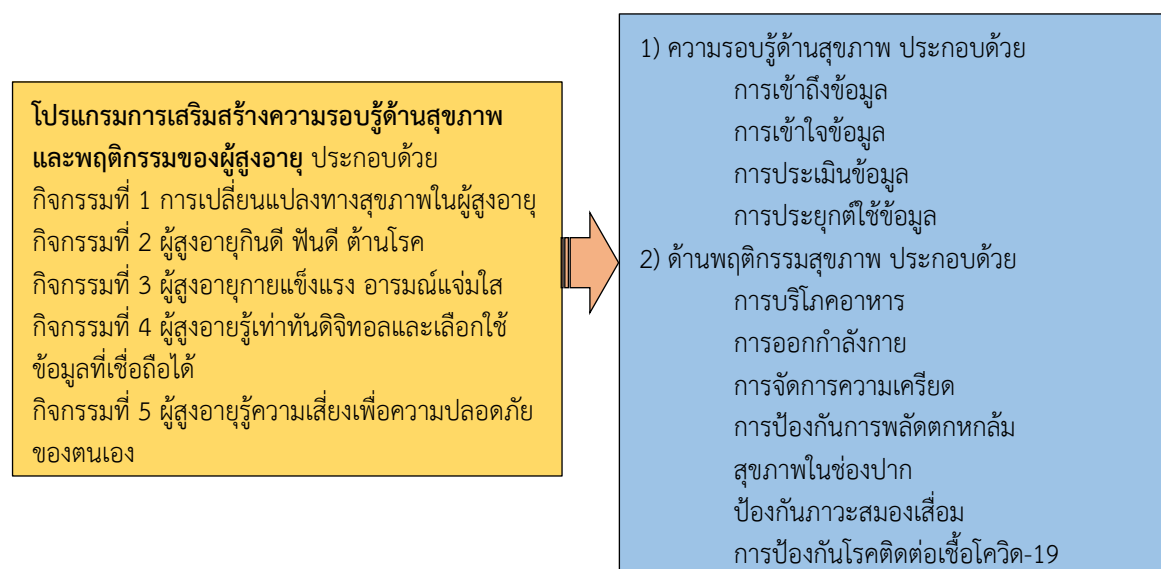
นิยามศัพท์

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของประชาชนผู้สูงอายุ ในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ กล้าซักถาม ตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชนนำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพ ในการป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือด และการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมไปถึงการป้องกันการติดเชื้อของโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โควิด-19 เป็นต้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะที่บุคคลสามารถออกในลักษณะพฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการใส่ใจด้านสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของ Nutbeam (2008) ประกอบกับการศึกษาจากตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการสร้างเครื่องมือเพื่อการพัฒนาทักษะเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการดำรงชีวิตในประจำวันของผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล และ 2) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม สุขภาพช่องปาก ป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment research) ในลักษณะเป็นกลุ่มทดลองเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one group, Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรูป อำเภอพระพุทธรูป จังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน Barthel ADL Index ได้ค่ามากกว่า 12 จึงยอมรับได้ 2) ยังเป็นสภาพการสมานึกขมรมผู้สูงอายุย้อนหลังไป 1 ปี 3) สามารถสื่อสารกับบุคคลทั่วไปได้ 4) สมัครใจเข้าร่วมทดลองการศึกษาวิจัย และ 5) ไม่มีโรคหรืออาการใดที่เป็นข้อห้ามทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดการศึกษา และ 2) มีการเจ็บป่วยแบบกระตั้นหันระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือมี 2 ประเภท ได้แก่

1. โปรแกรมกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุกินดี ฟันดี ต้านโรค จำนวน 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 3 ผู้สูงอายุ ภัยแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส จำนวน 2 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 4 ผู้สูงอายุรู้เท่าทันดิจิทัลและเลือกใช้อุปกรณ์ที่เชื่อถือได้ จำนวน 2 ชั่วโมง และกิจกรรมที่ 5 ผู้สูงอายุรู้ความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของตนเอง จำนวน 2 ชั่วโมง โดยจัดกิจกรรมอบรมให้ผู้สูงอายุจำนวนรวมทั้งหมด 10 ชั่วโมง ประยุกต์จากคู่มือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุสำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ดูแลของ Health Education Division (2021)

2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ แบบลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ประกอบไปด้วย 3 ตอน จำนวน 44 ข้อ โดยการแปลผลทั้งตอนที่ 2 และ 3 ใช้เกณฑ์การตัดสินระดับคะแนนค่าเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 คือ ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 คือ ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 คือ ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 คือ ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 คือ ระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ตอบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาททางสังคม

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ โดยพิจารณาระดับความรู้สึกของผู้ตอบ แปลผลได้ 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก เป็นต้น

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ ของ Health Education Division (2023) เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากเรื่องพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด โดยพิจารณาความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของผู้ตอบ แปลผลได้ 5 ระดับ ได้แก่ 6 - 7 วัน, 4 - 5 วัน, 3 วัน, 1 - 2 วัน และไม่ปฏิบัติ เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ จนนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ แล้วนำไปทดสอบหาความเที่ยงตรงเพื่อเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้อง ความครอบคลุม และความสอดคล้องการสร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละท่านนั้นมีความเชี่ยวชาญในด้านของความรู้ด้านสาธารณสุข การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกแบบการจัดกิจกรรม เป็นต้น วิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ เท่ากับ 0.96 และมีการทำทดลองใช้ (Try out) ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ชุด แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ เท่ากับ 0.89 และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ เท่ากับ 0.917

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเดียว ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งหมด 8 สัปดาห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นก่อนการทดลอง

หลังจากได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจึงดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยทำการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีบุญโสภณ เพื่อช่วยในการประชาสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้

จัดการประชุมชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้มีโอกาสในการซักถามเพื่อพิจารณาก่อนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครงานวิจัย คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เมื่อผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้แล้วจะได้รับใบยินยอมเพื่อลงชื่อ

ขั้นตอนที่ 2 ทดลอง

ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนวิธีการนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่สำคัญ ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มอาสาสมัครได้ทำการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 ต่อด้วยการจัดกิจกรรมมีทั้งหมด 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพในผู้สูงอายุ (2 ชั่วโมง) อธิบายเกี่ยวกับกลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เพื่อรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น โรคติดต่อและไม่ติดต่อที่สำคัญ และความเสี่ยงต่าง ๆ ของวัยสูงอายุ โดยการจัดการเป็นลักษณะเข้ากลุ่มย่อย พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม เปิดสื่อคลิปวิดีโอ เรื่อง “7 โรคผู้สูงอายุที่ต้องเฝ้าระวัง” ช่วยกันคิดคำตอบจากโจทย์คำถาม และสมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปผล ออกความเห็นเกี่ยวกับวิธีรับมือและหลักการปฏิบัติอย่างถูกต้องเมื่อเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 ผู้สูงอายุกินดี พอดี ด้านโรค ผู้สูงอายุ (2 ชั่วโมง) การจัดการเป็นลักษณะเข้ากลุ่มย่อย พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่ม ผู้สูงอายุจะได้รับข้อมูลการบริโภคอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโภชนาการด้วยตนเอง แนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ช่วยกันคิดคำตอบจากโจทย์คำถาม และสมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปผลการปฏิบัติที่ถูกต้องให้เหมาะสมกับตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ผู้สูงอายุ ภายแข็งแรง อารมณ์แจ่มใส (2 ชั่วโมง) ผู้สูงอายุจะได้รับความรู้การออกกำลังกาย แล้วร่วมทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย ข้อควรระวังในการเตรียมตัวก่อนทำกิจกรรมทางกาย เปิดคลิปวิดีโอ เรื่อง “ออกกำลังกายด้วยยางยืด และสลายพุงส่วนล่างด้วยเก้าอี้ Smart 60 สูงวัยอย่างสง่า” สร้างความเข้าใจในการบริหารจัดการความเครียดที่เหมาะสม และการฝึกกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ผู้สูงอายุรู้เท่าทันดิจิทัลและเลือกใช้อินเทอร์เน็ตได้อย่างปลอดภัย (2 ชั่วโมง) ฝึกฝนการใช้โทรศัพท์มือถือสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพ ร่วมพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตัดสินใจเลือกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง วางแผนการดำเนินชีวิต และปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสม เปิดคลิปวิดีโอ เรื่อง “สอนโซเชียลผู้สูงอายุ” ช่วยกันคิดคำตอบจากโจทย์คำถาม และสมาชิกในกลุ่มช่วยกันสรุปผลออกความเห็นจากการป้องกันภัยภัยมิจฉาชีพ

กิจกรรมที่ 5 ผู้สูงอายุรู้ความเสี่ยงเพื่อความปลอดภัยของตนเอง (2 ชั่วโมง) ร่วมกันพิจารณาการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ และออกแบบดูแลสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อตนเองได้ เปิดโอกาสให้มีการเสนอแนวคิดของแต่ละกลุ่มเพื่อเป็นตัวอย่างของคนที่สามารถออกแบบการจัดการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน และสามารถนำมาเป็นต้นแบบให้กับสมาชิกในกลุ่มได้

ขั้นหลังการทดลอง ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่สำคัญ ครั้งที่ 2 ให้กลุ่มอาสาสมัครได้ทำแบบประเมิน โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลห่างจากครั้งที่ 1 จำนวน 8 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผล

พูดคุยแลกเปลี่ยนเพื่อสะท้อนแนวความคิด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ภายในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยที่ผู้วิจัยจะทำหน้าที่ดำเนินรายการและจับประเด็นที่สำคัญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนผู้สูงอายุ ช่วงก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี จังหวัดลพบุรี เลขที่ TRU-EC No.012/66 รับรองเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2566 ข้อมูลที่ได้จะทำการวิเคราะห์ภาพรวม และทำการปกปิดเป็นความลับ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล

	ลักษณะทั่วไปของข้อมูลส่วนบุคคล (n=45)	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	9	20.00
	หญิง	36	80.00
ช่วงอายุ	60-69 ปี	21	46.66
	70-79 ปี	22	48.88
	อายุ 80 ปีขึ้นไป	2	4.44
	(M= 69.57, S.D.= 5.72)		
ระดับการศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	8.88
	ประถมศึกษา	36	80.00
	มัธยมศึกษาตอนต้น	1	2.22
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.	0	0.00
	อนุปริญญาหรือปวส.	1	2.22
	ปริญญาตรีขึ้นไป	3	6.66
สถานะ	กลุ่ม อสม.	3	6.66
	กรรมการชุมชน	2	4.44
	ประชาชนในชุมชน	40	88.88

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 48.88 มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80.00 สถานะของกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในชุมชน ร้อยละ 88.88

2. ผลวิเคราะห์ผลและนำเสนอข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผ่านการทดสอบการแจกแจงข้อมูล Kolmogorov Smirnov = .118 ($p = .173$) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จำแนกตามข้อมูลในตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบแต่ละด้านของผู้สูงอายุช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
องค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.06	0.59	ปานกลาง	3.30	0.61	ปานกลาง	-1.160	.253
องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	2.91	0.12	ปานกลาง	3.53	0.39	มาก	-2.798	<.008*
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	3.04	0.05	ปานกลาง	3.72	0.08	มาก	-3.584	<.001*
องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	2.99	0.13	ปานกลาง	3.79	0.09	มาก	-4.193	<.000*
สรุปคะแนนภาพรวม	3.00	0.06	ปานกลาง	3.58	0.21	มาก	-3.179	<.003*

* p -value < 0.05

จากตาราง 2 พบว่า อาสาสมัครผู้สูงอายุได้ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่วงก่อนและหลังการทดลอง ในด้านองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.06 ($SD = 0.59$) และ 3.30 ($SD = 0.61$) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.91 ($SD = 0.12$) และ 3.53 ($SD = 0.39$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.04 ($SD = 0.05$) และ 3.72 ($SD = 0.08$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 2.99 ($SD = 0.13$) และ 3.79 ($SD = 0.09$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ สรุปคะแนนภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพช่วงก่อนและหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.00 ($SD = 0.06$) และ 3.58 ($SD = 0.21$) ตามลำดับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 45 คน ผ่านการทดสอบการแจกแจงข้อมูล Kolmogorov Smirnov = .095 ($p = .200$) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จำแนกตามข้อมูลในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
การบริโภคอาหาร	2.74	0.32	ปานกลาง	3.97	0.32	มาก	-9.398	<.000*
การออกกำลังกาย	2.70	0.03	ปานกลาง	3.68	0.98	มาก	-3.364	<.002*
การจัดการความเครียด	2.96	0.04	ปานกลาง	3.85	0.63	มาก	-3.501	<.001*
สรุปคะแนนภาพรวม	2.77	0.59	ปานกลาง	3.89	0.49	มาก	-9.595	<.000*

*p-value < 0.05

จากตาราง 3 อาสาสมัครผู้สูงอายุได้ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประเมินด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปว่า คะแนนการบริโภคอาหารมีค่าเฉลี่ย 2.74 ($SD= 0.32$) และ 3.97 ($SD= 0.98$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ย 2.70 ($SD= 0.03$) และ 3.8 ($SD= 0.98$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ย 2.96 ($SD= 0.04$) และ 3.85 ($SD= 0.63$) ตามลำดับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปคะแนนภาพรวมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 2.77 ($SD= 0.59$) และ 3.89 ($SD= 0.49$) ตามลำดับ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นต้น

4. การวิเคราะห์ผลและนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการดัดกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 45 คน ผ่านการทดสอบการแจกแจงข้อมูล Kolmogorov Smirnov = .103 ($p= .200$) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนด้านพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ด้านพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
การป้องกันการพลัดตกหกล้ม	3.34	0.09	ปานกลาง	4.10	1.08	มาก	-4.988	<.000*
การดูแลสุขภาพช่องปาก	3.42	0.62	ปานกลาง	4.14	1.16	มาก	-4.760	<.000*
พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	3.42	0.76	ปานกลาง	4.14	1.17	มาก	-6.708	<.000*
พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19	3.41	0.46	ปานกลาง	4.00	0.99	มาก	-.6013	<.000*
สรุปคะแนนภาพรวม	3.30	0.42	ปานกลาง	4.11	0.34	มาก	-10.150	<.000*

*p-value < 0.05

จากตาราง 4 อาสาสมัครผู้สูงอายุได้ค่าเฉลี่ยคะแนนและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการประเมินด้านพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรม

สุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สรุปว่า คะแนนการป้องกันการพลัดตกหกล้มมีค่าเฉลี่ย 3.34 ($SD= 0.09$) และ 4.10 ($SD= 1.08$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนการดูแลสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ย 3.42 ($SD= 0.76$) และ 4.14 ($SD= 1.17$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนพฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ย 3.42 ($SD= 0.76$) และ 4.14 ($SD= 1.17$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มีค่าเฉลี่ย 3.41 ($SD= 0.46$) และ 4.00 ($SD= 0.99$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปคะแนนภาพรวมด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย 3.30 ($SD= 0.42$) และ 4.11 ($SD= 0.34$) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท อำเภพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ช่วงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 69.57 ปี ถือว่าอยู่ใกล้เคียงกับระดับผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งกำหนดไว้ที่ช่วงอายุ 60 - 69 ปี (Prommi, Suwannapong, Tipayamongkhogul, & Manmee, 2019) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีสถานะเป็นประชาชนในชุมชนไม่ได้มีตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับภาครัฐ โดยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ลดการพึ่งพาจากคนอื่น ใส่ใจดูแลสุขภาพ สามารถขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ใช้ทักษะจากการเรียนรู้ถ่ายทอดให้กับคนใกล้ชิดตามทักษะที่ตนมี ซึ่งทั้งหมดอาศัยหลักการตามทฤษฎีของ Nutbeam (2000) ที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ 3 ระดับ คือ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและการเขียน ระดับ 2 ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน ได้แก่ การใช้ความรู้และการสื่อสาร ระดับที่ 3 ขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ การประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม เป็นต้น

การวิเคราะห์องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีผลต่อการเพิ่มคะแนนระดับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุหลังจากจัดกิจกรรม มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยหลักการของการจัดกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ ให้ทุกคนมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยออกแบบให้ทุกกิจกรรมมีขั้นตอนในการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นนำ เป็นการปูพื้นฐานเนื้อหาให้กับผู้สูงอายุ ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการสัมพันธ์อันดีภายในกลุ่ม ขั้นที่ 2 ดำเนินกิจกรรมตามที่ออกแบบ โดยชุดกิจกรรมนั้นใช้แนวคิดจากการใช้ชีวิตประจำวันทั่วไปของผู้สูงอายุ และขั้นที่ 3 ตรวจสอบและสรุปผล เพื่อเป็นการทบทวนกิจกรรมที่ได้ร่วมมือกันวิเคราะห์ภายในกลุ่ม ซึ่งระยะเวลาที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน จะส่งผลถึงความไวใจในการถ่ายทอดทักษะประสบการณ์ของแต่ละคน ผู้วิจัยเลือกใช้สื่อที่สามารถสืบค้นได้ง่ายในช่อง YouTube มีภาพและเสียงที่ชัดเจนให้น่าติดตาม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันจึงส่งผลดีต่อการพัฒนาการเรียนรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ปฏิบัติในการใช้ชีวิตได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Mamak & Deelers (2018) พบว่า ผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันซึ่งมาจากประสบการณ์ชีวิตของแต่ละคนมาแบ่งปันกัน นำไปสู่การสร้างกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสังคมผู้สูงอายุในชุมชนได้พบปะพูดคุยกัน มีเพื่อนในช่วงวัยใกล้เคียงทำให้อารมณ์ดีมีความสุขและมองเห็นคุณค่าของตัวเองมากขึ้น การวิเคราะห์หัวข้อองค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นอย่างมาก จึงอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการเรียนรู้จากการจัดกิจกรรม ใช้การตั้งคำถามตามหัวข้อแล้วให้ผู้สูงอายุช่วยกันพิจารณาคำตอบตามความเหมาะสม ซึ่งในรายละเอียดหัวข้อนี้มุ่งเน้นพัฒนาความสามารถในเรื่องการอ่านฉลากอาหาร ยา ข้อมูลสุขภาพเชิงสัญลักษณ์ในสถานพยาบาล การสอบถามแพทย์ การพิจารณาข้อดีข้อเสียด้วยเหตุผล ฝึกการทบทวนความปลอดภัยของข้อมูลก่อนได้รับ การตรวจสอบแหล่งที่มา การนำข้อมูลไปส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การสังเกตความผิดปกติของร่างกายและอารมณ์ การชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพ ใส่ใจเรื่องอาหาร และมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้นย่อมแสดงออกถึงการตระหนักรู้และการรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเป็นแรงกระตุ้นที่ดีเพื่อให้สามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม สามารถดูแลสุขภาพใจกับคนในชุมชนหันมาใส่ใจดูแลตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับ Sookpool, Kingmala, Pangsuk, Yeanyoun, & Wongnun (2020) ศึกษาเรื่องการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน พบว่า เปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น จึงเห็นสมควรดำเนินการจัดกิจกรรมและให้มีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่งเสริมการกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป แต่อย่างไรก็ตามในองค์ประกอบที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนหลังการทดลองเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุต้องใช้เครื่องมือในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อออนไลน์ อาจจะต้องใช้เวลาในการเรียนรู้มากพอสมควร เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอยู่รูปแบบของโทรศัพท์เคลื่อนที่ (Smartphone) ที่ต้องใช้ระบบปฏิบัติการที่มีความซับซ้อนในการใช้งาน โดยใช้คำสั่งอยู่ในแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อสืบค้นข้อมูลที่ต้องการค้นหา ประกอบกับผู้สูงอายุบางคนไม่เคยใช้เครื่องมือดังกล่าวจึงขาดความชำนาญในการใช้งาน จัดว่าเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ แต่ในส่วนของการใช้อุปกรณ์ประเภทสื่อสิ่งพิมพ์ สายด่วน และการขอคำปรึกษา ผู้สูงอายุนั้นยังคงสามารถพึ่งพาตนเองสืบค้นข้อมูลจากแหล่งดังกล่าวได้ดี

การวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ใช้การสาธิตการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับช่วงวัย และใช้สื่อนำเสนอข้อมูลหลายรูปแบบเช่น คลิป YouTube โปรแกรม PowerPoint ใบงาน และอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดกระบวนการเรียนรู้ พบว่า ในภาพรวมเมื่อได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน โดยข้อมูลด้านการศึกษาพฤติกรรมนี้มุ่งเน้นวิเคราะห์ด้านการบริโภคผัก ผลไม้ อาหารที่มีแคลเซียม การบริโภคอาหารที่มีไขมัน การบริโภคขนม เครื่องดื่มรสหวาน และอาหารรสเค็ม เป็นต้น ออกแบบเนื้อหาให้ยึดหลักตามธงโภชนาการของกรมอนามัย (Department of Health: Ministry of Public Health, 2018) หลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้เพื่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคไปในทิศทางที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคสิ่งที่ดีมีประโยชน์ ลดการเกิดโรคภัยจากการบริโภคไม่ถูกสุขลักษณะ สอดคล้องกับ Faculty of Medicine Siriraj Hospital (2016) อธิบายว่า อาหารไทยเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูงมีสารอาหารครบถ้วน ซึ่งต้องบริโภคในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ เป็นต้น ดังนั้น ต้องมีการรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักที่เรียกว่า โภชนบัญญัติ 9 ประการ เช่น รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เหมาะสม กินผักให้มาก กินข้าวสลับกับแป้งบ้างมื้อ กินอาหารที่มีไขมันพอควร หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด ลดปริมาณอาหารหวานอาหารเค็ม และอื่น ๆ เป็นต้น จึงเหมาะสมที่จะนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ส่วนด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุนั้น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีบุญไสภณ เป็นสถานพยาบาลประจำตำบลในพื้นที่อำเภอพระพุทธรบาท ได้มีการนัดหมายกลุ่มผู้สูงอายุในช่วงเวลาเช้าของทุกวัน 20 ของทุกเดือนอย่างเป็น

ประจำ เพื่อพูดคุยประชาสัมพันธ์ข่าวสารที่สำคัญ และจัดกิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมนี้ไปทดลองใช้เพื่อการศึกษา ผลที่ได้คือ ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ดีที่สามารถสร้างได้ด้วยตนเอง มีความสนใจอยากพัฒนาสุขภาพร่างกายของตนเองให้แข็งแรง ประกอบกับทางเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ฯ พร้อมทั้งจะจัดกิจกรรมทางกายเพิ่ม ในช่วงเวลาตอนเย็นหลังเลิกงาน ลักษณะกิจกรรมเป็นการออกกำลังกายเพื่อคนในชุมชน เน้นการเสริมสร้างความแข็งแรง เพิ่มการเผาผลาญพลังงาน ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดในจิตใจ เปิดโอกาสให้คนในชุมชนมีเวลาทำกิจกรรมร่วมกัน สร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดี และเชิญชวนคนที่ไม่เคยเข้าร่วมทำกิจกรรมทางกายให้หันมาใส่ใจรักสุขภาพไปพร้อมกัน สอดคล้องกับ Rammapap, Yangthung, Sripetcharaporn, Klubanual, & Muntham (2019) และ Naowwan & Arrom (2020) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมการออกกำลังกายเป็นประจำจะส่งผลถึงการมีสมรรถภาพทางกายที่ดีขึ้นหลายด้าน เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอดทนของกล้ามเนื้อ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด ความคล่องตัวและการทรงตัว เป็นต้น แล้วจึงส่งผลถึงความสามารถในการจัดการความเครียด ลดความวิตกกังวล ตลอดจนสร้างความผ่อนคลายให้กับจิตใจได้เป็นอย่างดี

พฤติกรรมด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า เมื่อวิเคราะห์ภาพรวมเปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำคะแนนเฉลี่ยได้เท่ากับ 3.30 และ 4.11 ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 124.54 ปรากฏว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะทำให้ทราบว่า สาเหตุหลักของความผิดปกติในร่างกายที่ส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือโรคร้ายไข้เจ็บนั้นมาจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นเรื่องธรรมชาติที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยผู้สูงอายุต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง เรียนรู้ที่จะหาทางป้องกันสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบ และวิธีการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง โดยปัญหาทางด้านร่างกายที่พบได้บ่อย เช่น ปัญหาการมองเห็น ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ ปัญหาหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาทางเดินลมหายใจ ปัญหาการย่อยอาหาร ปัญหาระบบฮอร์โมน และปัญหาระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น (Kespichayawattana, Wivatvanit, Srisuk, & Jetmanorom, 2018) สิ่งที่คุณสูงอายุได้เรียนรู้คือ การหลีกเลี่ยงจุดเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุ การทำสะอาดช่องปากโดยเฉพาะการทำความสะอาดฟันปลอม การฝึกสมาธิเพื่อเรียนรู้ระบบประสาทสัมผัส ตลอดจนฝึกการดูแลตนเองในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ผู้สูงอายุได้แสดงออกถึงความใส่ใจในการป้องกันและการแสวงหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อการระมัดระวังในการดูแลตนเองให้ห่างไกลโรค ดังนั้น ในการจัดโปรแกรมการศึกษาครั้งนี้ได้เน้นขั้นตอนการให้ทุกคนช่วยกันระดมความคิด เล่าประสบการณ์ ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหามาของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นตัวอย่างกรณีศึกษาให้กับสมาชิกในกลุ่ม จะได้นำไปปรับตัวเตรียมการดูแลการป้องกัน การเฝ้าระวังสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลง และหาทางช่วยเหลือเมื่อมีเหตุต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน สอดคล้องกับ Nakphu & Songthap (2019) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมองค์ความรู้และความเข้าใจ โดยอธิบายดังนี้ 1) ส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การแปรงฟัน อาบน้ำ ตัดเล็บ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นต้น 2) การป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับภูมิคุ้มกันโรค และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น 3) การเลือกรักษาทางการแพทย์ได้อย่างเหมาะสม เช่น สามารถตัดสินใจรักษาโรคจากแพทย์ทางเลือกได้อย่างเหมาะสม 4) สามารถเข้าถึงสถานพยาบาลหรือแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้โดยง่าย เพื่อขอคำอธิบายประกอบการตัดสินใจในการรักษา และยังมีโอกาสพบปะเข้าถึงกลุ่มชมรมที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง เช่น ชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ประสิทธิผลของการนำโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ผ่านการกระบวนการอบรมที่อาศัยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคนในชุมชนที่มีช่วงอายุใกล้เคียงกัน เพื่อการสร้างองค์ความรู้ ฟังพาดตนเองลดการพึ่งพิงจากคนอื่น ดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามกำลังความสามารถของตน รู้วิธีการใช้กระบวนการคิดในการตัดสินใจก่อนจะเชื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีเหตุผล จึงถือเป็นการสร้างสมรรถนะส่วนบุคคลอย่างยั่งยืนตลอดไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือหลายฝ่าย เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีบุญโสภณ และผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ ผู้วิจัยต้องปรับตัวเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ ให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจ โดยการอธิบายสร้างความเข้าใจก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ทุกคนมีความรู้สึกยินดีพร้อมสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้นักวิจัยปฏิบัติตามโปรแกรมและจัดเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงได้ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกพัฒนาขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ปัจจุบันกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เพื่อให้ชุมชนได้มีแนวทางในการนำไปจัดกิจกรรมพัฒนางานองค์กรด้านสุขภาพ ตลอดจนเสริมสร้างให้พัฒนาเป็นระดับสมรรถนะ ที่ลดการพึ่งพาคนอื่น แต่เน้นพึ่งพาความสามารถของตนเองเป็นหลัก ตลอดจนดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ มีความคิดแบบมีเหตุมีผล และรู้เท่าทันเพื่อป้องกันตัวเองเมื่ออยู่ในสภาวะเสี่ยง เป็นต้น

จากการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มผู้สูงอายุหลังเสร็จสิ้นการศึกษาวิจัย ได้ข้อสรุปว่า ผู้สูงอายุมองมีความรู้สึกดีที่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ หลังจากที่ผ่านมาต้องเก็บตัวอยู่ในที่พักเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดจากเชื้อโควิด-19 จึงอยากมีโอกาสพบปะพูดคุยกับคนในชุมชน เพื่อที่จะเข้าร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะการได้เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการลักษณะกิจกรรมกลุ่มเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ได้รู้จักวิธีการดูแลตนเอง และสามารถนำไปสื่อสารกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาการพัฒนาในเรื่อง “ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการใช้เทคโนโลยีเพื่อการสืบค้นข้อมูล” ให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุด ให้ทันกับยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

Reference

- Department of Health: Ministry of Public Health. (2018). *Elderly nutrition flag*. Retrieved December 17, 2023, from <https://www.nutrition2.anamai.moph.go.th/th/cms-of-10>. (in Thai)
- Department of Medical Service. (2015). *Assessment & screenings for elder (2nd ed.)*. Department of Medical Service. Retrieved December 30, 2022, from https://www.dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/DMS_Aging_screening.pdf. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2021). *How to care for the elderly to keep them healthy and comfortable*. Department of Older Persons. Retrieved December 31, 2022, from <https://www.dop.go.th/th/know/15/741>. (in Thai)
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (2016). *Thai food keeps disease away*. Mahidol University. Retrieved November 8, 2023 from <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1266>. (in Thai)

- Health Education Division. (2021). *A manual for organizing activities to enhance health literacy in elderly for officials and caregivers*. Bangkok: New Thammasat. (in Thai)
- Health Education Division. (2023). *Assessment of public health literacy and health behavior to prevent important infectious and sterile diseases of the elderly people in the village changing their health, quality of life management subdistrict*. Health Education Division. Retrieved December 30, 2023 from <http://www.hed.go.th/linkHed/452>. (in Thai)
- Jirawongnusorn., S. & Chitmanasak N. (2022). Development of a health literacy model to enhance health behaviours according the “3A” principle of the elderly. *Journal of Roi Kaensarn Academi*. 7(4), 233-249.
- Kespichayawattana, J., Wivatvanit, S., Srisuk, A., & Jetmanorom, S., (2018). *Learn to understand the elderly*. Retrieved November 8, 2023 from <https://www.dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/415b1ac6-e06d-ec11-80f9-00155d1aab27>. (in Thai)
- Mamak, M. & Deeters, S. (2018). Knowledge exchange model for support good quality of life for elderly in the village of SiamNiwet PhraSamudChedi district, Samutprakarn province. In *Creative RMUT and Sustainable Innovation for Thailand 4.0*. Rajamangala University of Technology. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2016). *The Nation Health Development Plan No. 12*. Ministry of Public Health. Retrieved December 31, 2022 from <https://www.203.157.71.115/knowledge/mapping/paper/view?id=13>. (in Thai)
- Nakphu, T. & Songthap, A. (2019). Self-care behaviors of the elderly. *EAU Heritage Journal Science and Technology*. 13(1), 48-54.
- Naowwan, W. & Arrom, E. (2020). Stress management and related factors of work life quality management. *Journal of Management Science*, 22(1), 223-232.
- Nation Labour Information Center. (2009). *Final report of the sub-research project “A project to research approaches and measures to promote employment in the elderly*. Nation Labour Information Center. Retrieved December 31, 2022 from <https://www.nlrc.mol.go.th/research/JEWLN9/02JEWLN9.pdf>. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Ornlaid, S. (2021). Health literacy associated with health behavior among elderly with active aging in Nakhon Pathom province. *Research and Development Health System Journal*. 14(3), 333-345.
- Phra Phutthabat Public Health Office. (2023). *Percentage of patients with controlled diabetes and high blood pressure*. Retrieved December 14, 2023, from https://www.sri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=df9a12ff1c86ab1b29b3e47118bcd535. (in Thai)

- Prommi, N., Suwannapong, N., Tipayamongkhogul, M., & Manmee, C. (2019). Life happiness of the elderly in Bangkok. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(2), 80-94.
- Rammapap, T., Yangthung, Y., Sripetcharaporn, W., Klubanual, & Muntham, D. (2019). *The study of integrated health exercise on physical fitness of the elderly*. Rajamangala University of Technology Suvarnapbumi. Retrieved November 9, 2023 from <https://www.research.rmutsb.ac.th/fullpaper/2562/research.rmutsb-2562-20200917101609565.pdf>. (in Thai)
- Sookpool, A., Kingmala C., Pangsuk P., Yeanyoun T., & Wongnun W. (2020). Effectiveness of health literacy and health behavior development program for working people. *Journal of Health Science*. 29(3), 419-29.
- The Bureau of Registration Administration in the Department of Provincial Administration. (2022). *Population by age*. Department of Provincial Administration. Retrieved January 31, 2023, from <https://www.stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved December 30, 2022, from https://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y. (in Thai)

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

Developing a Care Model for High-risk Schizophrenia Patients to Prevent Severe Violence Occurrences, Pattani Hospital

ซารีน่า ตะโละ¹ และ นวรัตน์ ไชยมภู^{2,*}

Sareena Tahloh¹ and Navarat Waichompu^{2,*}

¹โรงพยาบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี, ²มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

¹Pattani Hospital, Pattani Province, ²Hatyai University, Songkla Province

(Received: November 30, 2023, Revised: January 15, 2024, Accepted: February 4, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และ 3) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ทบทวนสถิติย้อนหลัง 5 ปี อัตราการกำเริบซ้ำและศึกษาสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 25 คน ระยะที่ 2 นำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบ โดยการระดมสมอง และประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความเป็นประโยชน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.67 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 14 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพปัญหาที่พบ คือ 1) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยญาติไม่สามารถจัดการ 2) แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ชัดเจน 3) มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำทั้งในครอบครัวและชุมชน 4) การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติและการส่งต่อยังไม่เป็นระบบ และ 5) ขาดการรักษาต่อเนื่อง

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือ SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M: Mitigation, A: Admit_R: Recovery และ T: Team

3. ประสิทธิภาพของ SMART Model เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิตก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

SMART Model เป็นรูปแบบที่ครอบคลุมระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท; ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: navara.wa@hu.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to: 1) investigate the condition of recurrent relapse problems among high-risk schizophrenia patients prone to severe violence, 2) develop a care model for high-risk schizophrenia patients to prevent severe violence occurrences, and 3) evaluate the effectiveness of the care model for high-risk schizophrenia patients prone to severe violence at Pattani Hospital, divided into three phases. Phase 1 involved reviewing 5-year retrospective statistics on relapse rates and examining the problems faced by high-risk schizophrenia patients prone to severe violence through group interviews with 25 key informants. Phase 2 involved using the quantitative and qualitative data obtained from Phase 1 to develop a model through brainstorming sessions and assessing the model's benefits with 17 stakeholders. The research tool used was a questionnaire on the benefits developed by the researchers, with a content validity index ranging from 0.67 to 1.00. Data analysis included mean and standard deviation. Phase 3 involved evaluating the effectiveness of the model by assessing the psychiatric symptoms of schizophrenia patients before and after using the model. The sample group consists of 14 high-risk schizophrenia patients meeting the inclusion criteria. The assessment tool used was the psychiatric symptom assessment form developed by the Department of Mental Health. Data analysis was performed using the Wilcoxon signed-rank test.

The research findings were as follows:

1. The problems identified were: 1) inability of relatives to manage the violent behavior of patients and their relatives, 2) unclear assistance guidelines for patients, 3) high risk of recurrence both within the family and the community, 4) lack of readiness of patients and relatives, as well as ineffective referral systems, and 5) insufficient continuous treatment.
2. The care model for high-risk psychiatric patients prone to severe violence was the SMART Model, consisting of: S: SMI-V; M: Mitigation; A: Admit; R: Recovery; and T: Team.
3. The effectiveness of the SMART Model, when comparing the difference in scores of psychiatric symptom assessments before and after implementation, showed a statistically significant difference at the .05 level.

The SMART Model is a comprehensive care model for high-risk psychiatric patients prone to severe violence that can integrate all aspects of teamwork effectively.

Keyword: Schizophrenia, Recurrent Symptoms, High Risk

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่พบได้มากที่สุด การดำเนินของโรคมีลักษณะที่เรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาจะเกิดการเสื่อมถอยอย่างมากทางความคิดพฤติกรรมและการรับรู้ เป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหา และส่งผลกระทบต่อความรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ โดยทั่วไปมักพบโรคจิตเภทในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียโอกาสหลายอย่างในชีวิต เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ การใช้ชีวิตโดยรวมทั้งทักษะทางด้านสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่ออาการทางจิตกำเริบ มีอาการคลุ้มคลั่ง

อาละวาด จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ก่อเหตุมีประวัติเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน แต่ผู้ป่วยขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือขาดผู้ดูแลที่มีศักยภาพ ฯลฯ ประกอบกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชายังขาดรูปแบบที่ครอบคลุมและการติดตามดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ขาดการรักษาต่อเนื่อง กลับมาป่วยซ้ำและบางรายอาจจะก่ออันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของสถาบัน (SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวนสะสม 13,194 คน เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภทพหุติกรรมแบบโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด (F20-F29) ร้อยละ 43.22 และกลุ่มโรคความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) ร้อยละ 17.34 (The Department of Mental Health, 2020) ประกอบกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราค่อนข้างสูงซึ่งในประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องกลับมารักษาซ้ำถึงร้อยละ 70.00 (Lohacheewa, 2022) รวมทั้งการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและสารเสพติดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.98 ในปี พ.ศ. 2563 กลุ่มโรคทางจิตเวชที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10-F19) โรคจิตเภทพหุติกรรมแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด (F 20-29) และความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) และจากข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ในผู้ป่วยกลุ่มอาการคุ้มคลั่ง มีภาวะทางจิตประสาทและอารมณ์เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (The Department of Mental Health, 2020) สิ่งเหล่านี้อาจสะท้อนถึงความครอบคลุมของรูปแบบบริการที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำและเป็นความท้าทายของผู้เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่แท้จริงเพื่อนำสู่การวางแผนระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Charoensri (2023) ที่พบว่า การจัดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีประวัติก่อความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยาก การสนับสนุนของชุมชนยังไม่ดีนัก บุคลากรสุขภาพควรออกแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และการจัดการรายกรณีควรถูกนำมาใช้ดูแลผู้ป่วยรายคน

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราผู้ป่วยมารับบริการ 4,746; 4,882; 5,105; 4,864 และ 5,209 ราย ซึ่งโรคจิตเภท (Schizophrenia) พบมากเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และเป็นโรคที่มารับบริการมากเป็นลำดับที่ 4 ของโรงพยาบาลปัตตานี โดยอัตราการเกิดโรคนี้นั้นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5 เท่า อายุเฉลี่ยที่พบมากอยู่ในช่วงในช่วง 20 - 40 ปี ปัจจุบันพบผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานีเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การใช้สารเสพติด พันธุกรรม ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่เดิมมีอาการกำเริบซ้ำ สาเหตุหลักเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดยา การขาดความตระหนักและขาดความรู้ของผู้ดูแล และใช้สารเสพติดร่วม โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มักพบว่าญาติหรือเจ้าหน้าที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงแล้ว ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสดูแลต่อการรักษาและใช้ทรัพยากรที่มากขึ้น ดังนั้น การสังเกตอาการหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่นอนกระสับกระส่าย พูดคุยคนเดียวมากขึ้น มีอารมณ์ฉุนเฉียวหงุดหงิดง่าย เป็นสัญญาณที่ต้องนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วขึ้น และการป้องกันที่ต้นเหตุ คือ ป้องกันขาดนัด ขาดยา ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติดร่วม จะทำให้อัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลและลดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence) ต่อการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยครอบครัวและสังคมได้ และข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลปัตตานี 5 ปีย้อนหลัง ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบจำนวน 165; 161; 163; 155 และ

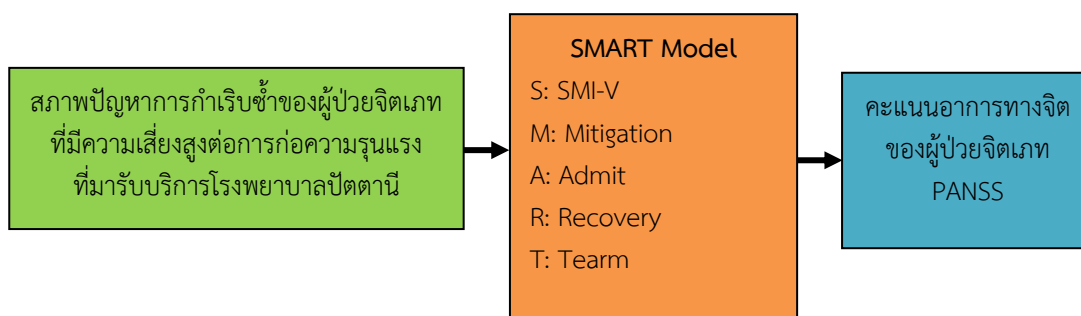
129 ตามลำดับ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอาการกำเริบซ้ำภายใน 90 วันหลังจำหน่าย คือ 7, 8, 4, 5 และ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.24; 4.97; 2.45; 3.23 และ 3.88 ซึ่งพบว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ และผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดร่วมด้วย มีบางส่วนที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่แต่จะมีประวัติการใช้สารเสพติดเช่นกัน (Pattani Hospital, 2022)

ดังนั้น ปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง คือการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยจิตเภท (Treatment gap และ Duration of untreated illness) ธรรมชาติของการกำเริบซ้ำ (Relapse) และการรับการรักษาต่อเนื่อง (Adherence) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Laongsri, Srichaikul, & Pimchan (2017) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการออกมาตรการและเฝ้าระวังการกำเริบซ้ำในชุมชนและยังมีการดำเนินกิจกรรมเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันในชุมชนอย่างจริงจัง จากความสำคัญและปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious mental illness with high risk to violence) เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยมุ่งหวังให้เกิดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายได้มากยิ่งขึ้น และเป็นความท้าทายของพยาบาลผู้ดูแล ภายใต้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม วินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การดูแลรักษา และประเมินผลการรักษาติดตามแบบใกล้ชิด (Close follow-up) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่กำเริบซ้ำ และใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome scale: PANSS) เพื่อประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะเพื่อตอบวัตถุประสงค์ทั้ง 3 ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ทบทวนสถิติอัตราผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยการทบทวนสถิติย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561 - 2565) ของการกำเริบซ้ำและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ตอนที่ 2 ศึกษาสภาพปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1) จิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี รวมจำนวน 12 คน 2) พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดประจำโรงพยาบาลชุมชน รวมจำนวน 11 คน และ 3) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี รวมจำนวน 2 คน รวมทั้งหมด จำนวน 25 คน โดยการนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงระดับจังหวัด หลังจากนั้นรับฟังปัญหาในระดับเครือข่าย และตั้งแนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนเพื่อยกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation) โดยตรวจสอบด้านข้อมูล (Data triangulation) ที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อยืนยันข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยจะใช้การทวนข้อมูลคำตอบและสอบถามข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญเป็นผู้ตรวจสอบ (Member check) ทุกครั้งหลังเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้พิจารณายืนยันข้อมูลตรวจสอบว่าข้อมูลมีความสอดคล้องหรือขัดแย้งกันหรือไม่

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มายกร่างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดด้านเนื้อหาที่นำมาใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorm) โดยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยาประจำคลินิกจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 13 คน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ข้อมูลการระดมสมอง พบว่า ร่างรูปแบบ ๓ มีความครอบคลุมตามสภาพปัญหาที่ได้จากระยะที่ 1 หลังจากนั้นนำร่างรูปแบบฯ ไปประเมินความเป็นประโยชน์

ตอนที่ 2 นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ที่ได้จากตอนที่ 1 มาประเมินความเป็นประโยชน์ โดยผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำรูปแบบฯ ไปใช้จำนวน 15 คน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน 11 คน พยาบาลประจำจุดคัดกรองห้องฉุกเฉิน 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช 1 คนและจิตแพทย์ 2 คน โดยใช้แบบประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนการประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ กับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อคำถาม Rating scale 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ และใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์พิสัย 3 ระดับ ดังนี้

3.68 – 5.00 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับมาก

2.34 – 3.67 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 2.33 หมายถึง รูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์ อยู่ในระดับน้อย

หาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วย (Index of item objective congruence: IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อพิจารณาความเป็นประโยชน์หรือสมควรที่จะเพิ่มเติมประเด็นอะไรบ้าง เพื่อให้ได้รูปแบบฯ ที่มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน หัวหน้างานจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน รวมจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าระหว่าง 0.67 - 1.00 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.812

วิเคราะห์ข้อมูลความเป็นประโยชน์ของรูปแบบฯ โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี เพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (The one-group Pretest-Posttest Design)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ไม่ยินยอมที่เข้าร่วมศึกษา 2) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแล ขอยุติการเข้าร่วมศึกษาทุกกรณี รวมถึงการเสียชีวิตหรือถูกจำคุก และ 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายก่อนใช้รูปแบบฯ ครบ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรทั้งหมดตามเกณฑ์การคัดเข้า ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี ตั้งแต่วันที่ 17 พฤศจิกายน - 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 รวมจำนวน 14 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome Scale: PANSS) (The Department of Mental Health, 2020) จำนวน 8 ข้อ โดยจิตแพทย์ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (PANSS) จำนวน 2 ครั้ง คือ (ก่อน) ระยะแรกรับ และ (หลัง) วันจำหน่าย ซึ่งมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ คะแนนเต็ม 56 คะแนน โดยระบุคะแนนตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตามระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตทั้ง 8 ข้อ รวมคะแนนเพื่อแปลผล เปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี 2 ครั้ง กรณีลดลงแสดงว่าอาการทางจิตดีขึ้น กรณีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (PANSS) อยู่ในระดับสูงมากแสดงว่า มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์ ความคิดและมีความรุนแรงทางพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการประสานผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลชุมชน 12 อำเภอ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการนำส่งผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชากรทั้งหมด จำนวน 14 ราย ที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and negative syndrome scale: PANSS) ประเมิน 2 ระยะ คือ ก่อน (ระยะแรกรับ) และ หลัง (วันจำหน่าย)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา และข้อมูลที่มีผลต่ออาการกำเริบซ้ำ ประกอบด้วย 1) ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตในครอบครัว 2) ประวัติการเจ็บป่วยโรคจิตเวชครั้งนี้ 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคจิตเภท 4) จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการรักษาโรคจิตเภทในโรงพยาบาลปัตตานี 5) สาเหตุที่กำเริบครั้งนี้ 6) ประวัติการใช้สารเสพติด (บุหรี่ยาสูบ ยาบ้า กระท่อม กัญชา ฯลฯ) 7) การปฏิบัติศาสนกิจ 8) การดูแลตนเอง 9) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ และค่าร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท Positive and negative syndrome scale: PANSS ประเมิน 2 ครั้ง ก่อนและหลัง ด้วยสถิติการทดสอบค่าทีแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการแจกแจงข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Test of normality) พบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติค่าที ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยนำโครงการวิจัยเพื่อขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลปัตตานี หมายเลขรับรอง PTN-030-2566 ลงวันที่ 14 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 14 คน พบว่า ส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 64.28 เพศหญิง ร้อยละ 35.72 มีช่วงอายุ 31- 40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอายุ 21 - 30 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุ 51 - 60 ปี ร้อยละ 21.43 สถานภาพส่วนใหญ่โสด ร้อยละ 50.00 สมรส ร้อยละ 28.57 และหย่าร้าง ร้อยละ 35.72 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 64.28 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.57 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 7.15

2. สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ด้านข้อมูลเชิงปริมาณผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำหลังจำหน่าย 90 วันโรงพยาบาลปัตตานี ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเภทเกิดการกำเริบซ้ำร้อยละ 4.24, 4.97, 2.45, 3.23 และ 3.88 ตามลำดับ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 25 คน พบว่า

1. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงญาติไม่สามารถจัดการได้จนก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

“เวลาเจอคนใช้กาวร้าวในชุมชนไม่รู้จะแจ้งใครให้ไปช่วย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ญาติมักนำส่งโรงพยาบาลปัตตานีโดยตรงไม่ผ่านรพช.ทำให้เกิดความเสี่ยงระหว่างทาง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“การประเมินอาการจากซักประวัติญาติบางครั้งไม่รู้ว่าจะอยู่ในระดับความรุนแรงมากมัย” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

2. การบรรเทาหรือจัดการโดยทีม ไม่ชัดเจนและทีมจำกัดพฤติกรรมไม่สามารถควบคุมตัวผู้ป่วยได้ทำให้การรักษาไม่สำเร็จ

“บทบาทหน้าที่ของทีมสนับสนุนยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดความรู้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยกาวร้าว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

“ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษายากต่อการควบคุมตัวและฉีดยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“รพช.โทรมา Consult จิตแพทย์ได้ 24 ชั่วโมงพร้อมให้การช่วยเหลือครับ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

3. แนวทางการรับไว้รับการรักษา พดติกรรมความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภท มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำ ทั้งในครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาภาวะวิกฤติทางจิตเวช

“ญาติเกิดความหวาดกลัวจากอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย อยากให้นอนโรงพยาบาลก่อน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“Refer ไปรพ.ปัตตานี ผู้ป่วยอาการสงบ แต่รอนานที่ห้องฉุกเฉินจนผู้ป่วยเริ่มก้าวร้าวซ้ำ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“ในหอผู้ป่วยจิตเวช เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น มักเสี่ยงหลบหนี” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

4. แนวทางการฟื้นฟู เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายมีความสำคัญมาก และการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้เครือข่ายยังไม่เป็นระบบ

“ผู้ป่วยadmit หอผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องให้ญาติเฝ้าจะได้สอนวิธีการดูแลต่อที่บ้าน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“อยากให้ทางหอผู้ป่วยจิตเวชประสานเครือข่ายก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ปัญหาส่วนใหญ่ ญาติไม่ดูแล ไม่สนใจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงกำเริบซ้ำได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

5. ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง และเมื่อผู้ป่วยอาการดีแล้ว ญาติขาดความเข้มขันการดูแลการกินยา

“ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบหลังจากกลับบ้านแล้วไม่กินยาและญาติจัดการไม่ได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำ มีใช้สารเสพติดร่วมด้วยและไม่กินยา” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20

“ถ้าเราติดตามผู้ป่วยที่มีประวัติก้าวร้าวอย่างใกล้ชิด ช่วยลดการกำเริบซ้ำได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 18

3. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี คือ SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M:Mitigation, A:Admit, R: Recovery และ T: Team ดังภาพ 2



ภาพ 1 SMART Model

จากภาพ 1 SMART Model ประกอบด้วย S: SMI-V, M:Mitigation, A:Admit R: Recovery และ T: Team ตามรายละเอียดดังนี้

S: SMI-V (แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง) ประกอบด้วย 1) Flow SMI-V จังหวัดปัตตานี 2) ควบคุมตัวอย่างปลอดภัย/นำส่งโรงพยาบาลกลับบ้านตามเกณฑ์ และ 3) ระบบ Triage

M: Mitigation (การบรรเทาหรือจัดการโดยทีม) ประกอบด้วย 1) ทีมจำกัดพฤติกรรม 2) ระบบ Consult จิตแพทย์ได้ 24 ชั่วโมง และ 3) ฉีดยาเพื่อระงับอาการทางจิต

A: Admit (แนวทางการรับไว้รับการรักษา) ประกอบด้วย 1) ระบบ Fast track รพช. 2) Admit รพ.ปัตตานี 3) Admission planning 7 ด้าน และ 4) WI การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

R: Recovery (แนวทางการฟื้นฟู) ประกอบด้วย 1) การวางแผนจำหน่ายระบุปัญหาที่เสี่ยงต่อการกำเริบ 2) เตรียมความพร้อมผู้ป่วย/ญาติ 3) แต่ง Case Manager และลงระบบติดตาม HHC และ 4) จิตแพทย์

T: Team (ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน) ประกอบด้วย 1) Case Manager โทรติดตามญาติ 2) Close follow-up 3) ทีมเครือข่ายลงเยี่ยมบ้าน และ 4) พัฒนาระบบประสานช่องทางด่วน

โดย SMART Model มีรายละเอียดดังนี้ **SMIV** คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence) ซึ่งมีแนวทางการจัดระดับจังหวัดบังคับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการเข้าควบคุมตัว เข้ารับการรักษา มีเกณฑ์ในการระบุว่าเป็น SMI-V จากกรมสุขภาพจิต **Mitigation** คือ การบรรเทาหรือจัดการโดยมีทีมที่ผ่านการอบรมเข้าจัดการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย มีระบบประสานจิตแพทย์เพื่อรับแผนการรักษา ยาฉีดควบคุมอาการที่วิกฤติทางจิตเวชขณะนั้นให้สงบโดยเร็ว **Admit** คือ แนวทางการรับไว้รับการรักษาที่รพ.ปัตตานี เพราะมีหอผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ โดยนำส่งจาก รพช. ซึ่งในหอผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางการดูแลที่ป้องกันความเสี่ยงทั้งทางจิตและทางกาย **Recovery** คือ แนวทางการฟื้นฟู ผู้ป่วย การเตรียมจำหน่ายจากหอผู้ป่วยจิตเวช โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ สอนการจัดการต่อที่บ้านเพื่อป้องกันกำเริบซ้ำจากขาดยา **Team** คือ ระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เยี่ยมบ้านอย่างใกล้ชิด และเมื่อพบว่าเสี่ยงจะกำเริบซ้ำ สามารถประสานมายังผู้รับผิดชอบรายกรณีเพื่อแจ้งจิตแพทย์นำตัวมา Admit ก่อนจะกำเริบซ้ำ

1. ผลการประเมินความเป็นประโยชน์ของ SMART Model ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินความเป็นประโยชน์ของ SMART Model (n=15)

ความเป็นประโยชน์ของ SMART Model	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข	4.80	0.41	มาก
2. มีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	4.80	0.41	มาก
3. ระยะเวลาในการใช้รูปแบบมีความเหมาะสม	4.73	0.45	มาก
4. เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน	4.73	0.45	มาก
5. การใช้รูปแบบในการประสานงานมีความเหมาะสม	4.73	0.45	มาก
6. เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	5.00	0.00	มาก
7. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของหน่วยงาน	4.73	0.45	มาก
8. รูปแบบไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อน	4.66	0.48	มาก
9. เพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	4.66	0.48	มาก
10. มีความน่าเชื่อถือในการนำไปปฏิบัติ	5.00	0.00	มาก
ภาพรวม	4.78	0.44	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ความเป็นประโยชน์ของ SMART Model ภาพรวม อยู่ในระดับมาก (M= 4.78, SD= 0.44) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ รูปแบบฯ เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และมี

ความน่าเชื่อถือในการนำไปปฏิบัติ ($M = 5.00$, $SD = 0.00$) รองลงมาคือ รูปแบบมีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่จะแก้ไข และมีความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ($M = 4.80$, $SD = 0.41$) และระยะเวลาในการใช้รูปแบบมีความเหมาะสม เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน การใช้รูปแบบในการประสานงานมีความเหมาะสม และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของหน่วยงาน ($M = 4.73$, $SD = 0.45$) เห็นได้ว่ารูปแบบฯ มีความเป็นประโยชน์และสามารถนำไปประเมินประสิทธิผลต่อไปได้

2. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS ก่อน (ระยะแรกรับ) และ หลัง (วันจำหน่าย) การใช้รูปแบบ SMART Model โดยใช้ Wilcoxon signed ranks test ($n=14$)

ความรู้	M	SD	Z	p-value
ค่าคะแนน PANSS ก่อนการใช้ SMART Model	39.86	9.33	-3.301	.001
ค่าคะแนน PANSS หลังการใช้ SMART Model	25.79	7.77		

จากตาราง 2 ค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS หลังการใช้ SMART Model ต่ำกว่าก่อนการใช้ SMART Model ($M = 25.79$, $SD = 7.77$) ($M = 39.86$, $SD = 9.33$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี พบว่า ปัญหาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงส่วนใหญ่เกิดจากการใช้สารเสพติดร่วมและขาดการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติก่อความรุนแรง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดซ้ำ ถ้าญาติผู้ดูแลไม่มีการดูแลให้กินยาต่อเนื่อง อีกทั้งเมื่อเริ่มมีพฤติกรรมรุนแรงญาติไม่สามารถจัดการได้ จนก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น ในระดับชุมชน เมื่อพบผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงไม่มั่นใจที่จะขอความช่วยเหลือหรือทีมที่จะเข้าควบคุมผู้ป่วยได้เนื่องจากแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงไม่ชัดเจน อีกทั้งทีมจำกัดพฤติกรรมไม่มีความรู้และความชำนาญในการเข้าจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนและอันตราย และส่วนใหญ่เพศชาย ร้อยละ 90 สอดคล้องกับ Walaisri (2023) และ Chudpimai (2023) ซึ่งมีผลกำลังมากกว่าเพศหญิง ทำให้ไม่สามารถควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อฉีดยาตามแผนการรักษาให้สำเร็จได้ โดยพฤติกรรมความรุนแรงที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงสูงที่จะก่อเหตุซ้ำทั้งในครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องรับไว้นอนโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาภาวะวิกฤติทางจิตเวช การส่งต่อผู้ป่วยโดยระบบ Fast track ช่วยลดการรอคอยที่ห้องฉุกเฉินได้ ทำให้นำส่งขณะผู้ป่วยอาการสงบได้รวดเร็วและปลอดภัย ส่วนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายมีความสำคัญมากเพื่อป้องกันการขาดการรักษาและดูแลการกินยาต่อบ้านได้ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายให้เครือข่ายยังไม่เป็นระบบทำให้เกิดปัญหาการติดตามและขาดการรักษาต่อเนื่องเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงซ้ำหรือ Readmit ภายใน 90 วันได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sriharaksa (2022) ที่ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่

เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง โดยการใช้การจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร: กรณีศึกษาตำบลขมิ้น อำเภอ เมือง ที่พบว่า สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดการจัดการต่อเนื่องในชุมชน ญาติ หรือผู้ดูแล ขาดความรู้ ทักษะการดูแล ต้องการความช่วยเหลือจากชุมชน ทีมสุขภาพ จึงจัดการรายกรณีแบบมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน ปรับแผนการดูแลตามให้เหมาะสม

2. รูปแบบที่ได้ คือ SMART Model ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวิจัยและมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี โดยมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ การประเมินอาการตั้งแต่แรกเริ่ม วินิจฉัยปัญหา วางแผนให้การพยาบาล การดูแลรักษา การประเมินผลการรักษาและติดตามประเมิน และ สอดคล้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดย SMIV คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental illness with High Risk to Violence) ซึ่ง SMART Model เป็นแนวทางการดูแลตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต (Department of Mental Health, 2020) โดย Mitigation เป็นการบรรเทาหรือจัดการโดยทีม และ Admit เป็นแนวทางการรับไว้รับการรักษาที่รพ.ปัตตานี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมักก่อเหตุในชุมชนของตนเองดังนั้นการการบรรเทาหรือจัดการโดยทีมเพื่อส่งเข้ารับการรักษามีเชื่อมโยงกัน ส่วน Recovery เป็นแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยรวมทั้งการเตรียมจำหน่าย และ Team เป็นระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากการวิจัยของ Klungka, Piyabanditkul, & Jaitieng (2022) ที่ศึกษาการวิเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นหลักในด้านกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้อง ด้านบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการดูแลตามมาตรฐานเท่านั้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ Walaisri (2023) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการใช้มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนเพิ่มขึ้น ($t=16.55$, $p\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทีมซึ่งรวมถึงระบบเครือข่ายที่ร่วมดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มารับบริการโรงพยาบาลปัตตานี ก่อน(ระยะแรกเริ่ม) และหลัง (วันจำหน่าย) พบว่าค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต Positive and negative syndrome scale: PANSS หลังการใช้ SMART Model ต่ำกว่าก่อนการใช้ SMART Model ($M=25.79$, $SD=7.77$) ($M=39.86$, $SD=9.33$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนการประเมินอาการทางจิต ก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลรักษาตามรูปแบบ SMART Model ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เกิดการทำงานที่เชื่อมโยง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชนให้เข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดการกำเริบซ้ำได้ มีสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Jansam (2020) เรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบไร้รอยต่อเขตบริการจังหวัดยโสธร ที่พบว่าการสร้างระบบเริ่มจากการระดมการมีส่วนร่วมของบุคลากรงานสุขภาพจิตทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับจังหวัด ด้วยการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน สร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Clinical practice guideline) ร่วมกันตั้งแต่ในระดับชุมชน โรงพยาบาล ภายใต้ระบบการสื่อสารเชื่อมโยง ส่งต่อการทำงานอย่างสิ้นไหล มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ มีระบบการปรึกษาโดยแพทย์

(Doctor's consult) และการส่งต่อ การสร้างเครื่องมือติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วย การใช้รูปแบบโรงพยาบาลสามสหาย (Resource sharing) เพื่อให้มีจิตแพทย์บริการอย่างเพียงพอ หลังการสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า อัตราการเข้ารับบริการในระบบการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.11 เป็นร้อยละ 90.44 และยิ่งสอดคล้องกับ Walaisri (2023) หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงลดลง ($t = 8.59, p\text{-value} < 0.001$)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบ SMART Model ส่งผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภททำให้อาการทางจิตลดลงและเกิดระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่สามารถเชื่อมโยงทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี
2. เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของรูปแบบ SMART Model ให้เกิดประโยชน์สูงสุดควรมีการประเมินผลการใช้รูปแบบ SMART Model ต่อเนื่องทุกปี เพื่อปรับปรุงและหาแนวทางที่ครอบคลุมมากขึ้นในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงทุกรายที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลปัตตานี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ SMART Model ในด้านอื่นๆ เช่น ต่อระยะเวลาการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเพื่อใช้ในการวางแผนการป้องกัน

References

- Charoensri, K. (2023). Development of care model for psychiatric patients with high risk of violence by network partners participation: A case study Ban Na Tham - Huay Sai, Pa Rai subdistrict, Don Tan district, Mukdahan province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 8(2), 286-296.
- Chudpimai, R. (2023). Development of a care model for chronic psychiatric patients At-risk groups in the community through the participation process of network partners, Lamplaimat district, Buriram province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(3), 851-867.
- Klungka, S., Piyabanditkul, L., & Jaitieng, A. (2022). Analysis of Caring Pattern for Persons with Schizophrenia in One Tumbon of Khon Kaen Province. *Nursing Science Journal of Thailand*, 40(3), 31-41.
- Jansam, S. (2020). Development of a seamless psychiatric care service system in the service area, Yasothon province. *Journal of Health Science*, 31(1), 1-9.

- Laongsri, S., Srichaikul, B., & Pimchan, N. (2017). The development of care model for psychiatric patients in the community Tambon Phai, Rattanakaburi district, Surin province. *The Journal of Baromrajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(2), 1-9.
- Lohacheewa, S. (2022). Recurrence of psychiatric patient hospitalization: The nursing role in continuing care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 1-9.
- Pattani Hospital. (2022). *Annual report 2022*. Pattani Hospital. Pattani Province.
- The Department of Mental Health. (2020). *Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of act of violence for institutions/hospitals Under the Department of Mental Health*. Bangkok: Prosperus Plus. (in Thai)
- Sriharaksa, P. (2022). Caring for schizophrenic patients at risk of violence through the use of participatory case management in the community Muang district, Sakon Nakhon province: A case study of Khamin subdistrict, Mueang district, Sakon Nakhon province. *Journal of Health and Environmental Education*, 8(1), 436-447.
- Walaisri, K. (2023). Development of a care model for serious mental illness with high risk to violence in the community through the participation process of network partners, Selaphum district, Roi-et province. *Journal of Environmental and Community Health*, 8(3), 909-917.

สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วน
ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายการดูแล
โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม

Stroke Care Competency and Knowledge in Managing Patients with Acute
Stroke of Professional Nurses in the network care system,
Khirirat Nikhom Hospital

พรพนา รอดทอง

Pornpana Rodthong

โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Khirirat Nikhom Hospital, Surat Thani Provincial

(Received: December 24, 2023, Revised: January 18, 2024, Accepted: February 11, 2024)

บทคัดย่อ

งานวิจัยแบบสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายการดูแล โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและความรู้ กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 157 คน ได้รับแบบสอบถามกลับ 141 คน (ร้อยละ 89.81) เลือกแบบเจาะจงให้ตอบแบบสอบถามผ่านทางออนไลน์ที่วัดสมรรถนะ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และความรู้ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.74 และความยากง่ายระหว่าง 0.3 - 0.8 มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย และ Pearson's and Spearman's rank correlations, *t*-test, chi-square, และ ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ หรือระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสมรรถนะรวมที่ระดับ เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (ร้อยละ 36.17) รองลงมา คือ ระดับมีความสามารถ (ร้อยละ 28.37) ระดับเริ่มปฏิบัติงาน (ร้อยละ 24.11) ระดับคล่องงาน (ร้อยละ 8.51) และระดับเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 2.84) มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.16) โดยที่ความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะรวม ($r = 0.25 - 0.38, p < 0.05$) ความรู้และสมรรถนะรวมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มระดับสมรรถนะความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ($\rho = 0.26$ และ 0.96 ตามลำดับ, $p < 0.05$) เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีสมรรถนะรวมและความรู้มากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ไม่เคยอบรม ($t = 3.29$ และ 2.64 ตามลำดับ, $p < 0.05$)

ฉะนั้น กระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลควรส่งเสริมความรู้ และการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับพยาบาลวิชาชีพ และควรจัดให้เหมาะสมกับระดับกลุ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเริ่มต้นปฏิบัติงาน และเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้าที่มีประมาณ 60 % ของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดในเครือข่ายการดูแล

คำสำคัญ: สมรรถนะ, ความรู้, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, พยาบาลวิชาชีพ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pornpana434519@gmail.com)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to investigate the level of stroke care competency and knowledge in managing patients with acute stroke among professional nurses in the network care system at Khiri Rat Nikhom Hospital, as well as the factors related to competency and knowledge. The sample group consisted of 157 nurses, of whom 141 (89.81%) responded to the survey, which was administered online to measure competency and knowledge. The reliability of the survey for competency was 0.96, and for knowledge was 0.74, with difficulty ranging from 0.3 to 0.8. Data analysis was conducted using descriptive statistics, Pearson's and Spearman's rank correlations, t-test, chi-square, and ANOVA.

The results showed that professional nurses had competency scores overall at a low level or at the beginner level towards advancement. The majority of nurses demonstrated competency levels ranging from beginner to advanced, followed by the competent level (28.37 percent), the beginning work level (24.11 percent), the skilled level (8.51 percent), and the expert level (2.84 percent). Their knowledge was at a moderate level (58.16%), with knowledge correlating with overall competency levels ($r = 0.25 - 0.38, p < 0.05$). Both knowledge and overall competency levels were related to the group of professional expertise competency levels in stroke patient care ($\rho = 0.26$ and 0.96 respectively, $p < 0.05$). Nurses who had received training in stroke patient care exhibited higher overall competency and knowledge compared to those who had not received training ($t = 3.29$ and 2.64 respectively, $p < 0.05$).

Therefore, the Ministry of Public Health and hospitals should promote knowledge and provide training in stroke patient care for nurses, tailored to the competency levels of nurses, especially those in the beginner and beginner to advanced groups, which comprise approximately 60% of all nurses in the care network.

Keywords: Competency, Knowledge, Patients with Stroke, Professional Nurses

บทนำ

ในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในปี พ.ศ. 2560 สูงขึ้นจาก 278.49 ต่อแสนประชากร อายุตั้งแต่ 15 ปี เป็น 330.72 ในปี พ.ศ. 2565 เช่นเดียวกับเขตสุขภาพ 11 อุบัติการณ์สูงขึ้นจาก 271.35 เป็น 323.07 (Tiamkao, 2022) ปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมมีอิทธิพลต่อความเสี่ยง ทั้งนี้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ลดลงสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองที่สูงขึ้น (Avan, Digaleh, Di-Napoli, Stranges, Behrouz, Shojaeianbabaei, et al, 2019; Bray, Paley, Hoffman, James, Gompertz, Wolfe, et al, 2018) และประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันสูง และการเต้นของหัวใจผิดปกติแบบ Atrial fibrillation (AF) (Tiamkao, 2022) โดยพบว่า ความเสี่ยงด้านเมตาบอลิซึม (ความดันโลหิตซิสโตลิกสูง (SBP), ดัชนีมวลกายสูง (BMI), ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง (FBS), คอเลสเตอรอลรวมสูง และอัตราการกรองของไตต่ำคิดเป็นร้อยละ 71.0 (Range: 64.6 – 77.1) ของการเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Burden) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ดี และการออกกำลังกายต่ำ) ทำให้เกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมองได้ถึง ร้อยละ 47.4 (Range: 41.3 - 54.4) และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (มลพิษทาง

อากาศและการสัมผัสสารตะกั่ว) ทำให้เกิดร้อยละ 37.8 (Range: 35.0 - 41.0) (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al, 2022)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาระอย่างมากต่อระบบการรักษายาบาล โดยจำเป็นต้องมีการดูแลแบบเฉียบพลัน การฟื้นฟู และการสนับสนุนระยะยาว และมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การฟื้นฟู และการจัดการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง (Rochmah, Rahmawati, Dahlui, Budiarto, & Bilqis, 2021; Stroke Foundation, 2020) ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการดูแลบริหารจัดการโรคหลอดเลือดในระดับจังหวัด เขตสุขภาพ และระดับประเทศ โดยต้องการลดการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลที่ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2565 มีร้อยละ 8.79 ให้เป็นน้อยกว่าร้อยละ 7.0 ในปี พ.ศ. 2566 - 2570 และกำหนดให้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ICD10: I60 - I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา ในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2567 - 2570 ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจำนวน ร้อยละ 73.18 ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary of MOPH, 2022) ดังนั้น การได้มาซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวนี้ต้องอาศัยทีมสุขภาพทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลในการให้การดูแลตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่ระยะก่อนโรงพยาบาล ระยะในโรงพยาบาล และระยะหลังโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Hisaka, Ito, Yasuhara, Takase, Tanioka & Locsin, 2021; Melnikov, 2020; Jarva, 2020) การศึกษาเน้นย้ำถึงความจำเป็นที่พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการจัดการโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ การนำโปรแกรมสมรรถนะด้านโรคหลอดเลือดสมองไปปฏิบัติ (Reynolds, Murray, Mc-Lennon & Bakas, 2016) เป็นการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มพูนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและเพิ่มการยึดมั่นในแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ ความตระหนักและความมั่นใจของพยาบาลวิชาชีพในการรับรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในสตรี มีความสำคัญอย่างยิ่ง (Colsch, 2022) เนื่องจากมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองและยังมีชีวิตอยู่คือผู้หญิง (Feigin, Brainin, Norrving, Martins, Sacco, Hacke, et al, 2022) นอกจากนี้บทบาทของการพยาบาลวิชาชีพในการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบความสำเร็จก็ถูกเน้นเช่นกัน (Camicia, Lutz, Summers, Klassman & Vaughn, 2021)

การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลวิชาชีพไทยที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 169 คน มีสมรรถนะในระดับดี (Jongruk, Lertsakornsiri, & Cinnoros, 2019) นอกจากนี้การศึกษาในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 209 คน พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับสูง (Temrat, 2022) และมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้อและสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งพบว่าหลังจากเข้าร่วมวิจัยพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้น (Temrat, 2022) และการนำแนวปฏิบัติไปใช้ให้ผลลัพธ์เชิงบวกแก่ผู้ป่วย เช่น การเกิดการติดเชื้อ การเกิดแผลกดทับน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (Puangchan & Jinawin, 2020) นอกจากนี้ ในงานวิจัยในพยาบาลชาวจีน พบว่า อายุ การศึกษาอบรม ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก (Poststroke dysphagia) มีผลต่อความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาการกลืนลำบาก (Wang, Song, He, Long, & Feng, 2023)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีและอำเภอคีรีรัฐนิคม รวมทั้งอำเภอในเครือข่ายการดูแล จากข้อมูลที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม ปี พ.ศ. 2565 และ 2566 จำนวน 114 และ 116 รายคิดเป็นร้อยละ 0.31 และ 0.32 ต่อประชากร โรงพยาบาล

วิภาวดี จำนวน 66 และ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.55 และ 0.63 ต่อประชากร โรงพยาบาลบ้านตาขุน จำนวน 57 และ 53 ราย คิดเป็น 0.43 และ 0.4 ต่อประชากร โรงพยาบาลพนม จำนวน 23 และ 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.07 และ 0.07 ต่อประชากร ตามลำดับ (Health Data Center, Surat Thani Provincial Health Office, 2023) นอกจากนี้การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563 – 2566 (มิถุนายน พ.ศ. 2566) มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 99, 80, 109 และ 323 ราย ตามลำดับ โดยแผนกผู้ป่วยในรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่งกลับมาดูแลในระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care: IMC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 จำนวน 20, 22 และ 28 ราย ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2565 โรงพยาบาลศิริราชร่วมกับโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม ได้เปิดให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านระบบรถโมบายสโตรกยูนิท (Mobile stroke unit) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในพื้นที่ห่างไกลผ่านระบบการปรึกษาทางไกล (Teleconsult) กับแพทย์เฉพาะทางทั้งโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม เป็นแม่ข่ายครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย ทั้ง 4 อำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลบ้านตาขุน และโรงพยาบาลพนม นอกจากนี้โรงพยาบาลศิริรัฐนิคมดำเนินการเปิดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างครบวงจร ซึ่งโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมได้กำหนดให้เป็นโรคทางยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เพิ่มจำนวนขึ้นทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเรื้อรังมีโอกาสดังเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญโดยเฉพาะระยะเร่งด่วน วิกฤติภายใน 72 ชั่วโมงแรก พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การดำเนินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่ถูกต้อง (Puangchan & Jinawin, 2020; Temrat, 2022) ดังนั้น หากทราบระดับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลบ้านตาขุน และโรงพยาบาลพนม และเนื่องจากการศึกษาสมรรถนะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ผ่านมาศึกษาในสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลตติยภูมิและในพยาบาลที่ดูแลเฉพาะทางผู้ป่วยด้านนี้เป็นหลัก นอกจากนี้ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาระดับสมรรถนะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม ทั้งปัจจัยที่มีผลต่อสมรรถนะและความรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน และในเครือข่ายการดูแลโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังไม่มีการศึกษาระดับสมรรถนะตามระดับความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้น ผลวิจัยที่ได้สามารถนำไปส่งเสริมและพัฒนาความรู้ การปฏิบัติการดูแลตามระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่เหมาะสมต่อไป

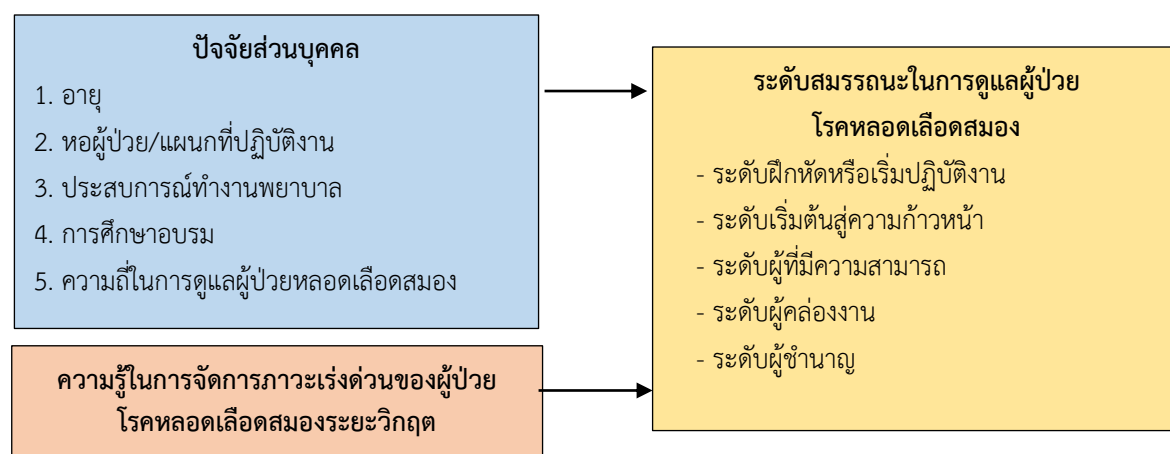
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมและโรงพยาบาลเครือข่าย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมและโรงพยาบาลเครือข่าย
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านคะแนนรวมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมและโรงพยาบาลเครือข่าย

4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านคะแนนรวมความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราชธนิกมและโรงพยาบาลเครือข่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจำแนกระดับความสามารถทางวิชาชีพ ของ Benner (1984) ที่ประกอบด้วยระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) ระดับผู้คล่องงาน (Proficient) และระดับผู้ชำนาญ (Expert) มาใช้จำแนกระดับความสามารถหรือสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพ (Buajeam, 2010; Jongruk, Lertsakornsiri, & Cinnoros, 2019; Sanjaingamworapa, 2012; Dechpoonyachit, 2020; Core Health Ontario, The Stroke Core Competency Framework, 2023) ดังกรอบแนวคิดในแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจแบบสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราชธนิกม และโรงพยาบาลเครือข่ายของโรงพยาบาลศิริราชธนิกม

กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพแบบเจาะจงจากประชากรพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานให้การดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศิริราชธนิกม จำนวน 48 คน โรงพยาบาลเครือข่าย คือ โรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน 31 คน โรงพยาบาลบ้านตาดู จำนวน 33 คน และโรงพยาบาลพนม จำนวน 45 คน รวมทั้งสิ้น 157 คน

เนื่องจากการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สถิติ Pearson correlation กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรเป็น 200 คน (Memon, Ting, Cheah, Thurasamy, Chuah, et al, 2020) อย่างไรก็ตาม ประชากรพยาบาลวิชาชีพในการศึกษานี้มีน้อยกว่า 200 คน ดังนั้น ประชากรทั้งหมดจึงใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต (Temrat, 2022) จำนวน 10 ข้อ (10 คะแนน) ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบข้อละสี่ตัวเลือก

การแปลผล คะแนนใช้การเทียบเคียงคะแนนตามเกณฑ์ของ Best (1977) ที่มีการเปรียบเทียบ 3 ระดับ คือ คะแนนรวมเท่ากับ 2.00 - 4.63 (ร้อยละ 20.00 - 46.30) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ คะแนนรวม 4.64 - 7.33 (ร้อยละ 46.40 - 73.30) มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนรวม 7.34 - 10.00 (ร้อยละ 73.40 - 100.00) มีความรู้ระดับสูง

2. แบบสอบถามระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Buajeam, 2010) ที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามจากเจ้าของเครื่องมืออย่างเป็นทางการแล้ว ซึ่งเป็นแบบสอบถามสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีจำนวน 35 สมรรถนะ จาก 6 สมรรถนะหลัก ได้แก่ 1) ด้านความรู้เรื่องโรค 2) ด้านการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วน 3) ด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด 4) ด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 5) ด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง และ 6) ด้านการสื่อสารและประสานงาน

โดยสมรรถนะแต่ละข้อ มี 5 ตัวเลือกให้พยาบาลเลือกตอบตามการจำแนกระดับสมรรถนะตามแนวคิดความเชี่ยวชาญด้านวิชาชีพของ Benner (1984) คือ ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) ระดับผู้คล่องงาน (Proficient) และระดับผู้ชำนาญ (Expert) ซึ่งในแบบสอบถามมีการให้คำนิยาม คุณลักษณะระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามระดับความเชี่ยวชาญของวิชาชีพ เช่น ระดับฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice) หมายถึงพยาบาลมีความเข้าใจแนวความคิดเพียงเล็กน้อย มีประสบการณ์ทางคลินิกขั้นต่ำ มีความรู้พื้นฐานน้อยมากในหัวข้อ ความรู้ในตำราเรียน/ในชั้นเรียน โดยพยาบาลมักขอความช่วยเหลือในการตัดสินใจทางคลินิกและมีการฝึกฝนเพียงเล็กน้อยในด้านนี้

ทั้งนี้คำถามด้านสมรรถนะส่วนใหญ่นำมาจากการศึกษาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ Buajeam (2010) และงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Buajeam, 2010; Jongruk, Lertsakornsiri, & Cinnoros, 2019; Sanjaingamworapa, 2012; Dechpoonyachit, 2020; Core Health Ontario, The Stroke Core Competency Framework, 2023; Temrat, 2022) ตัวอย่างข้อคำถาม คือ 1. สมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรค 1.1 สามารถอธิบายกลไกการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและแนวทางการรักษา [ให้เลือกตอบ คือ ฝึกหัดหรือเริ่มปฏิบัติงาน (Novice), เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner), ผู้ที่มีความสามารถ (Competent), ผู้คล่องงาน (Proficient), ผู้ชำนาญ (Expert), และไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)]

การแปลผลคะแนนของระดับสมรรถนะนั้น มีการให้คะแนนแต่ละรายสมรรถนะ คือ Novice เท่ากับ 1; Expert เท่ากับ 5 คะแนน ส่วนการแปลผลคะแนนรวมรายด้านทั้ง 6 สมรรถนะหลักและคะแนนสมรรถนะรวมจากการบวกกันของ 35 สมรรถนะใช้การเทียบเคียงคะแนนของ Best (1977) ที่มีการเปรียบเทียบ 5 ระดับ และคะแนนรวมสมรรถนะของรายบุคคล สามารถจัดกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 การแปลผลคะแนนการจัดกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

คะแนน rating (5)	คะแนนรวม (175)	%	ระดับ
1.00 – 1.49	35.00 – 52.40	20.00- 29.90	ต่ำมาก (Novice)
1.50 – 2.49	52.50 – 87.40	30.00 - 49.90	ต่ำ (Advance beginner)
2.50 – 3.49	87.50 – 122.40	50.00 - 69.90	ปานกลาง (Competent)
3.50 - 4.49	122.50 – 157.40	70.00 - 89.90	สูง (Proficient)
4.50 - 5.00	157.50 – 175.00	90.00 - 100	สูงมาก (Expert)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนี CVI เท่ากับ 0.96 และมีการตรวจสอบความเที่ยงเชิงความคงที่ (Stability) แบบการทดสอบซ้ำ (Test - retest) โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง จำนวน 5 คน โดยทดสอบจำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลาห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เท่ากับ 0.74

งานผู้วิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 คน ที่ไม่ใช่เป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ผลการทดสอบพบว่า ความยากง่ายของข้อคำถาม (Level of difficulty) ทั้ง 10 ข้อ พบว่า อยู่ระหว่าง 0.30 - 0.80 ทุกข้อ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ คะแนนรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 10 คะแนน

แบบสอบถามระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากคำถามส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) มาจากการศึกษาสมรรถนะด้วยเทคนิคเดลไฟล์ของ Buajeam (2010) และเป็นคำถามสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสอดคล้องกับวรรณกรรมที่เป็นปัจจุบันที่ได้พบ

อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้พัฒนาตัวเลือกของการตอบคำถามตามแนวทางการประเมินสมรรถนะตามความเชี่ยวชาญของวิชาชีพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Core Health Ontario, The Stroke Core Competency Framework, 2023) ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 31 คน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่ศึกษาวิจัย พบว่า มีความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.96 ส่วนการศึกษานี้เท่ากับ 0.98 จากกลุ่มตัวอย่าง 141 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยแบบสำรวจนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Google forms) ในประชากรที่ศึกษา โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตการเก็บข้อมูลในพยาบาลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทั้ง 4 โรงพยาบาล และส่งลิงค์แบบสอบถามไปทาง Application LINE กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล มีการเก็บข้อมูลภายใน 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งค่าเฉลี่ยและเปอร์เซ็นต์ และมีการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation, Chi-square, Fisher's exact test) การวิเคราะห์กลุ่มย่อยเพื่อทดสอบความแตกต่าง (t-test, ANOVA) ในระดับความรู้และระดับสมรรถนะโดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ ปีของประสบการณ์ทำงาน และแผนก/โรงพยาบาลที่ทำงาน ความบ่อยครั้งของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและกลุ่มระดับสมรรถนะ

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หมายเลขรับรอง เลขที่โครงการวิจัย STPHO2023-254 และการเก็บข้อมูลได้ผ่านความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการปกป้องตามกฎหมายมาตรฐานสากล

ผลการวิจัย

จำนวนพยาบาลของโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน 157 คน มีพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 141 คน อัตราการตอบกลับเท่ากับ ร้อยละ 89.81 อายุเฉลี่ย คือ 33.60 ปี (Range= 22 - 59; SD= 9.09) ประสบการณ์ทำงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ 11.03 ปี (Range= 0.50 - 37) จำนวนวันเฉลี่ยที่เคยได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.64 วัน (Range=0 - 14; SD= 1.62) มีพยาบาลวิชาชีพที่เคย

ได้รับการอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 3 เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.41) ในแต่ละเดือนพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลหรือแทบจะไม่ได้ดูแลที่ระยะก่อนโรงพยาบาล (ร้อยละ 44.68 - 74.47) พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ระยะในโรงพยาบาล 2 - 3 คน ต่อเดือน (ร้อยละ 42.55 - 49.56) แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลหรือแทบจะไม่ได้ดูแลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) หรือ Alteplase ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 70.21) และการจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตหรือการส่งต่อผู้ป่วย (ร้อยละ 54.61) สำหรับระยะหลังโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลหรือแทบจะไม่ได้ดูแลตามนัดที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 48.20) และไม่ได้ให้การดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 70.92)

ทั้งนี้สามารถรายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราชธนิกมและโรงพยาบาลเครือข่าย การวิเคราะห์สมรรถนะรายด้าน พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคที่ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (n= 44 - 50; ร้อยละ 31.20 - 35.0) สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วนที่ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้าและที่ระดับมีความสามารถ (n= 40 - 49; ร้อยละ 28.40 - 34.80) มีสมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ระดับฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน (n= 48 - 54; ร้อยละ 34.00 - 38.30) มีสมรรถนะด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระดับฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน และระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (n= 38 - 48; ร้อยละ 29.10 - 34.0) มีสมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (n= 41 - 54; ร้อยละ 29.10 - 38.00) และมีสมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน ที่ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (n= 35 - 39; ร้อยละ 29.10 - 31.90)

จากคะแนนเต็มของสมรรถนะ 175 คะแนน คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ เท่ากับ 80.50 (SD= 35.16) หรือเท่ากับร้อยละ 44.76 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ หรือในระดับ Advance beginner เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนในแต่ละสมรรถนะรายด้าน ร้อยละ 100.00 พยาบาลวิชาชีพมีคะแนนสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วนมากที่สุด (ร้อยละ 50.65, ปานกลาง, Competent) รองลงมาคือ สมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (ร้อยละ 48.76, ต่ำ, Advance beginner) สมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรค (ร้อยละ 47.77, ต่ำ, Advance beginner) สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน (ร้อยละ 39.98, ต่ำ, Advance beginner) สมรรถนะด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 39.98, ต่ำ, Advance beginner) และมีสมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด (ร้อยละ 39.25, ต่ำ, Advance beginner) ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนระดับสมรรถนะรายด้านและสมรรถนะรวมในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต

สมรรถนะ	M	SD	ร้อยละ*	ระดับ
1. สมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรค (30 คะแนน)	14.33	6.70	47.77	ต่ำ Advance beginner
2. สมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วน (40 คะแนน)	20.26	9.07	50.65	ปานกลาง Competent
3. สมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด (20 คะแนน)	7.85	4.58	39.25	ต่ำ Advance beginner
4. สมรรถนะด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (35 คะแนน)	13.99	8.24	39.98	ต่ำ Advance beginner
5. สมรรถนะด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (25 คะแนน)	12.19	6.94	48.76	ต่ำ Advance beginner

ตาราง 2 (ต่อ)

สมรรถนะ	M	SD	ร้อยละ*	ระดับ
6. สมรรถนะด้านการสื่อสารและประสานงาน (25 คะแนน)	11.93	5.96	47.72	ต่ำ Advance beginner
สมรรถนะรวม (175 คะแนน)	80.55	35.16	44.76	ต่ำ Advance beginner
ความรู้ (10 คะแนน)	5.64	1.99	56.40	ปานกลาง

*ในแต่ละสมรรถนะรายด้านคิดเปรียบเทียบคะแนนเป็น 100%

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนรวมความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต 10 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของพยาบาลอยู่ที่ 5.64 คะแนน ($SD= 1.99$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อจัดกลุ่มพยาบาลวิชาชีพตามระดับคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีระดับสมรรถนะในระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า ($M= 68.75$; $SD= 10.2$; $n= 51$, ร้อยละ 36.17) รองลงมาคือ ระดับมีความสามารถ ($M= 103.93$; $SD= 9.49$; $n= 40$, ร้อยละ 28.36) ระดับฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน ($M= 39.15$; $SD= 5.58$; $n=34$, ร้อยละ 24.11) ในขณะที่พยาบาลวิชาชีพจำนวนน้อยมีสมรรถนะที่ระดับคล่องงาน ($M= 104.42$; $SD= 10.22$; $n= 12$, ร้อยละ 8.51) และระดับชำนาญงาน ($M= 169.75$; $SD= 6.89$; $n= 4$, ร้อยละ 2.84) และพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตในระดับปานกลาง ($n= 82$, ร้อยละ 58.16)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศิริราช นิคมและโรงพยาบาลเครือข่าย

จากการวิเคราะห์ตัวแปรที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องด้วยสถิติ Pearson's correlation ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน (ปี) ระยะเวลาอบรม คะแนนรวมความบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับคะแนนรวมระดับสมรรถนะ และคะแนนรวมความรู้ พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสมรรถนะ ($r= 0.25$, $p < 0.05$) สมรรถนะสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r= 0.37$, $p < 0.01$) จำนวนปีของประสบการณ์ทำงาน ($r= 0.38$, $p < 0.01$) ระยะเวลาที่ได้รับการอบรม ($r= 0.25$, $p < 0.05$) โดยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้กับอายุ ประสบการณ์ทำงาน ระยะเวลาอบรม ความบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระหว่างสมรรถนะกับความบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นตัวแปรมาตราวัดระดับกับคะแนนรวมสมรรถนะและความรู้ด้วย Spearman's rank correlation พบว่า กลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนรวมสมรรถนะ ($\rho= 0.96$, $p < 0.001$) และความรู้ ($\rho= 0.26$, $p < 0.002$)

ในการวิเคราะห์กลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพกับโรงพยาบาลแผนกที่ปฏิบัติงาน ประสบการณ์ฝึกอบรม ระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มความบ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วย ด้วย Chi-square test ไม่สามารถทดสอบได้เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ Chi-square test ดังนั้นจึงวิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test with Monte Carlo Simulation พบว่า เฉพาะแผนกที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.009$) ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต

สมรรถนะรวม			กลุ่มระดับสมรรถนะ		
ตัวแปร	Pearson's correlation (<i>r</i>)	<i>p</i> -value	ตัวแปร	Spearman's rank correlation (<i>rho</i>)	<i>p</i> -value
ความรู้	0.25	< 0.05	ความรู้	0.26	0.02
อายุ	0.37	< 0.01	สมรรถนะรวม	0.96	< 0.001
ปีของประสบการณ์	0.38	< 0.01	แผนกที่ปฏิบัติงาน	-	0.009*
ทำงาน					
ระยะเวลาที่ได้รับการอบรม	0.25	< 0.05			

*Fisher's exact test with Monte Carlo Simulation

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรม โรงพยาบาล แผนกที่ปฏิบัติงาน ระดับความบ่อยครั้งในการดูแลและกลุ่มระดับสมรรถนะกับคะแนนรวมสมรรถนะ

การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มปัจจัยต่าง ๆ และกลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ในด้านคะแนนรวมสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย t-test และ ANOVA พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมระยะสั้นมีระดับสมรรถนะรวมมากกว่าคนที่ไม่เคยรับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.29, p < 0.001$) พยาบาลวิชาชีพทำงานที่แผนกที่แตกต่างกันมีระดับสมรรถนะรวมที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.88; p = 0.017$) แต่ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่สูงกว่าหรือเชี่ยวชาญกว่า มีสมรรถนะในภาพรวมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองดีกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีระดับสมรรถนะความเชี่ยวชาญในการดูแลที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 499.32, p < 0.001$) ทั้งนี้ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วย Post hoc (Bonferroni) พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกคู่ที่เปรียบเทียบนั้นคือ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญงานมีคะแนนสมรรถนะรวมในการดูแลสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพระดับคล่องงาน มากกว่าระดับมีความสามารถ มากกว่าระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า มากกว่าระดับเริ่มฝึกปฏิบัติงาน ดังตาราง 4 - 5 และไม่พบความแตกต่างของสมรรถนะรวมในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของปัจจัยอื่น ๆ

ตาราง 4 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยแผนกกับคะแนนรวมสมรรถนะ

แผนก	N	M	SD	F-test	<i>p</i> -value	Post Hoc (<i>p</i> -value)
IPD	47	92.11	38.16	2.88	0.017	> 0.05*
ANC	3	92	46.13			
LR	20	71	30.08			
OPD	27	72.74	31.26			
ER	42	74.05	31.2			
อื่นๆ	2	129.5	51.62			

ตาราง 5 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยกลุ่มสมรรถนะกับคะแนนรวมสมรรถนะ

กลุ่มสมรรถนะ	N	M	SD	F-test	p-value	Post Hoc (p-value)
1.ฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน	34	39.15	5.58	499.32	<0.001	<0.001**
2.เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า	51	68.75	10.21			
3.มีความสามารถ	40	103.93	9.49			
4. คล่องงาน	12	140.42	10.22			
5. ชำนาญงาน	4	169.75	6.85			

*, ** ค่า p-value ของทุกคู่เปรียบเทียบ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้านระดับการศึกษา ประสบการณ์การฝึกอบรมโรงพยาบาล แผนกที่ปฏิบัติงาน ระดับความบ่อยครั้งในการดูแล และกลุ่มระดับสมรรถนะ กับคะแนนรวมความรู้

ผลการทดสอบความแตกต่างด้วย t-test พบว่าพยาบาลที่เคยได้รับการอบรมระยะสั้นมีความรู้มากกว่าคนที่ไม่เคยรับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.64, p = 0.009$) ผลการทดสอบด้วย ANOVA พบว่าพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.84, p = 0.04$) แต่ผล Post hoc (Bonferroni) พบว่า เฉพาะพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศิริราชมีความรู้สูงกว่าพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลวิภาวดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และถึงแม้ว่าผล ANOVA จะแสดงถึงความแตกต่างของความรู้ของพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน (F= 2.94, $p = 0.023$) แต่ผล Post hoc (Bonferroni) ไม่พบความแตกต่างของความรู้ในการเปรียบเทียบรายคู่ของกลุ่มที่มีระดับสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลที่แตกต่างกัน ดังตาราง 6 -7 และไม่พบความแตกต่างของความรู้ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของปัจจัยอื่น ๆ

ตาราง 6 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยโรงพยาบาลกับคะแนนรวมความรู้

โรงพยาบาล	N	M	SD	F-test	p-value	Post Hoc (p-value)
ศิริราช	47	6	1.81	2.84	0.04	0.042*
วิภาวดี	26	4.69	1.52			>0.05**
พนม	40	5.9	2.19			
บ้านตาก	28	5.54	2.17			

ตาราง 7 ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของปัจจัยกลุ่มสมรรถนะกับคะแนนรวมความรู้

กลาสมรรถนะ	N	M	SD	F-test	p-value	Post Hoc (p-value)
1. ฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน	34	4.74	2	2.94	0.023	> 0.05***
2. เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า	51	5.75	1.96			
3. มีความสามารถ	40	5.95	1.83			
4. คล่องงาน	12	6.25	2.14			
5. ชำนาญงาน	4	7	1.41			

*p-value เปรียบเทียบระหว่างคู่ โรงพยาบาลศิริราช-โรงพยาบาลวิภาวดี, **p-value เมื่อเปรียบเทียบคู่อื่น;

***p-value ของทุกรายการเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ในภาพรวมดังนี้

ระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต

พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตในระดับปานกลาง มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวมในระดับต่ำหรือระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner) ถึงแม้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีอายุเฉลี่ยในการปฏิบัติงานที่ประมาณ 11 ปี และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ระยะในโรงพยาบาล 2 - 3 คนต่อเดือน ($n = 60 - 70$; ร้อยละ 42.55 - 49.56) แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลหรือแทบจะไม่ได้ดูแลในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด ยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) หรือ Alteplase ชนิดฉีดทางหลอดเลือดดำ ($n = 99$; ร้อยละ 70.21) และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลหรือแทบจะไม่ได้ดูแลการจำหน่ายผู้ป่วยไปยังหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตหรือการส่งต่อผู้ป่วย ($n = 77$; ร้อยละ 54.61) จึงทำให้มีสมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด ที่ระดับฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน ($n = 48 - 54$; ร้อยละ 34.00 - 38.30) มีสมรรถนะด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ระดับฝึกหัด/เริ่มปฏิบัติงาน และระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า ($n = 38 - 48$; ร้อยละ 29.10 - 34.00) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ Jongruk, Lertsakornsiri, & Cinnoros (2019) ที่ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 169 คน และพบว่า สมรรถนะรวมของพยาบาลสมรรถนะอยู่ในระดับดี ส่วนรายด้านคือ ด้านการพยาบาลเพื่อวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง ด้านการสื่อสารและการประสานงาน ด้านความสามารถในการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วน ด้านความรู้เรื่องโรค ด้านการพยาบาลในการประเมินและการจัดการเมื่อพ้นภาวะเร่งด่วน ด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือด ด้านการถ่ายทอดความรู้และเทคโนโลยีทางการพยาบาล ด้านการเป็นผู้นำ อยู่ในระดับดี และด้านการวิจัยและพัฒนาทางการพยาบาลอยู่ระดับปานกลาง และแตกต่างจากงานวิจัยของ Sanjaingamworapa (2012) ที่สอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 209 คน โดยมีการนิยามสมรรถนะในการดูแล ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่จะส่งเสริมการดูแลให้มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ 6 ด้านได้แก่ การเข้าถึงและรับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย และญาติ และการดูแลต่อเนื่อง พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูง

ทั้งนี้ งานวิจัยทั้งสองชิ้นงานมีการเก็บข้อมูลในพยาบาลเฉพาะแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า และการประเมินระดับสมรรถนะที่มีการให้คะแนนแบบ Rating scale 5 ระดับ และมีการแปลผลคะแนนดีมาก ดี ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (Jongruk, Lertsakornsiri, & Cinnoros, 2019) และสูง ปานกลาง ต่ำ (Sanjaingamworapa, 2012) ซึ่งเป็นการประเมินสมรรถนะแบบกว้าง ๆ ไม่ลึก และเฉพาะเจาะจงถึงระดับความเชี่ยวชาญของวิชาชีพในแต่ละรายสมรรถนะ เช่น งานวิจัยนี้ และงานวิจัยนี้เก็บรวบรวมจากพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนทุกแผนก เนื่องจากการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ทำงานครอบคลุมเกือบทุกแผนกจึงมีการเก็บข้อมูลที่ไม่ได้เจาะจงเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยใน หรืออุบัติเหตุฉุกเฉินที่พยาบาลวิชาชีพมีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยตรงหรือมากกว่าพยาบาลวิชาชีพแผนกอื่น

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤต รวมถึงความแตกต่างด้านสมรรถนะและความรู้ระหว่างกลุ่มของปัจจัยที่ศึกษา

พยาบาลวิชาชีพที่เคยได้รับการอบรมระยะสั้นด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีสมรรถนะรวมและความรู้ที่สูงกว่าคนที่ไม่เคยอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การอบรมมีความสัมพันธ์กับความรู้และสมรรถนะ และจะเห็นว่า พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะด้านการประเมินและการจัดการในภาวะเร่งด่วนสูงกว่า

สมรรถนะด้านอื่น คือ อยู่ในระดับมีความสามารถ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะว่าที่ผ่านมาการจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้แก่พยาบาลวิชาชีพ เน้นด้านนี้มากกว่าด้านอื่น เช่นเดียวกับ งานวิจัยของ Reynolds, Murray, Mc-Lennon & Bakas (2016) ที่พบว่า การจัดโปรแกรมอบรมมีผลต่อพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการดูแล (Guideline) และมีผลต่อความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้พบว่า ระดับกลุ่มความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพในการดูแล มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะโดยรวม และพยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระดับที่สูงกว่า มีสมรรถนะรวมในการดูแลผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มระดับสมรรถนะต่ำกว่า ทั้งนี้ ประสิทธิภาพการดูแลที่ประเมินจากความบ่อยครั้งในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะและความรู้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า อาจเกิดจากที่พยาบาลในงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยที่ระยะต่าง ๆ หรือได้ให้การดูแลผู้ป่วย 2 - 3 คนต่อเดือน และเป็นการดูแลแบบ Intermediate care ที่โรงพยาบาลชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม ปีของประสิทธิภาพการดูแลสามารถไปเพิ่มความเชี่ยวชาญและสมรรถนะการดูแลได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Sanjaingamworapa (2012) พบว่า ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของพยาบาลโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย และงานวิจัยนี้พบว่า พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศิริราชมีความรู้สูงกว่าโรงพยาบาลวิภาวดี อาจเกิดจากสาเหตุที่พยาบาลจากโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลที่มีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke unit) และพยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มากกว่าโรงพยาบาลวิภาวดี

งานวิจัยนี้มีจุดเด่น คือ เป็นงานวิจัยที่ศึกษาระดับสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและความรู้ในการจัดการภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะวิกฤตของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน และมีการศึกษาระดับสมรรถนะตามความสามารถหรือความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่เคยศึกษามาก่อน ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้พัฒนาและส่งเสริมความรู้และสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนให้เหมาะสมกับระดับกลุ่มสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและบริบทของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่ผู้สนใจและนำไปใช้ควรพิจารณา

ข้อจำกัดการวิจัย

การเก็บข้อมูลด้านความรู้โดยการตอบแบบสอบถามออนไลน์ ไม่สามารถควบคุมได้ว่า ความรู้ที่พยาบาลวิชาชีพตอบนั้นสะท้อนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่แท้จริงหรือไม่ นอกจากนี้การตอบแบบสอบถามด้านสมรรถนะผู้ตอบอาจจะมีการตอบแบบลำเอียงเข้าข้างตัวเองได้ (Self-report bias) การวิจัยนี้เป็นการศึกษาที่เก็บจากพยาบาลวิชาชีพแบบเจาะจงในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 4 โรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมีแค่ 141 คน ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงในพยาบาลโรงพยาบาลระดับอื่นอาจมีข้อจำกัด

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีสมรรถนะในระดับเริ่มปฏิบัติงานและเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า และมีความรู้ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ความรู้สัมพันธ์กับสมรรถนะ ดังนั้น ควรมีการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรมีการจัดการให้ความรู้และการอบรมที่มีความสัมพันธ์กับระดับกลุ่มสมรรถนะ โดยเฉพาะพยาบาลกลุ่มเริ่มปฏิบัติงาน และพยาบาลกลุ่มเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า
2. โรงพยาบาลเครือข่าย ควรจัดโปรแกรมให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 3 เดือน จำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ในระดับสูง และมีสมรรถนะระดับผู้คล่องงาน (Proficient) และระดับผู้ชำนาญงาน (Expert) ได้ถ่ายทอดความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะแก่พยาบาลวิชาชีพในเครือข่ายที่ส่วนใหญ่มีความรู้ปานกลาง และสมรรถนะระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner)

3. ควรจัดโปรแกรมที่ให้ความรู้ความสำคัญในการเพิ่มสมรรถนะด้านการให้ยาละลายลิ่มเลือดด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะต่ำกว่าด้านอื่น และส่วนใหญ่อยู่ในระดับ เริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเพิ่มเติมถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพและผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย (Patient outcomes)
2. ควรวิจัยเชิงปฏิบัติการถึงการให้ความรู้และเพิ่มสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้านต่าง ๆ ต่อการพัฒนาระดับสมรรถนะทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

References

- Avan, A., Digaleh, H., Di-Napoli, M., Stranges, S., Behrouz, R., Shojaeianbabaei, G., et al. (2019). Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Medicine*, 17(191), 1-30. <https://www.doi.org/10.1186/s12916-019-1397-3>.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company, 307.
- Best, J. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Buajeam, S. (2010). *Stroke nurses competencies in stroke unit*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science program in nursing administration, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Bray, B. D., Paley, L., Hoffman, A., James, M., Gompertz, P., Wolfe, C. D. A., et al. (2018). Socioeconomic disparities in first stroke incidence, quality of care, and survival: a nationwide registry-based cohort study of 44 million adults in England. *Lancet: Public Health*, 3(4), e185-e193. [https://www.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30030-6](https://www.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30030-6).
- Camicia, M., Lutz, B., Summers, D., Klassman, L., & Vaughn, S. (2021). Nursing's role in successful stroke care transitions across the continuum: from acute care into the community. *Stroke*, 52(12), e794-e805. <https://www.doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938>
- Colsch, R. (2022). Nurses' knowledge, awareness, and confidence level to recognize stroke symptoms specific to women: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 12(12), 60-68. <https://www.doi.org/10.5430/jnep.v12n12p60>.
- Core Health Ontario. (2023). The stroke core competency network. <https://www.corhealthontario.ca/core-competencies>.
- Dechpoonyachit, P. (2020). Competency of professional nurses in the care of stroke patients. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 5(2), 1-11.
- Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., et al. (2022). World stroke organization (WSO): Global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29. <https://www.doi.org/10.1177/17474930211065917>.

- Health Data Center, Surat Thani Provincial Health Office. (2023). Stroke report, fiscal year 2023. Retrieved September 14, 2023 from https://www.sni.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=3092c3c3250ae67155f7e134680c4152. (in Thai)
- Hisaka, Y., Ito, H., Yasuhara, Y., Takase, K., Tanioka, T., & Locsin, R. (2021). Nurses' awareness and actual nursing practice situation of stroke care in acute stroke units: A Japanese cross-sectional web-based questionnaire survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12800. <https://www.doi.org/10.3390/ijerph182312800>
- Jarva, E. (2020). Healthcare professionals' competence in stroke care pathways: A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30, 9-10, 1206-1235. <https://doi.org/10.1111/jocn.15612>.
- Jongruk, B., Lertsakornsiri, M., & Cinnoros, S. (2019). Factors associated with competency of professional nurses in caring stroke patients. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 31(1), 38-49.
- Melnikov S. (2020). The need for knowledge and skills in the care of post-stroke patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(6), 456-457. <https://www.doi.org/10.1177/1474515120923498>
- Memon, M. I., Ting, H., Cheah, J., Thurasamy, R., Chuah, F., et al. (2020). Sample size of survey research: Review and recommendations. *Journal of Applied Structural Equation Modeling*, 4(2), i-xx.
- Puangchan, K. & Jinawin, S. (2020). Effects of using a nursing practice guideline for the care of acute thrombotic or ischemic stroke patients, Phrae hospital. *Journal of the Phrae Hospital*. 28(2), 1-17.
- Reynolds, S. S., Murray, L. L., Mc Lennon, S. M., & Bakas, T. (2016). Implementation of a stroke competency program to improve nurses' knowledge of and adherence to stroke guidelines. *Journal of Neuroscience Nursing*, 8(6), 328-335. <https://www.doi.org/10.1097/JNN.0000000000000237>.
- Rochmah, T. N., Rahmawati, I. T., Dahlui, M., Budiarto, W., & Bilqis, N. (2021). Economic burden of stroke disease: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7552. <https://www.doi.org/10.3390/ijerph18147552>.
- Sanjaingamworapa, W. (2012). *The level of abilities of professional nurses in caring for the ischemic stroke patients at the tertiary level hospitals in the fourth region of the Ministry of Public Health* [Master's thesis], Christian University. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary of MOPH. (2022). *Key performance indicators of the Ministry of Public Health for the 2023 fiscal year*. Retrieved September 14, 2023 from https://www.spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/02/kpi_template_edit_2.pdf (in Thai)
- Stroke Foundation. (2020). *The economic impact of stroke in Australia, 2020*. Retrieved September 12, 2023 from <https://www.strokefoundation.org.au>. (in Thai)

- Temrat, W. (2022). *Development of professional nurses' competency model to urgent management of acute stroke patients, Yala Hospital, by simulation-based learning*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing administration, Prince of Songkla University. (in Thai)
- Tiamkao, S. (2022). Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology*, 39(3), 39-16.
- Wang, R., Song, Y., He, Y., Long, S., & Feng, L. (2023). Status of knowledge, attitude and practice of post stroke dysphagia in neurological nurses in China: A cross-sectional study. *PloS one*, 18(4), e0284657. <https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0284657>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของ
สามีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน

The Effect of a Self-Efficacy Promoting Program Focused on Spousal Support on
Contraceptive Use Among Adolescent Mothers in the Community

ภาวดี ทองเผือก* และ เพลินตา เรืองสูง

Pawadee Tongphuak* and Plearnta Raungsung

กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Community Nursing Department Suratthani Hospital

(Received: December 24, 2023, Revised: January 18, 2024, Accepted: February 11, 2024)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นครั้งแรก จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามี ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือ ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และแบบวัดการสนับสนุนของสามีมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จากงานวิจัย แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามี บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับมารดาวัยรุ่น

คำสำคัญ : โปรแกรม, การรับรู้สมรรถนะ, การสนับสนุนของสามี, การคุมกำเนิดมารดาวัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: tong.pawadee@gmail.com)

Abstract

This quasi – experimental research aimed to examine effect of a self-efficacy promoting program focused on spousal support on contraceptive use among adolescent mothers in the community. The sample group consisted of 60 first-time pregnant adolescent mothers, divided into a control group of 30 individuals and an experimental group of 30 individuals. The research tool used was the self-efficacy promoting program focusing on spousal support, which includes teaching materials, flipcharts, and a handbook. The content validity of the research tools was verified before being implemented in the experiment. Data collection tools included a general information questionnaire, a contraceptive behavior assessment questionnaire with a reliability coefficient of 0.98, a self-efficacy perception questionnaire on contraceptive behavior with a reliability coefficient of 0.94, and a husband support scale questionnaire with a reliability coefficient of 0.84. Data analysis was conducted using descriptive statistics and t-test.

The results showed that the average scores of contraceptive behavior among adolescent mothers after receiving the program promoting self-efficacy focusing on spousal support were significantly higher than before receiving the program ($p < 0.01$). Additionally, the average scores of contraceptive behavior among adolescent mothers who received the program promoting self-efficacy focusing on spousal support were significantly higher than the control group that received regular nursing care ($p < 0.01$).

This research demonstrates the effectiveness of the program promoting self-efficacy focusing on spousal support. Health care personnel can use this as a practical guideline for adolescent mothers.

Keywords : Program Self-Efficacy, Contraceptive, Adolescent Mother

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นกำลังเป็นปัญหาสำคัญในทุกประเทศทั่วโลก โดยพบว่าสถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่อายุ 15 - 19 ปี มีประมาณร้อยละ 43.9 ต่อ 1,000 คน โดยพบในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 26.1 ต่อการคลอดของมารดาวัยรุ่นที่มีอายุ 15 - 19 ปี ทั่วโลก (World Health Organization, 2020) และจากการติดตามสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี เท่ากับ 1.1 ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกันจำนวน 1,000 คน และอัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นในช่วงอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 31.3 ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกันจำนวน 1,000 คน ส่วนในประเด็นการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี พ.ศ. 2563 อยู่ที่ร้อยละ 14.94 (Bureau of Reproductive Health, 2020) ในส่วนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีนั้น อัตราการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบร้อยละ 18.9, 18.0 และ 15.9 ตามลำดับ อัตราการคลอดของมารดาวัยรุ่นในปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 พบร้อยละ 12.5, 11.29 และ 11.16 ตามลำดับ แม้ว่าสถานการณ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในประเทศไทยจะลดน้อยลงแต่ยังไม่สามารถลดอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นได้ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมายอัตราการคลอดในมารดาวัยรุ่นที่อายุ 10 - 14 ปี น้อยกว่า 0.5 ต่อประชากรวัยรุ่นในช่วงอายุเดียวกันจำนวน 1,000 คน

น้อยกว่า 25 ภายในปี พ.ศ. 2569 ดังนั้น ปัญหาการตั้งครรภ์และการคลอดในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข

โดยเมื่อมีการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นเกิดขึ้นมีผลกระทบต่าง ๆ มากมายทั้งภาวะชีวิตหรือโลหิตจางจากภาวะทุพโภชนาการ การคลอดก่อนกำหนด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น รวมทั้งภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต ส่วนผลกระทบต่อทารกจะพบทารกเสียชีวิตหลังคลอดโดยอัตราตายปริกำเนิดในทารกที่เกิดจากการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50.00 เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่ามีการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย ทารกตายปริกำเนิดเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50.00 ในมารดาวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี และนอกจากนี้การเป็นมารดาในช่วงวัยรุ่นมารดาต้องเผชิญทั้งต่อการปรับตัวในบทบาทใหม่ และปฏิบัติพัฒนากิจการเป็นวัยรุ่นไปพร้อม ๆ กัน มารดาวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความบกพร่องในบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะในประเด็นการวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดที่นำมาซึ่งสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น โดยการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้เรื่องการคุมกำเนิด การขาดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งในส่วนนี้บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาวัยรุ่นหลังคลอดจึงควรส่งเสริมการปรับบทบาทการเป็นมารดาผ่านการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำลดปัญหาที่จะเกิดจากการตั้งครรรภ์ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งรูปแบบการส่งเสริมในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ปัจจัยสำคัญในการประสพผลสำเร็จของรูปแบบบริการคือ การประเมินความพร้อมในการคุมกำเนิดระยะยาวทันทีหลังคลอดการให้ความรู้ การให้สามมีมีส่วนร่วมตัดสินใจ การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษาในระยะหลังจำหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ได้เสนอแนวคิดว่าคุณคนจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังผลลัพธ์ในการกระทำ โดยบุคคลจะคาดหวังว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปรับตัวสู่บทบาทใหม่เมื่อบุคคลมีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง และปัจจัยอีกประการ คือ การรับรู้ในความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้และสอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการเกิดพฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทำให้ พบว่า การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนจากสามต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นมาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำ ฝึกทักษะแก่มารดาวัยรุ่นและสามเินเรื่องการคุมกำเนิดจะส่งผลให้ให้มารดาวัยรุ่นเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

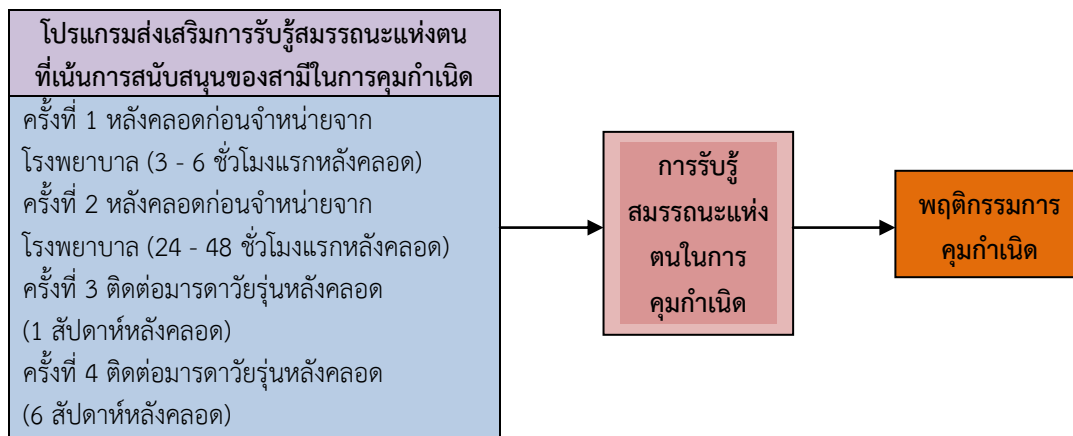
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามเิน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามเินร่วมกับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐาน

1. คะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามเินสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. คะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอายุไม่เกิน 20 ปี โดยมาฝากครรภ์ คลอด พักฟื้น หลังคลอด และมาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาวัยรุ่นครรภ์แรกอายุไม่เกิน 20 ปีที่มาฝากครรภ์ คลอด พักฟื้นหลังคลอด และมาตรวจหลังคลอดที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ตามวิธีของ Cohen (1996) การทดสอบที่ 100% ระดับนัยสำคัญที่ 0.01 ทั้งนี้โดยใช้อ้างอิงจากการศึกษานำร่องพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการอย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน การศึกษานี้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย สุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีจับสลาก

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ตั้งครรภ์แรก 2) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 3) สามารถอ่านออกและเขียนภาษาไทยได้ 4) ในระยะหลังคลอดตั้งใจอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เกณฑ์คัดออกจากการเข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ในระยะหลังคลอดมีข้อห้ามหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถคุมกำเนิดได้ 2) ในระยะหลังคลอดไม่ได้อยู่ในเขตอำเภอเมือง 3) ไม่สามารถติดตามทางโทรศัพท์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 3 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีนี่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดสื่อประกอบการจัดโปรแกรมประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิกคู่มือ เนื้อหาครอบคลุมเรื่อง การตั้งครรรค์ซ้ำ วิธีการคุมกำเนิดแบบต่าง ๆ ประโยชน์ในการคุมกำเนิด การปฏิบัติตัวในการคุมกำเนิด ปัญหาที่อาจพบและแนวทางแก้ไข

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลมารดาและทารก 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชภัณฑ์และโสตทัศนศึกษา 1 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันทั้ง 3 คนได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 3 คน ก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวลักษณะครอบครัว วิธีการคุมกำเนิดที่จะใช้หลังคลอด และวันนัดตรวจหลังคลอด

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องสำหรับการประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด (Lerthiranwong, 2023) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 30 ข้อ

มีการแปลผลค่าคะแนนโดยเป็นจริงมากที่สุด (ร้อยละ 80.00 – 100.00) เป็นจริงมาก (ร้อยละ 60.00 – 79.99) เป็นจริงปานกลาง (ร้อยละ 40.00 – 59.99) เป็นจริงน้อย (ร้อยละ 20.00 – 39.00) และไม่เป็นจริงเลย (ร้อยละ 0.00 – 19.00) กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับพฤติกรรมการคุมกำเนิดในระยะหลังคลอดโดยกำหนดร้อยละของคะแนนออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป	หมายถึง มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดในระดับดี
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60.00 - 79.99	หมายถึง มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดในระดับค่อนข้างดี
คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 40.00 - 59.99	หมายถึง มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดในระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 40.00	หมายถึง มีพฤติกรรมการคุมกำเนิดในระดับไม่ดี

2.3 แบบบันทึกการติดตามการคุมกำเนิดทางโทรศัพท์เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ การประสบปัญหาในการคุมกำเนิดหลังคลอด เมื่อมีปัญหาแก้ไขอย่างไร ผลการแก้ไขปัญหานั้นอย่างไร และปัจจุบันท่านเลือกคุมกำเนิดวิธีใด

เครื่องมือทั้งหมดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีความเห็นตรงกัน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.90 ในแบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด นำไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายกลุ่ม ๆ ละ 3 คน ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.98

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการนำแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 1 แบบ คือ สามารถทำได้และไม่สามารถทำได้ โดยเกณฑ์การกำกับการทดลองกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80.00 จึงจะผ่านเกณฑ์ หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยไม่นำคะแนนมาวิเคราะห์

3.2 แบบวัดการสนับสนุนของสามีนี่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยจากการนำแนวคิดของ House (1981) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย, นาน ๆ ครั้ง, เป็นส่วนมาก และเป็นประจำ กำหนดเกณฑ์ประเมินระดับการสนับสนุนจากสามีนี่ออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากสามเ็นระดับดี
คะแนนระหว่างร้อยละ 60.00 - 79.99	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากสามเ็นระดับค่อนข้างดี
คะแนนระหว่างร้อยละ 40.00 - 59.99	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากสามเ็นระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 40.00	หมายถึง ได้รับการสนับสนุนจากสามเ็นระดับไม่ดี

โดยกลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80.00 จึงผ่านเกณฑ์ ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยไม่นำคะแนนมาวิเคราะห์

เครื่องมือทั้งหมดนี้ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน มีความเห็นตรงกันได้ค่า CVI เท่ากับ 0.89 ในแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิด ได้ค่า 0.82 ในแบบวัดการสนับสนุนจากสามเ็น นำไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94 ในแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิดได้ค่าเท่ากับ 0.84 ในแบบวัดการสนับสนุนจากสามเ็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปและขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิดนั้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เมื่อครบสัปดาห์ 6 ตามนัด ผู้วิจัยให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดตอบแบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด

กลุ่มทดลอง

ครั้งที่ 1 (ระยะ 3 - 6 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)

1. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมการคุมกำเนิด
2. ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงให้ความรู้แก่มารดาวัยรุ่นพร้อมสามเ็นโดยสอนเป็นรายกลุ่มเรื่องโอกาสเสี่ยงในการตั้งครรภ์ซ้ำ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ การป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ
3. จัดให้มารดาวัยรุ่นและสามเ็นได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ในการประกอบเนื้อหาการสอนในข้อที่ 2 และสังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงจากผู้วิจัยในสถานการณ์ที่มีสภาพสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับตนเองในเรื่องวิธีการคุมกำเนิด โดยสามเ็นจะเป็นผู้คอยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจ
4. ให้มารดาวัยรุ่นและสามเ็นสังเกตและฝึกทักษะประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเองในวิธีการคุมกำเนิด โดยมารดาวัยรุ่นได้รับการช่วยเหลือจากสามเ็นในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวและเมื่อปฏิบัติถูกต้องสามเ็นกล่าวชมเชยเสริมกำลังใจ
5. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์โดยการเปิดโอกาสและกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นได้พูดคุยระบายความรู้สึก ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาสงสัย กล่าวชมให้กำลังใจเมื่อมารดาวัยรุ่นและสามเ็นปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง กิจกรรมส่งเสริมจากสามเ็นโดยช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ ในการคุมกำเนิดเปิดโอกาสให้ภรรยาพูดคุยระบายความรู้สึก

ครั้งที่ 2 (ระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด)

1. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาวัยรุ่นและสามเ็นตามนัดหมายพูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด
2. จัดให้มารดาวัยรุ่นและสามเ็นได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ในการประกอบเนื้อหาการสอนในข้อที่ 2 และสังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงจากผู้วิจัยในสถานการณ์ที่สอดคล้องกับตนเองในเรื่องวิธีการคุมกำเนิด โดยสามเ็นคอยให้กำลังใจและสนับสนุน
3. ให้มารดาวัยรุ่นและสามเ็นสังเกตและฝึกทักษะที่สำเร็จด้วยตนเองในเนื้อหาที่สอดคล้อง ผู้วิจัยสังเกตการณ์ฝึกทักษะในกิจกรรม โดยให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย ให้กำลังใจและเสริมแรงจิตใจเมื่อมารดาวัยรุ่นและสามเ็นปฏิบัติได้ถูกต้อง

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยการจัดให้มีการดว้ยร่นคุ้นเคยกับวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดโดยการเปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก กระตุ้นให้มารดาวิ้ยร่นได้พูดคุยระบายความรู้สึก ให้คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาและข้อสงสัย กล่าวเสริมให้กำลังใจเมื่อมารดาวิ้ยร่นและสามีปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง กิจกรรมส่งเสริมจากสามีโดยการช่วยเหลือจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ

5. ผู้วิจัยแจกตัวแบบคู่มือการคุมกำเนิด ในมารดาวิ้ยร่นให้มารดาวิ้ยร่นและสามีไปศึกษาที่บ้าน

6. ทำการนัดเพื่อติดตามมารดาวิ้ยร่นหลังคลอด 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 3 (ระยะหลังคลอด 1 สัปดาห์)

ผู้วิจัยโทรศัพท์กระตุ้นเตือนและติดตามการคุมกำเนิดหลังคลอด โดยซักถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไปของมารดาและทารก ปัญหาหรืออุปสรรคในการคุมกำเนิดหลังคลอด พร้อมทั้งให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือแก้ไขในปัญหาที่พบ

ครั้งที่ 4 (ระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์)

ให้มารดาตั้งครรภ์วิ้ยร่นทำแบบประเมินพฤติกรรมคุมกำเนิดหลังคลอด ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการคุมกำเนิดหลังคลอด และตอบแบบประเมินการสนับสนุนจากสามี

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมคุมกำเนิดของมารดาวิ้ยร่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนจากสามี โดยใช้สถิติ (Paired t – test)

3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมคุมกำเนิดของมารดาวิ้ยร่น ในการวัดครั้งที่ 2 (Post-test) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ (Independent t – test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เลขที่โครงการวิจัย STPH02023-128 วันที่รับรอง 23 มิถุนายน 2566 วันหมดอายุ 23 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิและการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองทุกราย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบถึงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย ระยะเวลาวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม โดยไม่มีผลต่อการบริการและสิทธิประโยชน์ที่มารดาและทารกจะได้รับจากโรงพยาบาล สำหรับข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ และนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30)		รวม (n = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
14 - 16	8	26.67	10	33.33	18	30.00
17 - 19	22	73.33	20	66.67	42	70.00

ตาราง 1 (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n =30)		กลุ่มควบคุม (n =30)		รวม (n = 60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	10	33.33	9	30.00	19	31.67
มัธยมศึกษาตอนต้น	13	43.33	14	46.67	27	45.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย /ปวช.	3	10.00	2	6.67	5	8.33
กำลังศึกษา	4	13.33	5	16.67	9	15.00
อาชีพ						
รับจ้าง	2	6.66	1	3.33	3	5.00
ค้าขาย	3	10.00	2	6.67	5	8.33
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	83.33	24	80.00	49	81.67
รายได้ของครอบครัว						
น้อยกว่า 5,000 บาท	28	93.33	28	93.33	56	93.33
5,000 – 10,000 บาท	2	6.67	2	6.67	4	13.33
ลักษณะของครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	4	13.33	3	10.00	7	11.67
ครอบครัวขยาย	26	86.67	27	90.00	53	88.33
วิธีคุมกำเนิดภายหลังคลอด						
ยาเม็ดคุมกำเนิด	2	6.67	1	3.33	3	5.00
ยาฉีดคุมกำเนิด	8	26.67	7	23.33	15	25.00
ยาฝังคุมกำเนิด	20	66.67	22	73.33	42	70.0

จากตาราง 1 พบว่า มารดาวัยรุ่นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุ 17 – 19 ปี (ร้อยละ 70.00) จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 45) ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 81.67) รายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 93.33) เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม และในประเด็นลักษณะครอบครัว โดยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 88.33) และมีวิธีการคุมกำเนิดหลังคลอดด้วยยาฝังคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.00)

2. ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมของการมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามี ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามี(n=30)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
พฤติกรรม การคุมกำเนิด (พิสัย: 0-6)	2.60	1.27	5.13	0.93	29	11.33	< 0.001

จากตาราง 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีพบว่าการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนการทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นก่อนการทดลองและระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 30) และกลุ่มควบคุม (n= 30)

พฤติกรรมการคุมกำเนิด	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	2.60	1.27	58	0.72	0.474
กลุ่มควบคุม	2.83	1.23			

จากตาราง 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า ไม่แตกต่างกัน

4. ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 30) และกลุ่มควบคุม (n= 30) ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นระหว่างกลุ่มทดลอง (n= 30) และกลุ่มควบคุม (n= 30)

พฤติกรรมการคุมกำเนิด	M	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง	2.53	1.22	58	9.70	<.001
กลุ่มควบคุม	0.20	0.48			

จากตาราง 4 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยความต่างของคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นในชุมชนจากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามี มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีจะทำให้มารดาวัยรุ่นมีความมั่นใจ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการคุมกำเนิดรวม ทั้งมีแรงจูงใจ มีความพยายามอดทนที่จะกระทำพฤติกรรม ส่งผลให้มารดาวัยรุ่นสามารถเกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ

ทางความคิด เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำและจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้ (Bandura, 1997) โดยการที่มารดาวัยรุ่นและสามีของกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้เห็นตัวแบบกระทำพฤติกรรมการคุมกำเนิดแล้วทำให้มารดาวัยรุ่นและสามีของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบทำตามตัวแบบ เกิดความคิดคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองก็สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เนื่องจากบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ได้จากการสังเกตตัวแบบผ่านสื่อที่บุคคลเห็น ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามตัวแบบที่ได้เห็น (Bandura, 1997) เมื่อผนวกเข้ากับการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ซึ่งถือเป็นการรับรู้ของมารดาวัยรุ่นว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใย การยกย่อง การได้รับข้อมูลข่าวสารตลอดจนให้การตอบสนองความต้องการจากสามี โดยสามีของกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมมีส่วนร่วมในการกระตุ้นให้มารดาวัยรุ่นปฏิบัติตามตัวแบบที่เห็นทั้งที่โรงพยาบาลและการปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน รวมทั้งการเป็นผู้คอยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจทำให้มารดาวัยรุ่นภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมโดยและสามีของกลุ่มมารดาวัยรุ่น ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมมีบทบาทสำคัญในการดูแล สนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ แสดงความคิดเห็นในการฝึกทักษะต่างๆให้มารดาวัยรุ่นมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสามี ซึ่งจะทำให้มารดาวัยรุ่นรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำกิจกรรมนั้นๆ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้ฝึกมาอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด การทำให้บุคคลมีการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองล้วนเป็นประสบการณ์ตรง ผู้เรียน สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมและได้เข้าไปดูอยู่ในสถานการณ์จริง ถือว่าให้ผลดีที่สุด ที่ก่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.01$) (Kokkaew, Choolert, & Kulapanich, 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจให้ยาฝังคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิดและการสนับสนุนจากครอบครัว (Jumklang, Srisuriyawet, & Homsin, 2017) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาถึงรูปแบบบริหารจัดการที่ดี การให้บริการสุขภาพที่เป็นมิตรเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ การคงไว้ซึ่งการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำติดตามประเมินผลจนครบ 2 ปี หลังคลอด พบว่า ประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบดังกล่าวทำให้มารดาวัยรุ่นมีความพร้อมในการคุมกำเนิดระยะยาวหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Puangniyorm & Rungnoei, 2021) จึงสามารถอธิบายได้ว่าแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) เมื่อนำมาบูรณาการร่วมกันเป็นโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดเกิดพฤติกรรมการคุมกำเนิดที่ดี มีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีร่วมกับการพยาบาลตามปกติสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนของสามีส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติโดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมร่วมด้วยมีการสนับสนุนให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 วิธีทั้งการพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตัวเองและการได้รับการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ผนวกเข้ากับการสนับสนุนจากสามี จากกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีค่าคะแนนพฤติกรรมการคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสอดคล้องกับแนวความคิดที่ว่าทำให้ความรู้คำแนะนำเป็นปัจจัยขั้นแรก และเป็น

องค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติในขั้นต่อไป ดังนั้นความรู้จึงเป็นวิธีที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ (Bandura, 1997) โดยการรับรู้เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการปฏิบัติได้ ซึ่งบุคคลที่ได้รับคำแนะนำ และคำพูดชักจูงจากบุคคลที่มีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant others) โดยได้แสดงออกทางคำพูดว่าเขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ จะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ เมื่อผนวกเข้ากับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (House, 1981) ซึ่งส่งผลให้มารดาวัยรุ่นได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอทำให้มีกำลังใจอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การดูแลที่ได้รับคือ การให้ความรู้คำแนะนำในการคุมกำเนิด โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม 1 ครั้ง ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกหลังคลอด ซึ่งการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้กลุ่มควบคุมมีการปรับตัวด้านบทบาทการเป็นมารดาในการคุมกำเนิดหลังคลอด กลุ่มควบคุมจึงไม่มีการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Efficacy beliefs) นอกจากนี้กลุ่มควบคุมยังขาดการส่งเสริมให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยเหลือกระตุ้นให้กำลังใจ ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิด สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ความรู้ผ่านสื่ออินโฟกราฟิกต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดโดยการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า จำนวนวัยรุ่นหลังคลอดที่เข้าร่วมโปรแกรมเลือกฝังยาคุมกำเนิดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Rattanaviboon & Puetes, 2020) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ยาคุมกำเนิดภายหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่อิทธิพลของบุคคลสำคัญโดยกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดมากจะมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเป็น 1.11 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่บุคคลสำคัญสนับสนุนให้ใช้ยาฝังคุมกำเนิดน้อย (Somroop, Deoisres, & Suppaseemanont, 2019) และสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่ามารดาวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการคุมกำเนิดต่อความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดมีคะแนนความตั้งใจในการคุมกำเนิดแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีความรู้และความตั้งใจในการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น (Sriarporn, Pungbangkadee, Deeluea, Sararat, Chiangta, Jantasuk, et al, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของสภาวะการปฏิบัติหน้าที่ของมารดาวัยรุ่นได้ (Phrongram, Sriaporn, & Baosoung, 2022)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนต่อการบริการพยาบาลมารดาวัยรุ่น ด้วยการนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนจากสามีไปจัดทำเป็นนโยบายในงานอนามัยแม่และเด็ก การกำหนดเป็นนโยบายจะทำให้การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์สามารถนำลงสู่ระดับปฏิบัติการได้ง่ายและเป็นรูปธรรมมากขึ้น

พยาบาลประจำการในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัยนี้สู่การปฏิบัติทางการพยาบาล ภายใต้การเข้าใจถึงแนวคิดการส่งเสริมให้มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมคุมกำเนิดที่เหมาะสม ผ่าน 4 แนวทางในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนจากสามีนอกจากความเข้าใจในแนวคิดแล้วความพร้อมทางด้านทักษะและความรู้ในการนำแนวคิดมาประยุกต์กิจกรรมลงในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เน้นการสนับสนุนจากสามีเพื่อนำโปรแกรมมาใช้ตามบริบทและสถานการณ์ของมารดาวัยรุ่นในท้องถิ่นนั้น ๆ โดยอาจจะมีพยาบาลผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในกิจกรรมนี้พร้อมทั้งอาจมีการจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะขึ้นมารองรับ

2. ด้านการวิจัย ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปต่อยอดพัฒนางานวิจัยในมารดาหลังคลอดกลุ่มอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในทางสูติศาสตร์
3. ด้านการศึกษา ควรนำผลการวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสอนนักศึกษาพยาบาลและกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาการคุมกำเนิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำแนวทางการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นของมารดาวัยรุ่นเพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมตามบริบทต่อไป
2. ควรมีการศึกษาถึงการแก้ปัญหาเชิงรุก เพื่อลดการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น
3. ควรจัดให้มีคู่มือสามีเพื่อช่วยให้สามีเข้าใจบทบาทในการสนับสนุนช่วยเหลือภรรยาหลังคลอดได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
4. นำการสนับสนุนทางสังคมของบุคคลใกล้ชิดมารดาวัยรุ่นในกลุ่มบุคคลอื่นๆ นอกจากสามีมาผนวกโปรแกรมเพื่อให้มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนที่ครอบคลุมยิ่งขึ้น

References

- Bandura, A. (1997). *Self – efficacy the exercise of control*. New York : W.H. Freedom and Company.
- Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Manual for the care of adolescent mothers*. Retrieved June 20, 2023 From [https://www.rh.anamai.moph.go.th/all_file/brochure/youthmom-7%20\(1\).pdf](https://www.rh.anamai.moph.go.th/all_file/brochure/youthmom-7%20(1).pdf). (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, Now Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Jumklang, S., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2017). Corrected factor with decision making of birth control implant used based on the Information-motivation behavior skills model (IBM Model) among teen mother. *The Journal of faculty of Nursing Burapha University*, 25(2), 31-42.
- Kokkaew, A., Choolert, P., & Kulaphanich, M. (2022). The effects of a health promotion program on knowledge and self-care behavior for pregnant teenagers. *Journal of MCU Nakhondhat*, 20(8), 17-31.
- Lerthiranwong, T. (2023). *Contraceptive in teenage*. Retrieved June 20, 2023 from [https://www.w1.med.\(mu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topic-review/2896/](https://www.w1.med.(mu.ac.th/obgyn/lecturetopics/topic-review/2896/). (in Thai)
- Phrogram, K., Sriaporn, P., & Baosoung, C. (2022). Factors predicting functional status among adolescent mother. *Nursing Journal CMU*, 49(4), 292-302.
- Puangniyorm, S. & Rungnoei, N. (2021). Development of a care model for preventing repeat pregnancy among adolescence Mothersin Phetchabury province. *The Southern College network Journal of Nursing Public Health*, 8(1), 100-114.

- Rattanaiboon, P. & Puektes, S. (2020). Effect of empowerment program and infographics on contraceptive implant used for repeated adolescent pregnancy prevention. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(2), 241-256.
- Somroop, A., Deoisres, W., & Suppaseemanant, W. (2019). Factor influencing the use of postpartum contraceptive implants among primiparous adolescent. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(3), 79-87.
- Sriarporn, P., Pungbangkadee, R., Deeluea, J., Sararat, J., Chiangta, P., Jantarasuk, C., et al., (2021). Effect of contraceptive promotion program on knowledge and intention of contraceptive use among adolescent mothers. *Nursing Journal*, 48(1), 199-209.
- World Health Organization. (2020). *Adolescent pregnancy* . Retrieved June 20,2023 from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019_health_services-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 ของผู้พิมพ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

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

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช 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) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ตรงกลาง 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 ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น 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 กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“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 14^{1*} (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ^{1*} 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 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน1 หน้า

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

.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

.....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์จากงานวิจัย.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

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

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

2.54 ซม.

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 (หน้า)(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 หน้า เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

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

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

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

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หน้า 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 (หนา) 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.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ 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

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำให้ใช้, ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

(enter 15)

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)

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

(enter ขนาด 15)

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter number 15)

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นาน) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค.....

(enter 1111@ 15)

(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

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 089-6163137 E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช